

ЗДРАВЕ 2020

Европейска политическа рамка
и стратегия за 21-ви век





**World Health
Organization**

РЕГИОНАЛНО БЮРО ЗА **Европа**

**Здраве 2020
Европейска рамка за политики
и стратегия за 21-ви век**

Резюме

На сесията на Регионалния комитет на СЗО за Европа, проведена през септември 2012 г., 53-те държави от Европейския регион одобриха нова рамка за здравна политика за региона, основаваща се на стойности и доказателства, „Здраве 2020“. Тя се съсредоточава върху подобряване на здравето на всички и намаляване на неравнопоставеността чрез по-добро лидерство и управление в интерес на здравето. Фокусът е поставен върху големите здравни проблеми на съвременното, като се набелязват четири приоритетни области за действие по изпълнение на политиките. Новаторското в нея е свързано с реакциите на всички нива и сектори в държавата и обществото, с акцент върху развиване на способностите и издръжливостта на общностите, овластяване и създаване на подкрепяща околна среда. В нея подробно са описани подсилените функции на общественото здраве и на системата на здравеопазване. Документът „Здраве 2020“ е одобрен в две форми – „Европейска политическа рамка в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние“, предназначена за политици и за разработване на политики, и по-подробния вариант: „Здраве 2020 – политическа рамка и стратегия“, съдържаща повече детайли за оперативна работа. Прилагането на документа „Здраве 2020“ в страните от Региона вече е основно предизвикателство с най-висок приоритет.

Ключови думи

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА
ПЛАНОВЕ В ЗДРАВНАТА СИСТЕМА
ИЗВЪРШВАНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ
РЕГИОНАЛНО ПЛАНИРАНЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
МЕЖДУНАРОДНО СЪТРУДНИЧЕСТВО
ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
ЕВРОПА

ISBN 978 92 890 0278 3

Заявки за получаване на изданията на Регионалното бюро на СЗО за Европа изпращайте на адрес:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City
Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Бихте могли и да попълните формуляра за заявки по интернет на документация, здравна информация или за получаване на разрешение за цитиране или превод на интернет страницата на СЗО (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© World Health Organization 2013

Всички права запазени. Регионалното бюро за Европа на Световната здравна организация очаква молби за получаване на разрешение за възпроизвеждане или превод на изданията му частично или изцяло.

Използваните обозначения и представянето на материала в настоящото издание не означават изразяване на становище на Световната здравна организация по отношение на правния статут на която и да било страна, територия, град или област или на техните власти, или във връзка с очертаване на техните граници. Пунктирните линии на картите представляват приблизителни гранични линии, за които все още може да не е постигнато пълно споразумение.

Споменаването на конкретни компании или на продуктите на определени производители не означава, че те биват подкрепяни или препоръчани от Световната здравна организация в ущърб на други от сходно естество, които не са упоменати. Като се изключат грешките и пропуските, наименованията на фирмените продукти започват с главна буква.

Световната здравна организация е предприела всички разумни мерки за потвърждаване на информацията в настоящото издание. Публикуваният материал обаче се разпространява без каквато и да било гаранция, изрична или по подразбиране. Отговорност за тълкуването и ползването на материала носи читателят. При никакви обстоятелства Световната здравна организация няма да носи отговорност за щети, произтичащи от използването му. Гледните точки, изразени от авторите, редакторите или експертните групи не отразяват задължително решенията или заявената политика на Световната здравна организация.

Дизайн на книгата и корицата: Кристоф Лану, Париж, Франция

Съдържание

Въведение	1
"Здраве 2020: европейска рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние	5
"Здраве 2020": политическа рамка и стратегия	25

Въведение

"Здраве 2020" е рамка на здравната политика, основана на стойности и доказателства за здравето и благосъстоянието на хората в Европейския регион на СЗО. Надеждата е, че "Здраве 2020" ще осигури разбиране и вдъхновение за всеки в целия Европейски регион, който желае да се възползва от новите възможности за подобряване на здравето и благосъстоянието на сегашните и бъдещите поколения, като показва предизвикателствата, възможностите и пътищата напред. "Здраве 2020" е за всички: не само за политици и експерти, но също така за гражданското общество, общности, семейства и физически лица.

Защо е важна "Здраве 2020"? "Здраве 2020" представя социалния и икономически императив за действие, като показва ясно, че здравето и благосъстоянието са важни и от съществено значение за икономическото и социалното развитие. Той се фокусира върху здравето като човешко право; подходите на цялостното управление и на цялото общество към разумно подобрене в здравеопазването; силно и жизнено управление и ръководство за здравето; съвместни модели на работа и споделени приоритети с други сектори; значението на общността и индивидуалното доверие и упълномощаване; и ролята на партньорствата.

Регионалният комитет на СЗО за Европа, одобри "Здраве 2020" през 2012 в две документални форми, включени тук в една публикация. Европейската политическа рамка в подкрепа на управлението и обществото за здраве и благосъстояние предоставя на политиците и практикуващите политиката основните ценности и принципи, необходими за прилагането на практика на "Здраве 2020". Тя се фокусира върху днешните основни здравни предизвикателства, както и върху възможностите за разумно подобрене в здравето и осигурява силни политически, социални и икономически аргументи за здравни действия, изградени около ключовите стратегически политически цели и приоритети на политическата рамка.

По-дългата политическа рамка и стратегия "Здраве 2020" предоставя много по-подробно контекстуалния анализ и основните стратегии и интервенции, които работят, както и необходимите доказателства и данни за капацитета, необходим за прилагането на политики и практики, насочени към подобряване на здравето и благосъстоянието. Акцентът е върху иновативна и информирана с доказателства политика и практика, представени да подпомагат тези, които разработват и прилагат оперативна политика. Политическата рамка и стратегия "Здраве 2020" се разглежда като живо ръководство, което предоставя връзки към по-късни промени в доказателства, практики и резултати.

Взети заедно, тези публикации осигуряват гъвкава рамка за политика и практика в държавите-членки на Европейския регион, като изграждат дълга история на глобалното и регионалното политическо мислене. "Здраве 2020" е в пълно съответствие с процеса на реформи на СЗО и ще бъде активно популяризирана от регионалните офиси на СЗО за Европа сред нейните държави-членки, които трябва да получат интегрирана вътрешна подкрепа в страната в контекста на техните индивидуални нужди и приоритети. Тук СЗО трябва да работи в партньорство и всеки, който участва в разработването на "Здраве 2020" трябва да е готов да се застъпи за нея и да се ангажира да я приложи в действие.

**"Здраве 2020":
Европейска политическа рамка
в помощ на действията
на институциите и обществото
за здраве и благосъстояние**

Съдържание

Предговор	8
Предговор	9
Здравето е основен ресурс и актив за обществото	11
Солидна ценностна система: постигане на възможно най-добро здраве.....	12
Социално-икономически предпоставки за подобряване на здравето	12
Стратегически задачи на "Здраве 2020": повече справедливост и по-добро управление в полза на здравето	13
Подобряване на здравето за всички и намаляване на здравното неравенство	13
Усъвършенстване на лидерството и управлението с гражданско участие за подобряване на здравето	14
Обединяване на усилията за установяване на общи приоритети на политиките в полза на здравето	16
Приоритетна област 1. Инвестиране в здравето чрез анализ на заплахите за здравето през целия живот и овластяване на хората	17
Приоритетна област 2. Преодоляване на най-сериозните здравни проблеми: незаразни и заразни болести	18
Приоритетна област 3. Укрепване на здравните системи, поставящи човека в центъра, на капацитета на общественото здраве, готовността, надзора и отговора при извънредни ситуации	19
Приоритетна област 4. Изграждане на приспособими общности и подкрепяща среда	21
Съвместни действия: добавяне на стойност чрез партньорства	22
"Здраве 2020" – обща цел и споделена отговорност	23

Предговор

„Здраве 2020“: Европейска рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние поставя дългосрочен и амбициозен дневен ред за здраве. Постигнатото споразумение с всичките 53 държави членки за Европейския регион на СЗО идва в критичен момент. С приближаване на 2015 г. и на крайния срок за изпълнение на Целите на хилядолетието за развитие, тази политика ще допринесе за това здравето да заеме своето място сред следващото поколение глобални цели.

В рамката изкрystalизира наученото през последните години за ролята на здравето. Подобряването на здравето през всички етапи от живота е основно право на всеки, а не привилегия на малцина. Доброто здраве представлява актив и е източник на икономическа и социална стабилност. То има решаващо значение за намаляване на бедността, като едновременно допринася за устойчивото развитие и се възползва от него. Най-важното – доброто здраве вече не може да се разглежда като резултат от дейността на един-единствен сектор: устойчивите и еднакво достъпни подобрения на здравето са продукт от успешната политика на цялата държава, както и на координираните действия на всички в обществото.

Читателят ще установи, че тези проникновения лежат в сърцето на стратегията. Предизвикателствата, пред които е изправен Регионът, са значителни. Здравното неравенство в рамките на отделните държави и помежду им отразява икономическото и социално разделение в обществото. Със засилването на икономическия натиск и увеличаването на здравните разходи, рискът от изключване расте, като твърде често засяга именно онези с най-големи здравни потребности. В същото време знаем, че обществените очаквания за най-новите и най-добри медицински технологии в комбинация с променящия се профил на заболяемостта на застаряващото население поставят на изпитание бюджетите за здравеопазване. Необходими са нови подходи и перспективи, ако страните в Региона желаят универсалното здравно покритие да стане реалност. Ключът към бъдещето е да се промени начина на мислене на политиците, изпълнителите на медицинска помощ и представителите на обществото. Всички те трябва да престанат да гледат на здравеопазването като на система за борба със заболяванията и да започнат да поставят фокуса върху промоцията на здравето и доброто физическо състояние. Успехът изисква политическа подкрепа, технически и административни иновации и промени в разпределянето на финансовите ресурси и други активи.

Рамката за Европа съответства на Дванадесетата генерална програма за работа за СЗО и представлява практическо изражение на програмата за реформа на СЗО, чиято цел е да се отговори по-успешно на здравните потребности на държавите членки в бързо променящия се свят. В Европейския регион, подобно на други места, резултатите, които се предвижда да постигне рамката за политики, изискват международните организации да бъдат в състояние да работят не само с определени ресорни министерства, но и с всички ангажирани управленски институции, с колеги от други международни организации, които влияят на здравеопазването, както и с представителите на индустрията, академичното съсловие и гражданското общество. Европейската рамка за политики проправя пътя за нови подходи към по-добро здраве и благосъстояние в целия свят.



Маргарет Чан
Генерален директор на СЗО

Предговор

Имам огромното удоволствие да ви представя „Здраве 2020“, Европейската рамка за здравна политика за всички. Независимо дали сте президент, министър-председател, кмет, експерт по здравна политика, специалист по обществено здраве или активист от гражданското общество, информацията в нея ще ви помогне да вземете по-здравословни, по-безопасни и икономически по-мъдри решения.

Здравният небосклон на 21 век се формира от растяща глобална, регионална, национална и местна взаимна зависимост и все по-сложна поредица от свързани фактори, които влияят на здравето и физическото състояние. Всички ние например сме изправени пред предизвикателната задача да вникнем в дейността и интегрираме многобройните различни институции и секторни услуги (жилищно строителство, водоснабдяване, електроенергия, храни и здравеопазване), които са необходими, за да бъдем ние, нашите семейства и нашите сънародници здрави и щастливи. Всички знаем, че лошото здраве пропилява човешки потенциал, причинява страдание и отчаяние, и изсмуква ресурсите. За да се изправим срещу тези предизвикателства на всяко едно равнище – индивидуално, институционално, общностно, общинско или национално, е необходимо да предприемем добре обмислени, стратегически обусловени и координирани действия. Всичките 53 държави членки на Европейския регион на СЗО са разработили и приели „Здраве 2020“ като ръководна рамка в помощ на тези действия.

„Здраве 2020“ развива виждането за общественото здраве като динамична мрежа от заинтересовани институции на всички нива в обществото и се стреми да подкрепя действията, насочени към обща цел за Региона. Всички препоръки в „Здраве 2020“ се основават на доказателства. В създаването ѝ са се включили активно редица експерти. В хода на целия процес амбицията ни е била да превърнем „Здраве 2020“ в уникална по рода си компилация от най-добрите политики в областта на общественото здраве.

В процеса на разработване на документа е направен задълбочен преглед на публикации, емпирични данни, и е проведена безпрецедентна дискуссионна консултация със заинтересованите страни от целия Регион. Този подход катализира широко преосмисляне на съществуващите механизми, процеси, взаимовръзки и институционални споразумения в областта на общественото здраве. В резултат на това, „Здраве 2020“ представлява безпрецедентен регионален ресурс, който да ни помага да се поучим от опита, да актуализираме приоритетите и да открием по-добри начини за съгласувани действия между институциите във всички сектори с цел подобряване на здравето и благосъстоянието на индивида и на населението.

„Здраве 2020“ приема и утвърждава богатото многообразие от здравни системи и подходи в страните от Европейския регион. Целта не е националните и местни здравни системи да станат еднакви, а по-скоро всички да станат еднакво по-добри. С въвеждането на рамката „Здраве 2020“ всички държави се ангажират с две общи задачи: подобряване на здравето на всички и намаляване на здравното неравенство, както и укрепване на лидерството и гражданското участие в управлението, насочено към по-добро здраве.

В документа не само е очертан пътят за постигане на тези цели, а и са предложени нови форми за управление, в които здравето и благосъстоянието се разглеждат като отговорност на цялото общество, както и на цялата държава, и се насърчава активното гражданско участие при формиране на политиката.

Разгледано е социално-икономическото измерение на подобряването на здравето и е направена солидна обосновка, подкрепена с доказателства, за инвестициране и действия чрез интегрирани подходи за промоция на здравето, профилактика на заболяванията и постигане на благосъстояние. Описани са мерките по отношение на социалните детерминанти, с цел разработване на

подходи, които да осигурят място на здравето във всички политики, така че всички да се радват на по-добро здраве и с това да се намали абсолютният ефект на социалните детерминанти върху цялото население. Набелязани са и целевите интервенции, насочени към най-засегнатите групи.

„Здраве 2020“ представя нови системи за колаборативно лидерство, което да насърчава новаторски подходи за мобилизиране на обществото с цел справедливо, устойчиво и проследимо развитие на здравето.

Рамката съдържа пространен анализ на широк набор от новаторски и ефикасни методи за преодоляване на днешните сложни предизвикателства пред общественото здраве. В нея са очертани редица стратегии и мерки за преодоляване на основните изпитания за здравето на индивида през целия му живот, свързани с незаразните и с инфекциозните болести. Описани са също така начини за обвързване на клиничните интервенции с мерките, осигуряващи равнопоставеност, както и със социалните детерминанти на здравето и основните предпоставки за функциониране на здравната система като човешки ресурси и лекарства с по-добро качество, за да се подсилят финансовите механизми в здравеопазването и да се усъвършенства управлението с цел по-добро здраве.

Чрез формулиране на един общ набор от ценности, доказателства и опит, „Здраве 2020“ осигурява платформа за партньорство и сътрудничество. Тя изисква ангажираност от цялото общество като отправна точка при планирането, разработването, осъществяването и наблюдението на здравната политика на всички равнища. Тя съдържа обосновка за овластяването на населението, гражданите, потребителите и пациентите като решаващ фактор за подобряване на здравето. В нея категорично е изразен аргументът за ангажиране на здравните специалисти.

Каква ще бъде помощта на СЗО? Регионалното бюро ще съдейства на страните да адаптират „Здраве 2020“ чрез анализ на ситуацията в общественото здраве, идентифициране на възможностите, насърчаване на политическа ангажираност от страна на президенти и министър-председатели, изготвяне на препоръки за политики и проследяване на напредъка, усъвършенстване на лидерството и управлението с цел по-добро здраве, предлагане на механизми за включване на цялото общество и на цялата държава, както и подпомагане изграждането на капацитет.

Разработени са два основни помощни документа към „Здраве 2020“. Европейската рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние осигурява на политиците и ръководните органи, както и на практикуващите, основните ценности и принципи на действие, необходими за прилагането на подхода на „Здраве 2020“ в съответния контекст. По-подробният документ „Здраве 2020“ – политическа рамка и стратегия съдържа повече информация под формата на доказателства и е предназначен за специалистите, които разработват и осъществяват здравната политика на оперативно равнище.

Убедена съм, че „Здраве 2020“ може да обогати в значителна степен всички наши индивидуални и колективни усилия за подобряване на здравето и благосъстоянието. Тя ще служи като уникален ресурс за осигуряване на по-добро бъдеще и благоденствие на държавите по отделно и на Региона като цяло в интерес на всички граждани. Като активно съгласуваме ежевневната си работа с ценностите и подходите на „Здраве 2020“, ще можем да изградим една по-здрава Европа за нас и нашите деца.



Жужана Якаб
Регионален директор
на СЗО за Европа

„Достъпът до възможно най-високия стандарт здраве е едно от фундаменталните права на всяко човешко същество.“

Конституция на СЗО

Уважаеми господин Министър-председател, министър, кмет, депутат,

Доброто здраве е основна предпоставка за социално и икономическо развитие, от която зависят политиките във всички сектори. Трябва да се има предвид обаче, че икономическата и финансовата криза, пред която се изправят много страни, поставя сериозни предизвикателства и потенциални рискове, подкопаващи напредъка. В същото време тя представлява ценна възможност да преосмислим и да подновим усилията си за подобряване здравето на всички хора.

Всички сектори и нива на управление допринасят за подобряване на здравето. Вашата водеща роля за осигуряване на здраве и благосъстояние може съществено да промени положението на населението във Вашата страна, провинция, район или град и по този начин на Европейския регион като цяло.

Вашата подкрепа за „Здраве 2020“ наистина е от огромно значение.

„Искаме всички да се радват на по-добро здраве и благосъстояние, защото това е тяхно основно човешко право. Парите не осигуряват по-добро здраве. То може да се постигне с разумна политика, която стимулира равнопоставеността. Необходимо е да се справим с първопричините (за лошото здраве и неравенство) като изследваме социалните детерминанти, които ангажират цялата държава и цялото общество.“

Маргарет Чан,
Генерален директор на СЗО

Всички 53 държави членки на Европейския регион на СЗО приеха нова обща рамка за политики – **„Здраве 2020“**. **Споделените от тях цели включват „значително подобряване на здравето и благосъстоянието на населението, намаляване на здравното неравенство, укрепване на общественото здраве и осигуряване на здравна система, която е всеобхватна, справедлива, устойчива и с високо качество“**.

„Здраве 2020“ уважава многообразието на държавите в Региона. Рамката за политики разчита на много и различни хора в управлението и извън него, които със своето вдъхновение и целеустременост ще преодолеят по-успешно сложните предизвикателства, пред които е изправено здравето в 21 век. Документът припознава ценностите на „Здраве за всички“ и набелязва две стратегически посоки за развитие в четири приоритетни области, подкрепени с доказателствен материал в съпътстващите документи. Рамката доразвива опита от предходните политики под надслов „Здраве за всички“, които определят посоката за развитие както на държавите членки, така и на Регионалното бюро на СЗО за Европа.

Здравето е основен ресурс и актив за обществото

Доброто здраве на населението облагодетелства всички сектори и цялото общество, с което се превръща в ценен ресурс. Доброто здраве е основна предпоставка за икономическо и социално развитие и е от жизнено важно значение за всеки човек, семейство и общност. Болестта пропилява човешки потенциал, причинява страдание и изразходва ресурси от всички сектори. Когато хората разполагат с възможност да контролират своето здраве и неговите детерминанти, общностите стават по-силни, а човешкият живот – по-добър. Без активното участие на хората, редица възможности за промоция и защита на здравето, както и за подобряване на благосъстоянието, ще бъдат пропуснати.

Онова, което осигурява благоденствие за обществото, подобрява и здравето на хората – политиките, които залагат на това, са по-успешни. Равният достъп до обучение, достоен труд, жилище и доходи е в помощ на здравето. От своя страна здравето допринася за увеличаване на производителността, за по-висока ефективност на работната сила, за здравословно остаряване и следователно за по-малко разходи за обезщетения по болест и социални разходи, и оттам за по-малко загубени постъпления в хазната. Здравето и благосъстоянието на населението се постигат успешно, ако всички в управлението насочат общите си усилия към социалните и индивидуални детерминанти на здравето. Доброто здраве може да допринесе за възстановяване на икономиката и за нейното развитие.

Добрите здравни показатели и добрите икономически показатели са взаимно свързани – по-ползотворното използване на ресурсите в сектор здравеопазване е от решаващо значение. Здравеопазването е важно, както със своите преки, така и с косвените си ефекти върху икономиката. То има значение не само, защото засяга здравето на населението и неговата производителност, а и с това, че в днешно време представлява един от най-значимите икономически сектори във всяка държава със средни и високи доходи. Здравната система е един от големите работодатели и играе сериозна роля на пазара на земя, строителство и потребление. Тя движи научните изследвания и иновации, като заема важно място в международната конкуренция за кадри, идеи и продукти. Нейните ключови позиции ще стават все по-мощни, а с тях ще расте и приносът ѝ за по-общите цели за обществото.

Политическа декларация от Рио за социалните детерминанти на здравето

„Здравното неравенство произтича от обществените условия, в които хората се раждат, растат, работят и остаряват, определяни за социални детерминанти на здравето.“

Участниците декларират следното:

„Ние потвърждаваме, че здравното неравенство в рамките на една страна и между различните страни е политически, социално и икономически неприемливо. То е също така несправедливо и в повечето случаи може да бъде избегнато. Убедени сме, че популяризирането на равнопоставеността в здравеопазването е от първа необходимост за постигане на устойчиво развитие и по-добро качество на живот и благосъстояние за всички, което от своя страна може да допринесе за мира и сигурността.“

Какво е социален градиент?

В контекста на здравето социален градиент означава, че здравето прогресивно се подобрява с подобряване на социално-икономическото състояние на хората и/или на общностите. По този начин здравното неравенство засяга всички. То е глобално явление, което оказва влияние на всички страни, независимо от равнището на доходите.

Инвестицията в здравето си заслужава

92% от по-високите разходи за здравеопазване са свързани с положителния ръст на брутният вътрешен продукт (БВП). През последните три десетилетия здравните разходи в повечето държави от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) започват да растат, средно с поне 1% по-бързо от реалния ръст на БВП в тези страни. През 1950 г. бюджетът за здравеопазване на Великобритания е 3% от БВП. Дори в САЩ здравните разходи през 1970 г. са едва 7% от БВП. Средно за ОИСР здравните разходи са се увеличили от 5% от БВП през 1970 г. на 9% през 2010 г.

В рамките на Региона на СЗО за Европа здравето на населението се е подобрило съществено през последните десетилетия, но не навсякъде и не за всички, а това е неприемливо. Немалко групи и области са пренебрегнати, а често икономическите сътресения водят след себе си растящо здравно неравенство в рамките на отделните страни и помежду им. Етническите малцинства, някои мигриращи общности и групи, като ромите например, са засегнати в по-голяма степен. Променящите се профили на заболяемостта, демографията и миграцията може да се отразят на здравето и да наложат усъвършенствано управление и контрол. Ръстът на хроничните болести и психичните разстройства, липсата на социална свързаност, екологичните заплахи и финансовата несигурност затрудняват подобряването на здравето и застрашават устойчивостта на системите на здравеопазване и социално подпомагане. Необходими са творчески и новаторски подходи, към които да има реална ангажираност.

Солидна ценностна система: постигане на възможно най-добро здраве

„Здраве 2020“ се основава на ценностите, залегнали в Конституцията на СЗО: „Достъпът до възможно най-високия стандарт здраве е едно от фундаменталните права на всяко човешко същество“. Държавите в Европейския регион на СЗО са признали правото на здраве и са поели ангажимент за въвеждане на всеобхватност, солидарност и равен достъп като основни ценности в организирането и финансирането на здравните системи. Те се стремят към възможно най-доброто здраве, независимо от етническа принадлежност, пол, възраст, социално положение или платежоспособност. Тези ценности включват справедливост, устойчивост, качество, прозрачност, отчетност, равенство между половете, достойнство и право на участие при взимането на решения.

Социално-икономически предпоставки за подобряване на здравето

Предизвикателството, което разходите за здраве поставят пред правителствата е по-голямо от всякога. В много страни относителният дял на здравния бюджет като процент от БВП е по-голям от когато и да било. Поне за някои от тези страни обаче, данните сочат за липса на взаимна зависимост между разходите за здравеопазване и здравното състояние на населението. Редица здравни системи не успяват да удържат разходите, а финансовият натиск още повече затруднява постигането на точен баланс в здравеопазването и осигуряване на социална защита. Разходите се определят предимно от предлагането, като например нови методи за лечение и технологии, както и повишаващите се очаквания на населението за защита от рисковете за здравето и достъп до висококачествено медицинско обслужване. Преди да бъде въведена каквато и да било реформа в здравеопазването, е необходимо да се извърши задълбочен анализ на дълбоко вкоренените икономически и социални интереси, както и на съпротивата от социално и културно естество. Всички тези изпитания изискват междусекторни подходи, тъй като министрите на здравеопазването не са в състояние да се изправят пред тях сами.

Реални ползи за здравето могат да бъдат постигнати на приемлива цена и в рамките на ограничени ресурси, ако бъдат приети ефективни стратегии. Все повече данни за икономическото измерение на профилактиката на заболяванията доказват, че здравните бюджети могат да запазят нивата си, но само ако обхванат и неравенството в социалния градиент и окажат подкрепа на най-уязвимите групи от

Превенцията работи ...

Данните от Полша например сочат, че промените в хранителния режим и спирането на тютюнопушенето намаляват хроничните, сърдечносъдовите заболявания и общата преждевременна смъртност. Най-изгодната в икономически план политика за контрол върху потреблението на тютюневи изделия е увеличаването на данъчните ставки. Повишаване на цената с 10% може да доведе до 0.6-1.8 милиона по-малко преждевременни смъртни случая в страните от Източна Европа и Централна Азия.

...във всички сектори...

Разчетите за осезаемите ползи от увеличаване на акциза върху алкохола в Англия включват спад от 183 милиона евро на разходите за здравеопазване и социално подпомагане, както и 405 милиона по-малко загуби на трудоспособност и производителност, докато разходите за въвеждане на тази политика възлизат на под 0.10 евро на човек (т.е. общо 3.7 милиона евро).

Спестяванията за здравната система от по-малкия брой хоспитализации, които са в резултат от употребата на алкохол, се изчисляват на 65 милиона евро през първата година, а други 118 милиона евро са икономисани от разходите, свързани с извършване на престъпления.

В страни като Руската федерация цялостният пакет за превенция ще струва не повече от 4 щатски долара на човек годишно.



Адаптирано от: Долгрен Г., Уайтхед М. *Как да се справим с неравнопоставеността в здравеопазването: какво можем да научим от опита?* Лондон, Кралски фонд, 1993.

населението. Понастоящем правителствата харчат съвсем малка част от бюджета за здравеопазване за промоция на здравето и профилактика – едва 3% в страните от ОИСР, като много от тях не заделят системно средства за преодоляване на здравното неравенство. Социалният и технологичен напредък, ако бъде използван ефективно, дава възможност за реални ползи за здравето, особено в областта на информацията, социалния маркетинг и социалните медии.

Ефективното използване на ресурсите в здравния сектор може да задържи нивата на разходите. От Европейските здравни системи се изисква да подобрят резултатите си и да отговорят на новите предизвикателства. Като се преконфигурират услугите, поемат се нови отговорности, въведат се материални стимули и структури за плащане ще се осигури по-добро качество от вложените средства. Подобно на други сектори, здравните системи трябва да се адаптират и променят. Здравните политики на организации като Европейския съюз (ЕС) и ОИСР подкрепят този подход.

В глобализирания свят държавите са изправени пред нарастващата необходимост да работят заедно, за да се справят с многобройните предизвикателства пред здравето. Това налага трансгранично сътрудничество. Такова изискване се подчертава в редица международни споразумения като например Международните здравни правила, Рамковата конвенция на СЗО за контрол на тютюна или Декларацията от Доха относно споразумението ТРИПС и общественото здраве (свързано с интелектуалната собственост).

Стратегически задачи на "Здраве 2020": повече справедливост и по-добро управление в полза на здравето

„Здраве 2020“ обръща внимание на факта, че успешните правителства могат да постигнат реално подобрене на здравето на населението, ако впрегнат усилията на всички в управлението, за да изпълнят две свързани стратегически задачи:

- осигуряване на по-добро здраве за всички и намаляване на здравното неравенство;
- подобряване на лидерството и управлението с гражданско участие в полза на здравето.

Подобряване на здравето за всички и намаляване на здравното неравенство

Страните, регионите и градовете, които набелязват общи задачи и съвместни инвестиционни програми между здравеопазването и други сектори, могат сериозно да подобрят здравето и благосъстоянието на населението. Приоритетните области са обучение в предучилищна възраст, образование, заетост и условия на труд, социална защита и намаляване на бедността. Прилаганите подходи включват: анализ на устойчивостта на обществото по отношение на заплахите за здравето, социално включване и кохезия, популяризиране на методите за постигане за благосъстояние, осигуряване на равенство между половете и изграждане на механизми на ниво индивид и общество с цел защита и промоция на здравето, например индивидуални умения и чувство за принадлежност. Като се планират целите за намаляване на здравното неравенство, може да се стимулира действието. Това е един от основните начини за оценка на развитието на здравето на всички равнища.

... но трябва да бъде целенасочена, за да доведе до намаляване на здравното неравенство

Налице са съществени неравенства в рамките на отделните страни, свързани с основни показатели на начина на живот, включващи ръст на тютюнопушенето, затлъстяване, спорт и ограничаване на продължителните заболявания.

Освен това, 20% от населението с най-ниски доходи най-вероятно ще отлага медицинската помощ поради страх от финансови затруднения.

Образование и здраве в едно

Съществуват сериозни доказателства в подкрепа на твърдението, че образованието и здравето са взаимнозависими. Данните доказват, че продължителността на обучение в училище е най-важният фактор, който може да бъде съотнесен към доброто здраве.

Съгласно Доклада за човешко развитие от 2003 г. (ПРООН), „Образованието, здравето, храненето и водоснабдяването и канализацията са взаимнодопълващи се, като инвестициите в който и да било сектор допринасят за по-добрите резултати на останалите“.

Подход, ангажиращ цялата държава

Дейностите, ангажиращи цялата държава, представляват управленски действия на различни нива (от местно до глобално), като все по-често включват групи извън институциите. Такъв подход изисква изграждане на доверие, споделени етични принципи, общи културни нагласи и умения. Акцентът се поставя върху необходимостта от по-добра координация и интеграция, като в центъра стоят целите на обществото, възприети от правителството.

В държавите с федерално устройство или в тези с регионална и местна политическа автономност консултациите между различните нива на управление могат да подпомогнат подхода, ангажиращ цялата държава.

На всички равнища и във всички системи е необходима подотчетност.

Намаляването на здравното неравенство има сериозен принос за постигане на добро здраве и благосъстояние. Причините са комплексни и дълбоко вкоренени в различните етапи на живота, което увеличава неблагоприятното положение и уязвимостта. В „Здраве 2020“ вниманието е насочено към все по-голямата тревога за лошото здраве в рамките на отделните страни и в Региона като цяло. Най-ниската и най-високата продължителност на живота при раждане в Европейския регион на СЗО се различава с 16 години, със съществени разлики между мъже и жени, а в някои страни в Региона майчината смъртност е с до 43 пъти по-висока в сравнение с други. Подобни крайности в здравното неравенство се свързват също и с рисково поведение по отношение на здравето като: тютюнопушене и употреба на алкохол, нездравословни хранителни навици и ниска физическа активност, психични разстройства. Те от своя страна са отражение на стреса и неблагоприятното положение.

Чрез предприемане на действия спрямо социалните и екологични детерминанти на здравето може да се постигне ефективно преодоляване на редица случаи на здравно неравенство. Изследванията показват, че за да са успешни мерките, е необходим контекст за прилагане на политиката, който преодолява границите на сектора и позволява осъществяването на интегрирани програми. Например налице са ясни доказателства, че интегрираните подходи за доброто физическо състояние на децата и тяхното ранно развитие дават по-добри и справедливи перспективи, както по отношение на здравето, така и за образованието. Развитието на градската среда, което отчита детерминантите на здравето, е от решаващо значение, а кметската управа и местната власт играят все по-важна роля за промоцията на здравето и благосъстоянието. Механизмите за гражданско участие, отчетност и устойчиво финансиране подпомагат ефектите от подобни програми на местно равнище.

Усъвършенстване на лидерството и управлението с гражданско участие за подобряване на здравето

Лидерството на здравните министри и централните за обществено здраве ще продължи да бъде жизнено важно за преодоляване на социалната значимост на заболяванията в целия Европейски регион. То се нуждае от укрепване. Здравеопазването носи отговорност за разработване и осъществяване на националните и поднационални здравни стратегии, за определяне на здравните цели и планове за подобряване на здравето, за оценяване на въздействието на политиките от други сектори върху здравето, за изпълнението на висококачествени и ефикасни медицински дейности, за осигуряване на основните функции на общественото здраве. То също така трябва да проследява как решенията за здравната политика се отразяват върху другите сектори и заинтересовани институции.

Министерствата на здравеопазването и централните за обществено здраве са все по-пряко ангажирани да инициират между-секторни подходи към здравето и да изпълняват функциите на брокери и застъпници на здравето. Това включва акцентирание както на икономическите, социални и политически ползи от доброто здраве, така и на негативните ефекти от лошото здраве и неравенство върху всеки сектор, цялата държава и цялото общество. За да се изпълнява тази водеща роля, е нужна дипломатичност, умело боравене с наличните данни, добра аргументираност и убедителност. Освен това здравният сектор изпълнява функция на партньор на други сектори, за чиито цели може да допринесе подобряването на здравето. Всички

Здравето във всички политики

Цел на здравето във всички политики е да направи управлението, насочено към подобряване на здравето и благосъстоянието, приоритет не само за сектор здравеопазване. Това е двупосочен процес, който гарантира, че във всички сектори има яснота и решителност за действие във връзка с отговорността за осигуряване на по-добро здраве, като в същото време се взима предвид и начина, по който здравето влияе на другите сектори.

Подход, ангажиращ цялото общество

Ангажирането на цялото общество отива по-далеч от работата с институциите. То обхваща културата и медиите по места и в държавата като цяло, общностите в селските райони и в градовете, а също и всички засегнати сектори, като образование, транспорт, околна среда и даже урбанистично проектиране, както става ясно от борбата със затлъстяването и от глобалната система за храните.

Подходите за ангажиране на цялото общество представляват форма на колаборативно управление, което допълва публичната политика. Те акцентират върху координацията чрез нормативни ценности и изграждане на доверие между широк кръг субекти. Чрез включване на частния сектор, гражданското общество, общностите и отделни индивиди, подходът, ангажиращ цялото общество, може да подобри издръжливостта на общностите по отношение заплахите за тяхната здравна сигурност и благосъстояние.

Принос на гражданското общество

Гражданското общество е основна движеща сила при формулиране, популяризиране и осъществяване на промени. Европейският регион на СЗО заема водеща позиция за създаване на иновативни партньорства с гражданското общество, включително с общности от ключови групи от населението, изложени на по-висок риск за здравето и с неправителствени организации, които се застъпват за тях или предоставят услуги.

държави, участвали на срещата на високо равнище на ООН за превенция и контрол на незаразните болести и в Световната здравна асамблея, са заявили своята подкрепа за подобно взаимодействие, наричано подходи, ангажиращи цялата държава и цялото общество.

Управленските институции на всички нива обмислят създаването на специални структури и процеси в помощ на съгласуваността и междуведомствените мерки за решаване на проблемите.

Така може да се подобри координацията и да се преодолее властовия дисбаланс между секторите. Във все по-голяма степен се обръща внимание на стратегическите ползи от включването на здравето във всички политики. По този начин здравето се издига на предни позиции в политическия дневен ред, с което се подобрява диалогът между различните политически документи по отношение на здравето и неговите детерминанти и се изгражда система за отчитане на здравното състояние. Оценката на въздействието върху здравето и икономическата оценка са особено полезни средства за анализ на потенциалните ефекти на политиките, а биха могли да се използват и за да се установи как политиките се отразяват на равнопоставеността. Въздействието върху здравето може да бъде оценено като се събират и анализират количествени и качествени здравни данни. Изследванията за благосъстоянието, провеждани от други организации, като ОИСР например, може също да допринесат за този процес.

Институциите също така поемат ангажимент да създадат структури и процеси, които да позволят все по-активно участие на широк кръг от заинтересовани субекти.

Това е особено важно за гражданите, неправителствените организации и други групи (например мигрантите), които съставляват гражданското общество. Все по-често се наблюдават активно действащи заинтересовани групи, които обединяват усилия, за да се погрижат здравето да намери своето място в дневния ред на всички нива на управление. Примери за това могат да се намерят на глобално и на местно равнище: срещите на ООН, посветени на здравни теми, Интерпарламентарния съюз, движението на СЗО за здравословни градове и общности, глобалното движение за борба с бедността, застъпническите действия във връзка с определени заболявания, като HIV, националните инициативи за дефиниране на цели за здравето и регионални здравни стратегии на организации като ЕС. Всички те играят съществена роля за популяризиране на здравето и превръщането му в приоритет.

Ефективното лидерство в рамките на обществото като цяло може да допринесе за постигането на по-добри резултати за здравето.

Проучванията показват, че е налице силна взаимовръзка между отговорното управление, новите форми на лидерство и гражданското участие. В 21 век редица лица, сектори и организации са в състояние да осигурят лидерство в полза на здравето. То може да се случи под различни форми и изисква творчески подход и нови умения, особено за управление на конфликтите на интереси и откриване на нови способности за преодоляване на сложните проблеми. Съвместно с държавите членки СЗО носи специална отговорност да изпълнява такава лидерска роля и да съдейства на министерствата на здравеопазване да постигат своите цели. Овластяването на населението, гражданите, потребителите и пациентите е от критично значение за подобряване на здравното състояние, функционирането на здравните системи и удовлетворението на пациентите. Гласът на гражданското общество, включително на частни лица, пациентски организации, младежки организации и представители на третата възраст, е особено полезен за привличане на вниманието към увреждащите здравеопазване ситуации, навици или продукти, както и за установяване на проблемите с качествено изпълнение на медицинска помощ. Този глас е изключително полезен и при генерирането на нови идеи.

Планирани цели на "Здраве 2020"

"Здраве 2020" има амбицията да окаже измеримо въздействие върху здравето в Региона. Представените по-долу регионални цели са приети от държавите членки.

1. Намаляване на преждевременната смъртност в Европейския регион до 2020 г.
2. Увеличаване на продължителността на живота в Европейския регион.
3. Намаляване на здравното неравенство в Европейския регион до 2020 г.
4. Подобряване на благосъстоянието на населението в Европейския регион.
5. Осигуряване на универсално покритие и достъп до възможно най-доброто здраве.
6. Определяне на национални цели и планове по отношение на здравето в държавите членки.

Държавите членки са договорили и пакет от доброволни показатели в помощ на националните цели и планове, свързани със здравето.

Здравните информационни системи подпомагат процеса на прилагане на "Здраве 2020"

В държавите членки на Европейския регион на СЗО е необходимо да се разработят здравни информационни системи и услуги. Регионалното бюро на СЗО за Европа съдейства на страните да извършат оценка и технически подобрения, а също така им предоставя здравна информация чрез:

- взаимодействие с международни партньори за осигуряване на стандартизация, международна съпоставимост и качество на здравната информация;
- работа с мрежа от здравни агенции, отговарящи за здравната информация и данни;
- активно събиране, разпространение и предоставяне на лесен достъп до здравни данни и материали от научни изследвания.

Обединяване на усилията за установяване на общи приоритети на политиките в полза на здравето

Политиката, залегнала в „Здраве 2020“, почива на четири приоритетни области:

- инвестиране в здраве чрез подход, отчитащ промените в различните етапи от живота, и овластяване на населението;
- преодоляване на основните трудности в Региона във връзка с незаразните и заразните болести;
- укрепване на здравните системи, поставящи хората в центъра, подобряване на капацитета на общественото здраве и готовността, надзора и реакциите в спешни ситуации;
- създаване на издръжливост в общностите срещу заплахите за здравето, както и подпомагаща среда.

В духа на съгласуваност и последователност на политиките са набелязани четири приоритетни области, които се основават на „категориите за определяне на приоритетите и програмите на СЗО“. Тези категории са съгласувани от държавите членки на глобално равнище, като са съобразени със специалните изисквания и опит на Европейския регион. Те също почиват на приложимите стратегии и планове за действие на СЗО на регионално и глобално ниво.

Четири приоритетни области са взаимосвързани, взаимозависими и взаимно подпомагачи се. Например действията за различните етапи от живота и за овластяване на хората ще допринесат за ограничаване на епидемията от незаразни болести. За това ще спомогне и засиленият капацитет на общественото здраве. Те от своя страна ще повлияят за ограничаване на взривовите от заразни болести. Управляващите органи ще постигнат по-добро въздействие върху здравето, когато обвържат политика, инвестиции и услуги, за да намалят неравенството. Регионалното бюро на СЗО за Европа ще се активизира в качеството си на ресурс за разработване на политика, основаваща се на доказателства и примери за интегрирани подходи. Планираните цели за Региона ще способстват да бъде проследен напредъкът по осъществяване на рамката за политики „Здраве 2020“.

Изпълнението на тези четири приоритета изисква комбинация от управленски подходи, които насърчават здравето, равнопоставеността и благосъстоянието. Интелигентното управление ще предвиди промените, ще стимулира иновациите и ще се насочи към инвестиране в промоция на здравето и профилактика на заболяванията. Подходите на управлението включват използване на публичната политика и регулация, както и нови форми на взаимодействие с организациите на гражданското общество, независимите институции и експертни органи. Уставена е все по-голяма необходимост от базиране на политиката и практиката върху доказателства, спазване на етичните норми, увеличаване на прозрачността и подобряване на отчетността в области като конфиденциалност, оценка на риска и на въздействието върху здравето.

„Здраве 2020“ отчита факта, че държавите тръгват от различна отправна точка, работят в различен контекст и разполагат с различен капацитет. Редица решения относно здравната политика се взимат в условия на неясни или непълни познания, което възпрепятства предвиждането на всички ефекти върху системата в по-широк план на множество аспекти на реформиращите се здравни системи. Преодоляването на комплексни проблеми като затлъстяване, мулти-морбидност и невродегенеративни заболявания представлява се-

Управлението в полза на здравето изисква да се прилага комбинация от стратегии

Декларацията от Москва за здравословния начин на живот и контрола на незаразните болести (приета през 2011 г.) гласи: "Ние... съзнаваме, че е наложителна промяна в парадигмата, за да се справим с предизвикателствата на незаразните болести, тъй като те вече са причинени не само от биомедицински фактори, а са резултат и от силното влияние на поведенчески, екологични, социални и икономически въздействия."

Набелязани са стратегии, разработени въз основа на доказателства, и анализи за икономическата ефективност от намаляване потреблението на тютюневи изделия. Такива са Рамковата конвенция за СЗО за контрола на тютюна и шестте стратегии „MPOWER“, които подпомагат прилагането на Конвенцията на национално равнище:

1. наблюдение на потреблението на тютюневи изделия, както и на ефикасността на мерките за превенция;
2. предпазване на населението от тютюнев дим;
3. предоставяне на помощ за отказване от тютюнопушене;
4. предупреждаване за вредите от тютюна;
5. въвеждане на ограничения за рекламите, промоциите и спонсорството на производителите на тютюневи изделия; и
6. увеличаване на данъчните ставки за тютюн.

Мерките за контрол на тютюневите изделия са втория най-ефективен способ за изразходване на средства за подобряване на здравето, след детската имунизация.

Подобни стратегии, почиващи на доказателства, трябва да се разработят за други системни здравни рискове като затлъстяването например. По отношение на алкохола държавите членки са приели глобална и регионална политика.

риозно предизвикателство. Използването на постиженията на социалните, поведенчески и политически науки, както и на социалния маркетинг, поведенческата икономика и науката за нервната система, се е доказало като все по-значимо. Различни проучвания отбелязват ползата от насърчаването на малки по мащаб, но всеобхватни мерки на местно и общностно ниво, за да се извлекат поуки и да се улесни адаптацията. Сътрудничеството между страните в Европейския регион може да ускори развитието на експертните познания, като всяка държава и сектор могат едновременно да си направят своите изводи и да допринесат за процеса.

Приоритетна област 1. Инвестиране в здравето чрез анализ на заплахите за здравето през целия живот и овластяване на хората

Запазването на здравето през целия живот осигурява продължителност на живота в добро здраве и дълголетие, които осигуряват важни икономически, социални и индивидуални ползи. Демографската трансформация, която е в ход, изисква ефикасна стратегия по отношение на здравето през целия живот, отдаваща приоритет на новите подходи за промоция на здравето и профилактика на болестите. Подобряването на здравето и равния достъп започват от бременността и ранното детство. Здравите деца учат по-добре, здравите работещи са по-производителни, а здравите пенсионери могат да продължат да бъдат полезни за обществото. Остаряването в добро здраве и физическа активност е приоритет за политиката и научните изследвания.

Програмите за промоция на здравето, почиващи на принципите за ангажираност и овластяване, водят до реални ползи. Те включват създаване на по-подходящи условия за добро здраве, повишаване на здравната грамотност, подпомагане на независимия начин на живот и гарантиране, че здравословният избор ще бъде по-лесният избор. Нещо повече, това означава осигуряване на безопасна бременност, здравословен старт в живота, популяризиране на безопасността и благосъстоянието, гарантиране на закрила за децата и младежите, насърчаване на здравословните условия на труд и подпомагане на остаряването в добро здраве. Осигуряването на полезна храна през целия живот е приоритет, предвид на епидемията от затлъстяване, която засяга цяла Европа.

Съществуват категорични данни, че икономически ефективните политики могат пряко да подобрят здравето и благосъстоянието на населението. В целия Европейски регион расте натрупаният практически опит и емпиричните данни от програмите за промоция на здравето и националните стратегии за най-значимите групи заболявания, като сърдечно-съдови и диабет. Те сочат, че когато се обединят лидерството в управлението, подкрепящата околна среда и подходите, насърчаващи чувството за контрол и овластяване, може да се постигне успех. Активизирането на проучванията за социално поведение може да предостави растяща база от доказателства, които да способстват за подобно развитие.

Особено необходимо е да бъдат стимулирани програмите за промоция на психичното здраве. Един на всеки четири души в Европейския регион преминава през някакъв вид психичен проблем през живота си. Сериозна трудност представлява насърчаването на ранната диагностика на депресията и предотвратяване на самоубийствата чрез организиране на програми за интервенция в общността. Проучванията дават възможност да се разбере по-добре връзката между психичните

Социална значимост на незаразните болести

В Европейския регион незаразните болести са с най-високата социална значимост в целия свят. Две групи заболявания – сърдечно-съдовите и онкологичните, причиняват близо ¾ от смъртността в Региона, а три основни групи заболявания – сърдечно-съдови, онкологични и психични разстройства са отговорни за повече от половината от заболяемостта (измерена с показателя DALY, години живот, изгубени в болест). Голяма част от преждевременните смъртни случаи могат да бъдат избегнати: поне 80% от всички случаи на сърдечно-съдови заболявания, инсулт и диабет тип 2, както и поне 1/3 от онкологичните заболявания са предотвратими. Различната социална значимост на незаразните болести в рамките на отделните страни и в различните страни показва, че потенциалните възможности за подобряване на здравето са огромни.

Социална значимост на психичните разстройства

Психичните разстройства имат втория по големина принос (19%) към тежестта на заболяванията (измерена в DALY) в Европейския регион и представляват най-значимата причина за загуба на трудоспособност. Застаряването на населението води до увеличено разпространение на деменцията. Най-често срещаните психични разстройства (депресия и безпокойство) засягат 1 от 4 годишно. Независимо от този факт обаче, около 50% от случаите на психични разстройства не получават никаква форма на лечение. Стигматизацията и дискриминацията са основни причини хората да не търсят медицинска помощ.

Социална значимост на туберкулозата

В Европейския регион се съобщава за 420000 нови и рецидивиращи случаи на туберкулоза за 2010 г. Повечето от тях – 87% от новите и 94% от смъртните случаи са регистрирани в източната и централната част на Региона. Тук се наблюдава и най-ниска успеваемост от лечението в целия свят, което отразява високия ръст на лекарствено-резистентна туберкулоза. Многолекарствена устойчивост е установена при 13% новорегистрирани и 42% лекувани. Това заболяване често се свързва с лоши социално-икономически условия и други детерминанти, включително липсата на дом.

проблеми и социалната маргинализация, безработицата, липсата на дом, злоупотребата с алкохол и други вещества. Новите форми на пристрастяване, свързани с виртуалния свят на интернет също трябва да влязат в ползването.

Изключително полезно е да се постави стратегически фокус върху здравословния живот, както на младите, така и хората от третата възраст. За тяхното здраве могат да допринесе широк кръг от ангажирани институции, включително да се развият дейности, обединяващи хора от различни възрасти. За младите този подход може да включва обучение от връстници, привличане на младежки организации и осъществяване на програми за здравна грамотност в училище. Особено полезно би било да се работи интегрирано в посока на психичното и сексуалното здраве. За третата възраст е подходящо да се организират инициативи за активно и здравословно стареене, които да бъдат полезни за поддържане на доброто здраве и качеството на живот.

Приоритетна област 2. Преодоляване на най-сериозните здравни проблеми: незаразни и заразни болести

„Здраве 2020“ акцентира върху пакет от ефикасни интегрирани стратегии и мерки относно предизвикателствата пред здравето в Региона. Те са свързани както с незаразните, така и със заразните болести. И двете групи изискват да се обединят целенасочени действия от страна на общественото здраве и на системата на здравеопазването. За тяхната ефикасност спомагат действията за постигане на равнопоставеност, социалните детерминанти на здравето, овластяването и подкрепящата среда.

За да се постигне успех в противодействието на незаразните болести с висока социална значимост в Региона, е необходима комбинация от подходи. „Здраве 2020“ проправя пътя за прилагане на подходите, ангажиращи цялата държава и цялото общество, които са договорени в други регионални и глобални стратегии, тъй като става все по-ясно, че опитите да се повлияе на индивидуалното поведение имат ограничено въздействие. Разпространението на незаразните болести е неравномерно на територията на отделните страни и в различните страни, като е пряко свързано с действията относно социалните и екологични детерминанти на здравето.

„Здраве 2020“ насърчава активизирането на усилията за прилагане на глобален и регионален мандат по отношение на незаразните болести. Приоритетните области за Региона включват следното:

- **Съществуващи декларации и стратегии:** Политическа декларация на ООН от 2011 год. за незаразните болести, Рамкова конвенция за СЗО за контрола на тютюна, Глобална стратегия за храненето, физическата активност и здравето, Глобална стратегия и съответно регионален план за действие за намаляване вредната употреба на алкохол, план за действие за осъществяване на Европейската стратегия за превенция и контрол на незаразните болести 2012–2016 год. и План за действие на ООН за Европа за психично здраве.
- **Промоция на здравето.** Съгласно определението в Хартата за промоция на здравето от Отава, тя стои в основата на изброените декларации и стратегии. Всички те подтикват правителствата да работват междуведомствени национални стратегии, чиито цели и задачи са насочени към основните предизвикателства, свързани с незаразните болести.

Система на здравеопазването

"В контекста на политическата и институционална рамка на всяка страна системата на здравеопазване представлява съвкупността от всички публични и частни субекти, институции и ресурси, задължени да подобряват или да възстановяват здравето. Здравната система обхваща обслужването на индивиди и на населението, както и дейности, които влияят на политиките и мерките на други сектори за въздействие върху социалните, екологични и икономически детерминанти на здравето."

- Харта от Талин: Здравните системи в полза на здравето и благополучие.

Технологични и научни постижения

Разкриването на човешкия геном внася съществена промяна в научните изследвания, политиките и практиките на общественото здраве. То хвърля светлина върху генетичната предразположеност за здраве и болести. Бързият напредък на науката и новите геномни инструменти допринасят за разширяване на механизма за настъпване на заболяванията.

Нанотехнологията включва манипулиране на свойства и структури на равнището на наночастиците. Това се използва за целенасочени лекарствени терапии или интелигентни медикаменти. Тези нови методи за лечение вече са показали, че причиняват по-малко странични ефекти и са далеч по-ефикасни от традиционните.

Технологиите, които са в услуга на самите пациенти и техните гледачи, като средства за самонаблюдение, здравни приложения и изделия за следене на здравните показатели или на хронични болести, ще допринесат за промяна на естеството на лечението и за намаляване на разходите.

„Здраве 2020“ насърчава задълбочаването на усилията за борба със заразните болести. Нито една страна не може да си позволи да намали бдителността си и всяка трябва да продължи да се стреми да поддържа най-високи стандарти. За Европейския регион областите за приоритетни действия са следните:

- **Създаване на капацитет за обмен на информация и надзор:** за прилагане на Международните здравни правила, за подобряване на обмена на информация и където е необходимо, за прилагане на съвместни действия за надзор и контрол на заболяванията от системата за общественото здраве, ветеринарните служби и храните, и селското стопанство за усъвършенстване на контрола на заразните болести, които се предават от животни на хора, включително новопоявяващи се заразни болести, организми, устойчиви на лекарства и инфекции, разпространявани по воден път и чрез храни.
- **Борба със сериозните вирусни и бактериологични заплахи:** изпълнение на регионални политики и планове за действие, борба с антимикробната резистентност, ограничаване на появата и разпространението на организми и инфекции, издръжливи на лекарства чрез разумна употреба на антибиотици и контрол на инфекциите, осигуряване на безопасност на основните продоволствени стоки като храна и вода, достигане и поддържане на препоръчителното имунизационно покритие за профилактика на ваксина-предотвратимите болести, регионално и глобално ликвидиране на полиомиелит, морбили, рубеола и малария, постигане на пълен контрол на заболявания като туберкулоза, HIV и грип чрез осигуряване на достъп на цялото население, включително на уязвимите групи, до здравеопазване и мерки, основани на доказателства.

Приоритетна област 3. Укрепване на здравните системи, поставящи човека в центъра, на капацитета на общественото здраве, готовността, надзора и отговора при издънредни ситуации

Осигуряването на висококачествено здравеопазване и подобри перспективи за здравето изисква здравните системи да бъдат финансово жизнеспособни, да отговарят на потребностите, да поставят човека в центъра и да се основават на доказателства. Всички страни трябва да се подготвят за променящите се демографски условия и профили на заболяванията, особено за предизвикателствата, които отправят психичното здраве, хроничните болести и застаряването. Това налага преориентиране на системите на здравеопазване, за да изведат на преден план профилактиката, да поощряват постоянното подобряване на качеството и интегрираното обслужване, да осигуряват затваряне на лечебния цикъл, да подпомагат грижата на пациентите за собственото здраве и да доближат грижите максимално близо до дома, когато е безопасно и икономически изгодно. Необходимо е също да се направи оценка на потенциала за персонализирани медицински грижи.

„Здраве 2020“ отново подчертава ангажираността на СЗО и държавите членки да осигурят цялостно покритие на здравеопазването, включително достъп до висококачествени и приемливи по цена грижи и лекарства. Редица страни са постигнали универсално покритие, но все още трябва да се положат значителни усилия, за да се премахнат плащанията в Региона, които надхвърлят определен процент от доходите и се смятат за катастрофални и които водят до падане

Обществено здраве

В Европейския регион на СЗО е в сила определението за обществено здраве на Ачисън, а именно „науката и изкуството за профилактика на заболяванията, удължаването на живота и промоцията на здравето чрез организирани действия на обществото“. Това се постига от публичните институции чрез колективни действия. То включва традиционни услуги като анализ на състоянието на здравеопазването, надзор, промоция на здравето, профилактика, контрол на инфекциозните болести, опазване на околната среда, хигиена, готовност и отговор при бедствия и извънредни ситуации за здравето, както и трудова медицина. По-новите подходи обхващат и социалните детерминанти на здравето, социалния градиент и управлението с цел добро здраве.

20 години действия за околната среда и здравето в Европа

Загрижени относно растящия брой доказателства за въздействието на вредната среда върху здравето на човека, през 1989 г. държавите от Европейския регион съвместно с Регионалното бюро на СЗО за Европа инициират първия в света процес в полза на околната среда и здравето, за да се отстранят най-сериозните рискове. Постигането на тази цел се насърчава от поредица съвещания на министрите, които се провеждат на всеки пет години с координацията на Регионалното бюро на СЗО за Европа. Тези форуми са уникални по своята същност, защото събират на едно място представители на различни сектори, за да положат основите на политики и действия в интерес на околната среда и здравето в Европейския регион.

под линията на бедността. Необходимо е да се гарантира дългосрочна устойчивост и стабилност на икономическите цикли, да се задържат нивата на разходите, определяни от предлагането, и да се елиминира разточителното харчене, като в същото време се гарантира разумно ниво на финансова защита. Механизмите за оценка на здравните технологии и осигуряването на качеството са особено важни за постигане на прозрачност и отчетност в здравеопазването. Те представляват неразделна част от културата за безопасност на пациента.

Рамката за политики „Здраве 2020“ остава ангажирана към подхода на първичното здравеопазване като крайъгълен камък на здравните системи в 21 век. Първичното здравеопазване е в състояние да откликне на съвременните потребности като създаде среда за развиване на партньорство и насърчи пациентите да участват в лечението по нови начини и да се грижат по-добре за собственото си здраве. Пълноценното използване на инструментите и иновациите на 21 век, като комуникационни технологии, например дигитални медицински картони, телемедицина и електронно здравеопазване, както и развитието на социалните медии, може да допринесе за по-качествено здравеопазване с по-целесъобразно изразходване на средствата. Възприемането на пациентите като ресурс и като партньори, които носят отговорност за изхода от лечението, са важни принципи.

Постигането на по-добри перспективи за здравето изисква значително усъвършенстване на функциите и капацитета на общественото здраве. Въпреки че възможностите и ресурсите в общественото здраве се различават съществено в рамките на Региона, съществени икономически изгодни ползи могат да се постигнат, като се постави приоритет върху инвестициите в институциите от системата за обществено здраве, изграждането на капацитет, както и чрез подпомагане на опазването и промоцията на здравето, и профилактиката. Анализът и адаптирането на законите и инструментите за обществено здраве с цел модернизирани и усъвършенстване на неговите функции също може да бъде от полза. Сътрудничеството в цел постигане на здраве в глобален мащаб и за преодоляване на предизвикателствата от трансгранично естество придобива все по-голямо значение, както и координацията в рамките на страните, които имат децентрализирана система за обществено здраве и за делегиране на отговорностите.

За обновление на общественото здраве и на предоставяните услуги е необходима реформа в образованието и обучението на здравните кадри. В сърцето на здравната система, готова да се изправи пред предизвикателствата на 21 век, стои съсловие, което е по-гъвкаво, притежава разностранни умения и е ориентирано към екипния подход. Това включва: извършване на услуги в екип, нови форми на обслужване (включително домашни грижи и продължително лечение), умения за насърчаване овластяването на пациента и способността за полагане на грижи за собственото здраве, по-добро стратегическо планиране, управление, работа с различни сектори и капацитет за лидерство. Нужна е нова култура на работа, която благоприятства за въвеждане на нови форми на сътрудничество между работещите в системата на общественото здраве и здравеопазването, както и между здравните и социалните работници, а също и с представителите на други сектори. Глобалната криза с осигуряване на работна сила за здравната система изисква да се приложи Глобалния практически кодекс на СЗО за привличане на международни кадри в здравеопазването.

От критично значение е да се създадат адаптивни политики, устойчиви структури и способност за активна подготовка и преодоляване на извънредните ситуации за общественото здраве. Важно е политиките да отразяват комплексния път за възникване и да осигуряват бърз и иновативен отговор при непредвидени обстоятелства като вривовете от заразни болести. Съгласно Международните здравни правила

Управление в името на здравето

Управлението в името на здравето прокламира съвместните действия на здравната система и на останалите сектори, на публичните и частните субекти, както и на гражданите в полза на общия интерес. Тази цел изисква прилагане на пакет от политики в синергия, много от които обхващат сектори извън здравеопазването и са извън обсега на управленските институции. Затова са необходими структури и механизми, които насърчават сътрудничеството между всички тях.

Такова управление дава силна легитимна власт на министрите на здравеопазването и на техните ведомства, както и на централните за обществено здраве, да се отворят за взаимодействие и да поемат нови функции при формиране на политики за промоция на здравето и благосъстоянието.

Съвместимост с глобалните развия в областта на здравето

„Здраве 2020“ изцяло съответства на потребностите и инициативите за глобално здравно развитие. Документът въплъщава глобалното виждане да бъдат подпомогнати хората да постигнат по-добро здраве, както е залегнало в процеса за реформа на СЗО.

страните са длъжни да прилагат многопосочен, междуведомствен и трансграничен подход към извънредните ситуации в общественото здраве, както и да бъдат готови да управляват успешно здравните аспекти на извънредните ситуации и хуманитарните катастрофи.

Приоритетна област 4. Изграждане на приспособими общности и подкрепяща среда

Издръжливостта е ключов фактор при опазването и промоцията на здравето и благосъстоянието, както за индивида, така и за общността. Шансовете за добро здраве зависят от условията на раждане, израстване, работа и остаряване. Системната оценка на ефектите върху здравето на бързо променящата се среда – особено когато е свързана с технологиите, работата, енергопроизводството и урбанизацията, е от първа необходимост и тя трябва да бъде последвана от действия, които да гарантират ползи за здравето. Издръжливите общности предприемат изпреварващи действия по отношение на новите или неблагоприятни ситуации, по-подготвени са за икономически, социални и екологични промени и се справят по-успешно с кризи и трудности. Движението на СЗО за здравословни градове и общности изобилства от примери за това как може да се създаде такава издръжливост, най-вече чрез включване на хората по места и чрез припознаване на здравните теми от общността. Промоцията на здравето по месторабота и в училищата предоставя други възможности за подобен подход.

Сътрудничеството между институциите от здравната система и от сектора за опазване на околната среда има решаващо значение за защита на човешкото здраве от рисковете, произтичащи от вредите от замърсяването и за създаване на здравословна социална и физическа среда. Екологичните заплахи представляват основен фактор, от който зависи човешкото здраве, като се има предвид, че редица медицински състояния са резултат от околната среда, например замърсения въздух и климатичните промени. Тези здравни детерминанти си взаимодействат със социалните. Ползите за здравето от икономиката с ниски въглеродни емисии и от екологичните политики са разгледани в контекста на „Рио + 20“ – Конференцията на ООН за устойчиво развитие. Държавите започват да разработват политики, които да облагодетелстват както здравето на планетата, така и здравето на населението, като отчитат факта, че взаимодействието между институциите има решаващо значение за защита на човека от опасната или замърсена околна среда.

Задълбочаването на интердисциплинарното и междусекторно сътрудничество в интерес на здравето на хората, животните и планетата е предпоставка за ефективността на системата за обществено здраве. Този подход може да включва действия за всеобхватно прилагане на многостранните екологични споразумения, както и на европейските препоръки за опазване на околната среда и здравето, бурно развитие на науката, оценка на ефектите от политиките в различните сектори върху здравето, особено на тези, които имат въздействие едновременно върху човека и околната среда, постоянно доработване и адаптиране на дейностите за подобряване на околната среда и здравето, и насърчаване на екологично отговорното здравеопазване.

Приносът на СЗО

СЗО е в процес на реформи, които да допринесат за по-добрите перспективи за здравето и за по-добрата кохерентност в глобалното здраве. Целта е СЗО да се утвърди като организация, която прокарва образцова политика на ефективност, ефикасност, навременна реакция, прозрачност и подотчетност.

В най-общ план идеята е СЗО, вместо да представя пакет от резултати чрез поредица от технически програми, да се превърне в организация, която постига въздействие, работи с националните власти, използва съвместните и координирани усилия на бюрата в страните членки, регионалните бюра, централното управление и дейностите си на терен, като всички тези равнища функционират под формата на взаимозависима мрежа.

Виждането за „Здраве 2020“

Нашата представа за Региона на СЗО за Европа като място, където всички хора разполагат с възможностите и подкрепата да развият пълния потенциал на своето здраве и благосъстояние и където страните, по отделно и съвместно, работят за намаляване на здравното неравенство в Региона и извън него.

Съвместни действия: добавяне на стойност чрез партньорства

Набелязаните в „Здраве 2020“ цели ще бъдат постигнати с помощта на комбинация от индивидуални и колективни действия.

Успехът изисква единна посока и широка платформа за сътрудничество между субектите във всяка страна: държавни и общински институции, неправителствени организации, гражданско общество, частен сектор, академична общност, здравни работници и общността като цяло, както и всеки индивид по отделно.

Ключът към успеха на „Здраве 2020“ се крие във взаимодействието между държавите членки и СЗО, като всички се отворят за работа с други партньори. Тясното сътрудничество между Регионалното бюро на СЗО за Европа, централата на СЗО и другите региони лежи в основата на успешното осъществяване на „Здраве 2020“.

Към този процес ще допринесе създаването на по-широка платформа за взаимодействие с регионални мрежи и съюзи като Организацията на независимите държави, Евразийската икономическа общност, страните от югоизточна Европа и ЕС.

Регионалното бюро на СЗО за Европа ще изпълни конституционалната си роля да работи като управляващ и координиращ орган за международна здравна дейност в Европейския регион. То трябва да създава и поддържа ефективно сътрудничество с различните партньори, както и да предоставя техническа помощ за страните. То ще насочи усилията си да ангажира широк фронт от поддръжници, ще съдейства за осигуряване на кохерентност на политиките, ще допринесе за създаване на общи платформи за разработване и осъществяване на политиките, ще извършва обмен на здравната информация, ще обединява усилията за провеждане на надзор и ще способства за развиването на нови типове сътрудничество чрез мрежи и през интернет. То ще функционира като неизчерпаем източник за съвети и информация за успешни практики, и ще работи заедно със страните за прилагане на стратегии за сътрудничество от нов вид.

Работата с ЕС осигурява стабилна основа, сериозни възможности и допълнителни ползи. Двадесет и осемте държави членки на ЕС, които съставляват част от Региона, прилагат процеса за интеграция и сътрудничество в областта на здравето, съобразно здравната стратегия на ЕС. Те имат на свое разположение и политически рамки, както и юридически и финансови механизми за осъществяването им. В допълнение към това, кандидатите за членство, потенциалните кандидати и страните от Европейския инструмент за съседство и партньорство също напредват с хармонизацията на своето законодателство и практики с политиките на ЕС. Това може да окаже съществен принос върху изпълнението на целите на „Здраве 2020“. Съвместната декларация на Европейската комисия и СЗО, която съдържа шест пътни карти за по-задълбочено сътрудничество, представлява важна стъпка за укрепване на това партньорство.

Съществуващото взаимодействие между СЗО и международните организации, които работят активно в Европейския регион също бележи напредък. Тези организации включват органи като агенциите на ООН, ОИСР и Съвета на Европа, агенции за развитие и финансиране, както и големи неправителствени организации. Страните от Региона допринасят за сътрудничеството с международните организации и едновременно с това се ползват от него. То ще окаже ценна подкрепа за изпълнение на общите цели на „Здраве 2020“ и на други сектори и организации.

Обвързването с нови и развиващи се видове партньорства в полза на здравето, които работят активно на различните нива на

Допълнителна информация

За да се гарантира, че всички анализи и предложения в „Здраве 2020“ почиват на научните постижения и натрупания опит, са възложени и оценени цяла поредица от изследвания, като на пример:

- Kickbuschbusch I, Gleicher D. *Управление в полза на здравето през 21 век*. Копенхаген, Регионално бюро на СЗО за Европа, 2012 г.
- *Доклад за социалните детерминанти на здравето и здравното неравенство в Европейския регион на СЗО*. Копенхаген, Регионално бюро на СЗО за Европа (предстои да излезе през 2013 год.).
- McDaid D, Sassi F, Merkur S, eds. *Промоция на здравето. Профилактика на болестите: икономическата гледна точка*. Мейдънхед, ОупънЮ-нивърсити прес (предстои отпечатване).
- McQueen D et al., eds. *Междусекторно управление на здравето във всички политики*. Копенхаген, Регионално бюро на СЗО за Европа, 2012 г.
- Bertolini R, Brassart C, Galanaki C. *Преглед на ангажираността на държавите членки на СЗО от Европейския регион и на Регионалното бюро на СЗО за Европа за периода 1990 – 2010 г.* Анализ в светлината на стратегията „Здраве 2020“. Копенхаген, Регионално бюро на СЗО за Европа, 2012 г.

управление в Региона, ще способства в голяма степен за изпълнението на „Здраве 2020“. Сериозен е приносът на новаторски механизми за сътрудничество като Здравната мрежа за Югоизточна Европа, политиката „Северно измерение“, мрежите като тази на СЗО за здравословни европейски градове, националните мрежи за здравословни градове и региони на здравето, районните мрежи в Организацията на независимите държави и локалните мрежи на СЗО за промоция на здравето по училища, месторабота, болници и затвори, обхващащи целия Европейски регион.

Партньорството с гражданското общество ще засили застъпническите действия за осъществяване на „Здраве 2020“. Редица доброволчески организации и такива за самопомощ са възприели здравето като важна тема в своя дневен ред, а и немалко здравни услуги продължават да се извършват съвместно с грижите за семейството и общността, както и за собственото здраве и благосъстояние. Тези организации работят от местно към глобално равнище и дневният им ред е насочен в голяма степен към здравето и социалните му детерминанти. Следователно чрез насърчаване на техния принос ще се постигне ценен напредък в посока изпълнение на целите на „Здраве 2020“ на всички нива.

Проучване на възможностите за въвличане на частния бизнес по целесъобразен и етичен начин. Отношението към частния сектор във връзка със здравето варира в различните страни и в рамките на всяка страна по отделно. В същото време не трябва да се пропуска фактът, че фирмите все повече допринасят за всеки аспект на живота на хората. Тяхното влияние едновременно може да подобри здравето и да го разклати. Важна цел е да се осигури твърд ангажимент в полза на здравето от страна на частния сектор, както и да се насърчава и възнаграждава проявената социална отговорност.

„Здраве 2020“ – обща цел и споделена отговорност

„Здраве 2020“ представлява адаптивна и практически насочена рамка за политики. Тя осигурява безпрецедентна платформа за съвместно разширяване на знанията и обмяна на експертни мнения и опит между страните. Тя отдава уважение на индивидуалната специфика на всяка страна, която ще има право да търси своя собствен път за постигане на общите цели. Различните държави тръгват по този път от различни стартови позиции, като възприемат различни подходи, но са обединени от общи намерения и амбиции. От решаващо значение е този процес да бъде възприет от политиките и това е залегнало в планираните от страните регионални цели.

В един свят на взаимна обусловеност необходимостта от обединяване на усилията на отделните страни добива все по-голяма значимост. В днешно време човешкото здраве и неговите детерминанти са изправени пред предизвикателствата на поредица от глобални и регионални фактори. Въпреки че повече хора от всякога имат възможността да се радват на по-добро здраве, нито една страна не е в състояние изолирано да развие потенциала на иновациите и промените или да се справи сама с изпитанията, които стоят пред здравето и благосъстоянието. Бъдещото благополучие на отделните страни и на Региона като цяло ще зависи от готовността и способността да се оползотворят новите възможности за подобряване на здравето и благосъстоянието на настоящото поколение, както и на тези, които ще дойдат след него.

„Здраве 2020“ насърчава и подтиква министрите на здравеопазването да привлекат основните заинтересовани институции, за да обединят усилия за изграждане на една по-здрава Европа.

"Здраве 2020": политическа рамка и стратегия

Съдържание

Предговор	29
"Здраве 2020" – въведение	33
Част 1. "Здраве 2020": подновяване на ангажимента за здраве и благосъстояние – контекст и задвижващи фактори	37
Обхват на темата: защо здравето е важно за цялото общество и цялостното управление	38
Основополагащи ценности на "Здраве 2020"	41
Възникващите задвижващи фактори, демография и епидемиология, и социалната, технологична и икономическа обосновка за действие	44
Част 2. "Здраве 2020": приложение на доказателствено обосновани стратегии, които работят и ключовите заинтересовани страни	61
Въведение	62
Цели	62
Справяне с взаимодействащите си детерминанти на здравето	62
Подобряване на здравето за всички и намаляване на здравните неравенства	64
Интегриран обучаващ подход, основан на доказателства	68
Интегриране на ново мислене от други социални поведенчески науки и стратегически социален маркетинг	68
Управление за здраве през 21 век	68
Съвместна работа по общите приоритети за здравето	72
Инвестирането в здравето чрез подхода за цял живот и упълномощаване на хората	73
Справяне с най-големите предизвикателства на болестите в Европа	91
Укрепване на здравните системи, насочени към хората, капацитетът на общественото здравеопазване и готовността при спешни случаи, надзор и реакция	110
Здравна безопасност, международно здравно законодателство, готовност при спешни случаи и реагиране на спешни случаи в общественото здраве	127
Създаване на приспособими общности и подкрепяща среда за здраве	129
Част 3. "Здраве 2020": подобряване на ефективното прилагане – изисквания, пътища и непрекъснато обучение	143
Въведение	144

Осъществяване – предизвикателствата пред политиците	144
Ръководство, включително засилване на ролята на здравните министри и здравния сектор	145
Развитие, приложение и оценка на национални и поднационални здравни политики, стратегии и планове, произтичащи от приноса на различни сектори	146
Добавяне на стойност чрез партньорства и партньори за здраве	148
Създаване на отговорност за здравето на цялото общество и цялото управление	151
Надзор, оценка и приоритети за проучвания на общественото здраве	161
Здравето на кръстопът от предизвикателствата на 21-и век	162
Основната роля на СЗО	163
Поглед напред	164
Източници	165
Приложение. Речник на работни определения и обяснителни бележки по понятия и термини, използвани в "Здраве 2020"	184

Предговор

За мен е голямо удоволствие да ви приветствам с добре дошли в "Здраве 2020", Европейската политическа здравна рамка за всички. Независимо дали сте президент, премиер, кмет, политик, работник в общественото здравеопазване или общински активист, "Здраве 2020" съдържа информация, която може да ви помогне да изберете и да вземете по-здравословни, по-безопасни и икономически по-мъдри решения.

Всички държави-членки на Европейския регион на СЗО одобриха "Здраве 2020" през септември 2012 г., в две форми (и двете от които са включени в тази публикация). Европейската политическа рамка в подкрепа на управлението и обществото за здраве и благосъстояние осигурява на политици и ключови политически практики стойностно и доказателствено информирани стратегически политически съвети за прилагане на "Здраве 2020" на практика. По-дългата Политическа рамка и стратегия "Здраве 2020" предвижда много повече подробности по отношение на доказателствата и практиките, свързани със здравето и благосъстоянието. Тя е предназначена специално за хора, които практикуват разработването и изпълнението на политики на оперативните нива. Тя следва също да служи като ценен ресурс за здравни застъпници, изследователи и практикуващи, които търсят по-задълбочена информация, свързана с различните препоръки за действие в кратката политическа рамка. Освен това, нашият план е да се направи от този дълъг документ действащо ръководство, като предоставя на всички постоянно обновени връзки към промени в доказателствата и практиката – в сектора на здравеопазването и другите сектори, участващи в разработването и изпълнението на политиката.

За да се гарантира, че най-добрите налични доказателства са идентифицирани и включени, Регионалният офис на СЗО за Европа е работил активно със стотици експерти в областта на общественото здравеопазване, икономиката и от много различни академични дисциплини в целия Европейския регион на СЗО и извън него. Тези експерти бяха помолени не просто да опишат проблемите, но най-важното, да идентифицират доказателства за това кое работи и кое не работи добре при решаването на днешните предизвикателства за здравето в различни части на Европейския регион. Нашият фокус е да се гарантира, че всеки преживява по-равноправно значителните подобрения в здравния статус, които са били реализирани в целия Европейски регион през последните десетилетия.

Новопоръчаните проучвания на действията за справяне с неравенствата, социалните детерминанти на здравето, подходите на управлението и икономиката на профилактиката на болести и насърчаване на здравето подпомогнаха разработването на тази базирана на доказателства рамка. Този процес направи "Здраве 2020" уникален дестилат от най-добрите налични политически доказателства за обществено здравеопазване.

В консултацията на "Здраве 2020" участват управителните органи на СЗО от Европейския регион, най-вече Регионалният комитет на СЗО за Европа, чието одобрение на "Здраве 2020" през септември 2012 г. е повратна точка за подобряване на здравето в целия регион. Освен това, участват и държавите-членки от региона по други начини, чрез своите собствени многопластови форми на управление и чрез своите професионални и непрофесионални интереси. Участието на гражданското общество беше от основно значение за процеса на консултации, както и участието на мрежите на СЗО, включително Здрави градове и Региони за здраве. "Здраве 2020" посочва ясно, че днешното управление за здраве е хоризонтално, разпръснато и в мрежа, и са положени всички усилия, за да се включи цялото богатство на тези влияния при развитието на "Здраве 2020".

Нашата цел през цялото време е била да се осигури научната обосновка за действие: да се улови и запали интереса и участието на всички, които ще трябва да бъдат ангажирани сега и в бъдеще. За тази цел, политическата рамка разглежда предизвикателствата и възможностите и се стреми да бъде един инструмент, който може да се използва за вземане на решения за пътя напред. Твърде често в региона, тези възможности не се използват, а дори има опасения, че разгръщащата се икономическа криза значително заплашва нашите настоящи постижения в общественото здраве. Ние продължаваме да харчим твърде малко за насърчаване на здравето и профилактика на заболяванията, в сравнение с разходите за лечение. "Здраве 2020" твърди категорично, че този баланс трябва да се промени в полза на интервенциите напред, за да се предотврати човешката и икономическата тежест при краен стадий на болестта и инвалидност.

Ключовите предизвикателства и проблеми, които решава "Здраве 2020" включват:

- нови съвместни ръководни подходи за обединяване на различни партньори чрез мобилизиране на широка политическа и културна подкрепа за развитието на здравето;
- вникване в новите ръководни роли и възможности, с цел по-ефективно управление и постигане на съвместни решения;
- начини да се направи икономическа обосновка за инвестиране в здравето, включително доказателства за ползите и ефективни подходи за постигане на здраве във всички политики;
- начини за по-голямо улесняване на упълномощаване на гражданите и пациентите като ключови елементи за подобряване на здравните резултати, ефективността на здравната система и удовлетвореност от здравеопазването;
- ефективни и ефикасни начини за възползване от новите мрежи, партньорства, комуникация и технологични възможности;
- общ регионален механизъм, който да изгражда, подкрепя и поддържа единство и съгласуваност на общуването в рамките на здравната общност;
- идентифициране на пропуските в знанията и нови приоритети в научните изследвания;
- създаване на непрекъсната комуникационна платформа за споделяне на практическия опит на политиците и застъпниците на общественото здраве в целия Регион; и
- фокусиране върху здравето и благосъстоянието като барометри на развитието.

Регионалният офис ще подпомогне адаптацията на подходите на "Здраве 2020" на национално равнище чрез:

- помощ при анализирането на състоянието на общественото здравеопазване в страните, идентифициране на активите и потребностите, и даване на препоръки за политическите приоритети и начини за прилагане и наблюдение на въздействието;
- насърчаване на президенти и премиери, както и на всички други сектори в страната и участници с цел създаване на механизми за подходите на цялостното управление, включване на цялото общество и наблюдаване на напредъка; и
- подкрепа за развитието на капацитета, където е необходимо и поискано, отнасяща се до ръководство, управление, ангажираност и комуникация.

"Здраве 2020" е политика на СЗО, но и политика за всички. Тя се основава на дълга история на глобално и регионално политическо мислене и е в пълно съответствие с процеса на реформи на СЗО. Регионалният офис ще продължи активно да насърчава и подкрепя неговото прилагане в държавите-членки. Сама СЗО, обаче, не може да успее в превръщането на тази политическа рамка в основата на здравеопазването и подобряването на здравето и благосъстоянието и ще работи с много партньори за тази цел. Заедно ние можем да гарантираме, че правенето на политика и управлението за здраве са по-добре съобразени с днешните нужди и че ще се предприемат действия за подобряване на здравето и благосъстоянието на настоящите и бъдещите поколения.



Жужана Якаб
Регионален директор на СЗО за Европа

"Здраве 2020" – въведение

53-те държави-членки на Европейския регион на СЗО одобриха нова обща политическа рамка – "Здраве 2020".

Техните общи цели са:

... значително подобряване на здравето и благосъстоянието на населението, намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването, засилване общественото здраве и гарантиране на устойчиви здравни системи, насочени към хората, които са универсални, справедливи, устойчиви и с високо качество.

"Здраве 2020" признава разнообразието на страните в целия Регион

"Здраве 2020" е предназначена да достигне до много различни хора в рамките на и извън управлението, за да осигури вдъхновение и насока за по-добро решаване на сложните здравни предизвикателства на 21-ви век. Тази нова политическа рамка и стратегия обособява две основни стратегически направления, с четири политически приоритетни области на действие. Тя се основава на опита, придобит от предишните политики "Здраве за всички", с ръководство за действие както на държавите-членки, така и на Регионалния офис на СЗО за Европа. Тя придружава "Здраве 2020: Европейска политическа рамка в подкрепа на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние", която е част от тази публикация.

Здравето е голям обществен ресурс и актив

Доброто здраве е от полза за всички сектори и цялото общество, което го прави ценен ресурс. Здравето и благосъстоянието са от съществено значение за икономическото и социалното развитие и от жизнена важност за живота на всеки човек, семейство и общност. Лошото здраве погубва потенциал, предизвиква отчаяние и изсмуква ресурси във всички сектори. Разрешаването на хората да упражняват контрол върху своето здраве и неговите детерминанти, изгражда общностите и подобрява тяхното здраве. Без активното участие на хората се губят много възможности за насърчаване и защита на здравето. Това налага въвеждането на съвместни модели на работа, основани на споделени приоритети с други сектори (като например образователните резултати, социалното включване и сближаване, равенството между половете, намаляване на бедността и приспособяемост на общността и благосъстоянието). Действията по отношение на тези фактори за здравето, които са резултат от дейността на тези сектори, води до по-големи ползи за обществото и съответните икономически ползи.

Това, което прави обществата проспериращи и процъфтяващи може да направи и хората здрави

Политиките, които признават този факт имат по-голямо въздействие. Справедливият достъп до образование, добрата работа, приличното жилище и доходите подкрепят здравето. Здравето допринася за увеличаване на производителността, по-ефективна работна сила, по-здравословно остаряване и по-малко разходи за болести и социални придобивки. Здравето и благосъстоянието на населението се постига най-добре, ако цялото управление работи заедно, за да обърне внимание на социалните и индивидуални детерминанти на здравето. Доброто здраве може да помогне на икономическото възстановяване и развитие.

Постиженията в здравеопазването и икономиката са взаимно свързани

В Европейския регион на СЗО като цяло, здравеопазването се е подобрило значително през последните десетилетия, но не навсякъде и не за всички еднакво. Много групи и области са изостанали, а в много случаи, тъй като икономиките са нестабилни, пропуските в здравеопазването в рамките на и между отделните страни се задълбочават. Групи като ромите и някои мигриращи общности страдат прекомерно. Смяната на моделите на заболяванията, демографията и миграцията може сериозно да повлияят на напредъка на здравето и благосъстоянието, ако не се управлява добре. Показателното нарастване на хронични заболявания и психични разстройства, липса на социално сближаване, екологични заплахи и финансова несигурност правят подобряването на здравето още по-трудно и застрашава устойчивостта на здравните системи и тези за социално подпомагане. Необходими са решителни и новаторски решения.

Силна ценностна база: постигане на най-високия постижим стандарт на здравеопазване

Здраве 2020 се основава на ценностите, залегнали в Конституцията на СЗО: "Да има право на най-високо постижимия стандарт на здраве е едно от основните права на всяко човешко същество." Страните в целия Европейски регион на СЗО са признали правото на здраве и са се ангажирали с всеобщността, солидарността и равния достъп като водещи ценности за организиране и финансиране на техните здравни системи. Те се стремят към най-високото постижимо ниво на здраве, независимо от етническа принадлежност, пол, възраст, социален статус или платежоспособност. Те включват принципи като справедливост и устойчивост, качество, прозрачност и отчетност, правото на участие във вземането на решения и зачитане на достойнството.

Силна социална и икономическа обосновка за подобряване на здравето

Предизвикателството, което разходите за здраве поставят пред правителствата е по-голямо от всякога. В много страни делът на държавните бюджети за здравеопазване е по-голям от всякога, и разходите за здравеопазване са се увеличили по-бързо от националния доход. Въпреки това, данните в много страни показват липса на взаимовръзка между разходите за здравеопазване и здравния резултат. Много здравни системи не успяват да ограничат разходите, докато финансовият натиск върху тях прави правилния баланс за здраве и осигуряване на социална защита все по-труден. Разходите се движат основно от страна на предлагането, като например нови методи за лечение и технологии, както и повишените очаквания на хората за защита от здравни рискове и достъп до висококачествени здравни грижи. Всяка реформа на тези системи трябва да се пребори с дълбоко вкоренените икономически и политически интереси, както и със социалното и културно противопоставяне. Здравните министри не могат да решат тези предизвикателства сами.

Реални ползи и нови възможности

Реалните ползи за здравето са възможни на достъпна цена и в рамките на ресурсните ограничения, ако се приемат ефективни стратегии. Все повече доказателства от икономиката при превенцията на заболяванията показват как могат да бъдат ограничени разходите за здравеопазване – но само ако предприетите мерки са насочени и към неравнопоставеността в здравео-

пазването сред социалното разделение и подкрепят най-уязвимите хора. В момента, правителства харчат само една малка част от бюджетите за здравеопазване за профилактика на заболяванията – 3% в страните от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) – и не решават систематично проблема с неравноправието. В много страни, в бюджетите и политиките в другите сектори, различни от здравния, в момента липсва фокуса или върху здравето, или върху равнопоставеността. От друга страна, социалните и технологичните постижения предоставят нови важни възможности за постигане на ползи за здравето – особено в информацията, комуникацията и социалните медии.

Разходите могат да се ограничат като се използват ефективно ресурсите в рамките на здравния сектор

От Европейските здравни системи едновременно се изисква да подобрят своята производителност и да отговорят на новите предизвикателства. Преконачно конфигуриране на услугите и отговорностите, промяна на стимулите и платежните структури и обръщане на внимание на възвръщаемостта на инвестициите, може да доведе до по-добра стойност на парите. Здравните системи, подобно на други сектори, се нуждаят от приспособяване и промени. Декларациите за здравни политики от такива организации като Европейския съюз (ЕС) и ОИСР са подсилили това.

В един глобализиран свят, от страните се изисква все повече да работят заедно за решаване на много от своите ключови предизвикателства за здравето

Това изисква сътрудничество отвъд границите. Много международни споразумения подчертават това, като например Международните здравни правила, Рамковата конвенция на СЗО за контрол на тютюнопушенето или Декларацията от Доха относно интелектуалната собственост и общественото здраве.

Здравето като основно човешко право

Правото на здраве за първи път е обявено през 1948 г. в преамбюла на Конституцията на СЗО (1) и по-късно същата година, в член 25 от Всеобщата Декларация за правата на човека (2). През 1976 г., Международният пакт за икономически, социални и културни права (3) влезе в сила, потвърждавайки в своя член 12 правото на най-високо постижимия стандарт на здраве като човешко право по силата на международното право.

Ниво на здравето, което води до социално и икономически продуктивен живот

През май 1977 г., държавите-членки на СЗО определят, че основната социална цел на правителствата и СЗО трябва да бъде всички граждани на света до 2000 г. да постигнат "ниво на здраве, което ще им позволи да водят социално и икономически продуктивен живот" (4). Това бе последвано през 1978 г. от Декларацията от Алма Ата за основните здравни грижи (5). Като част от това глобално движение, държавите-членки на Европейския регион на СЗО, на тридесетата сесия на Регионалния комитет на СЗО за Европа, проведена във Фес, Мароко през септември 1980 г., одобриха първата си обща здравна политика: Европейската стратегия за постигане на "Здраве за всички".

През май 1981 г. на Тридесет и четвъртата Световна здравна асамблея, държавите-членки на СЗО приеха тази цел в рамките на Глобалната стратегия за "Здраве за всички" (6), която подчерта постигането от обществата на въз-

можно най-високо ниво на здраве като основно човешко право и важноста от спазване на етичните принципи в здравната политика, научните изследвания в здравеопазването и предоставянето на услуги.

През 1998 г. Световната здравна асамблея заяви в своята Декларация за световно здраве, (7) че:

Ние, държавите-членки на Световната здравна организация (СЗО), потвърждаваме нашата ангажираност с принципа, изразен в нейната Конституция, че възможността да се ползва най-високият постижим стандарт на здраве е едно от основните права на всеки човек; като правим това, ние потвърждаваме достойнството и стойността на всеки човек и равните права, равните задължения и общата отговорност на всички за здравето.

Преразглеждане и подновяване на политиката

Тези глобални и регионални ангажименти по отношение на правото на здраве са за един благороден идеал. За ефективно справяне с настоящите предизвикателства и използване на новите възможности, моментът е подходящ за цялостно и критично преразглеждане на текущите механизми за управление по отношение на здравето, здравната политика, структурите на общественото здраве и предоставянето на здравни грижи. Време е да се поднови европейската здравна политика и да се обърне внимание на човешкото право на здраве в контекста на това, което е известно и което може да бъде постигнато в насърчаването и поддържането на здравето. Тези ползи би следвало да са достъпни за всички, доколкото е възможно. Постигането им ще изисква ново и коренно различно ръководство и управление на здравето.

Устойчивото развитие – свързващо звено между социалните, екологичните и икономически проблеми и разрешаване на неравенствата

Основен принцип на устойчивото развитие е, че сегашното поколение не трябва да компрометира околната среда на следващите поколения. Това е вярно както за здравето, така и за другите сектори. Социалните и икономически неравенства, предадени на следващите поколения, водят до незащитима устойчивост на неравнопоставеността в здравето. Подобряването на здравното равнопоставяне, включително междупоколенческото неравенство и предаването на неравнопоставеността, е в основата на това, което "Здраве 2020" има за цел да се постигне. Стратегиите за равенство в здравеопазването и устойчивото развитие трябва да се обединят и да признаят връзката между социалната, екологичната и икономическата среда и равенството между поколенията.

Тези принципи са засегнати в Политическата декларация за социалните детерминанти на здравето от Рио, 2011, (8) която гласи:

Ние потвърждаваме, че неравенствата в здравеопазването в рамките на и между отделните страни са политически, социално и икономически неприемливи, както и несправедливи и до голяма степен могат да бъдат избегнати, и че насърчаването на равенство в здравеопазването е от съществено значение за устойчивото развитие и за по-добро качество на живот и благосъстояние за всички, което на свой ред може да допринесе за мира и сигурността.

Останалата част от този документ е организирана в три части:

- Част 1. "Здраве 2020": подновяване на ангажимента за здраве и благосъстояние – контекст и задвижващи фактори;
- Част 2. "Здраве 2020": прилагане на основани на доказателства стратегии, които работят и ключовите заинтересовани страни; и
- Част 3. "Здраве 2020": подобряване на ефективното прилагане – изисквания, пътища и непрекъснато обучение.

Част 1

**"Здраве 2020":
подновяване на ангажимента
за здраве и благосъстояние –
контекст и задвижващи фактори**

Обхват на темата: защо здравето е важно за цялото общество и цялостното управление

Част 1 разглежда подробно какво се стреми да постигне "Здраве 2020", заедно с настоящия контекст и детерминантите на здравето и благосъстоянието и настоящите ключови социални, технологични и икономически задвижващи фактори, тенденции и възможности.

Виждането на "Здраве 2020", стремежи, стратегически цели и приоритети

"Здраве 2020" е съвместен ангажимент на Регионалния офис на СЗО за Европа и 53-те европейски държави-членки към една нова обща политическа рамка. Предложеното виждане за "Здраве 2020" (каре 1) е в съответствие както с концепцията за здравето като човешко право, така и с намаляване на сегашната неравнопоставеност в здравеопазването. "Здраве 2020" е също така в съответствие с поетите ангажименти, одобрени от държавите-членки, включително от Декларацията на хилядолетието на ООН (9) и Цели за развитие на хилядолетието (10), които обхващат виждането за един свят, в който страните работят в партньорство за благосъстоянието на всеки, особено на хората най-неравностойно положение.

Каре 1. Виждането на "Здраве 2020"

Европейски регион на СЗО, в който всички хора имат възможност и подкрепа за постигане на пълния си здравен потенциал и благосъстояние и в който страните, поотделно или съвместно, работят за намаляване на неравенствата в здравето в рамките на региона и извън него.

Политическата рамка "Здраве 2020" може да се приеме и адаптира към различни реалности, които съставляват Европейския регион. Тя описва как здравето и благосъстоянието могат да бъдат подобрени, поддържани и измервани чрез действия, които създават социално сближаване, сигурност, добър баланс между работата и личния живот, добро здраве и добро образование. Тя достига до много различни участници в рамките на управлението и извън него и дава вдъхновение и посока за преодоляване на комплексните здравни предизвикателства на 21-ви век. Рамката потвърждава ценности и въз основа на доказателства, определя стратегическите насоки и основните действия. Тя се основава на опита, придобит чрез предходните политики "Здраве за всички" и направлява действията на държавите-членки и на Регионалния офис.

Виждането е свързано с висш идеал. То трябва да бъде преведено в постижима цел, която се изразява по-долу (каре 2).

Каре 2. Общи цели на "Здраве 2020"

Да се подобри значително здравето и благосъстоянието на населението, да се намали неравнопоставеността в здравеопазването, да се засили общественото здраве и да се гарантират устойчиви здравни системи, насочени към хората, които са универсални, справедливи, стабилни и с високо качество.

"Здраве 2020" признава, че успешните правителства ще постигнат реални подобрения в областта на здравеопазването и благосъстоянието, ако те работят в рамките на правителството за интегриране на действията в две основни стратегически области (каре 3).

Каре 3. Двете основни стратегически цели на "Здраве 2020"

- Подобряване на здравето на всички и намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването
- Подобряване на ръководството и участието в управлението на здравеопазването

Политическата рамка "Здраве 2020" предлага четири приоритетни области за действие на политиката (каре 4)

Каре 3. Четирите приоритетни области на действие на "Здраве 2020"

- Инвестиране в здравето през целия живот и упълномощаване на хората
- Справяне с основните здравни предизвикателства пред Европа при незаразните и заразните болести
- Укрепване на здравните системи насочени към хората, на капацитета на общественото здравеопазване и готовност при спешни случаи, наблюдение и реакция
- Създаване на приспособими общности и подкрепящи среди

Здравето и благосъстоянието – индивидуално състояние и обществен ресурс

Здравето и благосъстоянието са обществени блага и активи за човешкото развитие и са от жизнено значение за живота на всеки човек, семейството му и общността. Доброто здраве на индивида е динамично състояние на физическо, умствено и социално благосъстояние. То е много повече от просто отсъствие на болест или недъг. Доброто здраве за общностите е ресурс и капацитет, който може да допринесе за постигане на силни, динамични и творчески общества (каре 3). Здравето и благосъстоянието включват физически, познавателни, емоционални и социални измерения. Те се влияят от редица биомедицински, психологически, социални, икономически и екологични фактори, които се свързват помежду си сред хората по различни начини и по различно време в продължение на целия живот.

Здравето в Европейския регион на СЗО се е подобрило значително през последните десетилетия. Едно ново разбиране на детерминантите на здравето се комбинира с по-добро опознаване на механизмите, чрез които разпределението на ресурси и капацитета за самоопределение в рамките на обществата влияят и създават здраве и здравни неравенства. Обхватът и дълбочината на достъпните технологии се преобразяват.

Здравните и икономически резултати са взаимосвързани. Като един от най-големите икономически сектори във всяка страна със среден и висок доход, сектора на здравеопазването трябва да управлява своите ресурси по-добре. Това е от значение не само за това как здравния сектор се отразява на здравето на хората, но също така и заради своя принос в икономиката в самите страни и в международен план. Той е основен работодател, огромен собственик, строител и потребител. В тези роли той отразява и често увеличава неравенството в по-широкото общество. Секторът на здравеопазването е също и голяма сила за научни изследвания и иновации и все повече е сектор, който се конкурира в международен план за хора, идеи и продукти. Неговото значение ще продължи да расте, а с него и неговата отговорност да допринесе за по-широките цели на обществото, включително да се застъпва за положителното въздействие върху по-широките детерминанти на здравето и да дава пример.

Благосъстояние

От 1990 г. Организацията на обединените нации редовно измерва благосъстоянието на страни чрез Индекса на човешкото развитие, с намерението да "[измества] фокуса на икономиките за развитие чрез отчитане на националния доход към политики, съсредоточени повече върху хората". Започвайки с *Доклада за човешкото развитие 2010 г. (11)*, Индексът на човешкото развитие е съчетал три измерения на дългия и здравословен живот: продължителността на живота; достъп до знания, средния брой години на обучение и очаквания брой години на обучение; и приличен жизнен стандарт, измерен чрез brutния национален доход на глава от населението (коригирани за аналогия с покупателната способност).

Идеята за създаване на социално благосъстояние и социален растеж, вместо да се концентрира само върху икономическия растеж (измерван само по отношение на brutния национален доход) е на международния дневен ред от доста време. Изследванията през последните години са показали, че безпрецедентния икономически просперитет през последните 35 години не е накарал непременно много хора да се чувстват по-добре или по-щастливи като индивиди или като общности. Икономическата производителност се е увеличила през последните десетилетия в много страни, но нивата на субективно благополучие и щастие са останали същите и неравенството се е увеличило.

Самото благосъстояние все повече се изучава. То е включено в дефиницията на здравето на СЗО от 1948 г., въпреки че СЗО има тенденция да се съсредоточава в своите доклади върху здравния статус чрез показателите за смъртност, болести и недъзи, отчасти защото информацията е по-лесно достъпна в тези области. Днес, обаче, политиките за благосъстоянието се разглеждат като възможно преориентиране на Целите на обществената политика на 21-ви век. Холистичният подход на "Здраве 2020", със своя фокус върху здрави хора и своите предложения за мониторинг на области на здравето из цяла Европа, го прави жизненоважен за проучването как може благосъстоянието да се определи и измери в контекста на здравето.

Има многобройни международни и национални инициативи в тази област, и развиващ се стимул за анализ, знания и опит. Например, инициативата за по-добър живот на ОИСР е насочена както към благосъстоянието сега (качеството на живот и материалните условия на живот), така и към благосъстоянието в бъдеще (устойчивост). Продължават научните изследвания в страните от Европейския съюз (ЕС): COURAGE (Съвместно проучване на остаряването в Европа) е изследователски проект, целящ да измери здравето и здравните резултати на застаряващото население. Международната група за благосъстояние със седалище в Австралия показва, че използването на лично отчетени данни за субективното благосъстояние осигурява последователни резултати, както е в Австралийския единен индекс за проучване на благоденствието. СЗО работи върху приноса от тази литература и опит чрез описване на съществуващите инициативи и възлагане на аналитична дейност, за да се предложи определение на благосъстоянието, неговия обсег, показатели и цели и варианти за подходи да се работи по този въпрос.

Заражда се консенсус, че най-важните характеристики на всеобхватния модел за измерване на благосъстоянието са неговата многоизмерна същност и комбинацията от обективни и субективни мерки. Приемането на благосъстоянието като цел на обществените политики изисква то да може да се измерва. Проучване на Евростат подчерта, че е от решаващо значение при правенето на политика да се работи с модел на благосъстояние, който обхваща "всички аспекти на благосъстоянието, включително мерки за резултати, личностни характеристики, външни "контекстни" фактори и мерки за това какво всъщност хората "правят" с тези характеристики и "социални условия". (12)

Основополагащи ценности на "Здраве 2020"

"Здраве 2020" се основава на ценности, залегнали в Конституцията на СЗО, а именно, най-високият достижим стандарт на здраве и здравето като човешко право. Конституцията изразява тези стойности в следната форма:

Да има право на най-високо постижимия стандарт на здраве е едно от основните права на всяко човешко същество.

Това все повече се признава като ключов фактор за опазване на общественото здраве и неразделна част от подхода за управление.

Конкретните ценности на "Здраве 2020" са пълно признаване и прилагане на човешко право на здраве, солидарност, справедливост и устойчивост. Тези ценности включват няколко други, които са от значение в рамките на Европейския регион: универсалност, справедливост, право да участват във вземането на решения, достойнство, автономия, недискриминация, прозрачност и отчетност.

Важно е, че правото на здраве означава, че правителствата са задължени да създават условия, в които всеки може да бъде толкова здрав, колкото е възможно (13). Подобни действия варират от гарантиране на наличността, платежоспособността и достъпността на здравните услуги, за вземане на здравни мерки за здравословни и безопасни условия на труд, прилично жилище и питателна храна и други условия за опазване и укрепване на здравето. Гражданите, от своя страна, трябва да разберат стойността на своето здраве и да допринасят активно за създаването на по-добро здраве в обществото като цяло.

Подходът към здравето, базиран на човешките права, е форма на управление, насочена към реализиране на правото на здраве и други права, свързани със здравеопазването, въз основа на отговорност от страна на цялото общество и на цялото управление. Общото разбиране на Обединените нации за подхода базиран на човешките права, беше договорено през 2003 г., и на Световната среща на високо ниво през 2005 г., където държавите-членки на Организацията на обединените нации единодушно решиха да интегрират човешките права в своите национални политики (14). Правенето на здравна политика следва да се основава на стандартите за правата на човека, включително премахването на всички форми на дискриминация и гарантиране на равнопоставеността на половете.

Правителствата носят основната отговорност за защитата и насърчаването на правото на здраве. Всички европейски държави-членки на СЗО са се ангажирали с международни договори да насърчават, защитават, зачитат и спазват правото на здраве. В Европейския регион са от особено значение два специфични правни инструмента за правото на здравеопазване: Европейската социална харта (15), под егидата на Съвета на Европа, и Хартата на основните права на Европейския съюз (16), която е част от Договора от Лисабон. Органите по договора на международни и регионални нива редовно проверяват изпълнението на тези държавни ангажименти. Също така са назначени международни независими експерти да наблюдават спазването от страна на държавата на правата на здравето, като специалния докладчик на ООН за правото на здраве и Комисаря на Съвета на Европа за правата на човека.

В същността на човешките права е признаването, че те са универсални, че всички трябва да бъдат третирани еднакво и с достойнство, и че всички човешки права са взаимосвързани, взаимозависими и неделими. Подходът към здравето базиран на човешките права подчертава не само целите и резултатите, но също така и процесите. Стандартите и принципите на човешките права – като участие, равенство, недискриминация, прозрачност и отчетност – трябва да бъдат интегрирани във всички етапи от процеса на програмиране на здравето и трябва да са ръководни в здравната политика.

Справянето с равноправието на половете като човешко право и използването на нормалното възприемане на половете като основна стратегия, са изисквания на подхода, основан на човешките права, което укрепва принципите на недискриминация, равноправие и участие. Ако една здравна система не реагира адекватно на проблеми, причинени от неравенството между половете, системата трябва да се проектира така, че да отговаря на половите норми, роли и отношения от самото начало. Методи като анализ по половете, са от основно значение за реализиране на правата на човека.

Здравните политики и практики се основават на социалните ценности. Ценностите определят как се дефинират понятията, как и какви доказателства се генерират и как политическите цели са формулирани и преведени на практика чрез вземане на решения и действие. Дискусии, и дори несъгласие, за ценностите, явни или скрити, са нещо нормално в демократичните политически системи. Ценностите обикновено се съпоставят с други проблеми или се разменят едни срещу други. Такива компромиси често се срещат в процесите на развитие на здравната политика и определяне на приоритетите, отчасти защото здравето и неговите детерминанти са сложни въпроси с много застъпване на интереси между правителството, гражданското общество и пазара. Поради тези причини, когато се поставят основите на здравната политика е важно да се създаде яснота за основните ценности и да се работи чрез процес, в който тези ценности са насърчавани и поддържани, както при формулирането, така и при прилагането на политиката.

Обществата и индивидите имат много цели. Интереси и партньори в рамките на обществото трябва да се обединят, за да се постигне по-добро здраве и благосъстояние, а здравното равноправие може и трябва да допринесе за постигането на целите и стремежите на другите сектори. Пътят към по-добро здраве не е еднопосочна улица, но без здраве, шансовете за постигане на други цели в живота значително намаляват.

Здравно равноправие

Здравното равноправие е етичен принцип тясно свързани със стандартите на правата на човека; то се съсредоточава върху разпределението на ресурсите и други процеси, които могат да причинят предотвратими неравенства. Това е въпрос на социална справедливост. Неравенствата в здравето са системни неравенства, които могат да се считат за нечестни или несправедливи. Стремехът към здравно равенство означава минимизиране на неравнопоставеността в здравеопазването и в ключовите детерминанти на здравето.

Здравните неравенства, които са предотвратими чрез разумни действия, са несправедливи – следователно понятието здравно равенство описва социална цел. Здравето е силно ценено от хората и обществото. Следва да се разработват и да бъдат приоритетни действия, които намаляват предотвратими здравни неравенства. В много области, моралните и икономическите основания за действия вървят заедно. Инвестицията в ранното детско развитие и образование може да отговори на нуждите на ефективността и на справедливостта.

Правото на здраве допълва понятието за справедливост в здравеопазването, намеквайки, че отправната точка за измерване и сравняване на равноправието трябва да бъде групата в едно общество, която има оптимални условия за здраве. Изследванията на здравното равенство и анализа са от решаващо значение за изпълване със съдържание на понятието за право на здраве и за ръководене на изпълнението на държавните задължения. Равнопоставеността на половете в областта на здравето се отнася до процеса на справедливо отношение към жените и мъжете, с цел намаляване на несправедливото и предотвратимо неравенство между жените и мъжете в здравния статус, достъпа до здравни услуги, както и на техния принос за здравето.

Съвместно действие

Откъде идват здравето и благосъстоянието? Как може тези универсално ценени човешки постижения да се подхранват? Ние сме много по-способни да отговорим на тези въпроси сега. Здравето и благосъстоянието отразяват влияния и взаимодействия между индивиди и общество, разпрострени във времето и в поколенията. Ключова тема на *Европейския преглед на социалните детерминанти на здравето и здравното разделение (17)*, която се простира и се основава на предишни анализи, е последствията за равенството от икономическите, социалните, политическите и културните процеси и как те могат да се комбинират и подсилват взаимно, за да произвеждат различна степен на уязвимост и изключване.

Здравната уязвимост е резултат от изключващите процеси, свързани с неравенствата във власт, пари и ресурси, както и възможностите в живота. Прегледът се фокусира върху процесите – като например изключване от доброкачествено образование, условия на живот и труд – чрез които хората стават уязвими за последващи несгоди и влошено здраве.

Тези социално-икономически ефекти се разбират много по-добре от преди. Състоянието на здраве се разделя от социално-икономическото състояние и ключовите детерминанти на здравните неравенствата се крият в токсичен микс от лоши социални политики и програми, ниски нива на образование и несправедливи икономически споразумения. Уязвимостта е резултат от изключващите процеси, свързани с неравенството във власт, образование, пари и ресурси, както и условията, в които жените и мъжете се раждат, растат, живеят, работят и остаряват, които взети заедно съставляват социалните детерминанти на здравето. Тези процеси действат различно в цялото общество, създават непрекъснато включване или изключване и систематично повишават социалния градиент в здравеопазването. Този градиент се увеличава според нивото на лишения, а не е просто линеен.

Това означава, че колкото е по-ниско социалното положение на човек, толкова по-лошо е неговото здраве. Хората в най-неравнопоставените групи и общности, които са предмет на много различни видове изключващи процеси, са в много по-лошо здраве от тези, които са предмет на един и същи процес или в по-привилегирована социална група. Това би означавало градиент, който се увеличава експоненциално с нивото на лишаване, а не е линеен. Освен това, в някои общества ощетените групи могат да бъдат болшинства – не просто изключено малцинство. Неравенствата се натрупват в течение на живота и често продължават с поколения, което води до трайни дефицити в здравето и потенциала за развитие на семействата и общностите. Изключващите процеси произвеждат бариери за освобождаване и повишаване на индивидуалните и колективни способности. Когато такива групи като ромите¹, мигриращите, хората с увреждания и много възрастните, изпитват множество изключващи процеси, те стават особено уязвими и тази уязвимост се вкоренява.

Физически лица, общности и държави могат да имат активни "стратегии за справяне" за създаване на стабилни условия, в които здравето и благосъстоянието могат да процъфтяват. Те черпят от културни ресурси и широка гама от положителни социални и екологични активи и трябва да бъдат запазени и подхранвани. В центъра на вниманието е гъвкавостта, придобивки, които защитават от увреждане и намаляването или промяната на изключващите процеси. Здравните придобивки се отнасят до всички фактори (или ресурси), които повишават способността за поддържане и стабилност на здравето и благосъстоянието. Подходите базирани на придобивки дават възможност и за насърчаване на защитните фактори, които създават и подкрепят здраве-

¹ В тази публикация и съгласно *Речника на ромите и мигриращи групи (18)* на Съвета за Европа, всеобхватния термин "роми" се отнася до различни общности, които се самоопределят като ромите и други (като ашкалите), които приличат на ромите в някои аспекти, но твърдят, че са етнически различни

то и благосъстоянието на нивото на индивида, груповото или на цялата общност. Ето защо тези фактори действат като защитен буфер срещу стреса в живота и като насърчаващи фактори за увеличаване на възможностите за здраве и благосъстояние. Те са свързани с контрола, който хората и общностите имат върху своя живот и степента, до която са упълномощени да упражняват този контрол.

Възникващите задвижващи фактори, демография и епидемиология, и социалната, технологична и икономическа обосновка за действие

Възникващите задвижващи фактори на здравето: тенденции, възможности и рискове

Въпреки реалните подобрения на здравето в Европейския регион, предизвикателството, което здравето представлява за правителствата е по-голямо от всякога. Хората очакват защита от рискове за здравето – като нездравословните среди или продукти – както и достъп до висококачествени здравни грижи през целия си живот. Независимо от това, финансовият натиск върху здравните системи и тези за социални грижи прави отговора все по-труден. В много страни, делът за здраве в държавните бюджети е по-голям от всякога, а разходите за здравеопазване са нараснали по-бързо от брутният национален продукт (БНП). Всяка здравна реформа трябва да се бори с дълбоко вкоренените икономически и политически интереси, както и със социалните и културни процеси. Постигането на правилен баланс за здравето е трудна задача, която министрите на здравеопазването не могат да решат сами – особено изправени пред икономическата криза.

Правилните политики и технологии могат да съдържат възходящата крива на разходите за здравеопазване. С нарастването на дела на здравния сектор в БВП се увеличава и неговото икономическо значение, както и отговорността му към другите сектори и обществото като цяло.

И докато разходите растат, взаимозависимостта, бързо подобряващата се комуникация и технологичните и медицински иновации са създали изключителни нови възможности за подобряване на здравето и здравеопазването. Технологичният капацитет, позволяващ разбирането, профилактиката, диагностиката и лечението на болестта, е трансформиран в показателна прогресия. Диагностиката, медицинските и хирургични интервенции са разширени драстично, като и лекарствената терапия. Електронното здравеопазване и телемедицината са примери за преобразуващите ефекти на новите информационните технологии. Нанотехнологиите изгряват на хоризонта.

Налице са също така значителни нови знания за комплексната взаимовръзката между здравето и устойчивото човешко развитие. Здравето трябва да се трансформира от възприемано само като медицински подвластен, поглъщаш пари сектор в голямо обществено благо, което носи ползи на икономиката и сигурността и преследва ключови социални цели. Има широк консенсус, че здравето на населението е от решаващо значение за социалното сближаване и икономическия растеж и е жизнено важен ресурс за човешко и социално развитие.

Силите на глобализацията² поставят предизвикателства пред всички страни. Въпреки това, никоя страна не може да разреши предизвикателствата към здравето и благосъстоянието сама, нито може да използва потенциала на иновациите, без широко сътрудничество. Здравето се превърна в глобален въпрос на икономиката и сигурността. В един взаимозависим свят страните

² Глобализацията е определена като "процес, който обхваща причините, курса и последиците от транснационалната и транскulturна интеграция на човешката и нечовешката дейност."

трябва да действат заедно, за да гарантират здравето на населението си и да стимулират напредъка. Тези въпроси, свързани с управлението на взаимозависимостта се придвижват по-напред в дневния ред на световните политики.

Необходими са политики, които имат за цел да гарантират правомощия за вземане на решения на граждани и пациенти, да защитават техните човешки права, както и да прилагат законодателство, което забранява дискриминацията. Това включва осигуряване на правото на здраве и отпадането на дискриминация, основана на заболяване или увреждане. Съвместното вземане на решения, самостоятелност, независимост и контролът над здравето и неговите детерминанти са от жизненоважно значение. Има нужда от общности, в които хората, включително и тези с хронични заболявания или увреждания, са осигурени с необходимите структури и ресурси, които да им дадат възможност да реализират своя потенциал и да участват пълноценно в обществото. Друга необходимост е достъпът до знания и насърчаване на здравето и дейностите за профилактика на болестите, както и услуги, базирани на уважителното общуване между предоставящите грижи и получателите на такива.

Всички тези предизвикателства и развития илюстрират преминаването към нова парадигма. В допълнение, натискът да се използват ресурсите на здравната система по-ефективно и да се доставят по-висококачествени грижи се увеличава неумолимо. Има важна промяна в ролята на здравните специалисти и гражданите, като последните сега имат много по-високи очаквания по отношение на информацията и участие в услугите, които получават. Също така трябва да се помисли по въпроса за медикализацията (19), както и да бъде постигнат правилен баланс между обществените и индивидуални очаквания и нарастващите възможности на здравната система.

Разработени са някои важни нови глобални споразумения и инструменти за справяне с общите предизвикателства за здравето, като например Целите за развитие на хилядолетието, ревизираните Международни здравни правила и Рамковата Конвенция на СЗО за контрол на тютюна (20). Тези нови форми имаха дълбоко регионално и национално влияние и със сигурност ще последват повече такива инструменти. Други скорошни развития включват разглеждане на здравеопазването в световен мащаб на ключови арени на външната политика, като Общото събрание на Организацията на обединените нации, групата на осемте най-индустриализирани страни (Г-8) и Световната търговска организация; обвързването на държавни глави със здравните проблеми, както и включването на здравните въпроси в заседанията на бизнес лидери, като Световния икономически форум. Всички тези развития показват, че политическият статус на здравеопазването в световен мащаб е повишен. През 2009 г. Общото събрание на Организацията на обединените нации, в своята резолюция A/RES/64/108 относно здравеопазването в световен мащаб и външната политика (21), подчерта тази основна промяна в перспективата, като призова държавите-членки да "помислят за здравните въпроси при формулирането на външната политика". През 2007 г. ЕС стартира нова стратегия за общественото здраве, *Заедно за здраве: стратегически подход за ЕС 2008-2013* (22).

Въз основа на опита

През последните три десетилетия Европейският регион беше свидетел на бурна политическа и социална промяна, но "Здраве за всички" и значението на подходите на първичната здравна помощ останаха ключови ръководни ценности и принципи за развитието на здравеопазването в региона. "Здраве 2020" се гради върху този опит, като уточнява начините да се дирижират определящите приоритети около общите цели и резултати на здравето и благосъстоянието, както и да се катализират действия не само от здравните министерства, но и от ръководителите на правителствата и другите сектори и заинтересованите страни.

Подробният преглед, проведен за Регионалния комитет на СЗО за Европа през 2005 г. (23) показва, че основните ценности на "Здраве за всички" са били широко приети. В същото време, се стигна до заключението, че всяка страна е приела собствен подход към разработването на политика и въпреки че много страни бяха поставили цели, подобни на целите на "Здраве за всички", остава голяма празнина между формулирането на политиките и прилагането им, систематичното наблюдение и фината им настройка.

Хартата от Талин: "Здравни системи за здраве и благосъстояние" (24) имаше за цел да се гради върху този общ основен набор от ценности през 2008 г. и се фокусира върху общите ценности на солидарност, справедливост и участие. Тя подчерта значението на инвестирането в здравни системи, които предлагат повече от само здравни грижи и които се ангажират също така с профилактиката на заболяванията, насърчаване на здравето и полагане на усилия за влияние върху другите сектори да разглеждат здравните притеснения в своите политики. В допълнение, здравните министерства трябва да насърчават включването на здравните интереси и цели във всички обществени политики.

Демографското и епидемиологично състояние в Европейския регион днес ³

Населението на 53-те страни в Европейския регион на СЗО е достигнало около 900 млн. (26). Като цяло, здравеопазването в региона се подобрява, според продължителността на живота, която достигна 75 години през 2010 г. – увеличение от 5 години от 1980 г. насам. Незаразните болести са причина за най-голяма част от смъртността и преждевременната смърт. Четирите водещи причини за загубени години живот поради болест или инвалидност (DALYs) в Региона са еднополюсни депресивни разстройства, исхемична болест на сърцето, загуба на слуха в зряла възраст и болестта на Алцхаймер и други видове деменция. Възникващите и повторно появяващи се заразни болести, включително HIV инфекция и туберкулоза (ТБ), също остават приоритетна област в много страни в Региона. От особен интерес за всички страни в Региона са глобалните епидемии, като пандемичния H1N1 грип през 2009 г. и тихите заплахи като нарастващата антимикробна резистентност.

Детерминанти на здравето и здравните неравенства

Детерминантите на здравето са комплексни и включват биологични, психологически, социални и екологични аспекти. Всички детерминанти си взаимодействат като влияят както на индивидуалната предразположеност към предимства или недостатъци, така и на уязвимостта и гъвкавостта на хора, групи и общности. Тъй като тези фактори не са равномерно разпределени, това води до здравни неравенства, видими в целия Европейски Регион: здравното разделение между страните и социалния градиент между хората, общностите и области в държавите. Важно е, че много от детерминантите са податливи на ефективни интервенции. Действие, което се провежда в сектори, различни от здравето, с основното предназначение да обърне внимание на резултатите, свързани с тези сектори, често засяга социалните детерминанти на здравето и здравното равенство. Примерите включват образование, социалните грижи и околната среда.

Физическите лица, общностите и държавите имат възможности и ресурси, които да подобряват и защитават здравето, произтичащи от културния им капацитет, социални мрежи и природни ресурси. Активите и гъвкавостта са важни ресурси за справедливо и устойчиво развитие. При изготвяне на своите препоръки за действия, Прегледът се фокусира върху гъвкавостта и

³ Европейският доклад за здравето 2012 (25) съдържа подробна информация за демографските и епидемиологични тенденции в Европейския регион.

активите за насърчаване на предоставянето на права и сближаването на политическите действия в различните сектори, както и върху защитата срещу увреждане, намаляване на вредите или промяна в изключващите процеси. Правилният баланс в бъдеще ще лежи в основата на изпълнението на "Здраве 2020".

Социални и икономически детерминанти

Социалните неравенства причиняват голяма част от заболяванията в Европейския регион. Разликата между страните с най-ниската и най-високата средна продължителност на живота в Региона е 16 години, като при мъжете и жените също има разлики. Разликата между страните с най-ниската и най-високата майчина смъртност в Региона 42 пъти. Това разпределение на здравето и продължителността на живота в страните от Региона показва значителни, устойчиви и предотвратими различия във възможностите на хората да бъдат здрави и по отношение на риска от заболяване и преждевременна смърт.

Много от тези разлики са социално обусловени. За съжаление, социалните неравенства в здравеопазването в рамките на и между отделните държави продължават да съществуват и в повечето случаи да се увеличават. Крайни здравни неравенства съществуват също и в самите страни. Здравните неравенства са свързани също с начина на живот, включително тютюнопушенето и употребата на алкохол, начина на хранене и физическа активност, както и с нарушения на психичното здраве.

Със "Здраве 2020" страните поемат твърд ангажимент за решаването на това неприемливо несъответствие в сектора на здравеопазването и извън него. Много от тези неравенства могат да бъдат решени посредством въздействие върху социалните детерминанти на здравето.

Комисията по социалните детерминанти на здравето (27) прави извод, че социалната несправедливост убива хора в голям мащаб, което показва етичната необходимост да се действа върху тези форми на неравенство. Здравните неравенства отразяват честността и степента на социална справедливост в дадено общество и те от своя страна отразяват ефективността на правителството. Големината и модела на социалните несправедливости в дадена страна са резултат от социални, икономически, политически, екологични и културни фактори в това общество – социалните детерминанти на здравето. Те са повлияни в значителна степен от политиките и инвестиционните решения и последиците от тях могат или да се натрупват или да бъдат облекчавани в течение на живота на всеки човек. Те също така представляват значителни загуби за социалния и производствения капитал. Здравните неравенства са грижа в реализирането на ценностите на здравето като човешко право и подкопават потенциала за развитие на дадена страна.

В рамките на социалните системи, взаимодействието между четирите сродни измерения на властта – социално, политическо, икономическо и културно – и неравния достъп до властта и ресурсите, вложени в нея, водят до диференцирано предразположение според, например, пол, етническа принадлежност, класа, образование и възраст. Тези различия намаляват капацитета (биологичен, социален, умствен и икономически) на хората да се предпазят от обстоятелства, водещи до увреждане на здравето и ограничаване на достъпа им до здравеопазване и други услуги, както и ресурсите, които са от съществено значение за защита и насърчаване на здравето. Тези процеси създават здравни неравенства, които подхранват увеличаването на по-нататъшни неравенства в предразположението и защитната способност и разширяват социалното неизгодно положение.

Участието в икономически, социални, политически и културни взаимоотношения има истинска стойност, а ограниченото участие влияе неблагоприятно върху здравето и благосъстоянието на хората. Такова ограничение води до

други форми на лишаване: например, да бъдат изключени от пазара на труда или да бъдат включени при неблагоприятни условия, което води до ниски доходи, които могат на свой ред да доведат до проблеми като лошо хранене или жилище, а резултатът е влошено здраве.

Равноправното участие на мъжете и жените все още не е реалност в Европейския регион. Жените участват твърде много в работа на непълно работно време, имат по-малко заплащане за същата работа и извършват по-голямата част от неплатения труд. През 2011 г. жените са заемали 25% от местата в парламента, започвайки от по-малко от 10% до 45%.

Тези настоящи неприемливи пропуски в здравния опит между и в рамките на страните ще се увеличат, ако не се предприемат спешни действия за контрол и преборване на неравенството по отношение на социалните детерминанти на здравето.

Фактори на околната среда

21-ви век се характеризира с много дълбоко важни екологични промени, които изискват по-широко разбиране за детерминантите на здравето на населението. Те включват мащабната загуба на природен екологичен капитал, проявяваща се в изменението на климата, изчерпването на озона в стратосферата, замърсяването на въздуха чрез неговите ефекти върху екосистемите (като загуба на биологично разнообразие, окисляване на повърхностните води и ефекти върху посевите), деградацията на системи за производство на храни, изчерпаните запаси от прясна вода, както и разпространението на агресивни видове. Тези фактори започват да увреждат дългосрочния капацитет на биосферата да поддържа здравословен човешки живот. Тежестта на околната среда за заболяванията в Европейския регион е оценена на 15-20 % от общия брой смъртни случаи и 10-20% от годините живот загубени в боледуване и инвалидност (DALYs), с относително по-висока тежест в източната част на Региона.

Променящите се модели на жилища, транспорт, производство на храни, използване на енергийни източници и икономическата активност ще имат сериозни последици върху моделите на незаразните болести. Климатичните промени⁴ ще има дългосрочни последици върху околната среда и върху взаимодействието между хората и заобикалящата ги среда. Това ще доведе до значителна промяна в разпределението и разпространението на заразни болести, особено причинени от вода, храна и паразити.

Усилията за ограничаване на емисиите от парникови газове и други политики за смекчаване на изменението на климата имат значителни странични ползи за здравето. Приетите понастоящем модели показват, че намаляването на общите емисии на въглероден диоксид в ЕС от 3876 милиона тона през 2000 на 2867 милиона тона през 2030 г. ефективно ще намали наполовина смъртността от последиците за здравето от замърсяване на въздуха.

Фактори, свързани с начина на живот и поведението

Днес здравето е най-важно за хората и особено как здравето се изживява и създава в контекста на всекидневния им живот. Насърчаването на здравето е процес, който позволява на хората да подобрят контрола върху своето здраве и неговите детерминанти. Без участието на хората се губят много възможности за насърчаване и защита на тяхното здраве. Въпреки това, хората са социални участници и подкрепянето им да приемат и поддържат здравословно поведение изисква те да бъдат в среда, която подкрепя това поведение. С една дума, необходима е "култура на здравето" като един от

⁴ Изменението на климата се отнася до промяна в средата и/или променливостта на климата и неговите свойства, която се запазва за по-дълъг период от време, обикновено десетилетия или повече. Рамковата конвенция на Обединените нации по изменение на климата, в своя член 1, определя изменението на климата като "изменение на климата, което е пряко или непряко свързано с човешката дейност, която променя състава на глобалната атмосфера и което е в допълнение към естествената променливост на климата, наблюдавана за сравними периоди от време" (28).

помощните и позволяващи фактори за защита и насърчаване на здравето на индивида и общностите. Подхода на здравословна среда (29), който се корени в Хартата от Отава за насърчаване на здравето (30), е доказал, че е един от най-популярните и ефективни начини за насърчаване на среда, подкрепяща здравето. Той включва холистични и мултидисциплинарни методи и поставя акцент върху организационното развитие, участие, упълномощаване и равнопоставеност. Здравословната обстановка е мястото или социалния контекст, в който хората се занимават с ежедневните дейности и където екологичните, организационни и лични фактори си взаимодействат, за да въздействат на здравето и благосъстоянието. Обикновено средата може да бъде определена като имаща физически граници, редица хора с определени роли и организационна структура. Примери за среди са училищата, работните места, болници, пазари, села и градове.

Социалните процеси също влияят на увреждащи здравето (и насърчаващи здравето) условия, уязвимост и гъвкавост. Подобно влияние и уязвимост обикновено са неравномерно разпределени в обществото според социално-икономическото положение и/или други маркери на социалното положение, като етноса. Половите норми и ценности често определят влиянието и уязвимостта. Те също са значително повлияни от консуматорското общество, обширен и нерегулиран маркетинг на продукти и, в много общества, неадекватна регулация на вредните стоки. Здравната култура на населението се превърна в решаващ фактор за здравословен избор и до голяма степен зависи от уменията, развити в най-ранните години от живота (31).

Днес една група от четири заболявания и техните поведенчески рискови фактори са причина за най-предотвратимите заболявания и смърт в Европейския регион: сърдечно-съдовите заболявания, рак, диабет и хронични заболявания на дихателните пътища. Справянето с въпроси като тютюнопушене, начин на хранене, консумация на алкохол и физическа активност означава също решаване на техните социални детерминанти. Фокусът на действието следва да бъде прехвърлен върху причините за тези различия в начина на живот (причините за причините), които се крият в социалната и икономическата среда.

Капацитетът и ефективността на здравните системи

И накрая, достъпът до здравните системи и техния капацитет допринася за здравето и благосъстоянието, както и за здравните грижи. В този смисъл, здравната система действа като мощен социален определящ фактор на здравето. Може да се очаква този принос да се увеличи с нарастващото подобрене на технологиите в целия спектър на насърчаване на здравето, превенция на заболяванията, диагностични и лечебни технологии и съответната рехабилитация във всяка болест.

Ролята на здравната система е от особено значение заради въпроса за достъп, който включва разлики в предоставянето и уязвимостта и до значителна степен е социално определена. Въпреки това, разликите в достъпа до здравни грижи не може да обясни социалните измерения на здравните потребности и следователно само отчасти обяснява разликите в резултатите (32). Здравните системи могат директно да се насочат към различията в предоставянето и уязвимостта чрез застъпничество, като насърчават междусекторни действия за подобряване на здравословното състояние и като бъдат водещи, например, в осигуряването на равнопоставен достъп до здравни грижи.

Здравните министри и министерства имат жизненоважна роля в оформянето на функционирането и приноса на здравните системи за подобряване на здравето и благосъстоянието в рамките на обществото и в ангажирането на други сектори да обърнат внимание на своя принос за здравето и неговите детерминанти. За съжаление, техния капацитет да направят това често не отговаря на желаното и организацията на здравните системи не е в крак с

промените, които обществата преживяват. По-специално, услугите и капацитетът на общественото здравеопазване са относително слаби и се отделя твърде малко внимание на разработването на основната медицинска помощ, включително промоция на здравето и профилактика на заболяванията. Освен това, обичайната йерархична организация на здравните системи ги прави по-малко способни да реагират бързо на технологичните иновации и на изискванията и желанието за участие на потребителите на услугите. Поради тези фактори, здравните системи са значително по-малко продуктивни в производството на здраве, отколкото биха могли да бъдат.

Технологичният напредък в здравеопазването

Здравните технологии може да се определят по различни начини. Това може да означава процедури, оборудване и процеси, чрез които се доставят здравни услуги. Това включва прилагане на нови научни области на познанието, като например геномиката, нови медицински и хирургически процедури, лекарства, медицински изделия и нови системи за подкрепа на пациентите. С терминът също може по-тясно да се описват устройствата, използвани за профилактика, диагноза, наблюдение или лечение на заболявания или състояния, които засягат хората. Като примери могат да бъдат излъчващите лекарства стентове, ядрено-магнитен резонанс (ЯМР) скенери, пейсмейкъри, минимално инвазивната хирургия, справянето с рани и инконтиненция, както и устройства, които осигуряват самостоятелни или домашни грижи при заболяване, като комплекти за тестване на кръвната захар, подкрепени от консултации, основани на информационните технологии.

Управлението на коронарната болест на сърцето е добър пример за това как технологията е променила лечението и профилактиката на болестта с времето. През 1970-те години бяха въведени звена за сърдечни грижи за справяне с нередовения сърдечен ритъм след сърдечен удар. По-късно, лекарства като бета-блокери се използваха за понижаване на кръвното налягане след удар, а след това тромболитичните лекарства влязоха в широка употреба. Присаждането на коронарна артерия стана широко разпространено. През 1980-те години се използваха агенти за разреждане на кръвта след сърдечен удар, за да се предотврати повторен удар, а ангиопластиката влезе в употреба след като хората са стабилизирани. През 1990-те години ангиопластиката се използва по-широко за незабавно лечение и реваскуларизация, заедно със стентовете, за да държи кръвоносните съдове отворени. През последните години се използват по-добри тестове за диагностика на инфаркт, използвани са излъчващите лекарства стентове и са измислени нови лекарствени стратегии.

Един добре познат пример за технологичното развитие са новите техники за диагностични и лечебни изображения. Техники като компютърната томография (КТ), сканирането, ЯМР и позитронната емисионна томография извършиха революция в диагностиката и клиничната практика, което позволява много по-голям брой много по-точни диагнози и промяна на потенциала и капацитета на интервенциите.

Друг пример за технологично развитие, което потенциално влияе на практиката и разходите в областта както на превенцията, така и на лечението, е нанотехнологията, която включва манипулиране на свойствата и структурите в наноразмер. Нанотехнологията се използва за по-целенасочени лекарствени терапии или "умни лекарства". Тези нови лекарствени терапии вече са показали, че предизвикват по-малко странични ефекти и са по-ефективни от традиционните терапии. В бъдеще, нанотехнологиите също ще подпомагат формирането на молекулни системи, които може удивително да приличат на живите системи. Тези молекулярни структури могат да бъдат основа за регенериране или за замяна на части от тялото, които в момента са загубени от инфекция, злополука или заболяване. Така например, вече се използва нанотехнология като основа за нови, по-ефективни системи за доставяне на

лекарства и е в начален стадий на развитие като "скеле" в нервната регенерация. Надяваме се също, че инвестициите в този клон на наномедицината може да доведат до пробиви в областта на откриването, диагностицирането и лечението на различни форми на рак.

Други примери включват телемедицината, електронното здравеопазване и мобилното здравеопазване, които вече имат значителен потенциал за увеличаване на участието и упълномощаването на пациентите и за рационализиране на системи за наблюдение и грижи, докато намаляват разходите. Нови комуникации, базирани върху пациента и медицинските устройства, дават възможност за увеличаване на домашните грижи и възможност на хората да останат активни и да допринасят за обществото. Тези новости, базирани на информационните технологии, могат да бъдат свързани с нови инструменти за самостоятелно управление, здравни приложения и устройства за пациентите и техните болногледачи, за да се грижат по-добре за своето здраве или хронично заболяване от вкъщи.

Друга технология има голямо потенциално значение. Работата по човешкия геном през последното десетилетие може да промени естеството и резултатите от заболяванията. Тази работа променя съществено изследванията на общественото здраве, политиките и практиката, като улеснява множеството открития на геномна – основа за здравето и болестите. Бързият напредък на науката и геномиката е допринесъл за разбирането на механизмите на заболяването. Перспективата е да се характеризира всяка уникална за човек клинична, геномна и екологична информация, което осигурява потенциални нови приложения за управление на здравето на човека през целия жизнения цикъл. През 2005 г., беше съгласувана официална дефиниция на геномното обществено здраве като "отговорен и ефективен превод на геномно базирана наука и технологии в полза на човешкото здраве" (33). Мисията на геномиката на общественото здраве е да интегрира напредъка в геномиката и биомедицина в изследванията на общественото здраве, политиката и програмите. Този напредък все повече ще се интегрира в стратегии, насочени в полза на здравето на населението.

Макар че възникват много етични въпроси, които трябва да се разгледат (34), има вероятност модерната геномиката да подкрепи тенденцията към по-персонализирани и индивидуализирани медицина и здравни грижи в няколко аспекта, включително промоцията на здравето, профилактиката, диагностиката и лечебните услуги. В бъдеще ще има по-ефективни инструменти за ранно откриване и лечение. Развитието на системната биология (35) следва да позволи откриването на развитието на болестите чрез използване на молекулярни маркери много преди да се появят първите симптоми на болестта. Тези ранни маркери се очаква да бъдат на нивото на протеинови молекули, като маркери на генните мрежи на човешкия геном.

Всички болести имат геномен компонент и геномните фактори играят важна роля в това дали и как се проявява заболяването. За някои заболявания (като кистозна фиброза и синдрома на Даун), геномът е единственият фактор, който разболява човека. Групата болести определени като незаразни (включваща сърдечно-съдови заболявания, диабет, затлъстяване, остеопороза, психични разстройства, астма и рак) има различна степен на генетичен фон, но геномът не е единственият фактор, тъй като поведенческите и екологични фактори взаимодействат с този генетичен фон. Затова тази група заболявания е наречена хронични сложни заболявания. Дори за групата болести, наречена понастоящем заразни, които някога се считаше, че се причиняваха единствено от инфекциозни патогени, е известно, че имат генетичен компонент. От тази гледна точка, разделението между заразните и незаразните заболявания се очаква да намалее в бъдеще и подобно на концепцията за здраве, към заболяванията ще се подхожда холистично.

Различни характеристики на хората вероятно ще се използват в съчетание за управление на риска, управление на справяне с болестта и ръководене на случаите при незаразните болести и за промоция на здравето и подобряване на качеството на живот. Тези характеристики включват геномно базирана информация (покриваща не само генетичното ниво, но и епигенетичното, изразяването и информацията на ниво на протеините); фактори на начина на живот, включително диета, физическа активност, спортуване и тютюнопушене; умствени, икономически и социални фактори, които обхващат дома, работа и социалния живот; лична медицинска история и история на семейното здраве; и взаимодействиета на тези фактори. Друга област на приложение, където вече е започнала работа, е използването на молекулярни маркери за стратифициране на заболяванията на подгрупи, за да бъдат третирани с различни лекарства или интервенции. Ракът е една от водещите области тук, с няколко настоящи примера.

Осигуряване на реална промяна на парадигмата в използването на технологиите зависи от желанието да се реструктурират политиките и от способността да се осигури необходимото обучение на специалисти по обществено здраве. Здравните системи и политиките спешно трябва да бъдат подготвени отговорно и ефективно да преведат знанията и технологиите на геномна основа в общественото здраве: това е една от основните задачи на геномиката на общественото здраве и важна област на потенциално новаторство в Европа. Здравните политики трябва да се подготвят да отговорят за тази бъдеща визия на медицината и здравето. Това означава, че вместо да се насочва единствено върху биологичните детерминанти на здравето или да набляга главно на социалните детерминанти на здравето, здравето ще трябва да се разглежда от гледна точка на всички фактори, включително биологични, начин на живот, екологични и социални фактори, както и взаимодействието между тях. В бъдеще геномиката на общественото здраве вероятно ще осигури виждане и инструменти, за да се интегрира геномно базираната информация (като част от биологичните фактори за здравето) в системите и политиките на здравеопазване.

Такива технологично базирани иновации вече са създали нови възможности за подобряване на здравето и здравеопазването. Тези промени значително засягат съвкупните разходи за здравеопазване, особено когато многобройни организационни и професионални фактори подкрепят употребата им. Това се илюстрира от драматичното нарастване на разходите за здравеопазване в последните години от живота. Доколкото технологията позволява по-ново или по-добро лечение, по-големите разходи може да включват повишаване на нивото на здраве, а не ненужните или напразни разходи. Някои технологии, като самостоятелно измерване на кръвната захар, може да има предварителен разход, но намалява разходите, свързани с последващи усложнения.

Дали дадена нова технология ще увеличи или намали здравните разходи зависи от няколко фактора. Как това се отразява на разходите за лечение на отделния човек? Колко пъти се използва новата технология? На каква основа може да бъде разпределено използването ѝ? Дали новата технология разширява съществуващото лечение към нови условия? Технологията струва ли по-скъпо в момента, но да води до по-нататъшни спестявания? Новите технологии могат да удължат продължителността на живота, чрез влияние върху вида и количеството здравни грижи, които хората използват през целия си живот. Истинският баланс на разходи и спестявания често може да бъде оценен само чрез дългосрочни епидемиологични и здравно-икономически проучвания.

Макроикономиката на здравето и благосъстоянието

Здравето – ключов фактор за производителността, икономическото развитие и растежа

"Здраве 2020" е насочена към икономическите и финансови аспекти на системите за здраве и здравеопазване. Социален напредък и стабилност са постигнати най-успешно в страни, които гарантират наличието на услуги за насърчаване на добро здраве и образование, както и на ефективни мрежи за социална сигурност чрез силни обществени услуги и устойчиви обществени финанси. Неуспехът за постигане на тези цели може да бъде отразен в спад в обществения социален капитал на гражданските институции и социални мрежи.

Все повече се признава, че здравето значително влияе както върху икономическите измерения на едно общество, така и върху неговото социално единство. Макроикономиката на здравето и благосъстоянието следователно трябва да бъде по-добре разбрана. През последните 30 години, здравният сектор се промени от функционален сектор, фокусиран и инвестиращ основно в здравни услуги, в основна икономическа сила сам по себе си. Днес здравето е една от най-големите и най-бързо развиващи се в света индустрии, свързана с повече от 10% от brutния вътрешен продукт на повечето страни с високи доходи и около 10% от тяхната работна сила. Той обхваща широк спектър от отрасли, услуги, производители и доставчици от местно до глобално ниво. По време на скорошната икономическа рецесия, непрекъснатия растеж на сектора на здравеопазването беше стабилизиращ фактор в много страни. Независимо от това, неговите резултати и ефективността му определено заслужават да бъдат в максимална степен.

В някои страни увеличаването на разходите за здравеопазване са трудни за управление и могат да поставят страните и индустриите в неизгодно конкурентно положение. Затова финансирането на здравеопазването се премести на преден план в здравния дебат, като се проучват нови начини за повишаване на приходите за здраве и се отстъпва от изключителното разчитане на преките трудови данъци. Те са от особено значение в социално-осигурителните системи, които традиционно използват осигуровките. В резултат на това, границата между данъчно-финансираните и системите за социално осигуряване е все по-условна, тъй като много базирани на осигуровки системи използват комбинация от различни източници на приходи, включително общи данъци. Тези промени повдигат въпроси за ефектите върху достъпа и качеството на здравните грижи.

Икономически аргументи за промоция на здравето, защита на здравето и профилактика на заболяванията

Разходите за здраве представляват по-голямо предизвикателство за правителствата от всякога. Разходите за здраве са нараснали с темпо, превишаващо икономическия растеж в много държави-членки, което води до повишен финансов натиск, който застрашава дългосрочната устойчивост на системите за здравеопазване. Голямата тежест на болестите в Европейския регион, особено хроничните незаразни болести, се отразява сериозно върху пазарите на труда и производителността. Болестите са гориво за неравенствата във възможностите за заетост и заплащане, отразяват се на производителността на труда и увеличават отпуските по болест и търсенето на социални помощи.

Разработването и въвеждането на скъпи медицински технологии и лечение покачват разходите за управление на хроничните заболявания и множествените заболявания. Този разходен натиск осигурява силни икономичес-

ки основания за предприемане на действия за промоция на здравето и предпазване от заболяване. Реални ползи за здравето могат да бъдат постигнати на достъпна цена, като се инвестира в промоция на здравето и профилактика на заболяванията. Все повече изследвания върху икономиката на профилактиката на заболяванията показват как тези политики могат да променят кривата на разходите за здравеопазване и да намаляват здравните неравенства като се фокусират върху хората, които са най-уязвими.

Не се употребяват достатъчно социалните и технологични постижения, особено в областта на информационните и социалните медии. Те вече предлагат огромни възможности за постигане на ползи за здравето на достъпна цена, понякога намаляват разходите за здраве и помагат същевременно за преодоляване на здравната неравнопоставеност. Осезаем дял от тежестта на болестите и на икономическите разходи, свързани с нея може да бъде избегнат чрез действия за промоция на здравето и благосъстоянието и чрез разгръщане ефективни превантивни мерки в рамките на и извън здравния сектор.

Обосновката за действие на правителството за насърчаване на здравословното поведение е особено силна в присъствието на отрицателни външни фактори от нездравословно поведение или поведение, което се основава на недостатъчно информация. Жертвите на пасивното тютюнопушене и на пияните шофьори предлагат драматични примери за отрицателните външни фактори, които могат да бъдат коригирани или с акцизи върху тютюневите изделия и алкохол, или чрез други политики, като например забрана на тютюнопушенето на обществени места и закони против шофирането в нетрезво състояние. Неадекватната потребителска информация оправдава интервенции за насърчаване на здравословно поведение чрез информирани хора за рисковете от тютюнопушенето, затлъстяването и други причини за заболяванията.

Комплексният характер на хроничните заболявания, техните многобройни фактори и причинно-следствен път предполагат, че широко разпространените и продължителни усилия и подробните стратегии, включващи различни действия и участници, са необходими за успешното предотвратяване на заболяванията. Все пак, реалността е, че правителствата харчат, в най-добрия случай, само малка част от техните бюджети за здравеопазване за профилактика на заболяванията (около 3% от общите разходи за здраве в страните от ОИСР).

Очакванията по отношение на ползите от профилактиката на заболяванията трябва да бъдат реалистични. Профилактиката на болестта може да подобри здравето и благосъстоянието с толкова добра рентабилност на разходите, колкото и на много от приетите форми на здравеопазване. Въпреки това, намаляването на здравните разходи не трябва да се разглежда като основна цел на профилактиката на заболяванията, тъй като много програми няма да имат този ефект. Стесняването на здравната неравнопоставеност може да се постигне трудно чрез някои форми на превенция, които са показали ниско усвояване сред най-уязвимите хора и които следователно носят непредвидени последици за по-нататъшно увеличаване на неравенството. Освен това, детерминантите на много заболявания и поведения се развиват през целия живот и затова програмите често са предназначени само за управление на крайните ефекти на болестта.

Доказателствената основа

Регионалният офис на СЗО за Европа е насърчил съвместната дейност, с цел представяне на икономическите основания за дейностите по общественото здраве, по-специално профилактиката на хроничните незаразни болести. Изследванията се простират отвъд това, което е известно за икономическите ползи от конкретни действия в рамките на системата на здравеопазването, като ваксинации и скрининг, за да се подкрепят изследователските усилия,

насочени към икономическа обосновка за предварително инвестиране – т.е., преди атаката на незаразните болести и преди да има необходимост от здравни услуги. Изследванията акцентират върху приоритетни действия, подкрепяни от стабилна рентабилна ефективност или приходно-разходен анализ, включващи действия за ограничаване на рисковото поведение като тютюнопушенето и консумацията на алкохол, подпомагане на физическото и психическото здраве чрез диети и упражнения, предотвратяване на психични разстройства и намаляване предотвратимите наранявания, като например от пътни катастрофи, както и излагане на опасности на околната среда. Пълните резултати от тези проучвания предстоят (36), но някои от най-ранните доказателства са представени по-долу.

Силно доказателство показва рентабилността на програмите за контрол на тютюна, много от които не са скъпи за изпълнение и спестяват разходи. Тези програми включват повишаване на данъците по координиран начин с висок минимален данък (единственото най-рентабилно действие), насърчаване на среда без тютюнев дим, забрана на реклама и насърчаване и разгръщане на медийни кампании. Адекватното изпълнение и мониторинг, правителствените политики, независими от тютюневата промишленост и действията срещу корупцията са всичко необходимо за подпомагане на ефективните политики.

Реална доказателствена база от систематични прегледи и мета-анализи подкрепя рентабилността на стратегиите за алкохола. Впечатляващите рентабилни интервенции включват ограничаване на достъпа до продавания на дребно алкохол; налагане на забрани за рекламирането на алкохола, включително в социалните медии; повишаване на данъците върху алкохола и въвеждане на минимална цена на грам алкохол. По-малко, но все пак рентабилни мерки включват прилагане на закони при шофиране в нетрезво състояние чрез тестване с дрегери; предоставяне на кратки съвети за по-високия риск от пиенето, както и осигуряване на лечение за разстройства, свързани с алкохола.

Действията за насърчаване на здравословното хранене са особено рентабилни, когато се извършват на нивото на населението. Преформулирането на преработените храни за намаляване на солта, транс-мастните киселини и наситените мазнини, е евтина интервенция, която може да бъде доброволна или в крайна сметка наложена чрез регламент. Фискалните мерки (включително данъци и субсидии) и регулиране на рекламата на храни за деца също са евтини и имат благоприятна рентабилност. Въпреки това, конфликтите на интереси биха могли да възпрепятстват осъществяването. Програми за повишаване на осведомеността и информацията, като например масмедийни кампании и схеми за етикетирание на храните, са ефективни инвестиции, но са по-слабо ефективни, особено в по-ниските социално-икономически групи.

Насърчаването на физическата активност чрез масови медийни кампании е много рентабилно действие и сравнително евтино. Въпреки това, възвращаемостта по отношение на здравните резултати може да бъде по-ниска от тази от по-целенасочени интервенции, например на работното място. Промени в системата на транспорта и разширяване на околната среда имат потенциал за повишаване на физическата активност, но те се нуждаят от внимателна оценка, за да се потвърди тяхната достъпност и приложимост, както и дали промените ще достигнат до хората с най-големи здравни и социални нужди. Действия, насочени към възрастното население и лицата с повишен риск, са склонни да произвеждат по-големи ефекти в по-кратък период от време.

Здрави доказателства сочат, че депресията е една от водещите причини за увреждания в целия свят. Предотвратяването ѝ е осъществимо и рентабилно. Депресията е свързана с преждевременна смърт и намалено функциониране на семейството, тя пряко засяга индивидуалното поведение на хората и това

води до изключително високи икономически разходи, дължащи се на здравните грижи и загуби в производителността, които могат да бъдат частично избегнати чрез подходящи форми на профилактика и ранно диагностициране. Доказателства подкрепят действията през целия живот, като се започне с ранно действие в детска възраст за укрепване на социалното и емоционално обучение, умения за справяне и подобрени връзки между родители и деца, които могат да генерират ползи, продължаващи и в зряла възраст.

Икономически доказателства подкрепят действията за предотвратяване на пътните катастрофи, като например модифициране на пътното проектиране, еднопосочни улици, успокояване на градския трафик (включващо задължителните ограничения на скоростта, наложени с помощта на физически мерки), и програми за ограничаване на скоростта чрез камери и радари, особено в по-рискови райони. Активното прилагане на законодателството за насърчаване на доброто поведение за безопасност по пътищата може да бъде силно рентабилно.

Доказателства от икономически проучвания подкрепят действията за справяне с екологичните химически опасности. Примерите включват всеобхватна регулаторна реформа, като приложената през 2007 г. в съответствие с регламент на Европейската Общност за регистрацията, оценката, разрешаването и ограничаването на химикали (REACH); отстраняване на опасностите от бои на оловна основа; намаляването на замърсяването с живак от електроцентрали на въглища и намаляването на емисиите от превозните средства в натоварени области, като например чрез схемите за таксуване при натовареност, използвани в много градски райони, които могат да доведат до икономии в здравеопазването и други разходи свързани с детската астма, бронхиолит и други заболявания на дихателните пътища в началото на живота.

Инвестирането в образованието също е инвестиция в здравето. Все по-голям брой емпирични изследвания показват, че когато страните приемат политики за подобряване на образованието, инвестицията също се отплаща по отношение на здравословно поведение и по-дълъг и по-здравословен живот. Например, изследванията на задължителните училищни реформи, приети в няколко страни в Европейския регион, заключават не само, че реформите водят до допълнителни години завършено образование, но също така, че допълнителното образование намалява процента в населението на пушачи и затлъстели хора. Когато страните обмислят възвращаемостта на инвестициите в образованието и други социални детерминанти на здравето, анализът трябва да включва потенциалните здравни ползи.

Основни подходи

Хронични заболявания могат да бъдат решени по рентабилен начин чрез интервенции, насочени към рисковите фактори от промяната на поведението и начина на живот. Това вероятно ще намали здравните неравенства в рамките на страните в дългосрочен план. Въпреки това, за да преобърнем условията за заболяванията, които приемат епидемични размери през XX век, се изисква фундаментална промяна на социалните норми, които регулират индивидуалното и колективното поведение. Такива промени изискват широкообхватни превантивни стратегии, насочени към множество детерминанти на здравето във всички социални групи.

Повечето страни се стремят към подобряване на здравното образование и информация. Въпреки това, само предоставянето на информация рядко е ефективно (или рентабилно) за повлияване на поведението, а в някои случаи може да увеличи неравенството. Вместо това, приемането на по-широк цялостен стратегически системен подход е от съществено значение, за да се увеличи въздействието и ефективността на усилията. Необходими са стратегии, които директно да обръщат внимание на факторите в рамките на самоконтрола на отделния човек, упълномощаване на хората и гарантиране на ясен стратегически фокус върху поведенческите фактори на индивида

или общността. Освен това, факторите, които може да се намират извън техния непосредствен контрол гарантират ясен стратегически фокус върху по-широките социални детерминанти, които оказват силно влияние върху поведението на индивида. По-строги мерки, като например регулиране на рекламата или фискални мерки, са по-агресивни към индивидуалния избор и е по-вероятно да генерират конфликт между съответните заинтересовани страни, но те също така са склонни да тежат по-малко върху обществените финанси и да произвеждат здравна възвръщаемост по-бързо.

Промяната на поведението на населението и насърчаване на здравословния начин на живот е предизвикателство, но все повече са доказателствата за това, което работи и подкрепят приемането на стратегически и многостранни подходи за повишаване на способността чрез по-голям контрол и упълномощаване. Въпреки че традиционният подход е да се направи опит да се повиши информираността чрез комуникационни кампании, доказателствата сочат, че простото предоставяне на информация за нездравословно и здравословно поведение не е ефективно в постигането и поддържането на поведение. Здравни комуникационни и образователни инициативи следва да бъдат представени като част от по-широк набор от дейности, насочени към създаване на социална и физическа среда, която насърчава здравословното поведение. Различните поведенчески стратегии се подсилват взаимно, а ефективността на поведенческите програми и интервенции се увеличава, когато те са интегрирани с допълнителни стратегии, които са насочени към по-широки социални детерминанти.

Широк кръг от регулаторни и фискални мерки все повече се прилагат в много страни, например за ограничаване на потреблението на тютюн и алкохол. Беше определена минимална възраст за закупуване на цигари и алкохолни напитки, които често носят предупреждения за здравето, отпечатани върху етикетите си. Рекламата беше строго ограничена и бяха наложени високи данъци на потреблението и на двете стоки. Всички тези мерки допринесоха за ограничаване на потреблението и проучванията на СЗО показват, че повечето от тях имат много благоприятни рентабилни профили. Въпреки това, фискалните мерки са сложни за проектиране и изпълнение; тяхното въздействие може да бъде непредсказуемо и те може да натоварят по-силно хората с ниски доходи, отколкото тези с по-високи доходи.

Скорошната икономическа криза

"Здраве 2020" е политическа рамка, която е пригодена за добри и за не толкова добри икономически времена. Независимо от това, могат да се научат уроци от неотдавнашния икономически спад и финансова криза. Здравният и социалният сектори са особено уязвим при съкращения по време на икономически спадове, не само заради техния размер в рамките на бюджета на което и да е правителство, но също и поради често относително слабите преговарящи позиции на здравните министерства. В Хартата от Талин (24), държавите-членки заявиха, че "днес е неприемливо хората да обедняват в резултат на влошено здравословно състояние", но това може да бъде подкопано, тъй като правителствата се стремят да прехвърлят тежестта на финансиране върху домакинствата, като политически отговор на фискалния натиск. Икономическата криза представлява голямо предизвикателство за държавите-членки в това как да останат ангажирани с равноправието, солидарността и финансовата защита, но също така предоставя възможност те да се застъпят и да инвестират в здравето и за укрепване на здравните системи.

Последната икономическа криза засегна много страни в Европейския регион и предизвика допълнителни ангажименти към целите на социалното подпомагане, включително и в здравето и равноправието, които трябва да бъдат засилени по време на икономически спадове, така че политическите решения за справяне с икономическата криза отразяват по-скоро обществените приори-

ритети, отколкото краткосрочните нужди да се балансира бюджета чрез повсеместни съкращения. Всъщност, поуците от предишни икономически сътресения, изпитани от страните в Региона предлагат познания на днешните политици за това как да се смекчат неблагоприятните въздействия върху здравето и благосъстоянието на населението: здравни системи със силно ръководство и добре функциониращи управленски споразумения се представят по-добре като цяло, и особено по време на криза.

Последиците за здравето от икономическите кризи са сложни и продължават да се появяват нови доказателства. Пътнотранспортните произшествия и заглъстяването могат да бъдат намалени с намаляването на доходите и по-високите цени, а социалното сближаване може да се увеличи. Въпреки това, психосоциалния стрес се увеличава по време на икономически затруднения, което води до повече самоубийства, редица нездравословни типове поведение и по-голямо търсене на здравни услуги за физически и психически здравни нужди.

Въпреки че балансът на доказателства трябва да бъде разгледан допълнително, здравните системи трябва да продължат да функционират по време на икономически спад и да засилят дейностите, свързани с психо-социална подкрепа, особено за бедните и уязвимите групи хора, за да се предотвратят тежки последици върху здравето. Освен здравните ефекти, бюджетните съкращения водят до по-голяма финансова тежест за хората, които търсят грижи като цяло и по-специално лекарства. Прехвърлянето на значителна финансова тежест от обществени източници върху физически лица, които получават социални грижи чрез повишени директни плащания (потребителски такси и доплащания) могат да поставят домакинствата в по-голям риск от обедняване от влошено здраве и да се намали използването на здравни услуги. Това в крайна сметка може да доведе до по-високи разходи за здравната система и по-лоши здравни резултати за отделните хора.

Разходите за социално благосъстояние имат важни последици върху здравето. Доказателствата сочат, че нарастването на тези разходи е свързано с седемкратно по-голямо намаляване на смъртността от покачването с подобна величина на брутният вътрешен продукт (37). В страни, които са поддържали или дори са увеличили разходите за социално благосъстояние когато обществените разходи за здравеопазване са били драстично намалени, ефектите на обедняване от съкращенията са били много малки.

Регионалният офис на СЗО за Европа и правителството на Норвегия съвместно свикаха среща на високо равнище през 2009 г. в Осло. Бяха поставени препоръки за насочване на политическите реакции в полза на здравето и бедността, като например даване на приоритет на рентабилно обществено здравеопазване и основни здравни услуги. Участниците също така признаха значението на гарантирането на ефективното използване на публични средства (повече здраве за парите), което е предпоставка за ефективно застъпничество за повече пари за здраве. Препоръките от Осло са насочени към въвеждане на нови данъци върху потреблението на захар и сол, както и повишени налози върху алкохола и тютюневите изделия, фискални мерки, които са същевременно ефективни интервенции в общественото здравеопазване.

Държавите-членки са използвали редица действия, за да продължат да се борят за подобряване на здравето и защитата на населението от финансови затруднения, свързани с търсене на здравни услуги. Тези инструменти могат да бъдат групирани по следния начин:

- *Мислене в дългосрочен план.* Единият вариант е да се приложи антициклично обществено финансиране чрез натрупване на резерви в здравноосигурителни фондове ("бели пари за черни дни") или да преразпределят приходите от данъци за здравето по време на рецесия. Тези антициклични политики могат да осигурят буфер в краткосрочен план и евентуално предпазят страните от предприемане на драстични мерки с неблагоприятни ефекти върху здравето на населението.

- *Избягване на повсеместни съкращения на бюджета.* Ако бюджетите трябва да бъдат намалени за фискални цели, важно е да не се прави това повсеместно, а по-скоро целенасочено, задвижвано от някакви цели. Широко използваният и относително безопасен вариант е да се забавят инвестициите, които могат да позволят на здравния сектор да поддържа нивото и обема на здравните услуги, включително обществените здравни услуги, при условие, че инфраструктурата е била добре поддържана преди кризата.
- *Насочване на обществените разходи по-добре според социалната нужда и така да защитава бедните и уязвимите хора.* Поддържането на достъпа до здравни услуги за бедните и уязвими хора може да намали драматичните последици от тежкия икономически спад. Промяна в обхвата на услугите, включени в задължителния пакет от привилегии, може да бъде ценен инструмент за определяне на приоритетите в здравната система, особено ако промените се основават на доказателства и имат за цел да насърчат използването на високо стойностни (рентабилни) грижи и да попречат на използването на грижи с ниска стойност.
- *Стремеж към повишаване на ефективността чрез по-разумно използване на лекарства и технологии.* За всички страни, важна опция за смекчаване на ефекта от кризата е да се подобри ефективността, с която услугите се доставят на населението. Няколко страни постигнаха повишаване на ефективността, например, чрез по-рентабилно използване на лекарствата, както и чрез прилагане на оценка на здравната технология, с цел намиране на решения за възвращаеми плащания. Някои други въведоха мерки за ограничаване на разходите, като обявиха повсеместно намаляване на цените за производителите и договаряне на по-ниски цени, по-ефективно купуване на лекарства чрез тръжна процедура, подобряване на политиките за предписване и използване на генерични лекарства, намаляване на маржовете за дистрибуция на едро и аптеките и предприемане на мерки за повишаване на разумното предписване на лекарства.
- *Стремеж към повишаване на ефективността чрез рационализиране на структурите за предоставяне на услуги.* Когато равнището на финансиране на доставчиците на здравни услуги, и по-специално на болниците, се намалява, доставчиците могат сами да наложат дажбен режим, например чрез забавяне, отказване и разреждане на клинични услуги ("икономисване на качество"), освен ако не се вземат трудни структурни решения за подобряване на ефективността на болничния сектор. Кризата дава възможност да се въведат отдавна закъснели реформи, повишаващи ефективността, които може да са били политически по-малко осъществими преди кризата. Трудно е да се реализират спестявания в краткосрочен план и рискът от неуспех да се осигури на хората правилното здравеопазване по време на преход е висок, но при внимателно изпълнение дългосрочните ползи са значителни.

Здравните министерства и правителствата имат важна водеща роля като цяло. Въпреки че предотвратяването на икономически спадове може да не е възможно, правителствата могат да се подготвят по-добре за предизвикателствата, пред които ще се изправят. Вниманието към ефективността и отговорното управление на обществените ресурси в здравния сектор, съчетано с разумна фискална политика в публичния сектор като цяло, е от съществено значение по време на годините на икономически растеж, защото в условията на икономическа криза може да е по-вероятно населението да има нужда от социални и здравни услуги, за които се изисква достатъчно обществено финансиране, за да се гарантира справедливост и ефективност в осигуряването на универсално покритие. Страните, които са влезли в икономическата криза с възможността за използване на резерви или поддържане на дефицитно харчене бяха много по-способни да защитят населението от последиците от кризата. Работата в условия на криза е наистина отговорност на цялото правителство.

Мислене за "лошите" проблеми и системи

Днешните здравословни проблеми са трудни за решаване поради тяхното сложно, многостранно и многостепенно естество и бързо променяща се динамика. Икономическите, социални и културни политически процеси работят през целия живот и определят социалното положение и сближаване. Проблеми като затлъстяването, злоупотреба с алкохол, употреба на наркотици, нарастването на здравните неравенства, демографски промени, екологични заплахи, големи огнища на болести, финансов натиск върху здравето и системата за социално подпомагане, както и социалните и технологични трансформации увеличават необходимостта от иновационна политика. Терминът "лоши" проблеми (38) е приложен към тези проблеми, които са трудни за решаване поради техните непълни, нестабилни, противоречиви и променящите се характеристики. Много от предизвикателствата за здравето в 21-ви век са лоши проблеми. Анализът им е сложен, а линейните взаимоотношения между причина и следствие са трудни за определяне. Лошите проблеми трябва да се разглеждат и анализират като сложни отворени системи.

Предвид тези предизвикателства, политиките трябва да се прилагат като по-мощни експерименти, при които усилията за мониторинг и оценка дават възможности общността да се поучи от опита, придобит на практика и да се адаптира по съответния начин. Затлъстяването е отличен пример за лошо здравно предизвикателство на 21-и век. Моделите на риска и поведението, свързани с разпространението на епидемията от затлъстяване са сложни и с много измерения. Рисковете са местни (като например липсата на детски площадки или липсата на велосипедни алеи), национални (като например липсата на изисквания за етикетиране на храните) и глобални (търговската и селскостопанската политика). Само широк системен подход и множество интервенции на различни нива на управление, които признават сложността и лошия характер на борбата със затлъстяването, ще имат някакъв шанс за успех (39).

Част 2

**"Здраве 2020":
приложение на доказателствено
обосновани стратегии, които работят
и ключовите заинтересовани страни**

Въведение

Част 2 на "Здраве 2020" започва с набор от задачи, които се отнасят до цялата територия на Европейския регион на СЗО и които улавят същността на политическата рамка. След това обяснява подробно доказателствено обосновани стратегии, които работят за различни изходни точки и участници. Част 2 е структурирана около две основни стратегически цели на политиката – подобряване на здравеопазването за всички и намаляване на здравните неравенства, както и подобряване на ръководството и управлението за здраве – и на четирите общи части за политическа дейност. Това са: да инвестираме в здравето чрез подхода за цял живот и упълномощаването на хората; преодоляване на основните предизвикателства за здравето на Европа на незаразните и заразните болести, укрепване на здравни системи, насочени към хората, укрепване на капацитета на общественото здраве и подготвеност за спешни случаи, наблюдение и реакция; и създаване на приспособими общности и подкрепяща среда. Описани са общи приоритетни области. Промяната е от съществено значение – новата реалност изисква политическо действие, което има нужда здравните министерства да включват и други сектори.

Цели

"Здраве 2020" включва главни, всеобхватни регионални цели, които ще бъдат подкрепени от подходящи показатели и отчетени като регионални средни стойности. Тези цели трябва да бъдат както количествени, така и качествени, а където уместно и "умни": (конкретни, измерими, постижими, подходящи и обвързани с период от време). Всяка от тях ще представлява реалния потенциален напредък в процесите, производителността и резултатите на политическата рамка "Здраве 2020".

Поставените задачи са разработени в три основни области, които подкрепят две стратегически цели и четири политически приоритета, които са в основата на "Здраве 2020", както е показано в каре 5 по-долу. Тези три основни области са:

- заболяемост и рисковите фактори
- здрави хора, благосъстояние и детерминанти на здравето
- процеси, управление и здравни системи.

Използването на целите не е самоцелно. Те насърчават здравето и благосъстоянието чрез подобряване на ефективността и отчетността. Тези цели са регионални в смисъл, че те са договорени и ще бъдат наблюдавани на регионално ниво. В зависимост от обстоятелствата, всички държави-членки ще допринесат за постигане на тези цели и съответно ще следят напредъка. Всяка държава-членка ще реши модела и темпото на изпълнение и е насърчавана да определя национални цели и задачи, свързани със здравето. Целите са разработени по такъв начин, че рутинно събраната здравна информация да може да се използва в максимална степен и да се избягва ново събиране на данни. Каре 5 показва регионалните цели за "Здраве 2020".

Справяне с взаимодействиящите си детерминанти на здравето

"Здраве 2020" като цяло определя истинските предизвикателства на здравето, пред които страните в целия регион са изправени. Въпреки че моделът във всяка страна може да варира, в ключовите всеобхватни въпроси те все повече важат за всички. Въпреки това, "Здраве 2020" не просто описва въпросите; тя се фокусира върху възможните решения и области, където доказателствата предполагат, че положителните въздействия могат да имат важни ефекти. По този начин, тя осигурява опорна рамка за приемане на стратегически подходи, които оценяват предизвикателствата от гледна точка на цялата система.

Каре 5. Регионални цели за "Здраве 2020"			
Широка целева област на "Здраве 2020"	Цел	Връзка със стратегическата цел на "Здраве 2020"	Връзка с политически приоритет на "Здраве 2020"
1. Тежест на болестите и рискови фактори	1. Да се намали смъртността в Европа до 2020 г.	1. Подобряване на здравето за всички и намаляване на здравното неравенство	2. Справяне с най-големите предизвикателства на Европа – незаразните и заразните болести
2. Здрави хора, благосъстояние и детерминанти на здравето	2. Повишаване на продължителността на живота в Европа	1. Подобряване на здравето за всички и намаляване на здравното неравенство	1. Инвестиране в здравето чрез подход за цял живот и упълномощаване на хората 4. Създаване на приспособими общества и подкрепящи среди
	3. Намаляване на здравните неравенства в Европа (задача за социалните детерминанти)	1. Подобряване на здравето за всички и намаляване на здравното неравенство	1. Инвестиране в здравето чрез подход за цял живот и упълномощаване на хората 4. Създаване на приспособими общества и подкрепящи среди
	4. Увеличаване на благосъстоянието на европейското население	1. Подобряване на здравето за всички и намаляване на здравното неравенство	1. Инвестиране в здравето чрез подход за цял живот и упълномощаване на хората 4. Създаване на приспособими общества и подкрепящи среди
3. Процеси, управление и здравни системи	5. Универсално покритие и "правото на здраве"	2. Подобряване на ръководството и управлението на здравеопазването	3. Укрепване на здравните системи, насочени към хората, капацитета на общественото здравеопазване и готовност за спешни случаи
	6. Държавите-членки определят националните цели	2. Подобряване на ръководството и управлението на здравеопазването	3. Укрепване на здравните системи, насочени към хората, капацитета на общественото здравеопазване и готовност за спешни случаи

В "Здраве 2020" се признава, че различните фактори за здравето са взаимосвързани в комбинация от биофизични, психологически, социални и екологични фактори и всички те са важни. Това засилва значението на развитието на многостранните стратегии, които избягват подхода за еднократни или изолирани кампании и вместо това се стремят да мобилизират действия в редица области, за да се постигне комбиниран синергичен ефект върху предизвикателствата, на които се обръща внимание.

Класическият и добре познат модел, показано по-долу (фиг. 1), помага да се илюстрират взаимовръзките между различните детерминанти на здравето, като се признава, че е важно да се разгледат както факторите, които влияят директно върху индивидуалното и общественото поведение, така и важните по-широки социални детерминанти. Особено важно е да се обърне внимание на социалните фактори, защото те не само могат пряко да влияят върху здравето (като например последиците от лоши жилищни условия или хигиена), но важното е, че те също влияят върху истинските варианти за избор на хората, на техните шансове в живота и обстоятелствата, които от своя страна влияят върху личните им решения, избори и начин на живот.

Фигура 1. Взаимодействие на детерминантите на здравето



Адаптирано от Долгрен и Уайтхед (40)

Подобряване на здравето за всички и намаляване на здравните неравенства

Комисията по социалните детерминанти на здравето (27), посочва три основни принципа на действие:

- Подобряване на условията на всекидневния живот – обстоятелствата, при които хората се раждат, растат, живеят, работят и остаряват.
- Справяне с несправедливото разпределение на властта, парите и ресурсите – структурните задвижващи фактори за условията на всекидневния живот – на глобално, национално и местно ниво.

- Измерване на проблема, оценяване на действията, разширяване на базата от знания, развиване на работна сила, която е обучена за социалните детерминанти на здравето и повишаване на обществената информираност за социалните детерминанти на здравето.

Обръщането на внимание на политическите, социалните, икономическите и институционалните среди е от жизненоважно значение за напредъка на здравето на населението. Междусекторните политики са както необходими, така и задължителни. Отговорността на цялото правителство за здравето изисква цялото правителство на всички нива на отговорност основно да разгледа въздействията върху здравето при разработването на всички регулаторни и социални и икономически политики (41).

Здравето и благосъстоянието могат значително да бъдат подобри, когато страни, региони и градове определят общи цели и извършват съвместни инвестиции в здравния и други сектори. Приоритетните области включват образованието, заетостта и условията на труд, социалната защита и намаляване на бедността. Подходите включват справяне с гъвкавостта на общностите, социалното включване и сближаване и насърчаване на придобивките за благосъстояние, т.е. индивидуалните и обществени сили, които защитават и насърчават здравето, като например индивидуалните умения и чувство за принадлежност. Определяне на цели година за година или намаляване на здравната неравнопоставеност може да допринесе за стимулиране на действията, насочени към оценка на развитието на здравето на всички нива. Действията трябва да са системни и постоянни.

Обръщането на внимание на социалните неравенства допринася значително за здравето и благосъстоянието. Намаляването на здравното неравенство изисква цялостна политическа цел за изравняване на здравните шансове във всички социално-икономически групи, включително поправяне на неравноправното здравно положение и стесняване на здравните пропуски. Действията за намаляване на тези неравенствата ще се отразят на всички засегнати, ако се прилагат навсякъде в обществото. Универсалната социална защита ще намали бедността и ще има по-големи последици за хората, които се нуждаят от тясно целеви програми. Независимо от това, неравенствата ще бъдат намалени, само ако интензивността на предприетите действия е пропорционална на потребностите на всеки индивид или група в обществото. В този контекст, потребност означава здравни и социални проблеми, които са податливи на действие чрез подходящи методи, за които е известно, че са ефективни. С този подход действието е най-голямо в удовлетворяване на потребностите на най-нуждаещите се и уязвими хора, но не се осигурява единствено за тях.

Предприемането на действия по отношение на социалните и екологични фактори за здравето може ефективно да подпомогне справянето с много видове здравна неравнопоставеност. Здравните неравенства не могат да бъдат намалени, без решаването на неравенството по отношение на причините за лошото здраве – условията на всекидневния живот и разпределението на власт, пари и ресурси. Те са отразени, например, в половите и други социални неравенства, не еднакво излагане на вреди и различни нива на издръжливост и несправедливост в някои от преките, видими обстоятелства в живота на хората – достъпа им до здравеопазване, училища и образование, условията на труд и отдых, домовете им, общности, малки и големи градове – и шансовете им за водене на здравословен живот (8, 27, 42, 43). Решаването на тези неравенства означава, че всеки, трябва да има минимален стандарт за здравословен начин на живот, въз основа на материалните условия, които гарантират достоен живот и добър старт в живота (универсален достъп до висококачествено развитие в ранна детска възраст, образование и работа); и пълномощия – това е контрол над живота на човек, политически глас и способността да участват в процесите на вземане на решения. Пълното осъществяване на тези права на човека е от решаващо значение за подобря-

ване на здравето и намаляване на неравенството, и държавите-членки имат задължението да ги зачитат, защитават и изпълняват (27, 44, 45).

Трябва да бъдат предприети действия на универсална основа, но като се има предвид социалния градиент в здравето, трябва да се извършат с интензивност, която се отнася до социалните и здравните потребности – пропорционален универсализъм (46). Намаляването на социално-икономическото разделение и на цялостното здравно неравенство в дадено население изисква подобряване на здравето с по-бързи темпове в най-ниските социално-икономически групи, отколкото в най-високите. Съответно, справянето със социалното разделение изисква усилия, насочени не само към най-уязвимите хора. Подхода на разделения предполага комбинация от широки универсални мерки със стратегии, насочени към високо рискови групи. Подход, който е насочен само към групите в неравностойно положение не би променил разпределението на детерминантите на здравето в целия социално-икономически спектър.

Изявление за действията, необходими в световен мащаб, е обобщено в Резолюция WHA62.14 от 2009 г. на Световната Здравна асамблея за намаляване на здравните неравенства посредством въздействие върху социалните детерминанти на здравето (47). Неотдавнашната Световна конференция по социалните детерминанти на здравето, проведена в Рио де Жанейро, Бразилия, също прие декларация за необходимите действия в световен мащаб (8), но истинската промяна ще изисква повече от декларации, дори когато те са подкрепени от мощни доказателства и добра воля. Като последващи действия на резолюцията на Световната здравна асамблея и конференцията, в момента се разработва стратегия на СЗО и глобален план за действие върху социалните детерминанти на здравето (2012-2017). Решаването на социално определените здравни неравенства изисква силен политически ангажимент, интегрирани действия, силен системен подход, ефективно и високо производителни системи и съгласуваност на политиката в редица управленски решения (48, 49).

Приемането на подход, основан на социалните детерминанти на здравето често се противопоставя на такъв, основан на възможности, свободна воля и лична отговорност за здравето, например за определящо здравето поведение. На практика, обаче, тъй като анализа на високите нива на смъртност показва, че те са резултат от условията, в които хората се раждат, растат, живеят, работят и стареят, е очевидно трудно за хората да поемат лична отговорност за своето здраве, без социално действие, което да създаде условия, в които хората да могат да имат контрол над живота си. На практика, дебатът не е за това дали намаляването на неравнопоставеността в здравните резултати е желателно, а за това, което може да се избегне с разумни средства (50). За да бъдат ефективни, приетите мерки трябва да се ползват с обществена и политическа подкрепа.

Препоръчително е всички 53 страни в Европейския регион да установят ясни стратегии за преодоляването на сегашните модели и размера на здравните неравенства чрез предприемане на решителни действия по отношение на социалните детерминанти на здравето (каре б), като част от стратегическия подход на цялата система, който балансира мерките, насочени към индивидуалните и обществени поведенчески фактори. Признава се, че страните са в много различни изходни точки по отношение на здравето, здравното равенство и социалното и икономическо развитие. Въпреки че това може да ограничи възможностите в краткосрочен план и сроковете за решаване на конкретни въпроси, то не трябва да се отразява на дългосрочните стремежи на стратегията.

Каре 6. Области, които трябва да бъдат обхванати от стратегии за намаляване на здравните неравенства

Областите, обхванати от стратегиите трябва да включват следното:

Действия през целия живот

Осигуряване на подходяща социална и здравна защита за жените, бъдещите майки и млади семейства.

Предоставяне на универсално висококачествено и достъпно образование и система за грижи в ранна детска възраст.

Премахване на нездравословни, опасни условия на труд и засилване на мерките за осигуряване на здравословни работните места и достъп до заетост и висококачествена работа.

Предприемане на последователни ефективни междусекторни действия за справяне с неравнопоставеността при възрастните хора, както за предотвратяване и управление на развитието на хроничната заболяемост, така и за подобряване на оцеляването в социалното неравенство.

По-широко общество

Повишаване на нивото и разпространението на социална защита, според нуждите, за да се подобри здравето и да се реши здравната неравнопоставеност.

Мобилизиране и гарантиране на съгласувани усилия за намаляване на неравнопоставеността в местните детерминанти на здравето, чрез съвместно създаване и партньорство със засегнатите страни, гражданското общество и набор от граждански партньори.

Предприемане на действия за социално изключени групи, изграждане и разширяване на вече съществуващи системи за по-широкото общество, с цел създаване на системи, които са по-устойчиви, единни и всеобхватни.

Приемане подход на равенство между половете, за да се разбере и да се поправи социално-икономическото и здравно неравенството между мъжете и жените.

По-широк контекст

Използване на данъчната система за насърчаване на равенството. Делът на бюджета, изразходван за програми за здравеопазване и социална защита следва да бъде увеличен за държави под настоящия средно ниво за ЕС.

Планиране в дългосрочен план и защита на интересите на бъдещите поколения чрез определяне на връзките между екологичните, социалните и икономическите фактори и за всички политики и практики.

Системи

Управлението на социалните детерминанти на здравето и на здравното равенство изисква по-голяма съгласуваност на действията между всички сектори (политики, инвестиции и услуги) и заинтересовани страни (обществени, частни и доброволни) на всички нива на управление (транснационално, национално, регионално и местно).

Дългосрочният характер на равноправната профилактика и лечение на влошеното здраве изисква цялостна реакция, за да се постигне устойчива и справедлива промяна в профилактика и лечението на влошеното здраве.

Необходимо е редовно докладване и обществен контрол на здравните неравенства и техните социални детерминанти на всички нива на управление, включително на международно, национално, регионално и местно.

Интегриран обучаващ подход, основан на доказателства

Въпреки, че предизвикателствата са значителни, има все повече доказателства за това, което работи за подобряване на здравето и благосъстоянието на отделните хора и общностите. С толкова много различни влияния върху здравето, това означава, че разбирането и вникването в това, което работи се разпростира на практика в цялата разнообразна гама от академични и професионални дисциплини. В здравния сектор по-специално, подходите и обучението често са силно информирани от научните достижения на биофизичните и медицинските науки. В резултат има все по-голяма необходимост да се интегрира по-добре знанието от други сектори, особено на приноси от страна на широк кръг от социални и поведенчески науки.

Интегриране на ново мислене от други социални поведенчески науки и стратегически социален маркетинг

Разбирането за значението на факторите, които влияят върху човешкото поведение се е развило значително през последните години. Това се подчертава от факта, че старият вид комуникационно съобщителни подходи, насочени към изработване на информация и изпращане на съобщения, рядко са достатъчни, сами по себе си, за да се отразят положително на здравното поведение и избор на хората. Вместо това, интегрираното влияние от многото социални поведенчески науки, включително стратегическия социален маркетинг, социалната психология, поведенческата икономика и неврологията, все повече предоставя практически и често рентабилни решения за справяне с разнообразието от поведенчески предизвикателства в различните популации. Прескачането отвъд комуникацията към по-силен акцент в поведението и разбиране в областта на здравето и свързаните с него програми, предлага нарастващ потенциал за постигане на измерими и устойчиви резултати в живота на хората, чрез намиране на начини как практически да се подкрепят в реализирането на собствените им здравни цели. Това, заедно със стратегическия поглед върху по-широките социални детерминанти на здравето, помага за укрепване на стабилността и ефективността на интервенциите.

Управление за здраве през 21 век

Подобряване на ръководството и управлението на здравеопазването

Ръководството от страна на здравните министри и агенциите по общественото здраве ще остане жизнено важно за справянето с тежестта на здравето в Европейския регион и трябва да бъде укрепено. Тази водеща роля акцентира както върху икономическите, социалните и политическите ползи от добро здраве, така и върху неблагоприятните ефекти от влошаване на здравето и на здравното неравенството и неговите детерминанти във всеки сектор, в цялото правителството и в цялото общество. Тук здравните министри и министерства и агенциите по общественото здраве трябва да поемат нови роли в оформянето на политики, които насърчават здравето и благосъстоянието, като възприемат и популяризират политики, които са от полза за здравето на всички във всички партньорства отвъд здравния сектор. Упражняването на тази ръководна роля изисква използване на набор от умения и компетенции, включително дипломация, доказателства, аргументи и убеждаване.

Въпреки това, се изискват нови форми на управление на здравеопазването в цялото общество и правителството. Управлението може да бъде определено по различен. Следното определение се използва в "Здраве 2020": "опи-

тите на правителства или други участници да насочат общности, цели държави или дори групи страни в стремеж към здравето като неразделна част от благосъстоянието чрез подходите на цялостното управление и цялото общество" (51). Това определение поставя здравето и благосъстоянието като основни характеристики на това какво представлява едно успешно и добре работещо общество през 21-ви век. За да проработи и да стане реалност отговорността на цялото общество и на цялото управление на здравеопазването се изисква също силно ръководство. Политиката, действията и социална ангажираност за здраве няма да се случат от само себе си. Влиянията върху здравето са толкова разнообразни и разпространени в съвременните общества, че насърчаването и развиването на здравето изисква действия въз основа на това ново мислене и нова парадигма: традиционните линейни, рационални модели за планиране вече няма да са достатъчни.

Налице е продължаваща трансформация на управление от централизиран до сътруднически модел, в който се произвежда колективно управление между широк кръг от държавни и обществени участници, включително министерства, парламенти, агенции, органи, комисии, фирми, граждани, обществени групи, фондации и средствата за масово осведомяване. Такова управление е деконцентрирано и хоризонтално. То насърчава съвместни действия от общ интерес от здравните и другите сектори.

Правителствата на всички нива обмислят създаване на формални структури и процеси, които до поддържат съгласуваност и междусекторно решаване на проблемите и да се справят с дисбалансите във властта между секторите. Структури и механизми, които дават възможност за сътрудничеството трябва да подкрепят синергичните политики за здраве и благосъстояние. В този смисъл, ефективното многостепенно управление е също толкова важно, колкото и междусекторното управление. Управленските и политически процеси за здраве трябва да бъдат прозрачни и открити, като се гарантира възможно най-широко участие на различни сектори, нива и заинтересовани групи. Адаптивните политики трябва да бъдат достатъчно гъвкави, за да отговорят на сложността и да са подготвени за несигурността.

Създаването на информираност и капацитет, за да се направят здравните цели част от цялостното социално-икономическо и човешко развитие на обществото е основна задача. Всички области на политиката, а не само тази на здравето, трябва да реформират своите начини на работа и да приемат нови форми и подходи към изготвянето на политики и прилагането им на глобално, регионално и местно равнище. Важно е, че здравето не е единствената област, която изисква действия и в други сектори: има двустранни и многостранни потребности за синергично разработване и прилагане на съвместна политика във всички сектори.

Постигането на междусекторни действия в рамките на механизма на правителството е очевидно предизвикателно. Причините включват сложността на включените въпросите, "лошото" естество на предизвикателствата и присъщата липса на гъвкавост на бюрократичните организационни системи. Разпределението на влияние и ресурси в рамките на обществото, конфликтите на интереси в държавната администрация, липса на стимули и липсата на ангажимент на най-високо ниво също поставят предизвикателства.

Тази нова концепция за управление на здравеопазването обединява и разширява предишните представи за междусекторни действия и здравословна обществена политика в рамките на по-всеобхватните и свързани понятия за отговорност за здравето на цялото общество и цялото управление. Присъщ тук е подходът за здраве във всички политики, който се застъпва за придвижването на здравето по-нагоре в дневния ред на политиката, засилване на политическия диалог относно здравето и неговите детерминанти и изграждане на отчетност за здравните резултати. Оценката на въздействието върху здравето и икономическата оценка са ценни инструменти за оценяване

на политическия диалог относно здравето и неговите детерминанти и изграждане на отчетност за здравните резултати. Оценката на въздействието върху здравето и икономическата оценка са ценни инструменти за оценяване на потенциалните ефекти от политиките и могат да се използват за оценка на въздействието върху качеството. Тези подходи акцентират не само върху необходимостта от по-добра координация и интеграция между държавните дейности върху здравето, но и се разпростират отвъд правителството към другите, като по този начин се постига съвместен принос към всеобхватни обществени цели като просперитет, благоденствие, справедливост и устойчивост.

Управление на здравеопазването

"Здраве 2020" се отнася до управление на самия здравен сектор като управление на здравето. Това включва поемане на отговорност за разработването и прилагането на национални и поднационални здравни стратегии; определяне на здравни цели и задачи за подобряване на здравето; предоставяне на висококачествени и ефективни здравни услуги; и осигуряване на основните функции на общественото здраве. Това означава също, поемане на отговорност за разглеждането как политическите решения влияят върху други сектори и заинтересовани страни.

Управлението на здравеопазването създава стимули за насърчаване на по-добра производителност, отчетност и прозрачност, както и пълното участие на потребителите чрез институционална структура, която дава възможност на ресурсите, доставчиците и техните услуги да бъдат организирани и управлявани към осъществяването на обща политика и национални здравни цели. Също така е необходимо общо разбиране на (доказателствено информирани) средства за постигането на тези цели.

Здравните министерства са все повече ангажирани в иницирането на междусекторни подходи за здраве и действат като здравни брокери и адвокати. Както бе подчертано в Хартата от Талин (24), здравният сектор трябва да се ангажира в работата с други сектори по начини, които са взаимно подкрепящи се и конструктивни, в ангажименти печеливши за общите социални цели на общественото здраве, освен предоставянето на индивидуални здравни услуги. Здравният сектор също има роля на партньор с други сектори, когато укрепването на здравето може да допринесе за постигането на техните цели. На Срещата на високо равнище на Организацията на обединените нации за превенция и контрол на незаразните болести и в Световната здравна асамблея, всички страни подкрепиха такива съвместни подходи – наречени подходи на цялото управление и на цялото общество.

Интелигентно управление

Въпреки че не може да се оспори нито един нормативен подход за управление, принципите и процесите на доброто управление бяха разгледани по отношение на страните, например чрез проекта за показатели на управлението на Световната банка (52), който показва важни съотношения между доброто управление и здравето. Както управлението на здравеопазването, така и здравното управление са базирани на една система от ценности и принципи, определена като добро управление. Интелигентното управление описва механизмите, избрани да достигнат резултати, основаващи се на принципите на доброто управление.

Проучванията показват необходимостта от комбинация от управленски подходи – йерархична, деконцентрирана и на участническа – за да носят полза за здравето и благосъстоянието. Могат да се разглеждат пет типа интелигентно управление за здраве:

- *Управление чрез сътрудничество.* Трябва да се обърне внимание на процесите на сътрудничество, кръга между комуникация, доверие, ангажираност и разбиране, избора на налични инструменти и механизми и необходимостта от прозрачност и отчетност.

- *Управление чрез ангажираност на гражданите.* Тъй като управлението става по-разпръснато в цялото общество, работата директно с обществеността може да засили прозрачността и отчетността. Партньорството и упълномощаването на обществото също са от решаващо значение за гарантиране, че ценностите се уважават. Технологията, особено мрежата от социални медии, е движеща сила, позволяваща на гражданите да променят начина, по който правителствата и здравните системи правят бизнес. В рамките на тези сложни отношения, участието, прозрачността и отчетността стават двигатели за иновации.
- *Управление чрез смесица от регулации и убеждаване.* Управлението започва да става по-плавно, многостепенно, с много заинтересовани страни и адаптивно. Традиционните йерархични средства за управление все повече се допълват от други механизми, като например мека власт и меко законодателство. Те включват саморегулиране, управление чрез убеждаване, съюзи, мрежи и открити методи на координация. Подходите за насърчаване на здравето се преразглеждат с нарастващото влияние на политиките на стимулиране (53). Йерархическите многостепенни наредби, които се простират от глобалните до местните нива, като Рамковата конвенция на СЗО за контрол на тютюна, стават все по-често срещани и засягат много аспекти на начина на живот на отделния човек, поведението и ежедневието.
- *Управление чрез независими агенции и експертни органи.* Такива субекти играят все по-важна роля в предоставянето на доказателства, спазването на етичните граници, разширяването и укрепването на демократичната отчетност в здравето, свързана с области като неприкосновеността на личния живот, оценка на риска, контрол на качеството, оценка на здравните технологии и оценка на въздействията върху здравето.
- *Управление чрез адаптивни политики, гъвкави структури и далновидност.* Подходите на цялото управление трябва да бъдат адаптивни и да отразяват сложността на причинно-следствените връзки, тъй като сложните и "лоши" проблеми имат не проста линейна причинност или решение. Децентрализираното вземане на решения и самоорганизиращи се или социални мрежи помагат на заинтересованите страни да реагират бързо на неочаквани събития по иновативни начини. Интервенциите трябва да бъдат повтарящи се и да интегрират непрекъснато обучение, събиране и споделяне на знания от множество заинтересовани страни, както и механизми за насърчаване на по-нататъшно обсъждане или автоматична корекция на политиката. Политическите намеси в една област може да имат непредвидими последици в друга, а проучванията показват стойността от насърчаването на по-голямо разнообразие от по-малки по мащаб интервенции на местно и общинско ниво за един и същи проблем, за насърчаване на обучението и адаптацията. Изпреварващо управление с механизми на участническа далновидност могат също да поддържат гъвкавостта на обществото, чрез пренасочване на политиката от рисковете към справяне с по-фундаментални системни предизвикателства и съвместно обсъждане на социалните, ценностни и научно основани размери на обществената политика.

Съвместна работа по общите приоритети за здравето

Политическата рамка "Здраве 2020" предлага четири общи области за политическо действие въз основа на категории за определяне на приоритети и програми в СЗО, приети от държавите-членки на глобално равнище и съобразени да отговарят на специалните изисквания и опит на Европейския регион. Те също така се градят върху съответните стратегии на СЗО и на планове за действие на регионално и глобално ниво:

- инвестиране в здравето чрез подхода за цял живот и упълномощаване на хората;
- справяне с тежестта на незаразните и заразните болести в Европа;
- укрепване на насочените към хората здравни системи, капацитета на общественото здравеопазване и готовността за наблюдение и реагиране в спешни случаи; и
- създаване на приспособими общности и подкрепяща среда.

Четири приоритетни области не са отделни области на действие, а често са взаимозависими и взаимно подкрепящи се. Например, предприемането на действия през целия живот и упълномощаването на хората ще помогнат за ограничаването на епидемията на незаразните заболявания, както и укрепването на капацитета на общественото здравеопазване. Правителствата постигат по-големи здравни ефекти, когато свързват политики, инвестиции и услуги и се съсредоточат върху намаляването на неравенството. Регионалният офис на СЗО за Европа ще засили ролята си като ресурс за развитие на политика, основана на примери и доказателства за такива интегрирани подходи.

Решаването на тези приоритети изисква комбиниране на управленски подходи – йерархични, деконцентрирани и участнически – за да направят здравето и благосъстоянието възможно за всеки. Такова управление предвижда промяната, приема иновации и се ориентира към инвестиции в насърчаването на здравето и превенция на заболяванията. Новите подходи в управлението за здраве ще включват управление чрез сътрудничество, чрез гражданска ангажираност, чрез смесица от регулации и убеждаване и чрез независими агенции и експертни органи. Последните, по-специално, отразяват нарастващата функция на преценката на доказателствата, надзора етичните граници, разширяване на прозрачността и засилване на демократичната отчетност в такива области като неприкосновеността на личния живот, оценката на риска и оценката на въздействието върху здравето.

Политическата рамка "Здраве 2020" също така признава, че трябва да се вземат много здравно-политически решения в условия на несигурни и несвършени знания. Това, което работи най-добре в справянето с такива сложни проблеми като затлъстяването, множеството заболявания и невродегенеративните болести, все още не е ясно. Контекстът също е важен, тъй като това, което може да работи в една здравна система или страна, може да не бъде приложимо без съответното адаптиране в друга. Системните ефекти от много аспекти на реформата в здравната система също не могат да бъдат напълно прогнозирани. Изследванията отбелязват стойността на насърчаване на широк кръг от по-малко мащабни, но многостранни интервенции, насочени към решаване на проблеми на местно и общинско равнище, за да се насърчи обучението и адаптацията.

Инвестирането в здравето чрез подхода за цял живот и упълномощаване на хората

Подкрепата за добро здраве и неговите социални детерминанти през целия живот води до увеличаване на здравословната продължителност на живота и дълголетие, от които може да има важни икономически, социални и индивидуални ползи. Демографската трансформация изисква ефективна стратегия през жизнения цикъл, която дава приоритет на нови подходи за упълномощаване на хората и изграждане на устойчивост и капацитет, така че да се насърчава здравето и профилактиката на болести. Деца с добър старт в живота се учат по-добре и имат по-продуктивен живот; възрастни, които имат контрол над живота си имат по-голям капацитет за икономическо и социално участие и живеят по-здравословен живот; а здравите възрастни хора могат да продължат активно да допринасят за обществото. Здравословното и активно остаряване, което започва от раждането, е приоритет в политиката и основен приоритет на изследванията.

Програмите за насърчаване на здравето, основани на принципите на ангажираност и упълномощаване, предлагат реални ползи за здравето и неговите детерминанти. Те могат да включват създаване на по-добри условия за живот, подобряване на уменията за живота и здравната грамотност, подкрепа на независимия живот и превръщането на по-здравословния избор в по-лесния избор. Това означава по-безопасна бременност; даване на хората по-добър старт в живота; насърчаване на безопасността и благосъстоянието и осигуряване на защита по време на детството и на младите хора, насърчаване на доброкачествени и здравословни работни места; и подкрепа на активното остаряване в добро здраве. Осигуряването на здравословна храна и безопасна и устойчива околна среда през целия живот е приоритет, като се има предвид разпространяваща се епидемия от незаразните заболявания и техните детерминанти. Инвестирането в инициативи за здравословна среда предлага уникални възможности за засилване на здравна грамотност.

Здрави жени, майки и бебета

Анализ на ситуацията

Репродуктивните години на жените имат огромни последици за общото им здраве и благосъстояние, а в животът на една майка и нейното бебе са неразривно свързани. Безопасното семейно планиране, безопасната бременност и раждане, и кърменето са предпоставки за здравословно израстване, но за много жени бременността и раждането са все още рискови. Въпреки че майчината смъртност е намаляла почти наполовина в Европейския регион като цяло от 1990 до 2006 г., напредъкът е неравномерен и се задържат поразителни неравенства между и в рамките на страните в Европейския регион. Майчинството може да доведе до усложнения: за всяка жена, която умира при раждане в световен мащаб, най-малко 20 други се очаква да изпитат травма, инфекция и инвалидност (54).

На жените трябва да бъдат предоставени правомощия за контролиране на репродуктивното им здраве. Някои жени не могат да изберат бременността и майчинството, но алтернативите създават свои собствени трудности. В много страни имат голяма незадоволена потребност от безопасна и ефективна контрацепция и в Европейския регион има най-високи нива на предизвикани аборти от всички региони на СЗО, а небезопасните аборти причиняват до 30% от смъртните случаи на родилки в някои страни (5, 56).

Основните преки причини за майчината заболяемост и смъртност, включват кръвоизливи, инфекции, високо кръвно налягане, небезопасни аборти и затруднено раждане. Те могат да бъдат предотвратени и лекувани с основ-

ни, рентабилни интервенции, но не всички жени в Европейския регион на СЗО имат достъп до грижите или услугите, от които се нуждаят.

Възрастта на започване на сексуален живот намалява в много страни в Европейския регион. В много случаи, небезопасния секс води до полово предавани инфекции и нежелана бременност. Жените и мъжете планират и раждат деца в по-напреднала възраст, това увеличава риска от вродени малформации, безплодие, асистирана репродукция, високо-рискови бременности, поради хронични заболявания и други здравословни проблеми (57, 58).

Налице са съществени неравенства в региона в рамките на и между отделните страни по отношение на достъпа до квалифицирани медицински специалисти при раждането, по време на пренаталните грижи, в семейното планиране и други репродуктивни здравни услуги. Образователното ниво на една майка, нейното здраве и хранене, социално-икономическото ѝ състояние, преобладаващите полови норми и роли, както и качеството на здравните и социалните услуги, които тя получава, дълбоко влияят на нейните шансове за успешна бременност и раждане (59).

Детската смъртност за Европейския регион също е намаляла с повече от 50% от 1990 г. насам, но отново страните се различават значително, с 25-кратна разлика между страните с най-високи и най-ниски стойности. Например, процентът на детската смъртност в централните азиатски републики и Казахстан е повече от два пъти по-голям от този на Европейския регион и повече от четири пъти при 15-те страни, които са били членки на ЕС преди 2004 г. (ЕС-15). Най-високият риск от смърт за децата е по време на първите 28 дни от живота, и 75% от неонаталните смъртни случаи стават по време на първата седмица от живота (60, 61). Основните причини за смъртността сред новородените бебета е недоносеност и ниско тегло при раждане, инфекции, асфиксия, родова травма и вродени аномалии; те съставляват почти 80% от смъртните случаи в тази възрастова група. Те са неразривно свързани със социално-икономическите фактори – свързани със здравето и социалното положение на майката и медицински грижи, получени преди, по време и веднага след раждането. Общо взето, делът на смъртните случаи, приписвани на недоносеност и вродени нарушения се увеличава с намаляването на неонаталната смъртност, а процентът, причинен от инфекции и асфиксия, намалява с подобряването на грижите (62).

Решения, които работят

Определящите фактори, като здравословна околна среда, упълномощаване на жените, образованието и бедността, играят важна роля за намаляване на нивата на смъртност при майки, новородени и деца, както и грижите, предоставени чрез здравните системи. Въпреки грижите и интервенциите, които допринасят за намаляване на майчината смъртност, тя може да зависи повече от усилията на здравните системи и по-малко от определящите фактори, отколкото детската смъртност. Когато даден фактор е особено предизвикателен, дори силни здравни системи могат да имат само ограничени ефекти върху смъртността и обратно, когато е налице благоприятна среда за здраве, слаба здравна система би могла значително да задържи намаляването на смъртността.

Достъпът до сексуално образование, услугите по семейно планиране и безопасното абортиране намаляват броя на нежелани бременности и смъртност и заболяемост след аборт без да влияят на раждаемостта.

Въвеждането на пакета от мерки на СЗО за Обучение по ефективни перинатални грижи (63) намали майчината и перинатална смъртност и намали неравенствата. Заедно с въвеждането на майчиния и перинатален преглед, пакетът е доказал, че води към по-добро, по-здравословно раждане. Развитието и изпълнението на национални клинични ръководства и перинатална спра-

вочна система са довели до намаляване на майчината и перинатална смъртност. В допълнение, по-доброто регистриране на перинаталната смърт е осигурило база за стратегическо планиране.

Осигуряването на добре познати и ефективни здравни интервенции по време на бременността, при раждане и по време на първата седмица от живота може да предотврати две трети от смъртните случаи при новородени, да намали майчината смъртност и да осигури по-добро начало за тези бебета, които оцелят. Интервенциите и подходите, които могат да помогнат за спасяването на живота на майките и бебетата работи дори и когато ресурсите са оскъдни. Доказателствата показват, че инвестирането в ранното детско развитие е една от най-мощните мерки, които страните могат да предприемат за намаляване на ескалацията на тежестта на хроничните болести (26,64-73).

Кърменето е важен аспект на грижите за кърмачета и малки деца. Това води до подобряване на храненето и физическия растеж, намалена чувствителност към общите заболявания в детска възраст и по-добра устойчивост да се справят с тях, намален риск от някои незаразни заболявания в по-късна възраст, стимулиране на връзката с майката и психосоциалното развитие.

Подходящите стратегии на СЗО на глобални и регионални нива, са свързаните със сексуалното и репродуктивно здраве (74, 75), превенцията и контрола на полово предавани инфекции (76) и храненето на кърмачета и малки деца (77). Работата на СЗО е свързана с постигането на Целите за развитие на хилядолетието на ООН (69, 78), особено онези за намаляване на детската смъртност и подобряване на здравето на майките. Цел за развитие на хилядолетието 1 за изкореняването на крайната бедност и глада включва акцент върху кърмачета и храненето на малките деца, а Цел за развитие на хилядолетието 3 насърчава равенството между половете и упълномощаването на жените. Глобалната стратегия за здравето на жените и децата стартира в ООН през 2010 г. и признава, че здравето на жените и децата, е от ключово значение за постигане на напредък по всички цели за развитие (79-81). За да се подобри глобалното регистриране, контрол и отчетност за здравето на жените и децата, СЗО свика Комисията по информация и отчетност за здравето на жените и децата през 2010 година.

Здрави деца и здрави юноши

Анализ на ситуацията

Европейският регион включва страните с някои от най-ниските проценти на детска смъртност в света, както и повечето деца и подрастващи в Европейския регион на СЗО се радват на висок стандарт на здраве и благосъстояние. Въпреки това, той също така включва някои големи различия: показателите в страните с най-висока смъртност сред децата на възраст под пет години са 20-30 пъти по-високи от най-ниските.

Процентът на смъртност в Европейския регион сред деца под пет години е 9,81 на 1000 живородени. Смъртността сред децата на възраст под 15 години е намаляла за всички групи от държавите в Европейския регион, а смъртността сред децата на възраст под пет години сега е най-ниската от всички региони на СЗО, въпреки че може да се различава значително в отделните страни. Например, детската смъртност намалява по-бавно в страните от Общността на независимите държави (ОНД)⁵, където всяко родено дете е три пъти по-вероятно да умре преди да навърши пет години отколкото дете, родено в държава от ЕС.

Водещите причини за смърт на деца по-малки от пет години в Европейския регион са неонаталните условия, пневмония и диария. Почти половината от смъртните случаи са свързани с недохранване. Децата също са изложени на

⁵ ОНД се състои от Армения, Азербейджан, Беларус, Грузия, Казахстан, Киргизстан, Република Молдова, Руската федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украйна и Узбекистан, когато са събирани данните.

риск от опасни среди, затлъстяване и нездравословен начин на живот. Лошите среди влошават социално-икономическите различия в градовете. Очевидни различия в смъртността сред деца на възраст под пет години между градските и селските райони и между домакинствата с най-ниски и най-високи доходи са демонстрирани, където има данни (27, 69, 82-85).

Самоубийствата и злополуките водят до смъртни случаи и инвалидност сред младите хора. Всеки ден повече от 300 млади хора в Европейския регион умират от до голяма степен предотвратими причини. Почти 10% от 18-годишните в Европейския регион имат депресия. Нараняванията са водеща причина за смърт сред младите хора; нараняванията от пътни инциденти са водеща причина за смърт и водеща причина за нараняване сред хората на възраст 10-24 години (86-90). Младите мъже са повече засегнати от самоубийства и злополуки във всички страни и във всички социално-икономически групи (91).

Добрият старт в живота създава основа за здравословен начин на живот. Добрият старт се характеризира със следното: една майка е била в състояние да направи репродуктивен здравен избор, здрава е по време на бременността, ражда бебе със здравословно тегло, бебето изпитва топли и отзивчиви отношения в ранна детска възраст, има достъп до висококачествени детски грижи и ранно образование и живее в стимулираща среда, която позволява безопасен достъп до игрите навън. Доказателствата показват, че високото качество на ранните детски услуги, влияещи върху родителството, може да компенсира ефектите на социалните недостатъци върху ранното детско развитие.

През първата година от живота от решаващо значение за здравето е физическото и умственото развитие. Децата и юношите имат нужда от безопасна и подкрепяща среда: чист въздух, безопасно жилище, питателна храна, чиста вода и здравословен начин на живот. Те също така се нуждаят от достъп до приятелски и подходящи за възрастта услуги. Насърчаването на физическото, познавателното, социално и емоционално развитие е от съществено значение за всички деца от най-ранните им години. Деца, които са имали добър старт е вероятно да се справят добре в училище, да намерят по-добре платена работа и да се наслаждават на по-добро физическо и психическо здраве в зряла възраст.

Фундаменталните сили за благосъстояние, като решаване на проблеми, емоционално регулиране и физическа безопасност са положителните основи на ранното детско здраве и развитие. Развитието на тези умения и оптимизиране на благосъстоянието в ранна детска възраст поставят основата на благосъстояние през целия живот.

Децата, родени в неравностойни домашни и семейни условия, са по-застрашени от лош растеж и развитие. Оптимизиране на здравето и благосъстоянието на по-късен етап от живота изисква инвестиране в положителни преживявания и развитие в ранното детство. Доброто социално, емоционално и психическо здраве помага да защитите децата от емоционалните и поведенческите проблеми, насилие и престъпност, ранна бременност и злоупотреба с наркотици и алкохол и определя как ще се справят в училище (92-100).

Много сериозни заболявания и излагане на рискови фактори (като например употребата на тютюн и лошите хранителни и спортни навици) в зряла възраст произхождат от детството и юношеството. Например, употребата на тютюн, лошо психично здраве, предавани по полов път инфекции, включително ХИВ, и лошите хранителни и спортни навици могат да доведат до заболяване или преждевременна смърт по-късно в живота. Разпространението на наднорменото тегло сред деца по-малки от 16 години е между 10% и 20% в Европейския регион, като по-високите проценти са сред децата в южната част на Европа. Хранителните навици на младите хора не са оптимални за здраве-

то: те включват консумация на плодове и зеленчуци под препоръчителните нива и високо потребление на подсладени напитки. Нивата на физическа активност намаляват по време на юношеството, по-значително сред момичетата. Преобладаването на тютюнопушенето на 13 години е 5%, достигайки до 19% на възраст 15 години в Европейския регион. Почти две трети от 16-годишните са консумирали алкохол през последните 30 дни. Процентът на 15-годишните, които съобщават, че са имали сексуален контакт е в диапазона от 12% до 38% в различните държави в Европейския регион (58, 101-103). Използването на презервативи и други контрацептиви се различава в отделните страни, както и между момчета и момичета.

Юношеството е обикновено време на добро здраве както за момичета, така и за момчета, с възможности за растеж и развитие. Днес младите хора съзряват физически и растат в по-ранна възраст, отколкото досега. Въпреки това, юношеството може да бъде време на риск, особено по отношение на рисковата сексуална активност, употреба на упойващи вещества и злоупотреби. Социалната и икономическата среда в която юношите растат често определя поведението, които развиват по време на юношеството (93). Изследванията показват, че момчетата и момичетата се различават в излагането и уязвимостта към здравни рискове и състояния като депресивни разстройства, травми, злоупотреба с вещества, хранителни разстройства, предавани по полов път инфекции, насилие, самоубийство и самонаранявания (91).

Решения, които работят

Голяма част от заболяемостта и смъртността сред децата и подрастващите е предотвратима. Евтини, ефективни мерки биха могли да предотвратят две трети от смъртните случаи. Няколко заболявания в детска възраст могат да бъдат предотвратени чрез имунизация и относително прости, евтини мерки. Стратегията на СЗО Интегрирано управление на детските болести (ИУДБ) представя пакет от прости, достъпни и ефективни интервенции за комбинирано управление на основните детски заболявания и недохранването, включително антибиотици, лечение на анемия, имунизация и насърчаване на кърменето (104, 105).

Мерките за контрол върху употребата на тютюн и вредната употреба на алкохол трябва да наблегнат на защита на децата чрез ефективни мерки на ниво население и регулаторни рамки, като например забрана на реклама, забрана на продажбите на непълнолетни лица, насърчаване на среда без тютюнев дим и политики за ценообразуване. Децата са уязвими и изложени на маркетинговия натиск и интервенциите могат да намалят ефектите върху децата от рекламирането на храни с високо съдържание на наситени мазнини, трансмастни киселини, без захар или сол. Мерки за опазване на околната среда могат да бъдат използване за насърчаване на физическата активност: например, чрез проектиране на градската среда и планиране на учебния ден.

Стратегическият фокус върху здравословния начин на живот за младите хора е особено ценен. Множество фактори влияят на социалното и емоционално благосъстояние на децата, от техния индивидуален характер и семейната среда до общността, в която живеят и обществото като цяло. В резултат на това се изисква по-широка стратегия, за която самите хора могат да допринесат. Широк кръг от заинтересованите страни могат да бъдат мобилизирани в подкрепа на програми, които насърчават здравето, включително дейности на поколенията. За младите хора те могат да включват политики за подобряване на социалното и икономическото състояние на децата, живеещи в неравностойно положение (91,92,95,106-109); подходи на цялото училище за училищни дейности, които да развиват и защитават социалното и емоционално благосъстояние на децата, включително програми за здравно ограмотяване в училище; партньорско образование; и развитие на младежките организации. Интегриране на работата върху психичното и сексуалното здраве в тези програми и дейности е особено важно.

Подходящи стратегии на СЗО на глобални и регионални нива са тези, свързани със здравето и развитието на децата и подрастващите (110), првенция и контрол на полово предавани инфекции (76), храненето на кърмачета и малки деца (77) и Детския екологичен и здравен план за действие за Европа (83). Работи се за постигане на съответната Цел за развитие на хилядолетието на Организацията на обединените нации, като например Цел 1 за намаляване на детската смъртност и Цел 2 за всеобщо началното образование. Силно доказателство е необходимостта от отзивчиви действия за подобряване на здравето на подрастващите в няколко области като психичното здраве, затлъстяване, травми, HIV, хронични заболявания, сексуално и репродуктивно здраве, насилие и благосъстояние (91).

Здрави възрастни

Анализ на ситуацията

Етапът на живот в зряла възраст води до такива събития като започване на работа, родителство, гражданско съзнание и грижи за родителите. За много зрели хора е предизвикателство постигането на баланс между работата и личния живот и за съвместяване на личните и професионални отговорности, а жените и самотните родители се борят най-много. Жените са в неизгодно положение по отношение на достъпа до и участието на пазара на труда, а мъжете са изправени пред трудности по отношение на участие в семейния живот.

Предварително определените социални модели са склонни да предполагат, че мъжете са предимно отговорни за платения труд, произтичащ от стопанска дейност и че жените са основно отговорни за неплатената работа, свързана с грижи за семейството. В много страни и някои култури в Европейския регион, традиционните полови норми все още пречат на жените да заемат платена работа и да имат доходи. Все още има огромен дисбаланс между мъжете и жените по отношение на разпределението на семейните и домакинските задължения. Родителството влияе негативно върху заетостта при жените: много жени избират гъвкави работни споразумения или изцяло се отказват от работа, което влияе на развитието на кариерата на жените, на неравнопоставеността в заплащането между мъжете и жените и пенсионните права.

Родителските политики и услуги трябва да дадат възможност на жените с деца да имат контрол над живота си, да подкрепят здравето и развитието на децата си и да подкрепят в по-голяма степен родителската роля на мъжете. По-специално, политиките по заетостта, благосклонни към родителството, следва да бъдат засилени чрез въвеждане на по-гъвкаво работно време – без да се обръщат към несигурните краткосрочни договори – и предоставяне на достъпни грижи за деца, за да помогнат на родителите да съчетават работата с родителските си отговорности.

Възможността за успешно съчетаване на личния и професионалния живот, за да се постигне оптимално равновесие между професионалния и личния живот, е от значение за раждаемостта и демографското обновяване.

Със застаряването на населението, жените и мъжете често имат двойното бреме да се грижат за децата и за възрастните хора. Двойките и отделните индивиди трябва да са в състояние да решават свободно и отговорно броя на децата си, интервала и момента на раждането им и да имат информацията и средствата да го направят. Сексуалното здраве и репродуктивните години значително влияят на общото здраве и благосъстояние на жените и мъжете, но в някои части на региона, сексуалните и репродуктивни здравни нужди все още се считат за твърде лична или културно чувствителна тема, за да се реагира подобаващо.

Грижите за сексуалното здраве имат за цел да подобрят живота и личните отношения, а не само да предоставят консултации и грижи за репродук-

тивността и сексуално предаваните инфекции. Подходящите стратегии на СЗО са тези, които насърчават сексуалното здраве и репродуктивния избор (74,75).

Многобройните социални промени в Европейския регион засягат хората в зряла възраст неравномерно на различни етапи от живота. Висококачествената работа с добро ниво на контрол и правилен баланс между усилия и възнаграждение е важна предпоставка за здраве. За много млади хора безработицата все още е висока и нестабилността в първоначалната заетост се превърна в норма, често с неблагоприятни ефекти върху плодовитостта и създаването на семейства. За по-възрастните работници, стандартните траектории на пенсиониране са ерозирали и са заменени от нестабилност на заетостта в края на кариерата на хората и различните пътища към по-ранно пенсиониране. Увеличаването на интеграцията на жените в платената заетост е често свързано с атипични форми на работа.

Липсата на контрол върху работата и семейния живот може да навреди на здравето. Натрупването на психосоциален риск може да увеличи стреса в дългосрочен план и шансовете за преждевременна смърт. Както работните места с високи изисквания за служители, така и работни места с нисък контрол на служителите, носят риск. Здравето страда, когато хората имат слаб контрол върху работата си, с малко възможности да използват своите умения и малко права за вземане на решения.

Безработицата, несигурността, дискриминацията и изключването от пазара на труда увеличават риска от физически и психични разстройства. Дългосрочната безработица има сериозно значение за дългосрочните въздействия върху здравето.

Решения, които работят

Насърчаване на благосъстоянието на хората в зряла възраст в Европейския регион изисква различни подходи. Подходите чрез социални иновации, които включват общностите в политическите процеси, могат да бъдат използвани, за да се оптимизира благосъстоянието чрез ангажиране на гражданите в решаването на голяма част от социалните проблеми и такива, свързани с благосъстоянието, и предлагането на решения, които хората желаят да използват и обогатяват тяхното ежедневие. Насърчаването на здравето на работното място, което е насочено не само за предотвратяване на болестите, но също така да оптимизира благосъстоянието на служителите, може да е от полза за работниците и за работодателите. Подобрените условия на труд, с механизми, които дават възможност на хората да влияят на планирането и подобряването на тяхната работа, водят до по-здравословно, по-продуктивно работно място.

Правителствата трябва да положат всички усилия, за да се избегне безработицата (особено дългосрочната безработица), несигурността, дискриминацията и изключване от трудовия пазар. Ключовите мерки, свързани със здравето, включват активни програми на пазара на труда, насърчаване на използването на постоянни договори за наемане на работа, адаптиране на физическата и психосоциалната работна среда, за да отговаря на нуждите на отделните служители, повишаване на влиянието, което служителите имат над своята работа индивидуално и колективно, и подобряване на здравните услуги. Тъй като е вероятно възрастта за пенсиониране да нарасне, трябва да се вземат под внимание потребностите на застаряващата работна сила.

Политиките за социална защита под формата на активни политики на пазара на труда и интервенциите за връщане на работа могат да имат защитен ефект върху здравето по време на икономически спад и на нарастваща безработица (111). Тенденциите на смъртността в ЕС по време на рецесии в последните три десетилетия показват, че страните могат да избегнат нарастване на броя на самоубийствата като похарчат по \$200 на човек годишно за по-активни

програми на пазара на труда, предназначени да подобрят шансовете на хората за получаване на работа и защита на тези, които са вече заети.

В страните с ниски и средни доходи, политическите действия ще включват насърчаване на устойчив екологосъобразен икономически растеж; предаване на знания и умения; повишаване на годността за наемане на работа, особено сред младите хора; постигне по-голяма стабилност в работата сред най-уязвимите хора; намаляване на излагането на нездравословен начин на работа и свързаните с него рискове от заболяване и нараняване; и управление на рисковете за здравето чрез прилагане на националните разпоредби и осигуряване на добри професионални здравни услуги.

В страните с високи доходи, политическите действия ще включват поддържане на високи нива на заетостта чрез зелени и устойчиви икономики; запазване на стандартите на достоен труд и политики за социална защита, развитие на стандартизирани инструменти за надзор и управление на риска, както и за прилагане на известни методи за подобряване на безопасната и здравословна работа, като се дава приоритет на високо-рискови групи, включително и безработни хора.

За постигането на равновесие между професионалния и личния живот, могат да се приложат редица поддържащи мерки, включително предоставяне на отпуск по семейни причини; подобряване на предоставянето на грижи за децата; организиране на работното време така, че да се включат гъвкави договорености; премахване на условия, които водят до различия в заплатите между мъжете и жените; хармонизиране на училищното и работното време; и преглед на работното време на магазини. Политиките по заетостта трябва да предвиждат и мерки, които да насърчават по-справедливо разпределяне между мъже и жени на отпуски за отглеждане на дете и грижи за възрастните хора. Различията между отделните страни показват какво може да бъде постигнато в подкрепяща социална политика.

Лисабонската стратегия на ЕС (112) признава значението на задълбочаването на всички аспекти на равните възможности. Подобреното съвместяване на семейния и професионалния живот е ориентир на Европейската стратегия по заетостта и е включена в европейския процес за борба с бедността и насърчаване на социалното включване. Резолюциите на СЗО, свързани със социалната интеграция, равенството между половете, както и с бедността и здравето на глобални и регионални нива, също са от значение (113).

Здрави възрастни хора

Анализ на ситуацията

Като цяло, по-дългата продължителност на живота на жените и мъжете е основно постижение, за което социалните здравни политики са изиграли важна роля. Тъй като продължителността на живота се увеличава, все повече хора живеят след 65-годишна възраст и до много напреднала възраст, като по този начин драстично се увеличава броя на възрастните хора. До 2050 г. повече от една четвърт (27%) от населението се очаква да бъде на 65 и повече години. Жените са по 2.5 на всеки мъж сред хората на възраст 85 години или повече и този дисбаланс се очаква да се увеличи до 2050 г. (70).

Въпреки, че жените в Европейския регион живеят средно със 7.5 години повече от мъжете, те живеят по-голяма част от живота си в по-лошо здравословно състояние от мъжете. Тъй като при жените също така има по-висок процент на увреждания, те съставляват по-голямата част от старите хора, които се нуждаят от непрекъснато здравеопазване и социална подкрепа (114).

С остаряването на хората, незаразните заболявания стават водеща причина за заболяемост, инвалидност и смъртност и много заболявания стават почести. Социално-икономическият статус значително засяга здравето, например, с по-висока заболяемост често в по-късния стадий на живот сред хо-

рата с по-нисък професионален статус. Голяма част от нуждите от здравно обслужване и разходите са концентрирани в последните няколко години от живота.

Ако хората останат здрави до дълбока старост, тежката заболяемост често може да бъде съкратена в няколко месеца преди смъртта. Въпреки това, всяко възможно съкращаване на заболяемостта ще бъде твърде малко, за да компенсира ефекта от нарастването на броя на по-възрастните хора, така че броят на възрастните хора с увреждания също ще се повиши. Около 20% от хората на възраст 70 години или по-възрастни и 50% от хората на възраст 85 години и по-възрастни съобщават за трудности при осъществяване на дейности на ежедневиия живот, като къпане, обличане и тоалет, както и други дейности, като домакинска работа, пране и вземане на лекарства. Ограничаването на мобилността е обща, както и сензорните увреждания. Около една трета от хората на 75-84 години съобщават за трудности в слуха по време на разговор с други хора и около една пета имат проблеми с четенето на ежедневни вестници или книги.

В момента в много страни от Европейския регион, в световен мащаб, има изключително ниски нива на раждаемост и много висока продължителност на живота (70). Следователно, подкрепата и грижите за увеличаващия се брой на възрастните хора, зависи от постоянното намаляване на броя на хората в трудоспособна възраст. В много страни грижата за възрастните хора все още се счита за семейно задължение, а не като отговорност на правителството, и неофициалните болногледачи са жени. Състоянието на развитие и степента на грижите за възрастните хора се различават повече между страните в Европейския регион, отколкото други здравни и социални политически програми. Официалните социални грижи за възрастните хора е вероятно да бъдат достъпни в градските райони, а достъпът и качеството на старчески домове се различават значително в Европа. Висококачествените грижи може да бъдат ограничени, достъпът до основното здравеопазване може да бъде ограничен, лекарственото лечение може да е неправилно и профилактичните мерки може да се провалат.

Въпреки че увеличената продължителност на живота е триумф, тя също така може да представлява предизвикателство. Прогнозите предвиждат увеличаване на общите публични разходи, свързани със застаряването (пенсии, здравеопазване и дългосрочни грижи), на около 5.4% от брутният вътрешен продукт (БВП) между 2004 г. и 2050 г. за ЕС-15 (115). Икономическото въздействие на застаряването на населението върху разходите в общественния сектор в бъдещите десетилетия може да бъде значително намалено, ако подългия живот е придружен от паралелни увеличения във възрастта за пенсиониране.

Здравето и активността в по-напреднала възраст са сумата от жизнените обстоятелства и действия на индивида по време на целия му живот. Преживяванията през целия жизнен път засягат благосъстоянието в напреднала възраст – финансовите трудности през целия живот са свързани с по-лоши здравни резултати по-късно в живота и хората, които са били женени през целия си зрял живот надживяват тези, които не са.

Възрастните хора не са хомогенна група: индивидуалното разнообразие се увеличава с възрастта, както и степента на функционален спад се определя не само от фактори, свързани с индивидуалното поведение, но също така и от социални, икономически или екологични фактори, които хората може да не могат да се променят. Например, възрастовата дискриминация по отношение на достъпа до качествени услуги е широко разпространена, и неравенството в жизнените условия и благосъстоянието на по-възрастните хора е по-голямо, отколкото при по-млади хора поради значителни различия в семейното положение на отделните възрастни хора и систематично неравенство в пенсионните доходи и натрупаните активи (116).

Ранната възраст при пенсиониране, загубата на работно място и преживяването на травматични житейски събития, особено на по-късен етап от живота, са свързани с по-лошо благосъстояние в среден и късен етап от живота. Социалната подкрепа, особено социалните взаимоотношения в семейството и приятелите, е един от най-важните фактори, които влияят на качеството на живот сред по-възрастните хора. Полът, необвързаното семейно положение, липса на материални ресурси (като например достъп до кола) и влошеното здраве са свързани с по-малко социални контакти при по-възрастните хора.

Решения, които работят

Основните нужди на възрастните хора са да бъдат независими, с глас и принадлежност към общността. Една от най-мощните стратегии за насърчаване на здравето и благосъстоянието в напреднала възраст е предотвратяването на самотата и изолацията, в която подкрепата от семействата и връстниците играе ключова роля. Инициативи за активен и здравословен живот на възрастните хора могат да носят полза за здравето и качеството на живот. За да подпомогнат обществените власти в прилагането на политиките за стареене съгласно политическата рамка "Здраве 2020", държавите-членки в Европейския регион одобриха допълнителна *Стратегия и план за действие за остаряване в добро здраве в Европа, 2012-2020 (117)*.

Спадът на функционалния капацитет сред по-възрастните хора, е потенциално обратим и може да бъде повлиян във всяка възраст чрез индивидуални и обществени политически мерки, като например насърчаване на благоприятни за възрастните хора жизнени околности.

Подходът за цял живот за остаряването в добро здраве дава на хората подобър старт в живота и влияе на начина на остаряване, като им дава възможност да живеят по-добре и им предоставя възможност да приемат по-здравословен начин на живот през целия си живот и да се адаптират към промените, свързани с възрастта. На възрастните хора трябва да бъдат дадени правомощия и да бъдат насърчавани да водят здравословен начин на живот. Това може да бъде улеснено чрез осигуряване на възможности за физически упражнения, здравословно хранене и спиране на тютюнопушенето. Ефективни мерки за насърчаване на остаряването в добро здраве включват законодателство, социални и икономически политики, които осигуряват адекватна социална защита – включително и подкрепа на доходите и надбавките, политики за подкрепящ транспорт, квартално и градско планиране и насърчаване на работата на общественото здравеопазване по отношение на рисковите фактори.

Прилагането на подходяща смесица от услуги (като например здравни и социални услуги, технически средства и подкрепа за неформалните грижи) е от ключово значение здравните и дългосрочните системи за грижи да бъдат устойчиви в бъдеще (118). Създаването на среди и услуги, които позволяват на хората да останат здрави по-дълго и да останат активни на пазара на труда ще бъде от решаващо значение за намаляване или ограничаване на дългосрочната безработица, обезщетенията за инвалидност и ранно пенсиониране. Адаптирането на системите за сградно проектиране, градско планиране и транспорт, за да отговарят на нуждите на по-възрастните хора и хората с увреждания, може да поддържа самостоятелния живот, да намали влиянието на уврежданията и да подкрепя социалните мрежи.

Насърчаването на здравето и благосъстоянието на възрастните хора може да бъде внедрено в политиките и инициативите за активно, достойно и здравословно стареене, за намаляване на здравните неравенства, за пенсиониране и за насърчаване на правата на хората с увреждания. Ключовите действия включват осигуряване на участие на по-възрастните хора в разработването на здравната политика и при вземането на решения за собствените им лечение и грижи; разработването на инструменти за повишаване на здравната грамотност и самоуправление на болестите, включително сред

семеен болногледачи; намаляване на риска за психичното здраве сред по-възрастните хора с хронични физически заболявания; преодоляване на негативните обществени стереотипи към старостта чрез средствата за масово осведомяване; и прилагане на независими мерки за контрол на качеството, за да се следи качеството на услугите, предоставяни в институциите.

Ваксинацията е ефективна както при деца, така и при възрастни хора за намаляване на заболяемостта и смъртността в резултат от няколко инфекциозни заболявания. Сред възрастните хора скринингът за лечими заболявания, като рак на гърдата, може да намали преждевременна заболяемост и смъртност.

Палиативната грижа утвърждава живота и счита смъртта за нормален процес и не възнамерява нито да ускори, нито да забави смъртта. Тя предвижда облекчаване на болката и другите изтощителни симптоми и трябва да се предлага когато се развие нужда и преди тя да стане неуправляема (119). Традиционно, високо-качествена грижа в края на живота най-вече е била предоставяна на хората с рак в хосписите, но този вид грижа сега трябва да бъде предоставяна на хора с по-широк кръг болести, включително увеличаване брой на хората с деменция, и трябва да достигне до домовете на хората и в старчески домове в рамките на общността (120). Палиативните грижи предлагат спомагателна система за подпомагане на хората да живеят толкова активно, колкото е възможно до смъртта и да помогне на членовете на семейството се справят по време на заболяване на лицето и в личната им тежка загуба.

Резолюцията на Световната здравна асамблея за активното остаряване (121) призова държавите-членки да гарантират най-високи стандарти на здравето и благосъстоянието за своите по-възрастни граждани, а неотдавнашната резолюция на Изпълнителния съвет на СЗО (122) се фокусира върху разработването на благоприятна за възрастните хора първична здравна помощ. Втората Световна асамблея по въпросите на застаряването се проведе в Мадрид, Испания през 2002 г. и доведе до приемане на Международния план за действие по отношение на застаряването на населението (123). СЗО разви *Активното стареене: политическа рамка* (124), като принос към решенията на Асамблеята.

Публичните разходи на границата между здравните и социалните грижи имат важни производствени печалби, които до голяма степен не се реализират, с натрупването на доказателства за рентабилни интервенции, за да се избегне спешното приемане в болница и дългия престой или как телемедицината и телегрижите могат най-добре бъдат използвани. Здравеопазването и дългосрочните грижи трябва да бъдат интегрирани по-добре, а аспектите, свързани с достойнството и правата на човека в дългосрочните грижи, трябва да бъдат подобрени. Качеството на услугите трябва да се подобри чрез механизми за оценка и осигуряване на качество и чрез нови модели на координация и интеграция на грижите, включително пакети за грижа, които предоставят персонализирани здравни и социални услуги.

От ключово значение за остаряване в добро здраве са по-добрите политики за борба с незаразните заболявания през целия живот, като и благоприятните за възрастни хора общности и по-добър достъп до висококачествени здравни и социални услуги за възрастните хора. Подкрепата на повече хора, така че да могат да останат активни на работа за по-дълго и преразпределянето на работата през целия живот може едновременно да спомогне за остаряване в добро здраве и да направи политиките за здраве и социални грижи устойчиви в дългосрочен план. Увеличаващият се брой примери за координация на добри практики и интеграция на грижи, включително преодоляването на различията между здравните и социалните услуги, може да помогне на страните в реформирането на здравеопазването с цел значително подобряване на покритието и социалната защита на възрастните хора, нуждаещи се от грижа.

Уязвимост, уязвими групи и здраве

Анализ на ситуацията

Уязвимостта понякога се отнася просто до липса на физическа и/или психическа устойчивостта сред отделните хора, но тук контекстът е по-широк – уязвимост към социални несгоди и влошено здраве. Това е резултат от процеси на изключване, които действат различно в цялото общество и повишават социалния градиент в здравето. Въпреки, че социалното изключване е динамично и постепенно явление и действията трябва да се съсредоточат върху преодоляването на процесите на изключване, идентифицирането на физически лица или групи, които са социално изключени и разглеждането им в научните изследвания и в политиката са еднакво важни. Подчертават се две специфични групи, мигриращи и роми, за да се илюстрират много от проблемите, пред които са изправени уязвимите групи като цяло.

Емигрантите

Миграцията в Европа днес включва разнообразна група от хора, включително законни и незаконни емигранти, жертви на трафик на хора, търсещи убежище, бежанци, изселени и завърнали се лица. Много мигрират по икономически причини. Като цяло, 75 милиона емигранти живеят в Европейския регион на СЗО, в размер на 8% от общия брой на населението и 39% от всички емигранти в световен мащаб (78). Повечето емигранти в Европейския регион са млади хора в зряла възраст. Жените съставляват половината от всички емигранти и често са свръхпредставени в уязвимите групи, като например жертви на трафика на хора с цел сексуална експлоатация (125).

Съществуват значителни различия между отделните групи, страни и здравни условия. Независимо от това, бремето на лошото здраве сред изключените мигриращи групи често е неприемливо голямо (126). Там, където съществуват данни, те обикновено посочват по-ниска продължителност на живота на мигриращите, а някои общности показват също повишени нива на детска смъртност. Заболявания на мигриращите са до голяма степен сходни с тези на останалата част от населението, въпреки че някои групи могат да имат по-високо разпространение на здравни проблеми, включително и заразни заболявания; лошо хранене; високи нива на злоупотреба с алкохол и с наркотични вещества; лошо репродуктивно и сексуално здраве; професионални здравословни проблеми; и психични разстройства (127-129).

Уязвимостта на повечето емигранти ги оставя изложени на опасни работни среди, лоши жилищни условия, трудова експлоатация и недостатъчен достъп до здравеопазване. Процентът трудови злоупотреби е около два пъти по-висок за емигранти, отколкото за местни работници в Европейския регион (126).

Здравните условия и околната среда на родните места на емигрантите, като висока заболяемост от туберкулоза или HIV инфекция, определя много от изходните здравни характеристики, а здравословните рискове нарастват по време на миграционното пътуване, например поради травми (130). След пристигане, бедността и социалното изключване оказват най-голямо влияние върху здравето, а наличността, достъпността, приемливостта и качеството на услугите в средата-домакин, влияят върху здравето на емигрантите (126). При пристигането, много фактори може да увеличат психосоциалната уязвимост и да възпрепятстват успешната интеграция. Емигрантите могат да имат пречки при достъпа до услуги, поради закъпване, липса на информация за услугите и липсата на информация на различни от преобладаващите езици на страните-домакини.

Ромите

Около 12-15 милиона роми живеят в европейския регион, а според преценките 10 милиона живеят само в ЕС. Ромите представляват приблизително 10% от населението на България, 9% в Словакия и 8% в Румъния, и има вероятност тези пропорции да се увеличат (126, 131).

Има индикации, че средната продължителност на живота сред ромските общности е 10-15 години по-ниска от средната, детската смъртност се увеличава, а нивата на майчината и детската смъртност и заболяемост са вероятно високи (131-133).

Сред ромското население са докладвани по-високи проценти на заболяване, отколкото сред мнозинството от населението, с по-високи нива на диабет тип 2, коронарна болест на сърцето и затлъстяване сред възрастните и на хранителни дефицити и недोхранване сред децата. Например, много жени от ромски произход в населени места в Сърбия са недохранени (51%) и пушат тютюн (почти всички), а проучване на уязвимостта по Програмата за развитие на Организацията на обединените нации установи, че 50% от ромските деца са изправени пред риск от недохранване повече от два пъти в месеца, за разлика от 6% от децата от мнозинството (134-136).

Непропорционално голям брой от ромите имат ниски доходи в много страни и доказателствата сочат, че това води до концентрация на ромите сред хората с най-ниски доходи. Изоляцията, свързана с дискриминация към ромите може да бъде независим рисков фактор за бедността (132, 137).

Доказателствата сочат значително неравенство в достъпа до здравната система и здравния статус между ромите и мнозинството от населението. Например, данните за покритието на пренаталните грижи, ниското тегло при раждане, честотата на кърменето, майките пушачки, хранителния статус и степента на ваксинации разкриват значителни неравенства между ромите и мнозинството от населението, включително (в някои контексти), когато ромите са в сравнение с най-бедния квинтил на населението (138, 139).

Решения, които работят

Тъй като здравните проблеми на емигрантите и други, които са в уязвимо положение може да възникнат или да се влошат от тяхното неравносечно социално положение, мерките, които се борят с процесите на социална изолация са склонни да влияят най-основно върху тяхното здраве. Освен това, политиките трябва да обхващат неравенството по отношение на състоянието на здравето на емигрантите, ромите и други, станали уязвими поради процеси на изключване и заради достъпността и качеството на здравните и социални услуги, достъпни за тях. Много от стратегиите за постигане на това не са специфични за такива групи като ромите, но са подобни на необходимите за етнически малцинства и други подлежащи на множество изключващи процеси като цяло. Те включват обучение на здравните работници за работа с малцинства и маргинализирани групи от населението, включване на тези групи в проектирането, прилагането и оценката на здравните програми, и подобряване на информационните системи на здравето, така че данните да са събрани и представени в етнически категоризиран формат. Интегрираните подходи в политиките, насочени към преодоляване на многобройните причини за социалната изолация, са най-успешни (140).

Много от здравните и социално-икономически предизвикателствата, свързани с миграцията, са продукт на глобалното неравенство и действията, които се фокусират единствено върху страните-домакини са по-малко ефективни от интегрираните глобални програми, предназначени за смекчаване на факторите в страната и региона по произход и дестинация.

Емигрантите често се сблъскват с предизвикателства на пола, особено в контекста на майчиното, на новороденото и детското здраве, сексуално и репродуктивно здраве и насилието. Емигрантите трябва да имат предварителен достъп до репродуктивните здравни услуги, превантивните здравни услуги и насърчаване на здравето, скринингови и диагностични грижи, както и пренатални и акушерски услуги. Специално внимание трябва да се обърне на жени и момичета, които са били обект на трафик, тъй като много от тях са били изложени на сексуално насилие.

Резолюции на СЗО, приети на глобални и регионални нива във връзка със социалното включване и бедността и здравеопазването, са от значение за уязвимите хора. Това включва Резолюцията на Световната здравна асамблея за намаляването на здравните неравенства посредством въздействие върху социалните детерминанти на здравето (47) и работа, проследяваща Резолюцията на Регионалния комитет EUR/RC52/R7 върху бедността и здравето (141), като справянето с разлики в здравеопазването, свързани с миграцията и етническата принадлежност (126).

По-конкретно върху здравето на емигрантите, резолюцията на Световната здравна асамблея в 2008 г. (142) беше последвана от глобалната консултация по оперативна рамка на СЗО/Международна организация по Миграция по време на испанското председателство на ЕС през 2010 г. (143). Необходимостта от координирани и устойчиви международни действия е уловена чрез различни политически процеси и конференции, с документи за резултатите, като Декларацията от Братислава за здравето, правата на човека и миграцията, подписана от държавите-членки на Съвета на Европа през 2007 г. (144), а Комитета на министрите към Съвета на Европа прие препоръки за мобилността, миграцията и достъпа до здравни грижи през 2011 г. (145). Международната конвенция за защита на правата на всички работници-емигранти и членовете на техните семейства (146) предвижда по-широка рамка за всеобщо човешко право на здравеопазване, без дискриминация.

Десетилетието на ромското включване 2005-2015 г. е политически ангажи-мент от страна на Европейските правителства за подобряване на социално-икономическия статус и социалното приобщаване на ромите, и здравето е една от приоритетните области на фокус, заедно с образованието, работните места и жилищата. През 2011 г. Европейската комисия стартира рамка на ЕС за национални стратегии за интегриране на ромите до 2020 г., която изисква всички страни от ЕС да разработят и прилагат стратегии, насочени към насърчаване на интеграцията в областта на здравеопазването, жилищното настаняване, образованието и заетостта (131). Друга, свързана с това дейност, включва съобщението на Европейския съвет за солидарност в здравето и заключенията на Европейския съвет относно ромите (147).

Равенство на половете през целия живот

Анализ на ситуацията

Необходим е подход за половете, за да се разбере и да се решат социално-икономическите и здравни разлики. Равнопоставеността на половете се отнася за честността и справедливостта в разпределението на облаги, власт, ресурси и отговорности между жените и мъжете, за да им позволи да постигнат пълния си здравен потенциал. Концепцията признава, че жените и мъжете имат различни нужди и възможности, които влияят на техния здравен статус, достъпа им до услуги и техния принос към здравата работна сила. Тя признава, че тези различия трябва да бъдат идентифицирани и решени по начин, който коригира дисбаланса между половете.

Разликите в нивата на смъртност и заболяемост между мъжете и жените са добре установени, но въпреки това, мащабът им варира в широки граници из целия Европейския регион на СЗО. Важно е да се разгледат разликите в здравето отвъд продължителността на живота и да се помисли за здравето на хората през целия им живот. Когато се измерват годините живот в добро здраве, предимството на жените в смъртността допринася за повече години здравословен живот, но по-широко разпространение на увреждания сред тях намалява разликата. Има също документирани разлики между жените и мъжете по отношение на използването на ресурсите в здравеопазването, излагането на риск, уязвимостта и отзивчивостта от здравните системи (148).

Мъжкото влошено здраве се влияе от половите роли и норми: по-високи нива на професионално излагане на физически и химични опасности, рискови поведения свързани с мъжкия стил на живот и парадигми на здравно поведение, свързани с мъжественост (мъжете са по-малко склонни да отидат на лекар, когато са болни и е по-малко вероятно да съобщят за симптомите на болест или заболяване).

Половите норми и роли очертават начина, по който юношите възприемат сексуалността и играят важна роля в отношението към поемането на рискове и достъп и ползване на информация и услуги. Достъпът на жените до сексуални и репродуктивни здравни услуги може да бъде ограничен от половите стереотипи и социално-икономическите бариери пред услугите (91).

Значението на грижите в ранно детство и образованието се основава на приемането на универсална, високо качествена, безплатна система на основно и средно образование. Повечето държави в Европейския регион имат добре установени системи, но в някои страни момичетата не са еднакво приети в средното образование или имат по-висок процент на отпадане. Това има въздействие не само през целия живот върху половото неравенство, то също така намалява потенциала на страните за икономическо развитие и растеж.

Жените са рискова група сред по-възрастните хора с ниска социално-икономическа позиция. Специално внимание следва да се обърне на по-възрастните жени, които, благодарение на по-дългия и различен живот, разбира се, имат повече здравословни проблеми в напреднала възраст; в допълнение, по-вероятно е те да имат нужда и да не могат да имат достъп до здравни услуги.

Решения, които работят

Резолюция WHA60.25 (2007) на Световната здравна асамблея, призовава за използването на данните за полово разделение и анализ на половете, за да се формират здравните политики и програми и да се гарантира, че равенството между половете е включено във всички нива на предоставяне на здравни грижи и услуги, включително тези за юноши и млади хора (113). През 2007 г. беше създаден Европейския институт за равенство между половете (ЕИРП) като европейска агенция, която подкрепя ЕС и неговите държави-членки в усилията им за насърчаване на равенството между половете. Непоспехът при справянето с половото неравенство и дискриминацията ще компрометира ефикасността на обслужване и ще направи постигането на Целите за развитие на хилядолетието 4 и 5, а и други Цели за развитие на хилядолетието много по-трудно (55).

Универсална, висококачествена, достъпна система за образование и грижи в ранните години е от съществено значение за равенството между половете, което дават възможност на жените да работят и допринасят за семейния доход, изравнява шансовете в живота на децата, които изпитват други недостатъци в живота (като например увреждания или от етнически групи, като ромите) и позволява на жените да бъдат по-независими в по-напреднала възраст.

Действия през целия живот за справяне със здравните неравенства и техните социални детерминанти

Някои стратегии за интервенции за справяне с разликите в здравеопазването и социалните детерминанти могат да бъдат получени на ключови етапи от живота.

- *Майчино и детско здраве.* Подкрепата на майчиното и детско здраве изисква широк спектър от политики не само в рамките на здравния сектор. Важните политики включват минимален стандарт на живот; позволяване на репродуктивен избор; защита на бременните жени на работното

място; позволяване на майките да се върнат на работа; подкрепа на родители с гъвкави споразумения и родителски отпуски; и насърчаване на равенството между половете. Тези политики изискват широкото участие на правителството, частния сектор и неправителствени участници.

- *Деца и юноши.* Секторите на здравеопазването, образованието, социалната защита и труда и заетостта са солидарно отговорни за здравето и развитието на децата и юношите. Съвместната работа може да бъде подпомагана от рамка на отчетност на всеки сектор за здравето на децата и юношите и здравните въпроси, например чрез набор от съвместни цели и индикатори, свързани с финансирането. Разработването на национална здравна информационна система, с ясно определени показатели, позволява да се следят тенденциите в здравето и развитието на децата и младите хора, както за населението като цяло, така и за цялото социално разпределение. Преглед на правната, политическа и регулаторна рамка в контекста на стратегия за здравето на децата и юношите, позволява да бъдат направени необходимите промени, за да зачитат, защитават и изпълняват здравните права на децата и юношите и достъпа им до висококачествени здравни услуги (91, 106, 149).
- *Здрави хора в зряла възраст.* В Европа работата играе централна роля в обществото: тя осигурява средствата за придобиване на доходи, престиж и чувство за стойност и предлага на хората начин на участие и включване като пълноправни членове в живота на общността. Бидейки безработни хората ефективно се изключват от това участие и ползите, които носи заетостта. Въпреки това, нивата на безработица са се увеличили драстично в някои части на Европа в последните години, особено сред по-младите, като следствие на икономическата криза.

Всяка страна трябва да се стреми да намалява излагането на хората на нездравословна, небезопасна работа и да засилва мерките за осигуряване на здравословни работни места. Това включва подобряване на психо-социалните условия за намаляване на стреса, чрез мерки като контрол на труда, сигурност на работното място, гъвкаво работно време и други подкрепящи семейството практики, адекватна социална защита, както и възнаграждения и статут, съизмерим с усилията.

Социалното и икономическо развитие на обществото изисква балансирано участие на мъжете и жените на пазара на труда и в семейния живот с последици за растежа и заетостта, социалното включване на уязвими групи, намаляване на детската бедност и по-голяма равнопоставеност на половете. За постигането на тези цели са необходими широкообхватни политики, които да се приложат в областта на образованието, заетостта, здравеопазването и социалното подпомагане, за да се дадат на мъжете и жените реални шансове за живот и възможности за избор.

- *Здрави възрастни хора.* Насърчаването на остаряването в добро здраве изисква действия на политиките за данъци, социални грижи, здравни услуги, транспорт, градоустройство, жилищно настаняване, правосъдие и образование. Докато някои от тези политики може да бъде само осигурена на национално ниво, други могат да бъдат постигнати по-лесно на местно ниво, но все пак в контекста на една по-широка национална здравна стратегия или план (150). Има и международно измерение на увеличаващия се брой на емигрантите, работещи в сферата на грижите, много от тях на незащитена, нерегистрирана работа в частни домакинства (151).

Разнообразие от сектори може да развоят благоприятни за възрастните хора политики и подкрепящи среди, за да позволят пълноценно участие в живота на общността и да се предотвратят увреждания. Те включват гъвкаво работно време и промяна на работните среди; мерки в градското проектиране и пътният транспорт за създаване на улици за безопасно ходене; програми за двигателна активност за поддържане или възстано-

вяване на мобилността; програми за учене през целия живот, осигуряване на слухови и визуални помощни средства; икономични процедури като операция на катаракта и тазобедрената става, и схеми за даване на възможност на възрастните хора да продължат да изкарват прехраната си.

Други политики, свързани с проблеми на обществото, нормите и ценностите обхващат целия живот.

- *Емигрантите.* Политики, които насърчават социалното включване могат да включват мерки за борба срещу дискриминацията; образователни политики, които обръщат специално внимание на нуждите на емигрантите; политиките за заетост, насочени към премахване на бариерите в пазара на труда; политики за социална закрила; жилищни и екологични политики за подобряване на условията на живот, както и здравни политики за гарантиране на справедлив достъп до услуги. Оценка за въздействието върху здравето, ориентирана към ранопоставеността, може да се използва за преразглеждане на начина, по който политиките в различните сектори оказват влияние върху социалните детерминанти на здравето.
- *Ромите.* Правителствата са длъжни да спазват и да прилагат вече поетите ангажменти чрез международни инструменти за социалното включване, бедността и здравето, и дискриминацията. Например, 12-те страни, участващи в Десетилетието на ромското включване 2005-2015 г. са се ангажирали да разработят национален план за действие по Десетилетието. Освен това, въпросите за правата на ромите и включването ще бъдат от значение, когато нови държави желаят да се присъединят към ЕС.
- *Нормално възприемане на половете.* Действията през целия живот трябва да се справят с различните роли и норми, които обществото възлага на мъжете и жените от раждането им и с неравномерното разпределение на властта и ресурсите, които те предполагат. В областта на здравето, излагането на риск и уязвимостта са повлияни от биологичния пол и социално конструирания пол във всички страни, социално-икономически групи и възрасти. Систематичното включване на съображенията, свързани с пола в планирането, изпълнението и надзора на политики и програми е известно като нормално възприемане на половете.

Информирание и упълномощаване на хората и пациентите

Основен принцип на "Здраве 2020" е значението на участието и отзивчивостта, с пълната ангажираност на хората. Упълномощаването е многомерен социален процес, чрез който индивиди и общности разбират и контролират по-добре живота си. Като част от движението за еманципация и грамотност като цяло, хората все по-често са разглеждани като съпроизводители на собственото си здраве. Те трябва да бъдат упълномощени да поемат контрол над детерминантите на собственото си здраве. В допълнение, като пациенти, те стават активни и информирани действащи лица, участващи при вземането на решения за собственото си лечение. Повишената здравна грамотност и достъп до добра информация, свързана със здравето, е необходимо условие.

Нарастващи доказателства показват, че здравеопазването става все по-ефективно, ако пациентите са по-ангажирани в целия процес на здравна грижа. Пациентите трябва да бъдат поставени в центъра на този процес и да участват в управлението му, особено не само защото самото здравеопазване става все по-сложно и персонализирано, но и защото застаряващото население все повече има множествени и хронични заболявания, които изискват участието на екип от здравни професионалисти. Социални и географски неравенствата по отношение на образование, статус на заетостта, достъп до информационни технологии и селски живот, не трябва да възпрепятстват възможностите за участие.

Европейският регион на СЗО е бил в челните редици на формирането на иновативни партньорства с гражданското общество (152), включително с общности на ключови групи от населението в по-висок риск, като например хора, живеещи с ХИВ, и с неправителствени организации, които се застъпват и предоставят услуги. Няколко европейски мрежи и организации са се появили, а броят и размерът на мрежите от хора, живеещи с ХИВ са се увеличили (153).

Гражданското общество е ключов фактор при определянето, насърчаването и осигуряването на промяна. Гражданското общество трябва да се разглежда като равноправен участник в предоставянето на здравни услуги. Организацията на гражданското общество са доказали, че са в състояние да осигурят здравни услуги, особено за хора, които иначе не биха имали достъп до тях, поради широко разпространената стигма и дискриминация сред здравните специалисти, както и по други причини.

Упълномощаването на хората е от съществено значение за подобряване на здравето и неговите детерминанти. Упълномощаването на пациентите и грижите, насочени към пациентите се считат за важни елементи за подобряването на здравните резултати, ефективността на здравната система и удовлетворението. Заедно, тези процеси могат да намалят използването на здравни услуги и разходите за здравеопазване и да доведат до по-добра комуникация между пациентите и здравните специалисти и по-добро приспособяване към режимите на лечение. Грижа, която е наистина насочена към пациента, подобрява възприемането на качествените грижи и може да подобри спазването на лечението и резултатите, както и да намали ненужните услуги. Пациентите и техните семейства стават част от екипа за здравна грижа във вземането на клинични решения. В допълнение, грижата, насочена към пациента, зачита културните традиции, лични предпочитания, ценности, семейни ситуации и начин на живот. Този подход изисква по-големи инвестиции в образованието и здравната грамотност на пациента – още много може да се направи тук, чрез насърчаване на участието на гражданското общество.

Пациентите могат да бъдат по-ангажирани на различни нива. На колективно ниво е важно, че всеки може да участва в обществените дебати за социалната помощ и благосъстояние, здравеопазването и здравните грижи. На индивидуално ниво информацията се предоставя, за да даде по-добра възможност на хората да вземат информирани решения за тяхното здраве и лечение и да следят за качеството на услугите. Това също така включва по-голям избор на доставчик, публично отчитане на данни за резултатите от предоставените услуги и достъп до личните медицински досиета.

Накрая, правата на отделните пациенти са определени и официално е прието да се прилагат основните човешки права на неприкосновеност на личния живот и лична неприкосновеност в специфичния контекст на здравните грижи. Когато правата на тези пациенти имат по-превантивен, а понякога и по-декларативен характер, те са допълнени от правни разпоредби за професионална отговорност, обезщетения и компенсации за предприемане на действия в случай, че пациентите са пострадали.

Въпреки, че пациентите могат да бъдат упълномощени по различни начини, много бариери все още трябва да бъдат преодолени, включително и културни, социални и дори такива, свързани със здравните грижи. Наистина, не всеки е в състояние или не желае да поеме контрола над собственото си здраве и лечение. Освен това, здравните професионалисти, също трябва да бъдат убедени и мотивирани да дадат възможност на пациентите да поемат водеща роля в лечението си.

В допълнение към тези промени в отношението, политиките са изправени пред други важни предизвикателства при проектирането на рамка за упълномощаване на пациентите, включително за по-широка обществена ангажираност в здравословен начин на живот и поведение и участие на пациентите

в тяхното лечение и грижи. Важно предизвикателство е как да се създадат ефективни стратегии за информиране. Отново, здравето ограмотяване трябва да се подобри. Друго предизвикателство е как да се засили избора на потребителите, като начин да се гарантира доверие и самоопределение, без те да попадат в клопката на консуматорството, което, от своя страна, може да застраши усилията за подобряване на качеството на здравеопазване като направи здравните грижи по-доказателствено информирани и координирани.

Здравословния начин на живот за младите хора може да се приеме като една от ключовите области за инвестирането в здравето и упълномощаване на хората. Самите млади хора трябва да допринесат за тези стратегии, както и много заинтересовани страни може да бъдат мобилизирани за подпомагане на програмите за здравето на младите хора. Те могат да включват партньорско образование, участието на младежки организации и здравни програми за ограмотяване в училищата. Поддържането на психическото и сексуалното здраве е от особено значение.

Справяне с най-големите предизвикателства на болестите в Европа

"Здраве 2020" се фокусира върху набор от ефективно интегрирани стратегии и интервенции за справяне с основните здравни предизвикателства в Региона, свързани, както с незаразните, така и със заразните болести. И двете области изискват комбинация от решителни действия на общественото здраве и интервенции на здравната система. Ефективността на това се опира на действията по отношение на равенството, социалните детерминанти на здравето, упълномощаването и подкрепящата среда. По-специално, необходима е комбинация от подходи, за да се реши успешно високата заболяемост от незаразни заболявания в Региона.

"Здраве 2020" подкрепя прилагането на интегрираните подходи на цялото управление и цялото общество, които са били одобрени в други регионални и глобални стратегии, тъй като все повече се признава, че действията за оказване на влияние върху индивидуалното поведение имат ограничено въздействие. Незаразните болести са неравномерно разпределени в рамките на и между отделните страни и са тясно свързани с действия върху социалните детерминанти на здравето. В допълнение към необходимостта да се предотвратят болестите, здравните системи са изправени пред големи предизвикателства в справянето с повишаването на хроничните заболявания, включително и психично-здравни проблеми и свързаните с възрастта състояния.

Незаразни болести

Анализ на ситуацията

В Европейския регион, незаразните заболявания представляват най-голям дял в смъртността с около 80% от смъртните случаи през 2008 година. Сред широките групи от причини, смъртността (при всички възрасти) от сърдечно-съдови заболявания е почти 50% от всички смъртни случаи, но това варира в региона в зависимост от напредъка и мащабите на развитието на рисковите фактори: цифрата варира от 35% в ЕС-15 до 65% в страните от ОНД. Сърдечно-съдовите заболявания са също най-важните причини за преждевременна смърт в Европейския регион, въпреки че нивата им са започнали да спадат напоследък. Броят на заболявания, причинени от мускулно-скелетни състояния и невродегенеративни нарушения, също се увеличава със застаряващото население.

Моделите на смъртността и заболяемостта се променят в рамките на незаразните болести и по отношение на други групи болести в рамките на Европейския регион. През последните две до три десетилетия, общата смъртност от сърдечно-съдови заболявания е намаляла в Европейския регион, но някои различия се разшириха: смъртността е намалена наполовина в страните от ЕС15 през този период, но се е увеличила с една десета в страните от ОНД. В общата ситуация смъртността от рак може да изглежда относително непроменена, но това маскира различията, като например рязък спад на смъртността от рак на белия дроб сред мъжете, но ръст от същата величина сред жените (70).

Незаразните болести също преобладават в списъка на основните причини за заболяемост в Региона, като униполярните депресивни разстройства и исхемичната болест на сърцето са от водещите причини за изгубени години живот в болест или инвалидност (DALYs). Незаразните болести си взаимодействат една с друга: психичните разстройства, например, са в голяма степен сред хората със сърдечно-съдови заболявания, рак и диабет. Депресията влияе неблагоприятно върху хода и резултата от хроничните заболявания, и от своя страна, наличието на други нарушения влошава прогнозата за депресия (154).

Тези заболявания имат значително икономическо въздействие. Например, сърдечно-съдовите заболявания струват на икономиките в ЕС около €192 милиарда на година (155). Освен нарастващите разходи за системата на здравеопазването, има и по-широки последици. Работодателите понасят тежестта на отсъствията от работа, намалената производителност и текучеството на наетите лица, а лицата и техните семейства са изправени пред намаляване на приходите, ранно пенсиониране, повишена зависимост от подкрепата на социалните помощи и тежест за преките и непреки разходи по здравни грижи (156, 157). Държавата е изправена пред огромни загуби на данъци, както от заетостта, така и от намалените потребителски разходи за стоки, подлежащи на облагане с данък (като ДДС).

Перспективите за тежестта на тези основни заболявания е баланс от три допринасящи фактора: демографски промени, поради застаряването на населението и промени чрез миграция; времеви и географски промени в променливите рискови фактори, свързани с урбанизацията и икономическата глобализация; и относителното намаляване на инфекциозните заболявания. Употребата на тютюневи изделия сред жените и момичетата се увеличава в Европейския регион, особено в източната част на Региона. Консумацията на алкохол се увеличава в източната част на региона, но намалява съвсем леко в западната част на Региона. Разпространението навсякъде на затлъстяването и наднорменото тегло се увеличава тревожно както сред възрастните, така и сред деца (70).

Делът на хората на възраст 80 и повече години се очаква да нарасне с почти 50% в рамките на ЕС през следващите две десетилетия. Миграцията вътре и в рамките на Европейския регион се увеличава; емигрантите често са изложени повече на рисковите фактори при незаразните заболявания и имат по-малък достъп до социална защита и здравеопазване.

Основни детерминанти и рискови фактори

Детерминантите на здравето в основата на тези различия са комплексни и включват както индивидуални, така и социални фактори. Индивидуалните вариации в чувствителността и устойчивостта към болестите е отчасти генетично обусловена. Комисията по социалните детерминанти на здравето към СЗО (КСДЗ) приписва здравните неравенства на обстоятелствата, при които хората се раждат, израстват, живеят, работят и остаряват (социалните детерминанти), и в допълнение, на здравните системи, действащи на място за справяне с болестите. Големите неравенства в разпределението на власт, пари и ресурси са отговорни за тези социални детерминанти.

Повечето сериозни заболявания в зряла възраст имат дълга история на развитие: здравните ефекти от вредно за здравето поведение и опасностите от околната среда често не се проявяват дълго време, след като хората са били изложени на тях, а обикновено в зряла възраст или по-късно. За много хора и групи, взаимодействието и натрупването на множество несгоди, индивидуален избор и житейски обстоятелства водят до повишена вероятност от преждевременна смърт и увреждания. На всеки етап от живота, подкрепящи действия както на макро, така и на микро нива могат да подобрят устойчивостта, здравето и благосъстоянието.

Излагането на вредни за здравето условия и уязвимостта са неравномерно разпределени в обществото според социално-икономическото положение и демографски маркери, като раса, етническа принадлежност или пол. Например, по-високият образователен статус е тясно свързан със здравословно хранене и по-малко пушене. Те са също значително повлияни от консуматорското общество, обширния маркетинг на продукти и – в много общества – липса на регулация на вредните стоки.

Доказателствата сочат, че рисковите фактори за незаразните болести като захарен диабет тип 2 и сърдечно-съдови заболявания започват в ранна детска възраст и дори по-рано, по време на ембрионалното развитие. Социално-икономическият статус в началото на живота значително влияе върху здравето, включително върху незаразните заболявания в по-късна възраст. Здравото и активността в по-напреднала възраст са сборът от условията на живот и действията на индивида по време на целия живот. Необходим е подход за цял живот за намаляване на човешките и социални разходи, свързани с тежестта на незаразни болести.

Решения, които работят

Трябва да бъдат разгледани 4 поведенчески фактора: потребление на тютюневи изделия; вредна употреба на алкохол; липса на физическа активност и нездравословно хранене (20,158-161). Въпреки че по-долу са описани специфични интервенции, тъй като отделните хора и народи имат множество рискови фактори, е по-вероятно да бъде ефективен интегриран подход, комбиниращ няколко интервенции. В допълнение трябва да се отбележи, че е налице нарастваща тенденция към използване на регламенти и ограничения, когато се смята, че са ефективни и социално приемливи (като за тютюнопушенето).

*Превенция:
детерминанти и
рискови фактори*

Доказателствено-обосновани и рентабилни стратегии за намаляване на употребата на тютюн са били идентифицирани и включени в Рамковата конвенция на СЗО за контрол на тютюна (20), както и шест стратегии MPower (162) в подкрепа на конвенцията на национално равнище: надзор над употребата на тютюн и на ефективността на превантивните мерки; защитата на хората от излагане на тютюнев дим; предлагане на помощ за отказване от тютюнопушене; предупреждаване за опасностите от тютюнопушенето; спазването на ограниченията за реклама, насърчаване и спонсорство на тютюневи изделия и повишаване на данъците върху тютюневите изделия. Интервенциите за контрол на тютюна са вторият най-ефективният начин да се изразходват средства за подобряване на здравето, след имунизациите в детска възраст. Ако се прилага само един член на Рамковата Конвенция за контрол на тютюна, а именно увеличаването на цената на тютюна чрез по-високи данъци, се постига най-ефективният начин за намаляване на употребата на тютюн и за насърчаване на потребителите на тютюн да се откажат (163).

За намаляване на вредната употреба на алкохол, интервенциите, които могат да доведат до промяна, за да се насърчат и упълномощят хората да вземат здравословни решения, включват, по преценка на всяка държава: създаване на система за специфично вътрешно данъчно облагане на алкохола, съчетана с ефективна система за изпълнение, които могат да се съобразят, когато е уместно, с алкохолното съдържание на напитката; регулиране на броя и

местоположението на обектите, предлагащи алкохол с вътрешни и външни помещения; регулиране на дните и часовете за продажби на дребно; въвеждане на подходяща възраст за закупуване и употреба на алкохол и други политики за издигане на бариери срещу продажбите и потреблението на алкохолни напитки от юноши; въвеждане и прилагане на горна граница за концентрация на алкохол в кръвта, с намален лимит за професионални шофьори и млади или начинаещи шофьори; насърчаване на контролни пунктове за трезвост и тестване с дрегери; подкрепяне на инициативи за скрининг и кратки интервенции срещу опасното и вредно пиене в първичната здравна помощ и други условия, които да включват ранно идентифициране и управление на вредната консумация на алкохол сред бременни жени и жени в детородна възраст; и разработване на ефективна координация на интегрирана и/или свързана превенция, лечение и стратегии за грижи и услуги при нарушения от употребата на алкохол и коморбидни състояния, включително нарушения от употребата на наркотици, депресия, самоубийства, HIV инфекция и ТБ (164).

Редовната физическа активност осигурява значителни ползи за здравето, като намалява риска от повечето хронични незаразни заболявания и допринася за психичното здраве и общото благосъстояние (165). Извършването на физическа дейност увеличава и възможностите за социално взаимодействие и чувство на съпричастност към общността (166). Ползите за здравето от умерена до интензивна физическа активност трябва да бъдат подчертани: хората в зряла възраст трябва да я извършват най-малко 30 минути на ден, а деца и юноши най-малко 60 минути на ден (167). Ако активни или почти неактивни групи са упълномощени да започнат някаква дейност, това би произвело най-големи здравни ползи. Социалната и физическата среда трябва да бъде проектирана така, че физическата активност може да бъде безопасно и лесно интегрирана във всекидневния живот на хората: например, градско планиране и интегрирани транспортни системи за насърчаване на ходенето пеш и колоезденето (168).

За да се предотвратят незаразните заболявания, здравословната диета трябва да се стреми да постигне енергиен баланс и здравословно тегло; да ограничи приема на енергия от общите мазнини и да смени консумацията на наситени мазнини с ненаситени мазнини и да се премахнат транс-мастните киселини; да се ограничи приемът на захар; употребата на солта (натрий) от всички източници и да се гарантира, че солта е йодирана; да се увеличи консумацията на плодове и зеленчуци, бобови култури, пълнозърнести храни и ядки. Както е посочено в Глобалната стратегия на СЗО за храненето, физическата активност и здравето (169), страните трябва да приемат комбинация от действия, в съответствие с техните национални възможности и епидемиологичен профил, включващи: образование, комуникация и обществена информираност; грамотност на възрастните хора и образователни програми; маркетинг, реклама, спонсорство и промоции; етикетирание; и контролиране на здравни претенции и съобщения, свързани със здравето. Освен това, националните политики за храни и селскостопански продукти трябва да бъдат съобразени с опазването и насърчаването на общественото здраве.

В допълнение към насърчаването на здравето и профилактиката на заболяванията по отношение на четирите основни рискови фактора, описани по-горе, трябва да бъдат направени връзки със сексуалното здраве, инфекциозните заболявания и околната среда и здравето, особено за предотвратяване на рака, както и за медицинската генетика. Законодателството и прилагането на регламентите могат да ограничат излагането на канцерогенни вещества на работното място и в околната среда. Насърчаването на безопасен секс и ваксинация може да предотврати предаването на вируси, за които е известно, че могат да причинят рак, като човешки папилома вирус и хепатит В.

Рискът човек да развие заболяване зависи от взаимодействието между индивида, неговата или нейната лична чувствителност и околната среда като цяло.

Много заболявания, като диабет и астма, имат сложен наследствен модел (170). Разбирането на генетичната конструкция на индивида може да даде възможност за по-персонализирана превенция на болестта, но все пак трябва да се съберат добри доказателства, за да се докаже, че това е по-добро от вече ефективните стратегии за превенция на ниво на населението (171). За разлика от това, има растящи доказателства за ролята на екологичните фактори за хроничните болести. Например, замърсяването на въздуха в затворени помещения и на открито увеличава риска от астма и други заболявания на дихателната система, а фините прахови частици във въздуха увеличават риска от сърдечно-съдови заболявания и рак на белия дроб и имат значително отрицателно въздействие върху продължителността на живота (172). Радонът е втората водеща причина за рак на белия дроб след тютюнопушенето. Първичната профилактика на болестта – избягване на възникването ѝ – се фокусира върху елиминиране или намаляване на излагането на рискови фактори на околната среда (173). Намаляването на сърдечно-съдовата смъртност след като пушенето беше забранено на обществени места или замърсяването на атмосферния въздух намалю, са примери за това как успешните действия по отношение на екологичните фактори за здравето могат да бъдат полезни за здравето.

Изисква се възможно най-ранно откриване на евентуални заболявания и най-добрите възможни интегрирани и мултидисциплинарни грижи, когато болестта е установена и съществува ефективно лечение. Така например, около една трета от хората с рак могат да бъдат излекувани, ако ракът е открит и започне ефективно лечение достатъчно рано. Повишаване на информираността за ранните признаци и симптоми на рак сред обществеността и здравните работници могат да доведат до това ракът да бъде открит в ранните стадии на заболяването (начален етап) и до по-ефективна и по-лесна терапия. В момента има различия в ранното откриване в рамките на и между отделните страни. Когато здравните системи могат да подкрепят организирана на ниво на населението скринингова програма, която достига до тези, които биха могли да се възползват, скрининга може да се предотврати увреждане и смърт и да подобри качеството на живот. Например, доказателства сочат, че скринингът е ефективен за ранно откриване на рак на гърдата и рак на шийката на матката в страни с достатъчно ресурси, за да осигурят подходящо лечение (174).

Други доказателствено базирани клинични превантивни процедури включват оценката на отделни хора за повишен риск от сърдечно-съдови заболявания, като се използва подход за оценка на абсолютен риск, основан на променливи, като възраст, пол, тютюнопушене, диабетен статус, кръвно налягане и холестерол. Многомедикаментозните терапия (аспирин, АСЕ инхибитори, бета-блокери или диуретици и статини) за хора с прогнозен общ риск за смърт от сърдечно-съдово събитие, превишаващ 15% по време на следващите 10 години, е доказано, че са много рентабилни дори и в страни с нисък и среден доход (175).

Хроничните незаразни заболявания могат да бъдат основни причини за инвалидност, като слепота и ампутация – долен крайник за хора с диабет или двигателна дисфункция след инсулт. Мускулно-скелетните смущения съставляват около половината от всички отсъствия от работа и са 60% от трайната загуба на работоспособност в ЕС.

Това не е неизбежно. Бързата и ефективна терапия може да доведе до излекуване и/или да намали шансовете за рецидив или дългосрочни последици; рехабилитацията и подобрените модели на грижа могат да променят състояние от инвалидно до управляемо; и корекции на средата у дома и на работното място могат да направят хората независими и икономически активни. Например, след инфаркт на миокарда, сърдечната рехабилитация, фокусирана върху упражнения, е свързана със значително намаляване на смърт-

Ранно откриване на болестите: скрининг и ранна диагноза

Превенция на инвалидността

ността; а лечение на инсулт в отделение за грижа след инсулт, например, намалява делът на умиращите или зависими от други хора за техните основни ежедневни дейности с 25%. Освен това, въпреки че преобладаването и тежестта на много хронични заболявания обикновено се увеличава с остаряването на хората, те не са съществен резултат от стареенето.

Палиативните грижи са неразделна част от дългосрочните грижи в подкрепа на хората, за да могат да водят възможно най-добро качество на живот в крайните стадии на заболяването и да им осигурят достоен и безболезнен край на живота. Най-често свързвани с рака, такива грижи в края на живота са от полза на хора с различни хронични състояния. Прости и сравнително евтини мерки като подобряване на достъпа до орален морфин за адекватно облекчаване на болката може да се подобрят качеството на живот на много хора.

*В обобщение:
интегриран подход*

Имаше няколко важни момента при незаразните заболявания през 2011 год. Първата глобална министерска конференция по въпросите на здравословния начин на живот и контрол на незаразните болести се състоя в Москва през април 2011 г. и произведе Декларацията от Москва (176), която след това беше одобрена от Световната здравна асамблея през май 2011 г. (177). Регионалният комитет на СЗО за Европа одобри планове за действие и за незаразните болести (178) и за алкохола (179) през септември 2011 година. И накрая беше свикана среща на високо равнище на Общото събрание на Организацията на обединените нации за предотвратяване и контрол на незаразните болести, на която незаразните болести бяха обвързани с плановете за развитие. Получената Политическа декларация (180) очерта величината, заплахата и въздействието на незаразните болести, със споразумение за начините да се отговори на предизвикателството чрез усилията на цялото управление и цялото общество.

Регионалните приоритетни области на действие включват Политическата декларация на Обединените нации от 2011 г. относно незаразните болести (180); Рамковата Конвенция на СЗО за контрол на тютюна (20); Глобалната стратегия относно храненето, физическата активност и здравето (169); Глобалната стратегия и регионален план за действие при вредната употреба на алкохол (179); плана за действие за превенция и контрол на незаразните болести (178), както и плановете за действие за психично здраве. Във всеки отделен случай насърчаването на здравето е в основата, както е дефинирано в Хартата за здраве от Отава (30). Всички тези области на действие насърчават правителства да разработят междусекторни стратегии, с цели и задачи, по ключовите предизвикателства свързани с незаразните болести.

Две групи заболявания (сърдечно-съдови болести и рак) причиняват почти три четвърти от смъртните случаи в Европейския регион на СЗО, а трите основни групи заболявания (сърдечно-съдови болести, рак и психични разстройства) причиняват повече от половината от болестността (измерена с помощта годините живот в боледуване или инвалидност /DALYs/). Голяма част от преждевременната смъртност е предотвратима: приблизителните оценки показват, че най-малко 80% от всички сърдечно-съдови заболявания, инсулт и диабет тип 2 и най-малко една трета от случаите на рак могат да бъдат предотвратени (181). Неравенствата в тежестта на незаразните болести в рамките на и между страните показват, че потенциалът за подобрене на здравето е все още огромен.

Основният приоритет е да се приложат по-справедливо и в подходящ мащаб ефективни интервенции, като се гарантира, че съществуващите знания се прилагат по-добре и по-справедливо. Незаразните болести споделят много общи рискови фактори, като подчертават основните детерминанти и възможностите за намеса както по време на протичане на заболяването, така и през целия живот. Например, седем водещи рискови фактора (употребата на тютюн; консумацията на алкохол; високо кръвно налягане; висок холестерол;

наднормено тегло; ниска консумация на плодове и зеленчуци и липса на физическа активност) допринасят за почти 60% от болестите в Европа. Приемайки интегриран и общ подход при рисковите фактори за превенция на болестите и подход за хронични грижи, има вероятност да се благоприятства върху няколко състояния едновременно (182).

Европейската стратегия за превенция и контрол на незаразните болести (183) насърчава цялостен и интегриран подход към справянето с незаразните заболявания: прилагане на ниво население на програми за насърчаване на здравето и превенция на болестите; активно насочени към групи и лица, изложени на висок риск; максимизиране на покритието на населението от ефективно лечение и грижи; и интегриране на политика и действия за намаляване на здравните неравенства. В съответствие с международния фокус върху "най-добрите покупки" (184, 185), Планът за действие за изпълнение на тази стратегия (178) обръща специално внимание на набор от приоритетни интервенции, избрани заради техните потенциални ефекти върху смъртността и заболяемостта: насърчаване на здравословно потребление на продукти чрез фискални и маркетингови политики; замяна на транс-мастни киселини в храни с полиненаситени мазнини; намаляване на консумацията на сол; оценка и управление на кардио-метаболитния риск и ранно откриване на рак. Те са подкрепени от интервенции за насърчаване на активното движение и насърчаване на здравословните условия, като например чрез проектиране на градска среда и насърчаването на здравето на работното място.

В допълнение към това е насочване на вниманието към ваксинацията за предотвратими чрез ваксина видове рак (хепатит В за рак на черния дроб и човешки папиломавирус при рак на шийката на матката и други видове рак). По отношение на потенциалните ефекти върху качеството на живот, област която заслужава по-нататъшно специално внимание, е палиативната (в края на живота) грижа, особено ефективното управление на болката.

Психично здраве

Анализ на ситуацията

Психичните разстройства са на второ място, с най-голям принос за болестността (измерена с помощта годините живот в боледуване или инвалидност (DALYs)) в Европейския регион (19%) и най-важна причина за инвалидност. Застаряването на населението води до увеличаване на разпространението на деменцията. Чести психични разстройства (депресия и тревожност) засягат около 1 на всеки 4 души в общността годишно. Въпреки това, около 50% от хората с психични разстройства не получават никаква форма на лечение. Стигматизацията и дискриминацията са основните причини, поради които хората избягват да търсят помощ.

Психичното здраве е с основен принос за здравната неравнопоставеност в Европа. Психичните здравословни проблеми имат сериозни последици не само за отделните хора и техните семейства, но също така и за конкурентоспособността на икономиката и благосъстоянието на обществото. Лошото психично здраве е едновременно следствие и причина за неравенство, бедност и социална изолация. Психичното здраве е също силен рисков фактор за заболяемост и смъртност от други заболявания. Доказано е, че присъствието на депресия, по-специално, силно се отразява на процента на оцеляване на хората със сърдечно-съдови заболявания и рак. Депресивното разстройство е два пъти по-често сред жените, отколкото сред мъжете.

Почти всички страни в Европейския регион имат политика за психично здраве и законодателство, но капацитетът и качеството на услугите е неравномерно. Някои страни са затворили или са намалили броя на институциите и са ги заменили с голямо разнообразие от услуги, базирани в общността, а много други страни все още разчитат на основните и традиционни психиатрични услуги и използват до 90% от бюджета за психичното здраве в заве-

денията за психично болни. Инвестициите в програми за благосъстояние и профилактика на нарушенията в детството, често предвестници на страданието през целия живот, са незначителни.

Най-рентабилната интервенция на ниво население е създаване на заетост, или в публичния сектор, или чрез създаване на стимули за разширяване на частния сектор. От голям интерес е допирната точка между заетостта и психическото здраве, тъй като доброто качество на заетостта е полезно за здравето и неговите детерминанти (като по-добър стандарт на живот, самочувствие, социално участие). Това също може да допринесе за по-здрава и продуктивна работна сила, с вторични ползи за семействата и общностите. Ефективните професионални здравни услуги могат да идентифицират, наблюдават и подкрепят хора, изложени на риск на ранен етап. За групи с повишен риск интервенциите на общественото здравеопазване, като скрининг и информация, може да бъдат ефективни. Хората с психични проблеми трябва да бъдат открити при първичната медицинска помощ, а хората в тежки състояния следва да бъдат насочени към специализирани услуги.

Решения, които работят

Европейската регионална стратегия на СЗО за психичното здраве се разработва и се очаква, че ще бъде представена на Регионалния комитет на СЗО за Европа през 2013 година. Предизвикателствата за психичното здраве включват поддържане на благосъстоянието на население във времето, когато икономическият растеж е минимален и публичните разходи са изправени пред съкращения. Това може да доведе до по-висока безработица (особено на дългосрочната безработица) и увеличаване на бедността, свързана с риск от депресия, докато психично-здравните услуги претърпяват бюджетни съкращения. Психосоциалният стрес, свързан с несигурността на работното място също е значителен. Особено предизвикателство е да се насърчи ранното диагностициране на депресирани хора и да се предотврати самоубийството чрез инициране на базирани в общността програми за интервенции и услуги като горещи телефонни линии и консултантска подкрепа. Младите хора в риск могат да бъдат подпомогнати в училищата, като например ранни системи за предупреждение и анти-мобинг (тормоз) кампании. Проучванията започват да предоставят по-добро разбиране на вредната връзка между проблемите на психичното здраве и социалната маргинализация, безработицата, бездомността и алкохолизма и други разстройства от използване на вещества. Нови форми на зависимост, свързани с виртуални светове, също трябва да бъдат разгледани.

Някои страни отговарят на заплахата за психичното здраве на хората като разширяват консултантските услуги. Расте също така информираността за връзката между задлъжнялостта и депресията и консултативните услуги по дълговете играят решаваща роля в осигуряването на финансова сигурност.

Подход към здравето, основаващ се на правата, изисква психично-здравните услуги да са безопасни и подкрепящи и всеки пациент да се лекува с достойнство и уважение. Хората, които получават грижи за психичното здраве, следва да участват във вземането на решения относно тяхната индивидуална грижа. Психично-здравните специалисти трябва да насърчават пациентите да направят своя избор по отношение на тяхната здравна грижа, като ги улесняват чрез предоставяне на съответната информация, а хора, които използват психично-здравните услуги, следва да бъдат включени в проектирането, изпълнението, наблюдението и оценяването им.

На нивото на населението заплахата за психичното здраве предлага възможности за установяване на връзки между секторите, които разчитат един на друг, но не работят по традиция заедно, като службите за социални помощи, съветници по дългове и общинските психично-здравни услуги. Координацията е от съществено значение за ефективността и ефикасността и психично-здравните кадри са в добра позиция да поемат тази роля.

СЗО изготви Програма за действие за пропуските в психичното здраве (mh-GAP) (186), която определя ефективни интервенции за психични разстройства. Бъдещата стратегия за психичното здраве на Регионалния офис на СЗО за Европа ще разгледа начини за подобряване на психическото благосъстояние на населението, предотвратяване на развитието на психичните разстройства и ще предложи равен достъп до качествени услуги. Регионалният офис също така работи със страните, за да развие работна сила за психично здраве, която е компетентна да се справи с предизвикателствата.

Системите за психично-здравни грижи са се разпрострели извън бившия си фокус върху лечение и профилактика на заболяванията. Психично-здравните политики, законодателството и стратегиите за изпълнение се трансформират в посока създаване на структури и ресурси, които имат за цел да дадат възможност на хората с психично-здравни проблеми да се възползват от присъщия им потенциал и да участват пълноценно в обществения и семейния живот. Тази задача може да се постигне само чрез предоставяне на услуги и дейности, които упълномощават физическите лица, както и общностите, и които защитават и насърчават правата на човека.

Травми и насилие

Анализ на ситуацията

Травмите, неволни (от пътнотранспортни произшествия, натравяния, удавяне, пожари и падане) или умишлени (от междуличностно и самонасочено насилие), причиняват 700 000 смъртни случая всяка година в Европейския регион на СЗО (187). Те са водещите причини за смъртността сред хората на възраст 5-44 години. Водещите причини за травмите са пътнотранспортните произшествия, отравяния, междуличностно и самонасочено насилие. Травмите са отговорни за 9% от смъртните случаи в региона и за 14% от заболяемостта, измерена чрез DALYs (годините живот в боледуване или инвалидност) (188). Въпреки че е налице обща тенденция към намаляване, смъртността от травми се е увеличила по време на социално-икономическия и политически преход (189). Травмите са основна причина за здравните неравенства в Региона. Смъртността в страните-членки на ОНД все още е четири пъти по-висока от тази в ЕС, и 76% от смъртните случаи в Региона са в страните с ниски и средни доходи.

В държавите-членки травмите и насилието са силно свързани със социално-икономическия статус и причиняват здравни неравенствата. Има пресечни рискови фактори за различни видове травми, като алкохол и злоупотребата с наркотици, бедност, лишения, лошо образователно ниво и опасни среди (190, 191). Те също така се пресичат с други заболявания, като например незаразните болести, като представят възможности за съвместно действие. Много от тези рискови фактори са социално обусловени. Разработването на превантивни стратегии изисква решаването на основните детерминанти и изменение на рисковото поведение на индивида и на населението.

Насилието, основано на пола е един от най-чувствителните показатели за неравнопоставеността на половете и може сериозно да повлияе на физическото и психическо здраве. Няма сравними данни за този проблем в Европейския регион, но проучванията в няколко страни показват, че между 10% и 60% от жените са били нападнати от интимен партньор.

Решения, които работят

В Региона влизат едни от най-сигурните страни в света. Ако всички страни се придържат към на най-ниските нива на национална смъртност от травми, около половин милиона живота, загубени от травми, могат да бъдат спасени всяка година. Държавите с нисък процент травми са инвестирани в безопасността като обществена отговорност и са постигнали това чрез комбиниране на законодателство, правоприлагане, инженеринг и образование, за да се постигне безопасна среда и поведение (като например по пътищата, у дома

и в нощните заведения) (190). Тези реакции са свързани с отрасли, различни от здравето, и предизвикателството за предотвратяване и контрол на насилието и травмите е да се гарантира, че те са поставени на челно място в дневния ред на политици и практики от здравния сектор и от други сектори (192). Препоръчват се и интервенции, насочени към началото на живота, които ще доведат до ползи в по-късните години и между поколенията.

Има все повече доказателства за ефективни стратегии за предотвратяване на травмите и насилието и много стратегии са показали че са рентабилни, което доказва, че инвестирането в безопасност създава ползи за обществото като цяло. Например, всяко инвестирано евро в детски седалки спестява €32; за мотоциклетните каски спестяването е €16, за пожарните аларми – €69, за схемите за домашни посещения за образование на родители срещу малтретирането на деца – €19, за превантивно консултиране от педиатри – €10 и за токсикологични центрове – €7 (193). СЗО е предложила 100 доказателствено обосновани интервенции и прилагането им драстично ще намали неравенствата в тежестта на травмите в Региона (194). Те включват набор от подходи за превенция на ниво на населението и индивидуално, като например намаляване злоупотребата с алкохол (основен рисков фактор за травмите и насилието). Интервенциите, които са рентабилни на ниво население, са регламенти, свързани с политиката на ценообразуване и регулиране на рекламата, и кратка консултация с лекари. Стратегията на СЗО е да се работи с държавите-членки за застъпничество за изпълнението на 100-те доказателствено обосновани интервенции, подкрепени от резолюция EUR/RC55/R9 на Регионалния комитет на СЗО за Европа за предотвратяване на травмите (195). Периодични проучвания показват, че е постигнат добър напредък, но е нужно да се направи още много.

Примери за специфични области на действие включват Десетилетието на ООН за действия по пътната безопасност 2011-2020 г., което стартира на 11 май 2011 година. Много страни в Региона са интегрирали пътната безопасност в националния си дневен ред. СЗО работи със здравните министерства и други партньори, за да се опита да постигне национални цели, които в много страни, включват намаляване наполовина на броя на жертвите по пътищата до 2020 година. В няколко страни се провеждат изследвания на неприятни изживявания в детството, за да се спре цикълът на насилие. Резултатите от проучването са представени в национални политически диалози, на които се дава приоритет на интервенциите за превенция на малтретирането на деца, за включването им в програми за детско здраве и развитие. Също така се изискват повече действия в други две пренебрегвани области на политиката: предотвратяване на насилието сред младите хора и превенция на малтретирането при възрастните.

Прилагането на доказателствено обосновани интервенции може да намали неравенствата в тежестта от травмите. Както беше отбелязано по-горе, СЗО е предложила 100 такива интервенции за изпълнение (194). Предизвикателството в предотвратяването на травмите и насилието е да се насърчи изпълнението на тези мерки. Тъй като някои от тях са извън компетентността на здравния сектор, здравните системи се нуждаят от засилване на тяхната роля като координатор за равнопоставена превенция. Това включва: застъпничество и политически диалог, превенция и контрол, надзор, научни изследвания и оценка, както и предоставяне на услуги за грижа и рехабилитация на жертвите на травми. За подпомагане на здравния сектор в изпълнението на тези роли, може да бъде изграден капацитет чрез включване на учебната програма на СЗО в учебните програми за здравни специалисти (196).

Заразни болести

Анализ на ситуацията

Заразните болести се нареждат по-ниско като причина за годините живот в боледуване или инвалидност (DALYs) (82, 197), но продължават да причиняват значителни предотвратими заболявания и преждевременна смърт в целия Европейския регион. Въпреки че в много страни е постигнат впечатляващ напредък в контрола на много заразни заболявания като полиомиелит, дифтерия, малария и предаването от майка на дете на HIV, Европейският регион е изправен пред сериозни предизвикателства, включително увеличение на процентите на HIV инфекция и ТБ, възраждане на предотвратими чрез ваксина болести и появата на резистентни на антибиотици организми.

Със застаряването на населението в Европейския регион нараства населението в по-голям риск от заразни болести като грип и тежки усложнения като сепсис; в бъдеще може да са необходими рутинни имунизационни програми за по-възрастните хора.

Като център на световната търговия и пътуване, Европейският регион ще продължи да бъде изложен на внос на заразни болести от страни извън региона, някои от тях склонни към епидемии, като например хранителните епидемии и възникващите зоонози (198). Освен това, с продължаващите конфликти и политически напрежения в този свят, в който биотехнологиите стават все по-достъпни, съзнателното използване на инфекциозни агенти за причиняване на вреда не може да се изключи.

Европейският регион, и по-специално неговите растящи големи градски центрове, ще продължават да привличат емигранти, а заедно с тях големи групи в бедност и групи с високи нива на уязвимост и ограничен достъп до здравни грижи (като например тези, които живеят в емигрантски общежития и други гъсто населени жилища). Тези групи ще бъдат в по-висок риск от заболявания като дифтерит и туберкулоза, които могат да се разпространят в населението от време на време.

В допълнение към общите опасения за поддържане на цялостния напредък, постигнат в Региона, непрекъснатото въвеждане на екзотични инфекциозни агенти, много от тях с епидемичен потенциал, от международни пътници и световната продоволствена верига, допълнително подчертава значението да бъдем бдителни и ангажирани за предотвратяване и контрол на заразните болести.

Въпреки доказаните интервенции, които в някои случаи имат документирани от десетилетия доказателства за своята ефективност, достъпът до превенция и ранно лечение често не е на разположение или не се използва пълноценно, особено сред социално маргинализирани високорискови групи. Нарастащата популярност на "алтернативни" практики, много без доказана ефикасност, заедно с общото недоверие към държавно подкрепяната медицина, кара някои групи от населението, често в по-богатите страни, да отхвърлят превантивни услуги, като например ваксинации или да лекуват инфекции с мними "лекарства". Тези практики излагат тези групи от населението, техните деца и тези около тях на по-голям риск от заболяване. Всички тези фактори, съчетани с общата безучастност по отношение на риска, създаван от повечето инфекциозни заболявания, пречат на превенцията и контрола на заразните болести в Европейския регион (199-201). Тази безучастност съществува, въпреки тревожната поява на патогени, резистентни към антимикробни лекарства, особено към антибиотици (202); драматичното завръщане в Европейския регион на предотвратими чрез ваксина болести, които преди са били почти елиминирани, като морбили, рубеола и полиомиелит; честите хранителни и зоонозни епидемии; и в един все по-глобализиращ се и взаимосвързан свят, вносът на заболявания, склонни към епидемии, като тежък остър респираторен синдром (SARS) и грип H1N1 (203).

Предотвратимите заразни болести в Европейския регион причиняват също значителни икономически щети (204), включително много отсъствия, причинени от такива заболявания като сезонния грип, и значителни загуби в туризма, търговията и транспорта, причинени от епидемии като менингит и ентерит от Ешерихия коли.

За да отговори на тези предизвикателства, СЗО работи в активно партньорство с държавите-членки и техните правителствени агенции и институти и с ключовите институции в Европейския регион.⁶

Европейския регион на СЗО трябва да остане фокусиран върху постигането на регионални цели, свързани с контрола, превенцията и, когато това е възможно, премахване на заразните болести и трябва да остане нащрек за риска от заразни болести в едно застаряващо население, което ще става по-уязвимо към тежките усложнения на инфекцията. Силна система за наблюдение на болестите, строг контрол на инфекциите, универсален достъп и разумна употреба на антибиотици, всеобхватни програми за ваксинация и подсилени здравни системи са от съществено значение за гарантиране на регионалния капацитет за контрол и намаляване на тежестта на заразните болести.

Решения, които работят

Има много основани на доказателства и рентабилни интервенции за борба със заразните болести. Повечето от световните "добри покупки" са при заразните болести, в това число: ваксиниране на деца срещу основните детски болести; осигуряване на третирани срещу инсектициди мрежи за легла, пръскане на жилищата с инсектициди и превантивно лечение за маларията в ендемичните райони; осигуряване на универсален достъп до диагностика на туберкулоза и DOTS – плюс, и ефективна диагностика и лечение на хора с мултирезистентната туберкулоза; предотвратяване на HIV предаване чрез използване на презервативи, антиретровирусна терапия и стратегии за намаляване на вредите; избягване на инжекции опасни за здравето; и контрол на свързани със здравните грижи и придобити в обществото инфекции. Силни информационни здравни системи, включително надзор за ранно откриване на огнища, също са от решаващо значение за идентифициране, планиране и инвестиции в най-подходящите здравни интервенции.

Критичните фактори, които влияят на цялостното прилагане на интервенции включват: тежестта на заболяването; цена и достъпност; политическа ангажираност и обществено приемане; капацитет на здравната система за усвояване на нови продукти и режими на доставката; достъп, особено за достигане до групи с по-висок риск; и обществено търсене и разбиране на риска. Например, новите ваксини, като тези които защитават срещу рак на маточната шийка, пневмококова пневмония и ротавирус диария, са скъпи и може да се наложи да бъдат разгледани с оглед на ефективността на мерките, като например цена, в сравнение с предотвратените изгубени години живот в боледуване или инвалидност (DALY), което ще зависи от цената, тежестта на заболяването и общественото приемане.

Успешните интервенции изискват съвместни и интегрирани усилия в много сектори, като например в областта на правоприлагането, транспорта, водопровод и канализация, храна и селско стопанство и производството, ако тяхната ефективност трябва да бъде оптимизирана. Например, много програми за намаляване на вредите, които включват предоставяне на замести-

⁶ Те включват: Европейската комисия; Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC); Центровете за Контрол и превенция на заболяванията (CDC) в САЩ; програми на ООН и агенции като Детския фонд на ООН (UNICEF), Съвместната програма на ООН за ХИВ/СПИН (UNAIDS), Програмата на ООН за развитие (UNPD), Фонд за населението на Организацията на обединените нации (UNFPA), Организацията по прехрана и земеделие на Организацията на обединените нации (FAO) и Международната организация за Миграция (IOM); многостранни организации като Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария и Алианса GAVI; Световната банка; Азиатската банка за развитие (ADB); ОИСР; Световната организация за здравеопазване на животните (OIE); и специализирани центрове на СЗО за сътрудничество, двустранни министерства и агенции за развитие, фондации и частни международни организации, като например CARE и Project HOPE.

телна терапия с опиати и обмен на игли и спринцовки, изискват подходящи правни политики и сътрудничеството на правоприлагащите агенции. Хранителни епидемии, свързани със замърсяване с Ешерихия коли най-добре се предотвратяват чрез адекватен регулаторен и надзорен капацитет в производството на храни и селското стопанство и в сектора на водопровода и канализацията. Надзор, предупреждение и реагиране на входните пунктове (пристанища, летища и наземни гранични пунктове) са компоненти от съществено значение на транспортния сектор за защита срещу вноса на заболявания с епидемичен потенциал.

Създаването на национални имунизационни програми преди няколко десетилетия се радва на висока обществена подкрепа и постигна голям успех, с покритие над 90% за повечето от рутинно прилаганите ваксини (205), което регистрира Региона като свободен от полиомиелит през 2002 г. и с намаление на случаите на морбили с повече от 90% от 1990 г. насам. Напоследък, обаче, общественото възприемане на риска е изместено към неблагоприятните събития, свързани с ваксинация, отколкото към опасността от действителното заболяване, с последващи отрицателни ефекти върху контрола на заболяването. Остават групи податливи хора, въпреки високия имунизационен обхват като цяло и ограничените преди заболявания са се завърнали. Така например, през 2007 г. годишната регионална честота на морбили е спаднала до най-ниското си ниво, преди то да нарасне четири пъти до 2011 г., като повечето случаи, които се срещат са в западните и централните части на Региона.

Въпреки тези предизвикателства, рутинните ваксини⁷ в детството остават решаващи, животоспасяващи инструменти на общественото здраве, а няколко важни нови ваксини, като например пневмококовите и ротавирусни ваксини, постепенно се въвеждат в рутинни схеми за имунизация на държавите-членки. Освен това, ваксините срещу канцерогенни вируси, хепатит В и човешки папиломен вирус свързват заразните и незаразните заболявания (206-209).

Специфични застъпнически кампании, като например годишната Европейска имунизационна Седмица (210), предлагат на страните възможност да започнат широки кампании за имунизация и повишаване на осведомеността по отношение на регионалните ангажименти да се поддържа висок имунизационен обхват.

Системите за надзор трябва да бъде поддържани и подсилени за всички заболявания, предотвратими чрез ваксини. Регионалният офис на СЗО за Европа има множество мрежи за лабораторно наблюдение на конкретни заболявания, които да откриват случаи, следи от предаване и дори да откриват патогени преди да възникнат клинични случаи. Тези системи включват клиницисти, епидемиолози и мрежи от повече от 200 напълно акредитирани лаборатории, които използват стандартите на СЗО за определяне на случай, протоколи за наблюдение и лабораторни методи за откриване на циркулация на патогени при хората и околната среда, установяване на произхода и пътищата за предаване на инфекциозните агенти, базирани на генетични данни и проследяване на ефекта от ваксинацията след като се изпълни (211).

Регионалният офис на СЗО за Европа продължава своята работа по свързване на мрежите за наблюдение на болестите и подобряване на своевременността и точността на споделянето на данните. Той предложи Централизирана информационна система за инфекциозни болести (CISID) (212) като услуга за държавите-членки в продължение на няколко години и съвсем наскоро стартира Система за лабораторно управление на данни за Лабораторната мрежа за полиомиелит (213), за да предоставят лабораторни данни за всеки случай почти в реално време с точност, която никога преди не е била предлагана.

*Заболявания,
предотвратими
с ваксина
и имунизация*

⁷ За морбили, рубеола, заушки, полиомиелит, дифтерит, тетанус, коклюш, хепатит В, хемофилус инфлуенца тип В и варицела.

*Антимикробна
резистентност*

Подобни платформи се разработват за други лабораторни мрежи на Регионалния офис.

Историята на изкореняването на едра шарка (214), както и последните епизоди на лабораторно доказани тежък остър респираторен синдром (SARS) (215), показват, че лабораториите могат да станат източници на инфекцията и биобезопасността на лабораториите и биосигурността трябва да бъдат приоритет за лабораторната общност в Европейския регион, особено след като полиомиелитът е мишена за глобално премахване.

Предишни успехи в продължителността на живота в Европейския регион на СЗО, постигнати донякъде от въвеждането на антибиотици, днес са изложени на риск поради нарастващата антимикробна резистентност. Животоспасяващите антибиотици стават неефективни или драматично скъпи, което води до сериозни технически и финансови предизвикателства пред лекарите, здравните системи и пациентите във всички страни, особено в такива с ограничени ресурси. Това се отнася и за лекарствата, които лекуват много общи бактериални инфекции, като инфекции на пикочните пътища и пневмония, но е още по-фрапиращо в лечението на туберкулоза, която става все по-устойчива както на първа, така и на втора линия лечение (резистентна на множество и широк спектър лекарства туберкулоза).

Устойчивост е установена в 25% или повече от бактериалните инфекции в няколко страни от ЕС. Това е довело, само в ЕС, до приблизително 25 000 допълнителни смъртни случаи всяка година и допълнителни медицински грижи и социални разходи от поне €1,500 милиарда.

Освен това, резистентните бактерии лесно пресичат границите, както се вижда от добре документираното международно разпространение на бактерии, което включва ензимът Ню Делхи метал-бета-лактамаза 1 (NDM-1), който ги прави устойчиви на широк спектър от антибиотици (216), включително, такива като карбапенем, вече използван за лечение на резистентни инфекции. Тази ситуация е особено обезпокоителна при липсата на нови класове на достъпни и ефективни антибиотици, по-специално срещу грам-отрицателни бактерии.

Развитието на устойчиви на лекарства организми е добре осъзнат процес, който се ускорява от неправилна употреба (недостатъчна и прекалена употреба) на антибиотици в хуманната медицина и в животновъдството. Лошите мерки за контрол на инфекциите, особено в рамките на болници и клиники, пряко допринасят за разпространение на устойчиви на лекарства, свързани със здравните грижи инфекции.

Широките междусекторни инициативи ще намалят злоупотребата с антибиотици и ще забавят развитието на резистентност към съществуващите лекарства. Засиленият капацитет за наблюдение ще документира по-добре степента на антибиотичната резистентност в Европейския регион. Съвместна работа е необходима също и със сектора на селското стопанство, където антибиотици, използвани като стимулатор на растеж при животните, допринасят за развитието на резистентни организми в добитъка.

Регионалният директор на СЗО за Европа направи специална програма за ограничаване на антибиотичната резистентност под нейно ръководство. Стратегическият План за действие за ограничаване на антибиотичната резистентност в Европейския регион на СЗО, одобрен от Регионалния комитет на СЗО за Европа през 2011 г., се основава на интервенции, които, извършени заедно, е известно, че са ефективни (217). Планът за действие включва седем ключови области: насърчаване на националната междусекторна координация; укрепване на надзора на резистентността; засилване на надзора и стопанисване на употребата на лекарства; разширено наблюдение на антимикробна употреба в производството на храни от животински произход; по-добър контрол и наблюдение на инфекциите, за да се предотврати анти-

микробната резистентност в условията на здравеопазването; повече научни изследвания и иновации на нови лекарства и технологии, и повече безопасност за пациентите чрез по-голяма информираността за антимикробната употреба и резистентност.

Важното е, че проучванията показват, че мерките за контрол на една проста инфекция, чрез измиване на ръцете, могат значително да намалят разпространението на резистентни към антибиотици бактерии, като резистентния на метицилин стафилококус ауреус (MRSA), основна вътреболнична инфекция.

През 2010 г. в Европейския регион е имало около 420 000 нови и рецидивни случаи на туберкулоза и 61 000 свързани с нея смъртни случая. По-голямата част от ТБ, 87% от новите случаи и 94% от смъртните случаи, се случва в източните и централните части на Региона. Регионът също така има най-ниски стойности на успешно лечение: първоначалното лечение не е успешно в почти една трета от наскоро лекуваните случаи и в повече от половината от предишните случаи. Това се дължи на високия процент на резистентност на ТБ на лекарства; в 13% от наскоро лекувани случаи и в 42% от лекуваните преди това, е установена мултирезистентна туберкулоза. Ако устойчивостта не се ограничи, тя може да доведе до общата загуба на ефективни лекарства за туберкулоза и връщане към тежестта на заболяването от ерата преди антибиотиците.

Туберкулоза (ТБ)

Повторната поява на ТБ и нарастващият проблем с резистентната туберкулоза, особено мултирезистентната туберкулоза, в някои страни са свързани с провал на здравните системи да извършват услуги, които да са отзивчиви към хората които имат нужда от здравни услуги. Въпреки, че ТБ не е изключителен прерогатив на никоя социална класа, заболяването често се свързва с лоши социално-икономически условия и други фактори, включително пренаселените жилища и бездомността. Подобно на HIV, хората, които си инжектират наркотици и затворниците са с по-висок риск за придобиване на ТБ, както и алкохолиците и бездомните хора. Туберкулозата и ХИВ инфекцията са смъртоносен тандем, като ТБ е водещ убиец сред хората, живеещи с ХИВ. Тя е също предизвикателна болест за 9800 деца с ТБ, докладвани всяка година в Региона.

Някои страни, включително балтийските страни, са показали, че дългосрочната инвестиция и цялостен и участнически подход позволяват контрола над туберкулозата и мултирезистентните ТБ. Всеобщият достъп до висококачествена диагностика и лечение, включително и ефективна диагностика и устойчиво лечение на мултирезистентни случаи на ТБ, е доказано, че е ефективна в много страни в Европейския регион, но тя все още не се прилага във всички от тях.

Диагностиката и лечението на хора с мултирезистентни ТБ са много рентабилни интервенции (218). Регионалният директор за Европа също превърна ограничаването на ТБ, и особено на мултирезистентната ТБ, в специална програма и през 2011 г. държавите-членки подкрепиха петгодишен консолидирани план за действие за предотвратяване и борба с резистентната на множество и широк спектър лекарства туберкулоза (219). Националните планове за действие за ТБ се разработват и осъществяват в рамките на тази регионална рамка с подкрепата на Регионалния офис за Европа на СЗО, национални и международни институции, гражданското общество и агенциите за финансиране, по-специално на Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария.

Беше разработен бърз инструмент за оценка, за да се идентифицират и преодолеят ключови предизвикателства за здравната система в предотвратяването и контролирането на ТБ и е вероятно да се окаже много полезен във всички страни, изправени пред ТБ като основен проблем на общественото здраве. Основните здравни услуги трябва да бъдат изцяло ангажирани в от-

криването и проследяване на хора с ТБ. Модели на финансиране здравеопазването трябва да насърчават рационалното използване на болнични ресурси, както и насърчаването на амбулаторни и алтернативни модели за грижа, включително и домашно лечение. СЗО утвърди и одобри нови молекулярни диагностични тестове, с които ТБ и резистентната на множество лекарства ТБ може да се диагностицира за по-малко от два часа. Тези тестове трябва да бъдат въведени и разширявани по рационален начин (220).

Тъй като ТБ е силно свързана с бедността и лошите условия на живот, усилията за ефективна борба с нея трябва да включват подобряване на стандарта на живот и хранене и следователно трябва да включват и други сектори.

Интервенциите трябва да са насочени към нуждите на специални групи от населението, включително затворници и емигранти. Важно е да се въвеждат услуги близо до хората с ТБ и да са сведат до минимум системите за насочване за ТБ сред деца и хора с туберкулоза и HIV.

Регионалният офис на СЗО за Европа и неговите партньори са разработили минимален пакет за трансграничен контрол на туберкулозата и лечение, който подчертава необходимите стъпки, необходими за постигане на навременно диагностициране и адекватно лечение, съответствие и проследяване на хора с ТБ.

ХИВ инфекция

В целия свят се наблюдават годишни понижения в броя на новоинфектираните с ХИВ, но в източната част на Европейския регион на СЗО има най-бързо развиваща се епидемия от ХИВ в света. Броят на хората, живеещи с ХИВ, се е утроил от 2000 г. насам, което допринася за увеличаване на годишния процент на хората, които придобиват HIV инфекция с почти 30% между 2004 и 2009 г. В някои части на Европейския регион, епидемията от ХИВ показва поразително различни епидемиологични модели, с ограничена епидемия в западната част на Региона и такава на по-ранен етап в центъра на Региона.

Тежестта на HIV се разпределя неравномерно между основните групи, като е ограничена до голяма степен в определени групи от населението с по-висок риск и засяга най-тежко населението, което е социално маргинализирано и чието поведение е социално заклеймено или незаконно.

Принос за тази епидемиологична картина са бариерите за ефективно лечение и контрол в здравната система и обществото. Източната част на Региона има едни от най-ниските проценти в света за покритие на антиретровирусна терапия за хора, които се нуждаят от лечение (по-малко от 20%) (221). Освен това, в рамките на Региона, на хората, живеещи с HIV е било и все още е отказано влизане или са депортирани от някои страни заради своя ХИВ статус, което допринася за стигматизация и не помага за контролиране на епидемията. Контролирането на епидемията изисква справянето с тези бариери и универсален достъп до HIV превенция, лечение, грижи и подкрепа.

Разпространението и икономическата тежест на ХИВ има вероятност да се увеличи в резултат на увеличаване броя на хората, придобиващи инфекцията и оцеляващи по-дълго чрез антиретровирусна терапия. В близко бъдеще, HIV ще се класира като една от най-скъпите хронични болести.

Въпреки това, съществуват положителни признаци на промяна: например, страните в източната част на Региона са показали напредък в интегрирането на превенцията на ХИВ със здравните услуги за майки, новородени и деца. В резултат на това, 93% от бременните жени, които имат положителен тест за ХИВ в Региона получават антиретровирусна профилактика за предотвратяване на предаването от майка на дете (200).

Идентифицирани са ефективни политики и интервенции в отговор на епидемията от ХИВ. Налице е ясно демонстрирана ценност за засилване на политическата мобилизация и ръководство и концентрация върху ключови групи от населението с по-висок риск от излагане на и предаване на HIV.

Тези интервенции включват средствата за масово осведомяване и образование; насърчаване на 100% използване на презервативи сред основното население в по-висок риск; разширяване на лечението на предавани по полов път инфекции, за които е известно, че увеличават риска от предаване на ХИВ; осигуряване на универсален достъп до антиретровирусна терапия и тестване и консултиране за HIV; предоставяне на антиретровирусна профилактика като високо ефективен метод за предотвратяване на предаването по хетеросексуален път в нехармонични двойки и предаването от майка на дете; и мерки за намаляване на вредите (като например терапия със смяна на опиати и безопасни инжекционни програми, включително програми за игли и спринцовки).

В тясно партньорство с правителствата, UNAIDS, гражданското общество и Глобалния Фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария, дойде време да се насърчава все повече свързаността и интеграцията на националните програми за ХИВ и СПИН с по-широки програми за здраве и развитие. Това е целта на Планът за действие на Европейския съюз по отношение на ХИВ/СПИН 2012-2015 (222) въз основа на четирите стратегически посоки: оптимизиране за превенцията на ХИВ, диагностика, лечение, грижи и подкрепа на резултатите; постигане на по-широки здравни резултати чрез решения за ХИВ; изграждане на силни и устойчиви системи; и намаляване на уязвимостта и на структурните бариери за достъп до услуги. Регионалният комитет на СЗО за Европа прие Европейски план за действие по отношение на ХИВ/СПИН 2012-2015 (222) през 2011 година.

Стратегиите за превенция могат да бъдат приети по-широко, за да се контролира растящата тежест на епидемията от ХИВ и други хронични заболявания, засягащи хората, живеещи с HIV, а опитът е показал, че групи от хора, живеещи с ХИВ, и други групи на гражданското общество, най-добре могат да предложат тези стратегии. Трябва да се помисли за начини да се даде възможност на тези групи да имат право на глас в подобряване на качеството и да се улесни реалното участие на всички нива, с цел да се позволят целенасочени и ефективни интервенции в различни условия и контексти (223).

Постигнат е впечатляващ напредък в премахването на маларията в Европейския регион. Благодарение на ефективната борба срещу комарите (224), автохтонните (местни) случаи на малария са намалели от повече от 90 000 случая през 1995 г. до по-малко от 200 през 2010 г., с всички случаи през 2010 г. причинени от плазмодиум вивакс. Това забележително постижение до голяма степен е резултат от силен политически ангажимент от страна на засегнатите страни, подсилен през 2005 г. с Декларацията от Ташкент: преминаване от контрол на маларията към елиминиране, подписана от Армения, Азербайджан, Грузия, Казахстан, Киргизстан, Таджикистан, Турция, Туркменистан и Узбекистан.

Премахване на маларията до 2015 г. е ключова цел днес. Това може да бъде постигнато чрез предоставяне на мрежи за легла третирани с инсектициди, пръскане на жилищата с инсектициди и превантивно лечение за маларията в ендемичните райони. Тези усилия доведоха до скорошни успехи: Туркменистан е обявена за свободна от малария през 2010 г., Армения през 2011 г. и Казахстан през 2012 г., и се смята, че предаването е било прекъснато в Грузия. Ако приемем, че маларията може да бъде премахната, предотвратяването на повторното установяване на предаване на малария ще бъде от решаващо значение, особено в контекста на изменението на климата и повторната поява на други предавани от комари заболявания, наскоро наблюдавани в южната част на Европейския регион, включително западнонилската треска, денга и чикунгуния (225).

В този контекст, Регионалният офис, Европейската комисия, Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC) и Европейската асоциация за контрол на комарите работят заедно, за да се повиши

Премахване на маларията до 2015

*Грип и други
респираторни
патогени*

осведомеността на националните здравни органи на този нов риск за общественото здраве и да ги призоват да предприемат необходимите мерки за контрол и превенция. Важно е, че са нужни по-нататъшни изследвания в биологията, за да се направи контролът в Европейския регион по-ефективен, като контрола на маларията, така и за да се подобри контролът на други заболявания, предавани от комари и за подобряване на контрола на други заболявания, като лайшманиоза (226).

Грипът и други патогени, причиняващи остри респираторни инфекции, допринасят за повишаване на заболеваемостта в Европейския регион както по отношение на DALYs, така и на смъртните случаи. Вирусите на грип А и В причиняват епидемии от респираторни заболявания в северното полукълбо, които засягат 5-15% от населението всяка зима, с най-високи стойности сред децата на възраст под пет години. Само сезонните грипни епидемии водят до значителни преки и непреки социални и икономически разходи. Последните оценки са, че преките разходи за посещения в клиника и хоспитализация за сезонния грип в ЕС приближават €10 милиарда на година (227).

Пандемиите, причинени от нов подтип на грип А, настъпват периодично. Въпреки че тежестта и въздействието им варират и е трудно да се предскажат предварително, четирите пандемии, случили се между 1900 и 2010 година са причинили значителни смъртни случаи и са засегнали здравния сектор и други сектори. Четирите пандемии варират от много тежка (1918 г.) до умерено тежка (1957 г. и 1968 г.), и до сравнително лека (2009 г.). Вирусите на грип А инфектират широк спектър от животни, както и хора, а пандемичните вируси обикновено са от животински произход. От 1997 г. птичия грип H5N1, който е силно патогенен за птиците, е причинил широко разпространени икономически загуби в юго-източна Азия, Египет и някои европейски страни. Хората са също спорадично заразени, с висока смъртност (на 573 потвърдени случая в световен мащаб, 336 са починали).

Тежко заболяване, свързано с грип възниква всяка година сред групи от населението с повишен риск по време на сезонните епидемии, както и по време на пандемия. Въпреки че има рутинен надзор на грипа в амбулаторни условия в повечето страни в Европейския регион, рутинното наблюдение за тежки заболявания и смъртни случаи, свързани с грипа е ограничено; това допринася за погрешната представа, че грипът е относително леко заболяване и изключва сравнения за сериозност през сезоните и оценки на сериозността по време на пандемия.

Преди пандемията от 2009 г., страните в Региона са инвестирали значително в готовността за пандемия, поради опита с ТОРС (SARS), заплахата от птичия грип H5N1 и влизането в сила на Международните здравни регламенти (2005). Въпреки че пандемията от 2009 г. причини леко заболяване в повечето случаи, много хора (дори и по-рано здрави индивиди) преживяха тежко боледуване и смърт, а здравните услуги (особено отделенията за интензивна грижа) бяха притеснени.

Грипът е предотвратима с ваксина болест. Страните трябва да продължат да развиват и поддържат стабилни програми за повишаване на ваксинирането в по-рискови групи и сред здравните работници (за да защитят себе си и своите пациенти, и да окажат влияние върху приемането на ваксината в широката общественост). В подкрепа, много държави-членки провеждат грипни информационни кампании за да повишат обществената осведоменост относно грипа, за да предотвратят предаването и да популяризират ползите от ваксинацията.

Хората, преживяващи тежко заболяването, свързано с грипа се нуждаят от достъп до експертна помощ в болниците и в оборудвани интензивни отделения. Това е подкрепено от обучение на здравните работници за рисковите фактори за тежко заболяване и обучението им в разпознаване на симптомите.

Системите за наблюдение на грипа, амбулаторното наблюдение на свързаните тежки заболявания и смъртността, са от съществено значение и позволяват на страните да преценят тежестта и смъртността, което да им помогне за вземането на решения относно целевите групи за ваксинация.

Поддържането на националните грипни центрове (228), където се предоставят висококачествени програми за обучение и обмен на информация и най-добри практики е от решаващо значение. Такива центрове могат да открият грипна дейност своевременно и да ръководят реакция на системата за здравна грижа; да допринесат за глобалното наблюдение и годишни селекции на вирусните щамове за включване в противогрипните ваксини; както и да допринесат за оценка на риска от грипни вируси с пандемичен потенциал.

Постоянните инвестиции от страна на държавите-членки в планирането на готовността за пандемия (229) ще улесни реакцията на пандемии в бъдеще и ще допринесе за прилагането на Международните здравни правила и подготвеност, по-специално тези на здравните услуги.

Стратегии за справяне с неравенства в здравеопазването и техните социални детерминанти за най-разпространените болести

Отново, могат да бъдат извлечени групово-специфични стратегии за интервенции за справяне със здравните неравенства и техните социални детерминанти за основните групи заболявания.

Незаразни болести

Предотвратяването и контролът на незаразните заболявания изискват реакцията на цялото общество между правителствата, публичния сектор, гражданското общество и частния сектор. За лошите проблеми като затлъстяване, се изисква подход, основан на системно мислене и анализ, сътрудничество между заинтересованите страни и извън правителството и механизми на управление, които улесняват съвместната работа между различните сектори и между различните нива на правителство (85).

В рамките на Европейския регион, страните вече имат много видове широки и проблемно-ориентирани политики, свързани с предотвратяване и контролиране на незаразните заболявания, но координацията между тях може да бъде слаба, особено когато те включват ранна интервенция в социалните детерминанти. Една всеобхватна рамка и механизми като определяне на общи цели и задачи, общи информационни системи, съвместно изпълнение на проекти, общи медийни послания, съвместно планиране и дейности по определяне на приоритети могат да постигнат един по-интегриран подход на политиката (230).

Контролът на тютюневите изделия и алкохола предостави допълнителни примери в области, в които са необходими съвместни и регулаторни усилия. Рамковата конвенция на СЗО за контрол на тютюна изисква от правителствата да се въведат многостепенни регламенти, простиращи се от глобалните към местните нива, заедно с действия на цялото управление по отношение на законодателството, цените, достъпът до тютюневи изделия и увеличаване на средите без тютюнев дим. Интервенциите на цялото управление също са необходими за контрол на достъпността и за намаляване на консумацията на алкохол чрез цени и други механизми.

Съвременните здравни услуги трябва да могат да отговарят на дългосрочните нужди на хората с хронични заболявания. Проблеми при интегрирани и координирани грижи често възникват при взаимодействието на първичните и вторични грижи, здравеопазване и социални грижи и лечебни и общест-

вено-здравни услуги, както и между професионални групи и специалности. Те могат да бъдат изострени от структурни подразделения, отделни правни и финансови рамки, отделни култури и различия в управлението и отчетността. Необходими са структурирани подходи към управлението на тези условия, с модели за предоставяне на услуги, характеризирани се със сътрудничество и съвместна работа отвъд границите и между професиите, доставчиците и институциите, за да се фокусират и да се възползват хората с хронични състояния. Партньорството с хора със заболявания, техните семейства и болногледачи, може да помогне да се проектират по-ориентирани към хората подходи към болестите. Механизмите на здравната система, като например системите за плащане, трябва да насърчават, а не да обезкуражават координацията и да улесняват последователността на грижите (231).

Травми и насилие

Справянето с по-широките социални и екологични фактори на травмите и насилието също изисква единен подход в цялото общество. Предотвратяването на травмите и насилието е многосекторно и са необходими управленчески механизми на здравния сектор, за да се ангажира той с други сектори, които са от решаващо значение като партньори в превенцията, като например тези, отговарящи за правосъдие, транспорт, образование, финанси и социални помощи. Това изисква цялостен подход на управлението и може да бъде улеснено от резолюциите на Общото събрание на Обединените нации (като тези за пътната безопасност и правата на детето). Безопасността трябва да бъде поставена на преден план в дневния ред на другите сектори. Десетилетието на ООН за действия по отношения на пътната безопасност е един пример, в който беше насърчено многосекторното действие.

Заразни болести

Днес имунизацията отразява проблема на предишните успехи. Комбинацията от политическо и обществено безучастие по отношение на стойността на имунизацията е предизвикателство пред много национални имунизационни програми. При липсата на заболяване, имунизацията може да загуби приоритет. Необходим е политически ангажимент на регионално, национално и наднационално ниво, за да се засилят положителните обществени нагласи за имунизация, заедно с мобилизиране на необходимите ресурси.

Укрепване на здравните системи, насочени към хората, капацитетът на общественото здравеопазване и готовността при спешни случаи, надзор и реакция

Здравни системи

Осигуряване на високо качество на обслужване и подобряване на здравните резултати във всички области изисква здравни системи, които са финансово жизнеспособни, годни за целта, насочени към хората и доказателствено информирани. Добре функциониращите здравни системи подобряват въздействието върху здравето на населението, защитават хората от финансови затруднения, когато са болни и отговарят на основателните очаквания на населението, свързани с ползите и услугите. Всички страни трябва да се приспособят към променящите се демографски модели на болестите, особено предизвикателствата на психичното здраве, хроничните заболявания и състояния свързани със стареенето. Това налага преориентиране на здравните системи, за да се даде приоритет към превенция на болестите, насърчаване на непрекъснато подобряване на качеството и интегриране на предо-

ставянето на услуги, осигуряване на последователност на грижите, подкрепа на самостоятелните грижи на пациенти и преместване на грижите най-близо до дома, като по-безопасно и рентабилно.

"Здраве 2020" потвърждава ангажимента на СЗО и нейните държави-членки да гарантират универсално покритие, включително достъп до висококачествени и на достъпни цени грижи и лекарства. От жизненоважно значение е насърчаването на дългосрочната устойчивост и гъвкавост на финансовите цикли, за да се ограничат увеличението на разходите, причинени от услугите и да се премахнат разточителните разходи. Оценката на здравните технологии и механизмите за осигуряване на качество са критично важни за прозрачността и отчетността на здравната система и са неразделна част от културата за безопасност на пациентите.

Подписването и официалното одобрение на Хартата от Талин: Здравните системи за здраве и благосъстояние (24) отразява ангажимента на европейските държави-членки за укрепване на здравните системи, за да се постигнат тези цели. "Здраве 2020" потвърждава централните принципи на Хартата от Талин чрез лансиране на новаторски подходи, които укрепват основните функции на здравната система. Тя подновява усилията да се намерят насочени към хората решения, устойчиви на икономически спадове: предоставяне на ефективни и подходящи здравни услуги на населението, осигуряване на достъп до доказателствено информирани и насочени към хората индивидуални здравни услуги, генериране на висококачествени приноси на здравната система, включително човешки ресурси и лекарства, и осигуряване на ефективни споразумения за управление.

Анализ на ситуацията

Въпреки различията във финансирането и организацията на здравните системи в Европейски регион, те са изправени пред сходни предизвикателства за предоставяне на изчерпателни подходи за намаляване на тежестта на хроничните заболявания и спиране на растежа на заразените болести. Въпреки че ресурсите са ограничени, се изискват трудни компромиси, които особено се изострят в периоди на икономическа спад. Здравеопазването е станало по-сложно поради бързо напредващите темпове в технологичния прогрес, застаряването на населението, по-информирани потребители на услуги и увеличаването на трансграничното движение. Отговорите на здравната система на тези променящите се тенденции изискват иновативни решения, насочени към крайните потребители (както здрави и по-малко здрави хора), които са системно базирани на силни доказателства и са възможно най-устойчиви на икономическите цикли.

Европейските здравни системи се адаптираха към тези предизвикателства, с непрекъснатата реформа и иновации. Европейската министерска конференция на СЗО за здравните системи, която се проведе в Талин на 25-27 юни 2008 г., бе крайъгълен камък, който отбелязва значението, което държавите-членки отдадоха на подобряването и поемането на отговорност за резултатността на техните здравни системи. Политическият ангажимент беше отбелязан с подписването на Хартата от Талин (24) и нейното по-късно одобрение с Резолюция на Регионалната комисия по управление на здравните системи в Европейския регион на СЗО (232). Повечето страни останаха ангажирани с принципите на солидарност, дори след резултата от икономическия спад, а други продължават да се движат в посока на всеобщо покритие. Съображенията "стойност за парите" излязоха на преден план на обществените политически дискусии в отговор на дългосрочните тенденции на стареене и неотдавнашната икономическа криза. Това кара много страни да разгледат и коригират доставянето на услуги, както и споразуменията си за тяхното възлагане и управление.

Здравните политики, планове и стратегии трябва да се основават на разбирането на здравните потребности на населението и визия за необходимото

обществено здраве и реакциите на здравеопазването. Въпреки това, слабостите в структурата и функцията на предоставяне на услуги в здравните системи в Региона подкопават напредъка по посока на доказателствено обосноваване и насочен към хората подход.

Съвременните концепции и подходи на общественото здраве не са приложени в практиката на много страни; те не разполагат с национални стратегии за развитие на услугите на общественото здравеопазване, за реформиране на остарелите закони на общественото здравеопазване и преразглеждане неефективни механизми за партньорство. Превенцията на заболяванията, включително нетрадиционните интервенции в областта на социалните детерминанти и насърчаване на здравето, са особено важни елементи на общественото здраве, но липсата на инвестиции и понякога непредвидените последици от реформата водят до слаба инфраструктура и нискокачествени услуги.

Структурата на предоставянето на услуги (както на населението, така и индивидуални услуги) често отразява предишната заболеваемост и историческите инвестиционни модели, което не е благоприятно за насочените към хората здравни процеси от 21-ви век за хроничните заболявания и застаряващото население. Например, обществените здравни услуги в много страни продължават да се фокусират върху заразните болести и съвсем бавно са започнали да интегрират структури и дейности за незаразните заболявания. Здравеопазването, задвижвано от специалисти и фокусирано в болниците пропуска важни нужди в здравето и социалното подпомагане и е скъпо, за разлика от системите, фокусирани върху насърчаване на здравето и профилактика на заболяванията. Първичната здравна помощ продължава да представя предизвикателства в много страни, поради тесен профил на задачите, лоша работа в екип, ограничено признание, слаби връзки с по-високи нива на обслужване и неадекватно финансиране. Тези модели често са резултат от изкривените тенденции на разходите за здравеопазване и професионални борби за власт, които благоприятстват интензивните лечебни услуги и високотехнологичната диагностика, за сметка на основната медицинска помощ, профилактика на заболяванията, насърчаване на здравето, рехабилитация и социални грижи.

Структурите и интегрирането на процеси често са зле координирани между обществените здравни услуги и здравните и социални грижи, включително насърчаването на здравето, превенцията на заболяванията, реагиране в случаи на остро заболяване, управление на грижите и рехабилитация. Има много причини за лошата координация, включително и слабо управление на здравната система и фрагментирана организация за предоставяне на услуги, липсата на финансови стимули и финансови политики, водещи до ефективно координиране на грижите, различия в клиничната практика на лекарите (и при общопрактикуващите лекари и при специалистите) и липсата на доказателствено обосновани подходи за целия последователен процес на грижи или те не се спазват.

Ангажиментът за подобряване на качеството на общественото здраве и на здравните услуги е променлив. Това изисква разработването на култура на непрекъснато учене, премахване на административните усложнения, гарантиране, че безопасността е ключов елемент в проектирането; гарантиране, че подходящите стимули подкрепят подобрението; осигуряване на култура на измерване и обратна връзка, както и прилагането на екипни подходи за предоставяне на здравни услуги. Тези елементи не са редовно налични в организации за предоставяне на услуги на територията на Региона, и грижата не е нито доказателствено обоснована, нито насочена към пациента.

Има много нововъведения в уредбите за финансиране на здравето през последните години за укрепване на универсално покритие, но много още е необходимо да се направи, за да се елиминира катастрофалното и обедня-

ващо плащане в Региона, по-специално за хронично болните хора и уязвимите групи от населението. Много страни са постигнали универсално покритие, предоставящо разумни нива на финансова защита и достъп до здравни грижи за цялото население. Въпреки това, 19 милиона души в Региона правят директни плащания за здравеопазване, което поставя катастрофална тежест за техните домакински бюджети, и повече от 6 милиона души са обеднели поради тази причина. Освен това, много хора с хронични заболявания, са изправени пред сериозни бариери за достъпа до висококачествено, непрекъснато управление на грижите. Общественото покритие на услугите за хронични грижи е далеч от всеобхватно в много страни. Страните се различават значително по изискванията за споделяне на разходите за здравни услуги и лекарства за хората с хронични заболявания. Това води до забавяне на търсенето на здравни грижи, което от своя страна се отразява на резултатите от лечението, особено за хора с ниски доходи и уязвими, и допринася значително за наблюдаваното здравно неравенство в целия Регион.

Преминаването към по-доказателствено обоснован, основан на населението и насочен към хората подход поставя значителни предизвикателства по отношение на човешките ресурси. В здравните системи има недостиг на подходящи хора с подходящи умения, на правилното място, особено медицински сестри и общопрактикуващи лекари. Съвместните работни споразумения с други сектори, често са слабо развити и липсват общи цели и бюджети. Разпределението на здравните работници е неравномерно, характеризиращо се с градска концентрация и селски дефицити. Лошата работна среда, липсата на гъвкави работни споразумения (поради феминизацията на здравните работници), включително неподкрепящото управление и недостатъчното обществено признание, подриват морала на здравните работници. Образованието и обучението на здравните специалисти не върви в крак с предизвикателствата, пред които е изправена системата на здравеопазването, което води до разминаване между компетентността на завършващите и нуждите на потребителите и населението като цяло, както и преобладаващата ориентация към болнично-базираните услуги и тесен технически фокус без широко контекстуално разбиране. Има ограничен ентузиазъм за продължително обучение поради липса на възможности за кариерно развитие, ниските заплати и липса на стимули. В много страни, миграцията на здравните работници и на работещите, напускащи обществения сектор в полза на частния сектор, влияе силно върху качеството и достъпността на грижите и капацитета да се ангажират с други сектори.

Висококачествените и достъпни лекарства все още не са системно налични във всички страни, дори за широко разпространени заболявания като хипертония, астма и диабет. Лекарствата са от съществено значение за предотвратяване и лечение на заболяванията, а лошокачествените лекарства представляват опасност за общественото здраве. Лекарствата също са отговорни за значителна част от разходите за здравни грижи: от 10-20% в Страните от ЕС до 40% в страните в източната част на Европейския регион. В няколко страни, в източната част на Региона гарантирането на редовен достъп до качествени, безопасни и достъпни лекарства все още е предизвикателство, защото бюджетите са недостатъчни, системите за доставка са слаби, доставки често са нерегламентирани и директните плащания са високи. Финансирането и регулирането на доставката на лекарства оказват силно влияние върху здравните резултати и финансовата защита на отделните хора. Важно предизвикателство за всички страни е управляваното въвеждане на нови и скъпи здравни технологии, като например фармакотерапия, устройства и процедури. Този процес често не е базиран на доказателства за ефикасността и безопасността на лекарствени продукти и технологии и споразумения за споделяне на риска между регулаторните органи и фармацевтични компании. Въвеждането и прилагането на политики за генерична замяна е една от най-ефективните мерки за намаляване на разходите в страни с нисък, среден и висок доход.

Накрая, управлението се нуждае от разширени партньорства и съюзи за по-добро преориентиране на здравните системи към доказателствено базирани и насочени към пациентите подходи. Това може да включва, наред с другото, предоставяне на по-широки нива на вземане на решения за доставчиците, повишаване на културата на производителността и отчетността на базата на висококачествена и широко споделена информация и ангажиране с населението и общностите, в проектирането на здравни решения. Укрепването на управлението на политиката, планирането, нивата на закупуване и предоставяне на здравни услуги стимулират бързи промени в културата на здравните услуги.

Решения, които работят

Засилването на ефективността на здравните системи е напред в дневния ред на страните в целия Европейски регион, с нови подходи и иновации за подобряване на здравето и на равенството в здравеопазването. Подобряването на общественото здравеопазване и здравните услуги, генерирането на ключови приноси на здравната система като човешки ресурси и лекарства в по-високо качество, укрепването на уредбите за финансиране на здравето и укрепване на управлението са ключови приоритетни области на "Здраве 2020". Този раздел подчертава политическите промени и нововъведения в областта на здравните системи, които са доказали, или имат потенциал, директно да подобрят здравните резултати и равенството в здравеопазването. Тези предложени решения са валидни в най-различни здравните системи, независимо от тяхната форма на финансиране (приходи от общите данъци срещу допълнително плащане), организация на предоставянето на услуги (комплексно срещу фрагментирано), собственост на предоставящите здравни услуги (обществени срещу частни) и управленческа организация (централизирана или децентрализирана).

Обществени здравни услуги

Постигането на по-добри резултати в здравеопазването в Европейския регион изисква значително укрепване на функциите и капацитета на общественото здраве. Въпреки че капацитета и ресурсите, инвестирани в общественото здраве, варират в рамките на Европейския регион, необходимостта да се инвестира в областта институционалната организация на общественото здраве и изграждането на капацитет и да се засилва защитата на здравето, промоцията на здравето и превенцията на заболяванията, са признати като приоритети. Прегледът и адаптирането на действията на общественото здравеопазване, предприети за модернизирани и укрепване на функциите на общественото здраве, може да бъде един от пътищата напред. Сътрудничество в областта на глобалното здраве и здравните предизвикателства от трансграничен характер са все по-важни, както и координацията в рамките на страните, които са прехвърлили и децентрализирали отговорностите на общественото здравеопазване.

Обществените здравни услуги трябва да бъдат стойностно и доказателствено основани и да формират разработването на политики, разпределението на ресурси и стратегическото развитие за промоцията на здравето. Тези услуги представляват инвестиция, която е едновременно на истинска стойност и фактор, допринасящ за икономическата производителност и създаването на благополучие. Тази инвестиция е крайъгълен камък в постигането на "Здраве 2020".

Обединяващ принцип на общественото здравеопазване е неговото основно "обществено" естество и фактът, че то се съсредоточава главно върху здравето на цялото население. Общественото здравеопазване надхвърля границите на здравния сектор, обхваща широк кръг от заинтересовани страни в обществото за справяне с причинните фактори – както непосредствените причини за заболяване, така и социалните детерминанти. Въпреки това, в

много страни в Европейския регион липсва общо разбиране за това какво представляват общественото здравеопазване и обществените здравни услуги; уменията и инфраструктурата в региона са откъслечни, а капацитетът за справяне със съвременните предизвикателства на общественото здраве продължава да бъде много ограничен в много страни.

В някои страни, липсата на политически ангажимент е спъвал развитието на общественото здравеопазване. Ключов елемент в по-нататъшното развитие на общественото здравеопазване е да интегрира своите принципи и услуги по-систематично във всички части на общество, като съобщава за повишена работа с цялото общество и на цялото управление, междусекторни действия, здраве във всички политики и заздравени здравни системи.

Преместването на общественото здравеопазване в центъра на подобряването на здравето изисква инвестиране в публично-здравни услуги и разглеждане като инвестиция в дългосрочна перспектива за здравето и благосъстоянието на населението като цяло. Ръководителите на общественото здравеопазване трябва да могат да инициират и съобщават политическите разисквания на политически, професионални и обществени нива, за да се застъпват за политики и действия за подобряване на здравето. Тези разисквания ще се изготвят върху цялостната оценка на здравните нужди и капацитета за здравни постижения в цялото общество. Те ще изискват анализ на по-широки стратегии за здраве, създаване на иновационни мрежи за действие в много различни сектори и участници и ще действа като катализатор за промяна.

Промоцията на здравето и профилактиката на заболяванията са особено важни елементи на общественото здравеопазване и по-нататъшно развитие на първичната здравна помощ предоставя ключов, стратегически метод за ефективно предоставяне на тези услуги. Комбинацията от предишна липса на инвестиции в областта на превенцията на заболяванията и неотдашните реформи и промени, включително децентрализация и приватизация на здравните услуги, означава, че много страни нямат съответната инфраструктура и услуги. Като цяло, делът на разходите за здравеопазване, разпределени в програмите за обществено здравеопазване, остава относително малък в целия Регион.

Защитата и промоцията на здравето на населението неизбежно се простира далеч отвъд ефективното изпълнение на функцията на общественото здравеопазване във всяка отделна страна. Това включва страни, които работят заедно, за да се справят с проблемите, произтичащи от глобализацията, работата на други международни организации и участници, въздействието върху здравето на глобалните икономически и търговски споразумения и дейности, и предизвикателствата, свързани с глобалните комуникационни стратегии. Това също включва съвместна работа хоризонтално в различните сектори и вертикално – от местното и общинското до регионалното и националното.

Много от най-неотложните предизвикателства на политиката, засягаща общественото здравеопазване, включват решаване на сложни проблеми, като например здравните неравенства, промените в климата и затлъстяването. Тези лоши проблеми надхвърлят капацитета на всяка една организация да бъдат разбрани или решени. Те също така изискват съвместна работа. Често има несъгласие относно причините за тези проблеми и липсата на сигурност за най-добрия начин за справяне с тях. Необходим е подход, основан на системно мислене и анализ, за да се оцени и да разбере сложността на процесите, които са в основата на здравето и болестите и за формулиране на комплексните интервенции на цялото управление. Този подход е релевантен и необходим за справяне с настоящата и увеличаваща се тежест на незаразните болести.

"Здраве 2020" е разработена заедно с Европейския план за действие за укрепване на услугите и капацитета на общественото здравеопазване, одобрен от Регионалния комитет през 2012 г. (233). Европейският план за действие определя визията за общественото здравеопазване през 21-ви век, и осигурява рамка за действие.⁸ Както "Здраве 2020", така и Европейският план за действие изискват ангажименти на нивото на цялото общество и цялото управление за подобряване на здравето и преодоляване на здравната неравнопоставеност, за които в подобряването на здравето проникват договорености за управление на здравето и за които вземането на решения отразява сърцевината основните принципи на правата на човека, социална справедливост, участие партньорство и устойчивост. Европейският план за действие приема като своя отправна точка дефиницията на Ачисън за общественото здравеопазване (234): "Общественото здравеопазване е науката и изкуството на профилактиката на болестите, удължаването на живота и подкрепата за здраве чрез организирани усилия на обществото."

Основните области на действие, които ще бъдат разгледани в Европейския план за действие включват запазване и по-нататъшно развитие и укрепване на съществуващите капацитет и услуги на общественото здравеопазване, с цел подобряване на здравето и борбата с неравнопоставеността в здравето посредством въздействие върху социалните детерминанти на здравето. Също така се подчертава, че общественото здраве играе важна роля в подкрепата, развитието и укрепването на здравните системи. Министерството на здравеопазването ръководи здравната система и е в центъра на ръководството и услугите на общественото здравеопазване. По този начин, общественото здравеопазване се отнася също така и за здравните системи, както и реципрочно, здравните системи могат да бъдат ефективни, само ако включват силен компонент на услугите на общественото здравеопазване.

И "Здраве 2020", и Европейският план за действие определят здравната система, тъй както е определена в Хартата от Талин (24):

В рамките на политическата и институционална рамка на всяка държава, здравната система е съвкупността от всички публични и частни организации, институции и ресурси, на които е възложено да подобряват, поддържат или възстановяват здравето. Здравните системи обхващат както лични услуги, така и услуги за населението, както и дейности, които да влияят върху политиките и действията на други сектори, за да обърне внимание на социалните, екологичните и икономическите детерминанти на здравето.

По искане на държавите-членки, Регионалният офис на СЗО за Европа започна разработването на Европейския план за действие. Той се основава на 10 обединяващи възможности за действие, подкрепени от 10 основни операции на общественото здравеопазване, разработени в рамките на Региона. Те представляват крайъгълен камък на съвременната обществена здравна служба.

Предложените основни операции на общественото здравеопазване трябва да се превърнат в обединяващ и ръководен принцип за здравните органи във всяка страна в региона за установяване, наблюдение и оценка на стратегии и действия за обществено здраве. В каре 7 са изброени десетте основни операции на общественото здравеопазване. Укрепване им изисква налагането като основен подход на цялото управление за подобряване на здравето чрез здраве във всички политики, който насърчава интегриран политически отговор в целия сектор и управленски граници.

Европейският план за действие за укрепване на капацитета и услугите на общественото здравеопазване е подкрепен от преглед на обществените здравни услуги в целия Регион, доказателства за институционални модели за предоставяне на обществени здравни услуги и инструменти за обществена здравна практика.

⁸ Европейският план за действие за укрепване на услугите и капацитета на общественото здраве съдържа пълни подробности за рамката за действие за развитието на общественото здраве е основните операции на общественото здраве. Той се смята за един от основните и необходими стълбове за прилагане на "Здраве 2020".

Индивидуални здравни услуги: подобряване на достъпа и качеството

Налице са ефективни интервенции за укрепване на предоставянето на здравни услуги за подобряване на достъпа до висококачествени, насочени към хората и доказателствено обосновани грижи. Основното предизвикателство за реформиране на здравните услуги е да се пренасочат към нуждите и очакванията на хората, за да станат по-социално значими и да произвеждат по-добри резултати. Темите подчертани по-долу включват преминаване към услуги, насочени към хората, укрепване и адекватно подпомагане на основните здравни грижи като еталон за други нива на грижи, включително създаване на благоприятна и добре структурирана болнична система, и осигуряване добра координация на грижите. Тези инструменти са от значение в широк кръг от условия за предоставяне на услуги, включително при организации с различни работни профили (общественото здравеопазване, първичната медицинска помощ, болниците, социалните грижи и други) и организации с различни форми на собственост (публична, частна със стопанска цел и частна с нестопанска цел).

Здравните услуги трябва да станат по-съсредоточени върху хората, за да се ускорят успехите в здравните резултати в ерата на хроничните заболявания. Хроничното заболяване е дългосрочно, изисква многократни взаимодействия между пациента и здравната система и в повечето случаи то прогресира. Целта на съвременните решения за предоставяне на услуги, следователно, е да се създадат механизми, които поддържат самоуправление, когато е подходящо, и предоставяне на грижи по-близо до дома, тъй като е безопасно и икономически ефективно. Това ще даде правя на пациентите, които след това могат да участват във вземането на решения за собствените си грижи и да планират това. Това изисква създаване източници на информация, помощ за вземане на решения и други механизми за подпомагане на упълномощаването на пациентите и вземането на решения. Действията за изграждане на предоставящи правя услуги включват:

- осигуряване на участие на пациента и обратна връзка в разработването, внедряването и оценката на здравните политики и услуги;
- прилагане на модели на партньорство и съвместно вземане на решения от пациентите и доставчиците на здравни услуги, подкрепени от обучение и програми за развитие на умения;

Каре 7. Десет основни операции на общественото здравеопазване

1. Наблюдение на здравето и благосъстоянието на населението
2. Надзор и реакции на рисковете за здравето и спешни случаи
3. Защита на здравето, включваща екологична, професионална, хранителна безопасност и други
4. Промоция на здравето, включващо действия за преодоляване на социалните детерминанти и здравното неравенство
5. Превенция на заболяванията, включваща ранно откриване на заболяването
6. Осигуряване на управление за здраве и благосъстояние
7. Осигуряване на достатъчно и компетентна работна сила на общественото здравеопазване
8. Осигуряване на устойчиви организационни структури и финансиране
9. Застъпничество, комуникация и социална мобилизация за здраве
10. Напредък на изследванията на общественото здраве, за да се информират политиката и практиката

- осигуряване на пациентите с подходяща информация за възможностите за лечение и техните права;
- очертаване на бариерите пред достъпа до информация, грижа, рехабилитация и помощни устройства за хора с хронични заболявания и увреждания; и
- създаване на начини за измерване на степента, да която грижите в организации и системи са насочени към хората и публикуване на показатели за сравнителна ефективност.

Трябва да се обърне особено внимание на уязвимите групи от населението, с по-силни програми за достигане до тях и нови модели на услуга. Механизмите за предоставяне на здравни услуги често не достигат до уязвими хора с ниски доходи. Например, вътрешните и външните емигранти, ромско население, групи, живеещи в отдалечени планински райони и употребяващите наркотици, имат трудности при достъпа до публично предлаганите здравни услуги, което допринася за здравното неравенство. Осигуряването на достъп на тези хора до грижите, от които се нуждаят през целия живот, налага търсенето на нови подходи към предоставянето на услуги чрез програми за достигане до тях, вместо да ги чака да потърсят помощ в традиционните условия за доставка на услуги. Публичният сектор трябва да продължи да бъде важен катализатор за насърчаване на развитието на програми за достъп чрез предоставяне на подходящо финансиране, създаване на упълномощаващи регламенти и механизми за възнаграждение, и чрез влизане в партньорство с ключовите заинтересовани страни.

Подобряване на качеството на грижите изисква допълнителни усилия от страна на доставчика, за да се гарантира, че пациентите получават системно доказателствено обосновани грижи, както и решителни усилия за намаляване на необоснованите вариации в здравната практика. Известни са ефективни и дори рентабилни интервенции за голяма част от болестите, която засяга Европейския регион. Въпреки това, проучванията показват, че много хора не получават тези превантивни, диагностични, лечебни и рехабилитационни услуги. Подобряване на обхвата на рентабилните лечения на сърдечно-съдови заболявания, диабет, управление на бременността и раждането, здравето на децата, туберкулозата и психичните проблеми ще измине дълъг път, за да се подобрят здравните резултати в Европейския регион. Освен това, пациентите често се представят с повече от едно заболяване, докато диагностиката и лечението често се основават на единични състояния. Необходими са нови насоки в научните изследвания в подкрепа на вземането на решения в ерата на напредналите хронични заболявания.

"Здраве 2020" остава ангажирана с подхода на първичната здравна помощ като крайъгълен камък на здравните системи в 21-ви век. Първичната здравна помощ е ключов инструмент за преодоляване на предизвикателствата, пред които са изправени здравните системи с добре обучени общопрактикуващи лекари, медицински сестри и други здравни работници. Тя е също ключов инструмент за предоставяне на услуги за насърчаване на здравето и профилактика на заболяванията и действа като център за свързване към други форми на грижа. Трябва да се развие подход за координирани грижи, който насърчава една балансирана система от обществени услуги, промоция на здравето, превенция на болестите и управление, извънболнична специализирана помощ и вторична и третична болнична помощ. В много страни, първичната здравна грижа наистина се развива, за да отговори на тези нарастващи искания за промяна на системата, но в други е необходимо да има допълнителни възможности да се подобри ефективността. Съществените съставки включват добра регулаторна среда, автономия на управлението, подобро финансиране, обучение на медицински персонал в областта на общественото здраве, доказателствено основана медицина и управление, както и постоянно качествено подобряване на практиките, базирано на мощни средства.

Световният доклад за здраве 2008 – Първичната медицинска помощ – сега повече от всякога (235) потвърди значението на първичната здравна помощ в здравните системи и основните ангажименти на Декларацията от Алмата 1978 (5). Световният опит показва, че най-отличителните черти на ефективната, насочена към хората първична медицинска помощ включват съсредоточаване на вниманието върху здравните потребности; поддържане на лични взаимоотношения, посредством координатори на грижи, които използват подходи за управление на случаите на хронични грижи; разчитане на регистрите и напластяване на риска за непрекъснати и изпреварващи грижи, а не просто да реагира на събитията; поемане на отговорност за здравето и здравните детерминанти през целия живот, включително управлението на края на живота с помощта на подходящо планиране; и интегриране на хората като партньори в управлението на техните здравни проблеми. Постигането на тази цел изисква не само реформиране на предоставянето на услуги, но и съобразяването на решенията за финансиране на здравето, за да се осигури подходящото разпределение на средствата в рамките на здравния сектор, реформи в обществената политика, които да осигурят по-здрави общности и ангажирано ръководство.

От известно време е налице нарастваща загриженост, че настоящият клиничен и икономически модел, който е в основата на болниците вече не е подходящ или "подходящ за целта". Твърде много болници се опитват да предоставят твърде широк диапазон на услуги. Много страни реагират, като се опитват да централизират повече специализиран труд и да го поставят в по-големите центрове. В същото време, увеличаването на броя на пациенти с множество заболявания предизвиква болниците, организирани по клиничните си "пътеки". Първичната грижа се нуждае от подкрепата на болниците и техните специалисти, за да се справят ефективно с пациенти с хронични заболявания, но стимулите за болниците често означават, че това не е в техен интерес. Финансовите стимули, структурирани по ниво на грижа и обем на дейност, подкопават усилията да се приемат по-добре интегрирани процеси за грижи, включително и свиване или намаляване на болниците.

Необходимо е да се гарантира тясна координация между първичната медицинска помощ, грижи по домовете, социални грижи, спешна помощ, неправителствените организации и специализираните грижи с определени пътеки за грижи, споделени регистрационни системи и други промени в подкрепа на по-интегрирани процеси. Това включва също така решения за правилно интегриране на психично-здравни услуги в семейната медицина и болничната помощ, за да се признае нарастващата тежест на заболяванията и увеличаващата се връзката между психическото и физическото влошено здраве.

Въпреки че здравеопазването е станало по-ефективно, то трябва също така да стане по-комплексно. При хората, които се нуждаят от лечение, има тенденция да са по-стари и по-болни и да имат значителна коморбидност, което създава по-голям натиск върху здравните услуги и трудност при определяне на приоритетите. Нарастващият икономически натиск често води до претоварени здравни заведения. В този контекст, следва да се признае че могат да се появят неочаквани и нежелани странични реакции в която и да е здравна обстановка. Десет на сто от пациентите в Европейския регион претърпяват предотвратима вреда или неблагоприятни събития в болница, което причинява страдание и загуба и влияние финансово върху здравните системи. Безопасността е част от дневния ред на качеството и измерение на културата на качеството, която обхваща разработване на мрежи от пациенти и доставчици; споделяне на опит; поуки от провал и оценка на риска; улесняване на ефективни доказателствено информирани грижи; надзор на по-добренията и упълномощаване и образование на пациентите и населението като партньори в процеса на лечение.

Важна подкрепяща мярка е приемането на напреднали информационно технологични решения, които могат да предоставят навременен достъп до из-

черпателна клинична информация, така че здравните специалисти и потребителите на услуги да могат да вземат правилните решения в точното време, без закъснения и да няма дублиране на услуги или ненужно използване на неподходящи грижи, с произтичащите от това обществени и лични разходи. За съжаление, тенденциите водят в обратна посока с различни информационно технологични решения в първичната медицинска помощ и болничните нива, което води до лоша комуникация между тях. Ангажимент, ръководство и инвестиции ще бъдат необходими, за да се промени това. С напредването на информационните технологии въпросите за неприкосновеността на личните данни и защитата изискват много внимателно обмисляне.

Сложността прави управлението на модерното здравеопазване една от най-трудните управленски задачи в цялата икономика. Въпреки това, много страни все още смятат инвестициите в управлението за загуба на ресурси и усилия. Има по-голяма възможност за значително подобряване на предоставянето на здравни грижи чрез прилагане на съвременни методи за подобряване и управление на качеството, отколкото с каквито и да е тествани се понастоящем клинични иновации. Твърде малко усилия се влагат в гарантирането, че са налице основните системи и организации и че те функционират ефективно.

Генериране на висококачествен принос на здравната система

Човешки ресурси

С цел да се съживи общественото здраве и да се трансформира към предоставянето на услуги, образованието и обучението на здравните специалисти трябва да бъдат преосмислени, така че да се подобри съгласуването между приоритетите на образованието и здравните системи и здравните нужди на населението. В подкрепа на тази трансформация на доставката на услуги към доказателствено информирана култура със силна координация на различните сектори и нива на обслужване, образованието и обучението трябва да отразяват няколко специфични фактора: да произвеждат по-гъвкава работна сила с многостранни умения, която да отговори на предизвикателствата на променящата се епидемиология; да има умения за съвместна работа с други сектори по социалните детерминанти на здравето; подкрепяне на екипно предоставяне на грижи; оборудване на персонала с подобрени умения; подкрепа на упълномощаването на пациентите, изучаване на нови подходи за консултации и изграждане на ръководни способности на всички нива в различните организации в подкрепа на тези промени. Способността да актуализират своите знания и умения и да реагират на новите здравни предизвикателства е необходимо условие за здравните професионалисти на бъдещето; това трябва да бъде подкрепено от лесен достъп до възможности за учене през целия живот.

На ниво на политика, по-голямо внимание трябва да се обърне в бъдещото здравеопазване към нуждите на застаряващото население и техните последици за здравната работна сила. Това включва преразглеждане на баланса между видовете обучени здравни работници и новите видове специалисти, необходими на всички нива на грижи. Например, увеличаването на броя на хората с множество здравословни състояния изисква по-квалифицирани общопрактикуващи, дори и на ниво болница. Образованието, обучението и регулирането на здравните специалисти следва да се основава на най-добрите налични доказателства относно бъдещите нужди от здравни услуги, свързани със застаряването на населението.

Подобряването на работата на съществуващата здравна работна сила е от решаващо значение, тъй като тя непосредствено засяга предоставянето на здравни услуги и, в крайна сметка, здравето на населението. Подобряването на производителността също е важно от гледна точка на ефективност, тъй

като допълнителното наемане на служители, необходими, за да се справят с нарастващото търсене, често не е достъпно. Качеството на услугите може да се подобри чрез акредитация и спазване на съответните национални стандарти за образователните институции и за индивидуалните здравни работници в публичния и частния сектор. Поддържащите стилове на управление и условията на труд имат допълнителен ефект върху работната сила, което от своя страна води до по-висок морал и ангажираност и по този начин до по-добри, по-уважителни и упълномощаващи взаимоотношения с пациентите. Връзката между лекари и пациенти остава от решаващо значение и трябва да бъде подкрепяна, тъй като здравните грижи стават все по-сложни и по необходимост мултидисциплинарни.

Ефективността и производителността също могат да бъдат увеличени чрез подобряване на процеса на грижи чрез надеждни подходи и пакети от грижи; създаване на последователни интердисциплинарни здравни екипи с ефективно управление; създаване на учебни програми на база компетентност, подсилени чрез обучение на и извън работното място; обучение за обслужване; създаване на възможности за практическо обучение, включително справедливо възнаграждение, подходящи стимули и достъп до необходимите ресурси; предотвратяване на професионалните рискове и повишаване на ролята на информацията, обратната връзка и оценка.

Медицинските сестри и акушерки са ключови и имат все по-важна роля в усилията на обществото за справяне с предизвикателствата на общественото здраве в наше време и в осигуряване на непрекъснатост на грижите и зачитане на правата при променящите се нужди на хората. Медицинските сестри и акушерки заедно формират най-голямата група здравни професионалисти в Региона. Тъй като те имат близък контакт с много хора, те трябва да са компетентни по принципите и практиката на общественото здраве, така че да могат да използват всяка възможност да влияят върху резултатите от здравните грижи, социалните им детерминанти и политиките, необходими за постигане на промяна. Това се отнася по-специално за тези, които работят в общинските служби, както и в училищата, промишлеността, затворите и заведенията за имигранти. Уменията в оказване на политически влияния, водене на преговори и вземане на решения, както и финансови, бизнес и културни компетенции, ще бъдат важна част от новия репертоар на всички медицински сестри и акушерки, като по този начин ще бъдат подготвени да работят ефективно и имат възможност да работят на всички нива във всички съответни сектори.

Новите предизвикателства пред здравните системи от технологичния напредък и променящите се очаквания изискват нови видове здравна експертиза и нови професионални обединения; примерите тук включват ръководителите на здравни грижи, здравните икономисти, адвокати, свързани със здравето и техници и инженери на високо ниво.

Следва да бъдат приети подходящи политики и стратегии, за да се привлекат и задържат здравните работници в селските и по-отдалечени места. Конкретните предизвикателства, породени от миграцията на работната сила в здравеопазването трябва да бъдат решени чрез прилагане в действие на необходимите регулаторни, управленчески и информационни механизми, в съответствие с разпоредбите на Световния практическо кодекс на СЗО за Международно набиране на здравен персонал, приет от 63-та Световна здравна асамблея (236). Както е посочено в Хартата от Талин (24), "международното набиране на здравен персонал трябва да се ръководи от етични съображения и солидарност между страните и да е обезпечено чрез практическо кодекс".

Лекарства

Има няколко ефективни механизма да се обезпечи качеството, ефикасността и безопасността на лекарствата, включително разработване и прилагане на подходящи регулаторни структури и правни рамки; подходящо производство, съхранение, разпределение и отпускане на лекарствени продукти; широко достъпна информация за здравните специалисти и потребители на лекарства, които да им позволяват да използват лекарствата рационално; и справедливо и балансирано предлагане и реклама на лекарства, насочени към разумната им употреба.

За да се подобри достъпът до животоспасяващи лекарства, трябва да се обмисли изчерпателен набор от политически инструменти; областите, които трябва да бъдат обхванати включват разумен подбор и употреба на лекарства, опростени системи за доставка; финансиране, ценообразуване и възстановяване на разходите; както и ограничаване на разходите и патентните въпроси. Животоспасяващите лекарства са скъпи в много страни в Европейския регион и допринасят за наблюдаваното здравно неравенство и за неравнопоставеност в употребата. Много държави са въвели политики за доставки и за намаляване на разходите, които целят оптимизиране на справедливия достъп до лекарства, имайки предвид ограничените здравни бюджети. Увеличаването на използването на генерични лекарства и подобряване на качеството на генеричните лекарства са два от най-важните инструменти на политиката не само за гарантиране на ефективното използване на ресурсите, но също така и за намаляване на здравното разделение между страните с високи и с по-ниски доходи.

Правата на интелектуална собственост, предоставени за насърчаване на научните иновации, са една от причините за високите цени на лекарствата. Държавите трябва да насърчават научните изследвания и развитието им при тези заболявания, за които в момента няма добро лечение. Въпреки че дискусиите по тази тема продължават от години, необходима е по-нататъшна подкрепа за иновации срещу болестите, които непропорционално засягат хората с ниски доходи.

Подходящото използване на лекарства ще повиши качеството на медицинските грижи и ще използва по-ефективно оскъдните ресурси в здравеопазването. СЗО преценява, че повече от половината от всички лекарства по света се предписват, отпускат или продават неподходящо, и че половината от хората, на които са предписани лекарства не ги вземат правилно. Прекалената употреба, недостатъчна употреба и неправилна употреба водят до загуба на оскъдните ресурси, като продължават здравословните проблеми или неблагоприятните реакции към лекарства. Увеличаването на лекарствена резистентност е основен проблем в Региона и подкопава усилията за постигане на напредък в лечението на туберкулоза, например. Рационално използване на лекарства означава, че състоянието се диагностицира правилно, че се предписва и отпуска най-подходящото лекарство, и че здравната система и пациента могат да си позволят това лекарство. Това също така означава, че пациентът е добре информиран за лекарството, разбира важността на предписаното лечение и пие лекарството, както се изисква. Рационално използване на лекарства изисква ангажираността и компетентността не само на лекари, медицински сестри, фармацевти и потребители на лекарства, но също така и на политици, създатели на политики, потребителски групи и професионални асоциации. Иновативните и ефективните стратегии за подобряване на рационалното използване на лекарства включват използването на терапевтични комисии, електронни рецептурници и клинични насоки, обратна връзка с данни за употребата на лекарствата, приемане на лекарствени информационни политики, въвеждане на финансови стимули и оценка на здравните резултати.

Фармацевтичните компании продават много продукти и влияят не само върху практиките за предписване на лекарите, но и на търсенето на лекарства и съгласието на потребителите на лекарства. Това може да доведе до нерационално използване на лекарства. Насърчаването на лекарствената употреба също може да повлияе косвено на медицинските насоки. Регулиране на насърчаването на лекарствената употреба е огромно предизвикателство за Европейския регион и засега няма задоволително решение в много страни. Това е голям приоритет и трябва да се мисли за нарастващото напрежение между търсенето на здравни услуги и наличните ограничени ресурси. Добрите практики и взетите поуки трябва да се споделят широко.

Отвъд лекарствата, принципите, описани по-горе, се прилагат и за здравните технологии като цяло. Оценката на нуждите и определянето на високо приоритетни технологии и устройства (както медицинско оборудване и широк диапазон на медицински грижи и доставки) за здраве в различни среди, включително у дома, са значителни предизвикателства в Региона. Пазарната стойност на устройства за медицински и здравни цели се очаква да бъде голяма, колкото тази за лекарствата. Управлението на въвеждането на новите здравни технологии е толкова важно, колкото и за лекарствата, за да се гарантира ефективното използване на ресурсите и равен достъп. Това изисква осигуряване на качеството на устройствата и услугите, прозрачни процедури за доставяне, управление на устройствата, както в здравните заведения, така и в домашни условия, разработване на хармонизирани показатели за рационално използване на здравни технологии и оценка на последиците от използването им за здравните резултати в дългосрочна перспектива.

Засилване на финансовите договорености за здраве

По-добри договорености за финансиране на здравеопазването могат да се справят с тези проблеми и по този начин ще подобрят равенството и солидарността, както и здравните резултати в целия Регион.

Постигането и поддържането на универсално покритие остава на челно място в дневния ред на Европейския регион, по-специално в резултат на икономическия спад. Световният здравен доклад 2010 – Финансиране на здравните системи: пътят към всеобщо покритие (237) дава цялостна представа за ситуацията в света на универсалното покритие и предлага изпълними препоръки на държавите-членки за това как да се движат напред в укрепването на системите за финансиране на здравеопазването. Към универсалното покритие може да се подходи или да се поддържа чрез една или комбинация от следните политики: увеличаване на публичното финансиране за здраве чрез общите данъци и/или социални осигуровки; намаляване на разпокъсаността на каналите за финансиране в здравната система (обединяване); приемане на механизми, които стимулират ефективно поведение сред доставчиците; намаляване на неефективността в структурата на системите за предоставяне на услуги; и прилагане на ценообразуване и регулаторни механизми за контрол на растежа на цените на лекарствата (235). Универсалното покритие е крайъгълен камък на солидарността и равнопоставеността на здравните системи и ключов инструмент за изпълнение на ангажиментите от Хартата от Талин (24).

Последните опити в реформиране на финансирането на здравеопазването показват, че отдалечаването от общите класификации на здравните системи, или модели като Бевъридж, Бисмарк и Семашко, спомага за увеличаване на иновациите и експериментирането. Така например, границите между системите за социално осигуряване, финансирани чрез общи данъци и осигуровки стават замъглени, тъй като страните все повече осъзнават, че смесената приходна база е най-резултатна за постигането на високи нива на покритие по устойчив начин, без да се обременява икономиката (238). Това е границата във финансирането на здравеопазването по отношение на приближаването

към универсално покритие и поддържането му, когато средствата са отпуснати в социалното разпределение според нуждите, така че да се оптимизират най-ефективно резултатите, по-специално в отговор на икономическите спадове.

Добре изпробваните финансови инструменти са достъпни за купувачите на здравни грижи, за да се влияе и да се измери поведението на доставчиците на здравни услуги и да се насърчи доказателствено информирано клинично поведение. Тези инструменти подобряват качеството на грижите чрез намаляване на колебанията в практиката, неподходящото използване и грешките в здравните грижи, които всички заедно допринасят значително за здравното неравенство, което съществува между страните в Европейския регион. В допълнение, плащането за резултати, дефинирани и измерени по отношение на здравните ползи, би могло да помогне доставчиците на здравни грижи да се ориентират към подобряване на здравето. По-специално трябва да се разработят механизми за закупуване, които подкрепят и засилват усилията за подобряване на координацията на грижите. Нефинансовите инструменти са еднакво важни за насърчаването на доставчиците на услуги да станат ориентирани към доказателствено информирано здравеопазване. Те включват професионално признание, възможности за развитие и партньорска култура, ориентирана към ефикасността.

Има решения за финансиране на здравеопазването, които гарантират стабилен поток от приходи за здравето по време на икономически цикли. Научените уроци по време на неотдавнашната финансова криза и икономически спад, може да помогнат на политиките да реагират по-добре на бъдещи кризи с ефективни политически инструменти, които поддържат универсално покритие и се подготвят за времето, когато публичните бюджети ще бъдат под още по-голям натиск. Може да не е възможно напълно да се предотвратят икономическите спадове и тяхното неблагоприятно въздействие върху здравето и социалните бюджети, но уязвимостта към тези шокове може да се намали. Страните, които натрупват резерви по време на икономически растеж, или поне намаляват бюджетния дефицит и външен дълг, може да избират или заеми, или изчерпване на резервите, когато икономиката се представя слабо. Дори когато тези опции не са налични, страните могат да решат да дадат по-голям приоритет на здравето в рамките на наличния държавен бюджет и по този начин да намалят неблагоприятните ефекти от икономическия спад. Въпреки това, това е политически по-трудно за изпълнение.

Ангажиментът за справяне с неефективността в здравния сектор е жизнено важен, за да се осигури популярност и политическа подкрепа за преминаване към и поддържане на универсално покритие, особено по време на икономически спад. Застъпничеството за повече публични разходи за здравеопазване е трудно, когато системата показва неефективност и прахосване. Бюджетните съкращения създават огромен натиск върху доставчиците на услуги да използват резервите от ефективност, но има ограничение за това колко и колко бързо повишаването на ефективността може да помогне за справяне с икономическата рецесия, а преходът към нова система за доставяне на по-ниска цена трябва да бъде управляван внимателно. Краткосрочните решения са важни за поддържане на работата на системата по време на криза, но такива балансиращи действия не могат да бъдат устойчиви в дългосрочен план. Например, забавянето на инвестициите и поддръжката може да осигури временна помощ за бюджета, но трябва също да се търсят устойчива ефективност чрез мерки, като например подобряване на енергийната ефективност, изместване на повече грижи в извънболнична среда, чрез разпределяне на повече средства за първична медицинска помощ и рентабилни обществено здравни програми, оряване на най-слабо рентабилните услуги и подобряване на рационалното използване на лекарствата.

Финансовата устойчивост не трябва да се разглежда като цел на политиката, която си струва да се преследва самата за себе си (239). Фискалните ограничения трябва да се спазват по време на преследването на целите на равноправието, финансовата закрила и печалбите от здравето. Императивите на икономическата политика, като стремежът към по-голяма конкурентоспособност, трябва да се разглеждат не просто като самоцелни, а като средство за подобряване на благосъстоянието сред хората в Европейския регион.

Усъвършенстване на управлението на здравните системи

Доброто управление укрепва здравните системи чрез подобряване на производителността, отчетността и прозрачността. Крайъгълен камък на управлението на здравната система през 21 век е да се направят здравните политики повече доказателствено информирани, междусекторни и участнически и съответно ръководството да се трансформира. Повечето здравни политики са разработени с помощта на подхода отгоре-надолу. Въпреки това, в една цялостно управленческа среда, хоризонталните връзки в цялото управление трябва да бъдат насърчавани. По-голямото участие на гражданите и гражданското общество ще подобри ориентацията на новите национални планове и стратегии за здравето по отношение на гражданите и потребителите на здравни услуги и ще очертае ясно социалните ценности.

Прилагането на системно мислене в проектирането на национални и поднационални здравни планове, политики и стратегии, гарантира всеобхватен и структуриран подход към дългосрочно планиране и определяне на приоритети. Чрез тези средства, избраните цели на здравната система, въз основа на социалните ценности, са добре приведени в съответствие с инструментите, използвани за укрепване на здравните системи. Предизвикателствата на здравна политика (като сегашната епидемия от хронични заболявания) все повече се признават за сложни проблеми, включващи голям брой променливи, много причинно-следствени връзки и положителни и отрицателни вериги на обратна връзка. Само дългосрочен, всеобхватен и целенасочен подход ще спре разпространението на нарастващите хронични заболявания. Надзорът и оценката следва да бъдат неразделна част от изпълнението на политиката, за да се гарантира обучение и адаптация.

Здравните министерства и техните партньори в министерствата на финансите, околната среда и образованието трябва да бъдат по-упълномощени да обосноват и да защитят инвестиране в областта на здравето и неговите социални детерминанти. Изобилстват доказателства, че здравето допринася за по-голямо социално и икономическо благосъстояние за цялото общество. Въпреки това, на политики, които могат да подобрят здравето често се дава нисък приоритет, волно или неволно, по време на договарянето на бюджета, особено ако здравните политици не представят убедителни аргументи. Важно е, че здравните системи трябва да функционират толкова ефективно, колкото е възможно, изправени пред нарастващото търсене, и здравните министерства трябва да поемат водеща роля в осигуряване и доказване на стойността, която инвестициите в здравната система произвеждат. И накрая, капацитетът на здравните министерства да определят приоритети при решенията за разпределение на ресурсите също трябва да бъде засилен, особено по време на икономически спадове, за да се осигури всеобщ достъп до предоставянето на здравни грижи, обусловени от нуждите, и там, където уязвимите хора с ниски доходи не са защитени.

Новото поколение на реформи в системата на здравеопазване призовава за създаването на благоприятна среда, в която партньорствата могат да преуспяват, гражданското общество може да участва в определянето на приоритети и вземане на решения, както и хората могат да полагат по-добри грижи за собственото си здраве. Отвъд публично-публично, партньорствата могат да имат множество форми, като публично-частни партньорства, с

някои услуги, възложени на външни частни организации; публично финансиране за частни доброволни социални работници; частни здравни организации с административни съвети, които включват местни политици; частни здравни организации, собственост на благотворителни организации; и здравни организации, управлявани от частни лица. Постигането на по-голямо разнообразие в отношенията изисква регулаторните и институционални рамки да станат по-отворени и гъвкави, за да се подкрепи създаването на партньорства. Същевременно, здравните министерства трябва да подобрят своята роля на стопани и да гарантират, че действията на всичките им съставни части, независимо дали са държавни или частни, са в съгласие и работят за подобряване на здравето и благосъстоянието на население.

Правителствата все повече се залавят с публично-частни партньорства, включително и в сектора на здравеопазването, за да произведат желаните обществени резултати от политиката чрез договорености за споделяне на риска между публичния и частния партньори. Такива договорености имат няколко предполагаеми ползи, включващи допълнително стабилно капиталово финансиране, когато публичния капитал е в недостиг или се колебае силно с икономическите цикли, по-ефективно използване на ресурсите и по-голямо внимание на качеството за крайния потребител. Въпреки, че се твърдеше, че тези ползи превъзхождат допълнителните разходи на частния капитал, доказателствата все още не са изчерпателни или безспорни. Важен нововъзникващ урок е, че като инструмент за обществения ред, публично-частните партньорства изискват усърдно управление от страна на публичния сектор, за да реализират ефективни и качествени ползи и да защитят равнопоставения достъп, а не разсейване на ползите с неподходящо поведение. Всички доказателства показват, че управлението на публично-частните партньорства е взискателно. Като цяло, трябва да има добре проектирано държавно управление и схема за отчетност, за да се гарантира, че тези подходи подкрепят и доставят публично определени ползи и допринасят за обществото. В допълнение, трябва да има режим на добре проектиран провал, така че публичните и частните сектори да поделят разходите от провала, тъй както го правят с ползите от успеха.

Остава още много да се направи, за да се гарантира, че доказателствата се използват систематично в разработването и прилагането на политиката. Това изисква непрекъснато разпространяване на нови знания, изграждане на капацитета на създателите на политики и политическите анализатори, както и прилагане на устойчиви институционални решения, които свързват търсенето и предлагането на доказателства по взаимно изгодни работни отношения. Брокерски знания, творчески форуми за превод на знания и съвместно произвеждане на знания са от ключово значение за укрепване на връзката между доказателства и политика, и за намаляване на разделението между тези, които създават доказателства и тези, които ги използват. Особено полезен подход е редовното оценяване на експлоатационните показатели на системата на здравеопазване. Добре развитите подходи измерват постигането на целите на здравната система на базата на стратегии на здравната система. Оценяването на изпълнението трябва да подхрани политическия диалог в рамките на правителството и между програмите, обществени органи на национално, поднационално и местно ниво, доставчиците на здравни услуги и граждани. Оценката на изпълнението е ключов инструмент за укрепване на управлението и допринася за повишаване на отговорността.

Здравна безопасност, международно здравно законодателство, готовност при спешни случаи и реагиране на спешни случаи в общественото здраве

Анализ на ситуацията

Европейският регион на СЗО е изложен на значителни здравни заплахи свързани с възникващите заболявания, инфекциозни огнища на болести и епидемии, и природни и предизвикани от човека (технологични) бедствия и конфликти, включително въоръжени конфликти, свързани с културни различия или оспорвани територии. Природните или предизвикани от човека бедствия включват биологични, химични и ядрени бедствия. В допълнение, Регионът е изправен пред предизвикателства от изменението на климата, с повишената честотата и тежестта на екстремните метеорологични събития, продължаващата урбанизация, нарастващите центрове за международно пътуване със самолет и увеличаване на броя на събития, на които се събира множество хора.

Социалното разнообразие и несправедливият достъп до здравни грижи също предизвикват усилията за готовност, като правят някои групи от хора много по-уязвими за спешни случаи в общественото здраве. Ефектите от икономическата криза влошават ситуацията. Накрая, въпреки че рискът от случайно изпускане на биологични, химически или радиоактивни материали все повече намалява с подобряване на правилата и процедурите за безопасност, съзнателното освобождаване на такъв материал налага по-голяма загриженост, като се има предвид по-лесния достъп до чувствителна информация и все по-мощната технология.

Данните от последните събития показват, че слабите и неподготвени здравни системи пречат на навременното и ефективно управление на здравни кризи и увеличават риска от международни последици. Значителните инвестиции, които държавите-членки са направили в готовността за пандемия преди пандемията от 2009 г. бяха решаващи за реакцията (229). Въпреки това, като цяло светът е зле подготвен да реагира на глобалните, непрекъснати спешни случаи на общественото здраве. Много от страните в Региона се нуждаят от допълнителна подкрепа за укрепване на основния си капацитет, за да открият и да реагират на потенциални заплахи за общественото здраве.

Решения, които работят

Ефективното разработване на адаптивни политики, устойчиви структури и предвидливостта за предвиждане и справяне с извънредни ситуации, е от решаващо значение. Международните здравни правила (2005) влязоха в сила на 15 юни 2007 г. и предоставят международна правна и оперативна рамка за подписалите ги за по-добра защита на здравето на населението. Международните здравни правила изрично изискват от всички държави-членки да разработят основен капацитет за наблюдение и реакция, за да се откриват, оценяват и докладват своевременно събития при заболяване или смърт над очакваните нива, които могат да представляват спешен случай за общественото здраве и международна загриженост. Страните трябва също да имат капацитет за бързо споделяне и достъп до съответната информация и да прилагат препоръките на СЗО в контекста на координираната международна реакция.

Като водеща агенция на Световната здравна група, създадена от Организацията на обединените нации, Междуведомствения постоянен комитет на СЗО има уникален международен мандат в рамките на международната ху-

манитарна система, която е също следвана в Регионалния офис на СЗО за процедури при спешни случаи за общественото здраве в Европа и ежедневните процедури на операции на Оперативния център за спешни случаи на Регионалния офис. Освен това, Регионалният офис активно подкрепя европейските държави-членки за укрепване на техния капацитет да реагират на всички видове спешни случаи на общественото здраве и играе централна роля в регионалния и глобалния информационен обмен и координация на реакциите.

Укрепването на управлението, прилагането на планиране на готовността в спешни случаи като непрекъснат процес за всякакви опасности, създаването на устойчиво управление на кризи и програми за управление на здравни рискове към здравните министерства и повишаване на многосекторната координация, са ефективни стратегии за предотвратяване и смекчаване на бъдещи здравни кризи.

Тъй като предизвикателства на здравната сигурност са сложни, ефективната реакция изисква прозрачен и навременен обмен на информация и данни между СЗО и нейните държави-членки и тясно сътрудничество между правителства, международни организации, гражданското общество, частния сектор и други партньори (240). В този контекст, СЗО работи в тясно сътрудничество с ОИСП и Европейската Комисията за подобряване на здравната сигурност на пан-европейско ниво.

В сътрудничество с партньори и институции, СЗО е установила механизми като например Глобалната мрежа за ранно предупреждение и реагиране (GOARN), за да мобилизира бързо най-подходящия международен опит да реагира на спешните случаи и заразните огнища на заболяването. Сътрудническите центрове на СЗО, като например Центровете за контрол на заболяванията на САЩ и Програмата за откриване и превенция на заболяванията в света, (с център в Казахстан), подкрепят прилагането на Международните здравни правила.

В областта на биологичната безопасност и мерки за биосигурност, нови участници, като например секторът на сигурността, инвестират в обществената здравна инфраструктура и развитието на човешките ресурси, по-специално в областта на лабораторния и епидемиологичен капацитет в страните в източната част на Европейския регион. Подобна инвестиция е в съответствие с междусекторните инвестиции за подобряване на здравната сигурност, насърчавана от международната дипломатия чрез, например, Конвенцията за биологични оръжия, Групата от експерти на високо ниво към ООН по въпросите на заплахите, предизвикателствата и промяната, или от Комитета за здравна сигурност на ЕС.

Трябва да се събират и прилагат допълнителни доказателства с цел всички държавни сектори, като селското стопанство, транспорта и отбраната, както и съответните общности и гражданското общество, да се включат по-пълноценно в подготовката за извънредни ситуации и усилията за реагиране. Планове за готовност за извънредни ситуации трябва да включват упражнения и тренировки за редовни проверки на нивото на готовност.

Засилените, добре подготвени и добре управлявани способности за предотвратяване и реакция на здравните кризи са правно обвързващи изисквания в рамките на Международните здравни правила. Средства за оценка (241) помагат на страните да оценяват своите собствени системи и да определят силните и слабите страни. Инициатива за по-безопасни болници е конкретен пример за насърчаването на мерките за намаляване на уязвимостта на здравните заведения и за да се гарантира, че те остават напълно функционални по време на общественоздравна криза. Инициативи за подобряване на многосекторната координация и интердисциплинарни подходи са от основно значение за подобряване на превенцията, ранното откриване и своевременното управление на събитията и трябва да бъдат допълнително за-

силени по време на международни масови събирания. Подобрената система за предупреждение и реакция и ефективната готовност за извънредни ситуации могат да задействат значителни подобрения в здравната система и да дадат на всички участници, включително на гражданското общество, уникална възможност за признаване на съответната им роля и отговорност за подобряване на здравето на населението.

Доброто управление е от съществено значение за насърчаване на готовността за извънредни ситуации, по-специално чрез подобряване на прозрачността и многосекторната координация. Прозрачното и навременно споделяне на информация трябва да продължат да се подобряват в рамките на страните с особено внимание на федералните структури, както и между държавите и СЗО в съответствие с процедурите на Международните здравни правила и централната роля на националните фокусни точки на Международните здравни правила.

Ще бъдат разработени нови партньорства, по-специално с регионалните институции, за да се постигне по-добър географски баланс на технически партньори в целия Европейския регион на СЗО. По-голямо участие на регионалните институции в мрежи като GOARN ще бъдат от съществено значение, за да се гарантира както техническата експертиза, така и културното разбиране.

По-тесното сътрудничество с институциите на ЕС, като Европейския отдел на комисията по заплахи за здравето и ОИСР, ще продължи, по-специално в подкрепа на Инициативата за здравна сигурност на ЕС. Това включва, когато това е възможно, по-нататъшното развитие на съвместни инструменти за отчитане и процедури, полеви мисии и доклади. Това ще даде възможност за единично докладване на страните както пред СЗО, така и пред ЕС, за споделяне на експертиза и оценка на риска, както и избягване на противоречиви съобщения в комуникацията на риска.

Създаване на приспособими общности и подкрепяща среда за здраве

Шансовете за здравето на хората са тясно свързани с условията, при които те се раждат, растат, работят и стареят. Систематична оценка на въздействието върху здравето на бързо променящата се среда, особено в областта на технологиите, работата, производството на енергия и урбанизацията, е от съществено значение и трябва да бъде последвано от действия, за да се осигурят положителни ползи за здравето. Приспособимите и упълномощени общности реагират проактивно на нови или неблагоприятни ситуации, подготвят се за икономическа, социална и екологична промяна и се справят по-добре с кризата и трудностите. Общности, които остават в неравностойно положение и са безсилни имат непропорционално лоши резултати по отношение на здравето, както и в други социални фактори като образованието и престапността.

Сътрудничеството между сектора на околната среда и здравния сектор е от решаващо значение за опазване на човешкото здраве от рисковете, свързани с опасна, замърсена или неустойчива физическа среда. Опасностите на средата са основен фактор за здравето на настоящото и бъдещото поколение: много здравословни състояния са свързани с околната среда (например, излагането на замърсяване на въздуха и въздействието на изменението на климата) и те си взаимодействат със социалните детерминанти на здравето. Ползите за здравето на икономика с ниски емисии на въглероден двуокис и здравните съпътстващите ползи от екологични политики се разглеждат в контекста на Рио+20 – Конференцията за устойчиво развитие на Организацията на обединените нации. Страните започнаха да развиват политики, които са от полза както за здравето на планетата, така и за здравето на хо-

рата, и те признават, че сътрудничеството между отделните сектори е от решаващо значение, за да се защити човешкото здраве от рисковете, свързани с опасната или замърсена среда.

Физическата среда

Повечето европейски страни отчетоха класирането си в Индекса за човешкото развитие (HDI), който не помръдва или намалява през периода 2005-2011 г. (242). По-ниските нива на човешкото развитие са свързани с по-ниски нива на екологични резултати и по-голяма тежест на заболяванията от околната среда.

В Европейския регион на СЗО заболяванията, свързани с околната среда, причиняват един от пет смъртни случая. Тежестта на влошеното здравословно състояние от околната среда се различава значително в отделните части на Региона и варира от 14% до 54 % (243). Примерите включват следното:

- Излагането на прахови частици намалява продължителността на живота на всеки човек средно с почти 1 година, най-вече заради повишен риск от сърдечносъдови и респираторни заболявания и рак на белия дроб (244).
- Замърсяването на въздуха в затворени помещения от биологични агенти, свързани с влага и мухъл увеличава риска от заболяване на дихателните пътища с 50 % (245).
- Шумът в околната среда води до загуба на 2 до 3 милиона DALYs чрез повишаване на исхемична болест на сърцето, когнитивно увреждане на децата, нарушения на съня, шум в ушите и раздразнение (246).
- Лошо проектираните и зле интегрираните транспортни системи водят директно до увеличение на жертвите по пътищата и смъртните случаи и косвено до по-ниски нива на активно пътуване и по-голяма социална изолация.
- Случаите на заболявания, причинени от водата, като криптоспоридиоза, кампилобактериоза, ламблиаза и легионелоза, се утроиха между 2000 и 2010 г. Хелминтите засягат около 1 милион деца в предучилищна възраст и повече от 3 милиона деца в училищна възраст в Европейския регион, което отразява необходимостта от предоставяне на основна хигиена, водоснабдяване и канализация в жилища и други среди, интензивно населени с деца (247).
- Въпреки че класическите, свързани с водата заболявания с висок епидемичен потенциал, като холера, коремен тиф, дизентерия и ентерохеморагичен Ешерихия коли, са в упадък в Европейския регион, 4 милиона души в градските райони и 14.8 милиона в селските райони все още използват неподобрени водоизточници и 34.6 милиона са с неподобрена канализация. Около 10% от населението в селските райони зависи от малък мащаб системи за водоснабдяване като частни кладенци, и те са често слабо регулирани и уязвими към заразяване (248).
- В рамките на държавите, хората с ниски доходи могат да бъдат изложени на въздействието на екологични рискове пет пъти по-често, отколкото хората с по-високи доходи (249).

Постигане на по-добро здраве и благосъстояние изисква да бъде поставено по-голямо внимание на намаляване излагането на въздействието на околната среда, рисковете и последиците при повишаването на равнопоставеността и укрепването на здравето. Намаляването на опасностите, свързани с въздуха, водата, химическото, хранително-вкусовото и шумовото замърсяване, постигане на всеобщ достъп до безопасна вода и адекватна хигиена, опазване на качеството на питейната вода и насърчаване на основната хигиена може да предотврати повече от една пета от общата тежест на заболяванията и голяма част от смъртните случаи в детска възраст в Европейския регион.

Въпреки това, справянето с индивидуалните излагания на околната среда и рисковете не е достатъчно. Това, което всъщност се изисква, за да се справим ефективно с огромното бреме на хроничните заболявания в съвременните общества е екологичен подход към общественото здраве, който признава сложни взаимодействия между биологични, поведенчески, екологични и социални фактори и търси решения за общественото здраве, които са съгласувани със стремежа към планетарна икономическа и обществена устойчивост (250, 251).

Социално-икономическите несправедливости и сегашната глобална икономическа криза възпрепятстват напредъка в намаляването на влиянието на факторите на околната среда и рисковете за здравето. Във всички страни, независимо от националния доход, хората с по-ниски доходи са в много по-висок риск от нездравословни среди, отколкото тези с по-високи доходи. Социалните детерминанти играят значителна роля в нивата на излагане на екологични фактори, както и сериозността на въздействието върху здравето на хората и на населението. Например, високите или нарастващи нива на бедност отслабват защитните функции на сектора водоснабдяване и канализация в рамките на националните здравни системи. Хората с ниски доходи са склонни да живеят в по-малко санитарни условия, в по-малко безопасни квартали, близо до източници на промишлено замърсяване и други източници на химически и други видове замърсяване и по-ниско качество на жилищата, и имат по-малък достъп до пространства за насърчаване на здравословен начин на живот (249).

Качеството на водата е под постоянен натиск и опазването на тези ценности е важно за доставката на питейна вода и употребата ѝ в производството на храни и отдиха. В ЕС, правните изисквания се основават на насоките на СЗО за качеството на питейната вода и се наблюдава често неспазване при ентококи, арсен, олово, никел, нитрати и други замърсители; в източната част на Европейския регион нивото на неспазване е по-високо и са налични повече патогени в системите за питейно-битово водоснабдяване. Допълнителен натиск се очаква от изменението на климата, нарастването на населението, промишлените нужди и водовземане от битовия сектор: общото потребление на вода се очаква да намалее с повече от 10% между 2000 г. и 2030 г. в ЕС и да се създаде воден стрес в центъра и южната част на Европа и Централна Азия (252).

Хранителните заболявания са нарастващ проблем за общественото здраве, като количеството храна, приготвена извън дома се е увеличила рязко през последните години. Осигуряване на безопасността по време на все по-сложната хранителната верига изисква сътрудничество между здравния сектор, селското стопанство, транспорта на хранителни продукти, заведения за хранене и хранително-вкусовата промишленост. Безопасността и сигурността на храните зависи силно от наличието на безопасна вода, политики за използване на земята и наличието на технологичен напредък за подобряване на производството на храни, съхранение, транспорт и препарати. Глобалните промени в околната среда, като разрушаването на озона, изменението на климата, загубата на биологично разнообразие, увеличаването на броя екологични и атмосферни извънредни ситуации, както и бързото въвеждане на нови материали и технологии може да доведе до нови здравословни проблеми, да увеличи съществуващите и да подчертае слабостите на действащите здравни системи. Например, в Европейския регион, някои от последиците от изменението на климата вече се усещат: 70 000 смъртни случая в горещата вълна през 2003 г. породиха "пробуждане" за това какво може да се случи, ако не се предприемат действия. Предвиждат се още по-големи рискове за здравето от изменението на климата за в бъдеще: повече горещи вълни, суши, наводнения и пожари; покачване на морското равнище, с последици за крайбрежните райони и населени места; разтапянето на вечните ледове на север, с рискове за инфраструктурата и жизнеспособността, както

и влошаване на класическите екологични и социални детерминанти на здравето (като например качеството на въздуха, водата и качеството и количеството на храната). Промени в географското разпределение на инфекциозни заболявания, с възможни локализиращи огнища на нови или повторно възникващи инфекциозни заболявания (като острата тропическа треска), също се очакват (253). Много ефекти на изменението на климата може да се почувстват далеч извън местата, в които те първоначално са се случили. Те могат също така да създават конфликти и конкуренция за ресурси, както и миграция. Очакваните разходи и икономически щети са огромни в диапазон между 5% и 10% от БВП (254).

Въпреки че екологичните и здравни интервенции включват широк спектър от участници, различните видове излагане на околната среда (като например чрез въздуха, водата, почвата, храната, шума и йонизиращи и нейонизиращи лъчения) трябва да се разглеждат като интегрирани детерминанти на здравето и благосъстоянието през целия живот и условията на живот. Сектори като транспорта, управлението на водите, канализацията, производството на енергия и селското стопанство играят по-съществена роля за повлияване здравето, отколкото само здравния сектор, и междусекторните политики работят на всички нива, от местно до международно. Секторът на здравеопазването има водещата роля за насърчаване на интервенции за общественото здраве, отколкото други сектори, като идентифицира рисковете и детерминантите на здравето, както и надзор и оценка на ефектите от политики и интервенции.

Страните от Европейския регион поставиха началото на процеса за европейската околна среда и здравето преди 20 години. Този процес е пример за уникален механизъм за управление, който работи чрез поредица от министерски конференции, които включват министерства, отговорни за здравето и околната среда на равна нога, усилва връзките и взаимодействието с редица многостранни споразумения за околната среда и засилва партньорството с други междуправителствени организации, като Икономическата комисия на Организацията на обединените нации за Европа, Програмата на ООН за околната среда и Европейската Комисия, както и с организациите на гражданското общество (255).

Изпълнението на Ангажимента за действие, приет от Петата министерска конференция по околна среда и здраве, проведена в Парма, Италия, през 2010 г., ще бъде от съществено значение за по-доброто свързване на здравето с устойчивото развитие (256). По-специално, Декларацията от Парма посочи следните приоритетни за околната среда и здравето задачи, с обвързани във времето цели, които да бъдат постигнати до 2020 г. от европейските държави-членки:

- гарантиране на общественото здраве чрез подобряване на достъпа до безопасна вода и канализация;
- преодоляване на затлъстяването и нараняванията чрез безопасна среда, физически активност и здравословен режим на хранене;
- превенция на заболяванията чрез подобро качество на въздуха на открито и на закрито; и
- превенция на заболяванията, произтичащи от химичните, биологичните и физическите среди.

В допълнение, Ангажиментът за действие призовава за:

- интегриране на здравните въпроси във всички мерки, политики и стратегии за смекчаване и адаптиране на изменението на климата;
- укрепване на здравето, социалните грижи и екологичните системи и услуги за своевременно подобряване на тяхната реакция на последиците от изменението на климата;

- разработване на системи за ранно предупреждение, надзор и готовност за екстремни метеорологични събития и огнища на заболявания;
- разработване на образователни програми и програми за информиране на обществеността;
- увеличаване на приноса на здравния сектор за намаляване на парниковите и газови емисии; и
- насърчаване на научните изследвания и развойната дейност.

Основната работа на СЗО, особено по отношение на укрепването на националните здравни сектори за подобряване на националния надзор, предупреждение и реакция, остава от съществено значение в борбата срещу заболявания, свързани с водата и храните, като върши работата си по заболявания, предотвратими с ваксина и пренебрегваните болести. Важни постижения за здравето биха могли да се получат чрез по-тясно придържане към препоръките на СЗО за заболяванията, предотвратими с ваксина, като вирусен хепатит А.

Оценката за въздействие върху здравето на екологичните детерминанти на здравето и на политиките в различните сектори, е основна функция на здравния сектор: идентифициране на рискове, разбиране на това как те са свързани с човешкото здраве и развиване на ефикасни и ефективни мерки за справяне с тях. Оценката за въздействието върху здравето е от съществено значение за разработване и прилагане на екологичните стандарти и намаляване или елиминиране на екологичните рискове.

Като част от първичната превенция на болестите, усилията за подобряване на градското планиране, за да се даде възможност на повишена физическа активност и да се повиши мобилността на застаряващото население или хората с увреждания, води до по-добро здраве и благосъстояние. По-безопасни работни и обществени места и по-добри жилищни стандарти намаляват броя на нараняванията и излагането на хората към околната среда и рискове за здравето от топлина и студ, на химикали и шум. Подробните системни подходи за движение по пътищата, които подобряват безопасността на пътя и поведението на водачите на превозни средства чрез преодоляване на водещите рискови фактори за жертвите по пътищата, като скорост, шофиране в нетрезво състояние и неадекватно използване на защитни устройства, значително подобряват пътната безопасност за водачите и за пешеходците, като значително намаляват броя на смъртните случаи и нараняванията, свързани с транспорта. Фискалните мерки, като например ценообразуване на вода и санитарни услуги, облагане на емисиите на замърсители (включително на парникови газове) и предоставяне на стимули, за да се преорентират моделите на потребление, насърчават по-чисти технологии и по-рационално използване на природните ресурси и опазване на биологичното разнообразие. Те са необходими, не само за да се осигури по-добро здраве за населението, но и да се защитят бъдещите поколения.

През последните десетилетия, комбинацията от доброволна дейност и тази на правно обвързващите многостранни споразумения и конвенции е доказала, че е ефективен механизъм за водене на политическото действие в посока на овладяване на екологичните здравни предизвикателства. За пример, Протоколът за водите и здравето от Конвенцията за опазване и използване на трансграничните водни течения и международни езера през 1992 г. изиска от страните в Европейския регион да създадат цели и доклад за напредъка в осигуряване на достъпа до вода и канализация, намаляване на болестите, свързани с водата и опазване на водните ресурси (257). Конвенцията от Барселона за защита на морската околна среда и на крайбрежните райони в Средиземноморието имаше сериозни последици в развиващите се здравно-защитни мерки, като призова за безопасното третиране на отпадъчни води и тяхната повторна употреба като вода за напояване (замислено като мярка за адаптиране към климатичните промени).

Други важни примери за сътрудничество между СЗО и други агенции на ООН за изпълнението на многостранните екологични споразумения включват приноса на насоките за качество на въздуха на СЗО за прилагане на Конвенцията за трансгранично замърсяването на въздуха на далечни разстояния и сътрудничеството между СЗО и Икономическата комисия за Европа на Организацията на обединените нации при изпълнението на Пан-европейската програма за транспорта, здравеопазването и околната среда (THE PER), уникална платформа, която обединява министерствата, отговарящи за транспорта, околната среда и здравето за постигане на здрави и устойчиви модели на транспорт. Регионалният офис на СЗО за Европа също допринася за глобалните конвенции, като например чрез анализиране на здравните ефекти и насърчаване на здравето в Конвенциите от Рио (по-специално тези, по отношение на изменението на климата и биологичното разнообразие).

Регионалният офис има важна консултативна и подпомагаща роля в сътрудничеството с други агенции от системата на Организацията на обединените нации, като например УНИЦЕФ в Съвместната програма за надзор на водоснабдяването и канализацията, за да наблюдава напредъка по Цел за развитие на хилядолетието 7;⁹ UN-Water (междуведомствен механизъм) в Глобалната годишна оценка на канализацията и питейната вода, и Икономическата комисия на ООН за Европа, в осигуряване на равен достъп до безопасна питейна вода и подобрени санитарни условия.

Една добре функционираща система за управление на околната среда и здравето на нивото на Европейския регион на СЗО играе основна роля в обединяването на заинтересованите страни от целия сектор и стимулиране на координирани действия, за преодоляване на тежестта на заболяванията от околната среда. Ролята на гражданското общество е вероятно да бъде особено важен фактор в управлението на околната среда и здравето в бъдеще. На много места, политическата загриженост за околната среда и здравето е закъсняла реакция от натиска на гражданското общество.

Точно както качеството на околната среда и естеството на развитие са основните детерминанти на здравето, така и здравето е важен стимул за други аспекти на развитието. Здравето на човека зависи от способността на обществото да управлява взаимодействието между човешките дейности и околната среда по начини, които да гарантират и насърчават здравето, но не застрашават целостта на природните системи, от които околната среда зависи.

Устойчиво развитие

Целта на устойчивото развитие е да се отговори на нуждите на настоящето, без да се излага на риск способността на бъдещите поколения да посрещат своите собствени нужди. Понятието за устойчиво развитие обхваща повече от устойчивост. Устойчивото развитие предполага смяна на парадигмата от модел на развитие на основата на неравенството и експлоатацията на ресурси в такъв, който изисква нови форми на отговорност, солидарност и отчетност, не само на национално ниво, но и в световен мащаб и между поколенията.

Връзките между по-доброто здраве, икономиката и устойчивостта на околната среда са добре установени: хората, които са здрави са по-способни да учат, да печелят и да имат положителен принос към обществата, в които живеят. Обратно, по-здравословната околна среда е предпоставка за доброто здраве (258).

Глобалният план за действие, приет на Конференцията на Обединените нации за Околната среда и развитие през 1992 г. (259) и Декларацията от Рио де Жанейро за околната среда и развитие (260) са все още валидни. Въпреки че Европейският регион на СЗО е свидетел на силен икономически растеж и значителен напредък в областта на здравеопазването, включително по

⁹ Намаляване наполовина до 2015 г. делът на населението без постоянен достъп до питейна вода и канализация.

стигнатия напредък за постигане на няколко от Целите за развитие на хилядолетието, тези положителни тенденции са били придружени от нарастващите неравенства, здравната неравнопоставеност, влошаване на околната среда, изменението на климата и повтарящи се икономическа, финансова, енергийна и хранителна кризи (261). Необходимостта от нов, по-последователен подход към екологичната политика се вижда и от факта, че 20 години след първата Среца на върха в Рио, ключовите решения в много страни, които влияят на околната среда – политики за развитие, градоустройство, транспорт, енергетика и селскостопански избор и развитие на жилищата – по-скоро създават, отколкото да намаляват замърсяването на въздуха, шум, химическо замърсяване и наранявания при пътнотранспортни произшествия.

Няколко национални и местни случая илюстрираха факта, че политиките от различни сектори и среди могат също така да насърчават ползи за здравето. Много от тях използват подходи на зелената икономика. Следващите примери сочат решения в една област (като транспорт или градско планиране) с по-добро здраве и благосъстояние.

Организацията на обединените нации (262) твърди, че системни промени почти не са възможни, без реални действия за справяне с нивата на консуматорството и използването на ресурсите.

Въпреки това, ако се предприемат действия за намаляване на прекомерното потребление на енергия, да се ограничи употребата на някои опасни вещества и да се насърчат промените в потребителските модели, резултатът ще бъде намаляване на незаразните заболявания като диабет тип 2 и сърдечно-съдовите болести. Здравословните диети, които намаляват общия прием на енергия биха могли не само да подобрят здравето и да намалят затлъстяването, но също така и да подобрят околната среда чрез намаляване на транспорта и на емисиите на парникови газове. Намаляването на консумацията на животински мазнини и протеини би увеличило повече ползите, като се има предвид колко земя, вода и енергия са необходими за тяхното производство. Голяма работа се хвърля в намирането на начини за насърчаване на здравословни диети, което ги превръща в лесен и популярен избор и повишава общественото им разбиране. Политиците в Региона са подкрепени от някои механизми и международно съгласувани планове за намаляване на консумацията на транс-мастни киселини и сол, като например планът за действие за изпълнение на Европейската стратегия за превенция и контрол на незаразните болести 2012-2016 (178).

Една ключова област за действие е насърчаването на активното придвижване и обществения транспорт. Има многобройни примери за това как чрез обществения транспорт, в комбинация с колоездене и ходене, може да се намали замърсяването на въздуха, шума и емисиите на парникови газове, потреблението на енергия и задръстванията, да се подобри пътната безопасност и да се защитят по-добре пейзажа и градското обединяване, като същевременно се осигуряват повече възможности за физическа активност (263).

На свой ред, тези политики намаляват риска от сърдечно-съдови и дихателни заболявания, диабет тип 2, някои форми на рак и хипертония, както и на жертвите по пътищата. Едва наскоро започнаха да се появяват доказателства, че тази смес от транспортни политики може да предостави възможности за създаване на нови работни места или да направи "Зелени" съществуващите работни места.

Големите ползи за здравето могат да бъдат постигнати в сектора на жилищното строителство чрез комбинация от мерки, включително: по-ефективно използване на активна и пасивна естествена вентилация за охлаждане; мерки за намаляване на мухъла и влагата; енергийноефективно домашно отопление, уреди и готвене; осигуряване на безопасна питейна вода; и подобряване на канализацията и по-здрави сгради. Много страни, региони и градове екс-

периментират с рентабилни стратегии за смекчаване на изменението на климата в сектора на жилищното строителство; те трябва да бъдат систематично проучвани и преценявани за техните ползи за здравето (264).

Зелените площи в градските райони въздействат положително върху здравето. Много от мерките, предприети на местно ниво, произвеждат големи ползи за здравето. Където има обществени зелени площи и гори, хората ги използват, за да се разхождат, да играят, и да карат велосипеди, като превръщат физическата активност в неразделна част от ежедневието си, намалявайки риска от наранявания, а ефектът "градски топлинен остров" намалява нивата на стрес и шумовото замърсяване и повишава социалния живот. Обществените зелени пространства могат да допринесат и за управлението на наводненията (246).

Здравният сектор е един от най-интензивните потребители на енергия, основен източник на заетост и важен производител на отпадъци, включително биологични и радиоактивни отпадъци. Следователно се появяват важни възможности за подобряване на околната среда в екологизирането на здравните услуги. Болници и клиники могат да постигнат значителни здравни и икономически ползи чрез енергийни мерки за ефективност, например разработване на медицински устройства с ниска енергия, използване на възобновяема енергия, опазване на водите и безопасното им съхраняване на място, подобряване на управлението на доставки, рециклиране на отпадъците и използване на местно отглеждана храна. Здравният сектор има също съществена роля за смекчаване на ефектите от изменението на климата и за намаляване на излагането на околната среда, като вземе мерки за ограничаване своя собствен съществен отпечатък върху климата и отрицателното му въздействие върху околната среда. Въпреки това, потенциалът и капацитетът за екологизиране на здравните услуги варират значително между отделните страни в посока запад-изток. Приемането на подходящо законодателство, предоставянето на стимули за увеличаване на институционалния капацитет, за да се правят първоначални инвестиции, осигуряването на възобновяеми енергийни източници и енергийно-ефективни технологии, както и повишаването на информираността на всички може да помогне да се преодолеят пречките за изпълнение.

Доказателствата за това как зеленото развитие може да е от полза за здравето и равнопоставеността нарастват с повишаването на популярността на темата (251). Важни изследователски области включват ефектите върху здравето на новите технологии и иновации, и ползите за здравето и равнопоставеността от зелените и приобщаващи политики за растеж в други сектори. Зеленият растеж и просперитет не е задължително да бъде приобщаващ или катализатор на намаляването на бедността, освен ако не е придружен от подходи в полза на бедните хора и не се съсредоточи върху здравето като неразделна част от подхода за зелено развитие. Икономическата достъпност е само един от компонентите на приобщаващия растеж и равнопоставен достъп. Няколко мерки за икономическа подкрепа бяха предложени в различни сектори за справяне с достъпа до вода, храна, канализация и битова енергия. Те варират от директна финансова подкрепа и технологични подобрения до гарантиране на минималното обслужване за най-нуждаещите се хора.

Демонстриране на връзката между устойчивото развитие и здравето е силен аргумент в подкрепа на смекчаването и адаптирането на последиците от изменението на климата, по-конкретно, и на устойчивото развитие като цяло. Здравните резултати могат да бъдат измервани и могат да генерират обществен и политически интерес. Здравето ще бъде критичен компонент в това как се проследяват напредъка и въздействието на устойчивото развитие след Рио+20.

Разширяването на интердисциплинарното и междусекторно сътрудничество между здравето на хора, околна среда и животни ще повиши ефикасността

на общественото здраве. Това изисква работа за пълно прилагане на многостранните споразумения за околната среда, както и препоръките на европейския екологичен и здравен процес; експедитивно разширяване на базата от научни знания; оценка на ефектите върху здравето на политики в различни сектори, особено тези, които засягат здравето и околната среда; осигуряване на непрекъснатото развитие и адаптация на услуги за околната среда и здравето, както и насърчаване на здравния сектор да действа по екологично отговорен начин.

Градска околна среда

Моделите на здравни грижи се различават в рамките на Региона. В общи линии, централното и регионалното управление обикновено директно администрират болничното лечение и грижи; първичната медицинска помощ обикновено е децентрализирана. Местното управление често поема основната отговорност за управление на продължителното заболяване и инвалидност, администриране или директно предоставяне на жилища, здравни и социални услуги за подкрепа, особено за по-възрастните хора. Функциите на общественото здравеопазване и околната среда преди често са били комбинирани на общинско ниво, но тези функции понастоящем е по-вероятно да се отделят, въпреки че в някои страни отново ги събират.

Около 69% от хората в Европейския регион живеят в градска среда. Животът и работата в градските зони засяга здравето и здравните перспективи както положително, така и отрицателно чрез сложна съвкупност от видове влияния и механизми. В допълнение, в градовете се концентрират групи от населението с различни демографски, икономически и социални характеристики, някои от които с особени здравни рискове и уязвимост.

Градските райони предоставят чудесни възможности за отделните хора и семейства, за да проспират и може да насърчават здравето чрез по-добър достъп до услуги, култура и отдих. Независимо от това, въпреки че градовете са двигателите на икономическия просперитет и често мястото, където е съсредоточено най-голямото богатство в страната, те също могат да концентрират бедност и лошо здраве (265). Градското здраве се очертава през последните години като рамкираща парадигма за областта на научните изследвания и политиката, която служи за обединяване и съсредоточаване на разнообразието на силите, определящи здравето на градските жители (266).

Градският живот може да повлияе на здравето чрез физическата и застроената среда, социалната среда и достъпа до услуги и подкрепа. Качеството на жилищата, кварталното проектиране, плътността на развитие и смесцията от употреби на земята, достъпът до зелени площи и съоръжения, зони за отдих, велосипедни алеи, качеството на въздуха, шума и излагането на токсични вещества са доказали, че влияят на здравето и благосъстоянието на населението по много различни начини. Някои обстоятелства на градския живот, особено сегрегацията и бедността, допринасят и засилват тези несъответствия чрез налагане на прекомерно излагане на неблагоприятни за здравето социални и нежелани модели на реакция на икономическата и социална онеправданост. Броят на по-възрастните хора, които живеят в градовете се увеличава, което изисква преосмисляне на градоустройството и стандарти за предоставяне на услуги (267).

Повечето местни правителства в Европейския регион имат общо задължение да насърчават благосъстоянието на своите граждани и да осигуряват равен и подобрен достъп до общинските ресурси и възможности. Градовете могат да постигнат това чрез тяхното влияние в няколко области, като здравеопазване, социални услуги, околна среда, образование, икономика, жилища, сигурност, транспорт и спорт. Междусекторните партньорства и общинските инициативи за упълномощаване могат да бъдат изпълнени по-лесно на местно ниво с активната подкрепа на местното управление. Мрежата Здрави градове предоставя много примери за добри практики.

Градовете съществено влияят на здравето и благосъстоянието на хората чрез различни политики и интервенции, включително и тези, отнасящи се до социалното изключване и подкрепа; здравословен и активен начин на живот (като алеи за велосипедисти и без тютюнев дим на обществени места); въпросите на безопасността и опазване на околната среда за деца и възрастни хора; работните условия; готовност за справяне с последиците от изменението на климата; излагане на опасности и неприятности; здравословно градско планиране и проектиране (планиране на кварталите, премахване на архитектурните бариери, достъпност и близост на услугите); както и процеси за участие и приобщаване на гражданите (268).

Прилагането на "градската лупа" има няколко последствия за тези, които са загрижени за дейността за здраве и благосъстояние:

- разбиране и вземане предвид на градската специфика и разпределение на социално-икономическите и екологични фактори, определящи здравето;
- справяне с условията, които повишават потенциалното излагане на хората и уязвимостта към заразни и незаразни болести;
- справяне с променящия се демографски и социален пейзаж на градовете, като застаряването на населението и миграцията;
- включване на градските здравни проблеми в националните здравни политики, стратегии и планове; и
- признаване на значението на ролята на местните власти в укрепване на здравето и на равенството в здравеопазването във всички политики на местно ниво и ангажимента на цялото общество.

Местно ръководство за здраве и благосъстояние и ролята на кметовете и гражданските лидери

По много причини местното управление е уникално поставено да осигури ръководство за здраве и благосъстояние. Много от социалните детерминанти на здравето функционират както на местно, така и на общинско ниво. Поради тази причина в сложния свят на множество нива на управление, с многобройни обществени и частни заинтересовани страни, местните власти имат способността да влияят върху детерминантите на здравето и неравнопоставеността. Те са в добра позиция да влияят върху употребата на земята, строителните стандарти и системи за водоснабдяване и канализация, както и да приемат и налагат ограничения върху употребата на тютюн, професионалното здраве и разпоредбите за безопасност. Второ, много от местните власти имат възможност да развиват и прилагат интегрирани стратегии за насърчаване на здравето. Трето, техният демократичен мандат им дава власт и санкционира правото им да свикват партньорства и насърчават приноса от много сектори. Четвърто, местното управление има ежедневен контакт с гражданите и е най-близко до техните проблеми и приоритети. То представя уникални възможности за партньорство с частния сектор и организациите с нестопанска цел, гражданското общество и граждански групи. Пето, местното управление има капацитет да мобилизира местните ресурси и да ги разположи, за да се създадат повече възможности за бедните и уязвими групи от населението и за защита и насърчаване на правата на всички градски жители.

Независимо от това, ръководството не се ограничава само до разбирането как нечия власт и потенциална област на влияние могат да насърчат здравето и да намалят неравенствата в здравето. Местното управление за здраве трябва да има визия и разбиране за важността на здравето в социалното и икономическото развитие; да има ангажимента и убеждението да изгражда нови партньорства и съюзи; да насърчава отчетността за здравето чрез задължителни и извън законоустановените местни участници, за да се съгла-

суват действията на местно ниво с националните политики; да прогнозира и планира промяна; и в крайна сметка да действа като пазител, катализатор, застъпник и защитник на правото на най-високо ниво на здраве за всички граждани (249, 269).

Ефективното ръководство за здраве и благосъстояние изисква политически ангажимент, визия и стратегически подход, поддържащи институционални договорености и създаване на мрежи и връзки с други хора, които работят за подобни цели (270, 271). Истинската власт на местните ръководители за подобряване на здравето и благосъстоянието не са в рамките на техните официални правомощия. По-скоро идва от способността им да вдъхновяват и да водят. Чрез овладяване на обединените усилия на множество участници, местните власти могат да умножават властта си и да повлияят наистина на здравето и благосъстоянието на местните общности. Тези съществени елементи на ефективни действия са насочени към промяна на това как хората, общините, неправителствените организации, частния сектор и местните власти разбират и вземат решения за здравето и здравната равнопоставеност.

Социалната среда: социални детерминанти и активи на здравето

Изграждането на устойчивост е ключов фактор за опазване и насърчаване на здравето както на индивидуално, така и на общностно равнище. Здравето на всеки човек е тясно свързано със здравето на по-голямата общност. Общностите играят жизненоважна роля в насърчаване на здравето и профилактика на заболяванията и гарантиране на социалното включване на хората с хронични заболявания и хората с увреждания. Тази роля се влияе и оформя от сложната взаимовръзка между естествени, изградени и социални среди. Политическата дейност за превръщането на такива среди в по-здравословни ще помогнат на общностите и хората в тях да бъдат оправомощени в избора си и да поддържат собственото си здраве.

Предвид тези бързо променящи се среди, акцентирането върху постоянния стремеж за подобряване на условията на живот и труд е от ключово значение за подпомагане на здравето. На макро ниво, социалните и икономическите политики трябва да създадат среди, които да гарантират, че хората на всички етапи от живота си ще са по-способни да достигнат своя пълен здравен потенциал. На микро ниво, действия, предприети в специфичните условия, в които хората живеят, обичат, работят и се забавляват – домове, училища, работни места, места за свободното време, социални грижа и домове за възрастни хора – могат да бъдат много ефективни. Движението на СЗО Здрави градове и общини осигурява обширни примери за това как да се изгради такава устойчивост, особено чрез включване на местни хора и предаване на здравните проблеми в ръцете на общината. Други мрежи, базирани на условията – като подпомагащи здравето училища и работни места – предлагат сходна практика. Здравните и социални услуги, и по-специално услугите на първичната здравна помощ, достигащи до семействата в домовете им, до работниците на работните им места и до местните групи в общността, са важни входни точки за систематично поддържане на индивидите и общностите през целия живот и най-вече по време на критичните периоди (235, 272).

Хората не могат да бъдат оправомощени от другите, а могат да се упълномощават сами чрез придобиване на повече правомощия, като се възползват от своите собствени присъщи активи, улеснени от външни структури и житейски обстоятелства. Общините могат да подкрепят индивидите и пациентите, чрез създаване на социални мрежи и чрез мобилизиране на социална подкрепа, които заедно да насърчават сближаването между индивидите и могат да подкрепят хората през трудни преходи в живота им и периоди на уязвимост и заболяване. Общините трябва да осигурят структури, ресурси

и възможности за отделните хора, групи и квартали да създават мрежа, да станат по-организирани и да изградят капацитет с други участници, да развият ръководството и да поемат отговорност за своето здраве, за своите болести и за живота си. През последните години, бяха разработени инструменти и беше натрупан опит в тази област. Няколко примера бяха докладвани в литературата относно здравните активи и устойчивостта на общността (273, 274). Тези иновации имат за цел да идентифицират наличните активи за индивидите и общностите за решаване на местни проблеми по устойчив начин и да гарантират, че може да се използва външна подкрепа чрез социалното подпомагане и други услуги по-ефективно. Така например, наскоро сформираният Алианс на активите в Шотландия е платформа за споделяне на активи и насочване на шотландското правителство и националните агенции за развитие на политиките (275).

Наличието на адекватна система за социална защита влияе на здравето и здравното равенство. Социалните разходи на правителството се отразяват съществено върху равнището на бедност което, от своя страна, е свързано с по-висока смъртност, особено сред жените и децата, и по-специално жените с ниско ниво на образование. Социалната защита влияе на здравето на хората в зряла възраст, особено в страните с ниски и средни доходи.

Отговорността на цялото управление за здравето изисква ефектите върху здравето да бъдат фундаментално взети под внимание в разработването на всички регулаторни политики (47). Упоритото и често нарастващо социално обусловено неравенство по отношение на здравето изисква интегрирани действия и системен подход (276, 277). Необходими са силен политически ангажимент, ефективни и високопроизводителни здравни системи, както и съгласуваност във всички правителствени политики, както и добре функциониращи институции, способни да оказват влияние върху правенето на политика в здравето и в други политически сектори. Систематичното атакуване на обществени политики и частни инициативи, както и съгласуването на финансови, човешки и екологични ресурси, ще мобилизира действията за по-добро здраве и благосъстояние и тяхното равномерно разпределение в обществото (49, 51, 278).

Основна цел на политиката е да се поддържат минимални стандарти, необходими за здравословния начин на живот. Данните показват, че социалните разходи са по-щедри в страни с по-универсални политики за социална защита и по-високи нива на участие на работната сила. Конкретните действия, които да бъдат препоръчани за социална защита включват гаранции, че жените и децата имат достъп до необходимия минимален доход за здравословен начин на живот; че социалните разходи са достатъчно щедри, особено сред жените с ниско ниво на образование; че социалните системи за защита в страните с ниски и средни доходи са щедри и универсални и че програмите за активен пазар на труда, свързани с щедра социална защита, насърчават постигането на високи нива на участие на работната сила.

Справянето със социалните детерминанти на здравето и здравните неравенства изисква да се направи нещо повече от традиционния модел за предоставяне на здравни и социални грижи. В допълнение към предоставянето на обществени услуги за преодоляване на недостатъците в дадена общност, трябва също да се насочат усилия към овладяване на всякакви присъщи активи и подкрепа, които могат да съществуват в рамките на общините и които могат да подобрят и допълнят приноса на общественния сектор (27). Много добронамерени програми за насърчаване на здравето и намаляване на социално причиненото неравенство в здравеопазването се провалят, защото не се основават на такъв обхващащ цялата система подход.

Тъй като здравните активи са свързани със социалните детерминанти на здравето, подходите на основата на активи имат потенциала да преодолеят някои от съществуващите бариери за оптимизиране на здравето и благо-

състоянието и намаляване на неравенствата по отношение на здравето. Такива подходи са силно свързани с насърчаването на здравето и модели на интервенции и подчертават значението на укрепването на защитните и насърчаващи фактори за индивидуално и общностно здраве чрез идентифициране на уменията, силните страни, способностите и знанията на хората и социалния капитал на общностите. Тези модели се фокусират върху идентифицирането на това, кои активи могат да защитят, поддържат и насърчават здравето на хората и общностите. Целта е да се увеличат тези активи, за да се решат местни здравни проблеми по устойчив начин и да се гарантира, че всяка външна подкрепа (като например предоставяне на услуги за подобряване на здравето и благосъстоянието) може да бъде използвана по-ефективно (279-281).

Усилията за намаляване на уязвимостта и противодействие на изключващите процеси са важни. Необходимо е по-умно управление, което да даде възможност на общините да направляват другите агенции да се стремят към здравето и благосъстоянието като колективни цели. Необходими са нови структури за управление и ръководство, за да се направи това. Вместо да се изгражда капацитет отвън, трябва да бъдат създадени упълномощаващи социални, политически и икономически системи, които освобождава капацитет в рамките на организации, професионални групи, общности, семейства и групи в неравностойно положение. Създаването на това упълномощаване изисква различни видове знания и доказателства, построени на опита и интерпретацията на засегнатите хора в групите и общностите.

Тези подходи помагат за превода на тези понятия и принципи в местната дейност. Целта е публични инвестиции в местните общини, изграждане на местни сили и активи за повишаване на нивата на стремеж, изграждане на устойчивост и освобождаване на потенциала (282). По този начин, подходите, базирани на активи, са неразделна част от насърчаването на здравето и трябва да се превърнат в неразделна част от стратегиите за подобряване на здравето и намаляване на неравенствата по отношение на здравето (283, 284).

Повишаването на осведомеността в общностите, семействата и отделните хора, че са налице възможности за промяна и подкрепа и че всеки може да помогне за отстраняване на пречките за по-добър и по-здравословен живот, може да предложи по-голяма свобода за хората със здравословни проблеми, по-специално на хора с хронични заболявания и с увреждания, както и да насърчи техния смислен принос за обществото. Целта е да се признае и да се засили ролята на различните заинтересовани страни и да се подобри проследяването и отчетността. Действията включват: участие на пациентски и семейни болногледачески асоциации и свързаните с тях неправителствени организации в предоставянето на грижи за пациентите и подкрепа с публични средства; изграждане на поддържащи общности, за да се даде възможност на хората да живеят възможно най-независимо; насърчаване на подкрепата за самостоятелно управление на болестта на работното място; укрепване на средствата за социално подпомагане в общности, които насърчават участието и контакта на хора с хронични заболявания и с увреждания; както и започване и финансиране на програми за преодоляване на стигмата, за да се променят негативните нагласи към хора с хронични заболявания и хора с увреждания. Здравната грамотност е обещаващо действено понятие, което се занимава с динамичното взаимодействие между индивидите и средата, в която те живеят и работят, като се концентрира върху ученето и развитието на умения за здраве, включително способността за ориентирване в сложни социални и здравни системи в полза на здравето. Здравната грамотност прилага подхода за цял живот, чувствителна е към културните и контекстуални фактори и се занимава както с физически лица, така и организации.

Неофициалните болногледачи осигуряват най-голям дял грижи. Подкрепата на тяхната роля, обучението им и защитата на тяхното благосъстояние създават положителни резултати за здравето както на болногледачите, така и на хората, за които те се грижат. Ключовите точки на действие са да се осигури официално признаване, финансова подкрепа и социално-осигурителни ползи за неофициалните болногледачи; да се включат неофициалните болногледачи в процесите на вземане на решения за здравната политика и услуги; да се осигурят домашни посещения и редовна комуникация между професионалистите и неофициалните болногледачи, включително оценка на здравословните и безопасни условия и технически помощни средства; да се използва опита на неофициалните болногледачи за човека, за когото се грижат в обучението на професионалните болногледачи; и да се осигурят мерки за защита на психичното здраве на неофициалните болногледачи, като например възможности за гъвкаво и непълно работно време, партньорска подкрепа и самопомощ, както и обучение и инструменти за оценка на нуждите на психичното здраве на болногледача.

Част 3

**"Здраве 2020":
подобряване на ефективното
прилагане – изисквания, пътища
и непрекъснато обучение**

Въведение

Част 3 описва изискванията и пътищата, които могат да поддържат ефективно изпълнението на "Здраве 2020". Две предизвикателства вървят ръка за ръка – управление на здравната система и укрепване на здравните системи, които заедно по-нататък са наричани управление на здравето; и съвместното действие на здравния и не здравните сектори, обществените и частните сектори, както и на гражданите за една обща цел – да насърчават управлението за здраве. Прилагането на "Здраве 2020" изисква движение по няколко основни елемента: ръководство; стратегически намерения (изразени чрез национални и поднационални здравни политики); съвместна работа чрез партньорства; развиване на отговорност за здравето на цялото общество и на цялото управление; надзор, оценка и изследвания на общественото здраве; и силна роля на СЗО.

Осъществяване – предизвикателствата пред политиците

При осъществяването на "Здраве 2020", страните не само ще се изправят пред различни предизвикателства и изходни точки, но също така трябва да могат да се адаптират към очаквани и неочаквани условия, при които политиките трябва да бъдат прилагани. Светът днес е в много по-различна политическа среда от предишната "Здраве за Всички" – този документ, както и проучването на управлението за здраве, вече е обръщал внимание на предизвикателства като глобалната взаимозависимост и свързаност, на бързите темпове на промяната, добавената сложност на политическата среда и увеличената несигурност. Необходими са нови политически подходи и инструменти, за да работят ефективно в такъв свят (285).

Държавите-членки ще избират различни подходи и ще съгласуват своите действия и избор със своята конкретна политическа, социална, икономическа и епидемиологична реалност, своя капацитет за разработване и прилагане на политиката, както и съответните си истории и култури. Държавите-членки се насърчават да анализират и критично да оценяват къде стоят във връзка с политическата рамка "Здраве 2020" и дали техните политически инструменти, законодателните, организационни, на човешките ресурси и фискални ситуации и мерки подкрепят или възпрепятстват изпълнението на "Здраве 2020". Това включва оценка на сложността на системата, капацитета, производителността и динамиката. "Здраве 2020" определя настоящите, възникващи и бъдещи въпроси, които трябва да бъдат разгледани, но също така подчертава факта, че политиците са изправени пред предизвикателството да наместят непредвидени въпроси, както и промени в контекста, които ще окажат въздействие върху политическите цели. Ще бъдат необходими непрекъснати анализи и политически промени, като и готовност да се прекратят политики, които вече не са необходими или ефективни.

Изпълнението на "Здраве 2020" ще бъде взискателно. Скорошно проучване, проведено от Регионалния офис на СЗО за Европа за подкрепа на развитието на "Здраве 2020" и улесняване на нейното прилагане разгледа различните ангажименти в общественото здраве, поети от държавите-членки между 1990 и 2010 година. Те възлизаха на впечатляващ брой резолюции, политически декларации и правно обвързващи инструменти. Повечето теми на "Здраве 2020" бяха разгледани, въпреки че някои изглежда са имали нужда от по-голямо внимание, като например въпросът за възрастните хора, управлението на избрани незаразни болести, както и икономическите последици от здравето и болестите. Авторите поставиха под въпрос устойчивостта на такъв подход, идентифицираха предизвикателствата от наблюдението и оценката на изпълнение и повишиха възможностите за повторение и дублиране.

В такава сложна среда бяха предложени седем подхода за подкрепа на правенето на политиката.

- *Интегриран и далновиден анализ.* Ако ключовите фактори, които влияят върху ефективността на политиката са идентифицирани и се изготвят сценарии за това как тези фактори могат да се развият в бъдеще, политиките могат да бъдат направени надеждни в отговор на редица от очакваните условия, както и индикаторите могат да бъдат разработени, за да помогнат да се предизвикат важни промени в политиката, когато е необходимо.
- *Обсъждане сред многобройните заинтересовани страни.* Това води до колективни и сътруднически обществени усилия, за да се проучи един проблем от различни гледни точки, преди да се вземе решение. Съвещателните процеси укрепват проекта на политиката чрез насърчаване на признаването на общи ценности, обща ангажираност и нововъзникващи въпроси и чрез осигуряване на цялостно разбиране на причинно-следствените взаимоотношения.
- *Автоматична корекция на политиката.* Част от присъщата изменчивост в социално-икономическите и екологични условия може да бъде предвидена и проследяването на ключови показатели може да помогне да се предизвикат важни промени в политиката, за да продължи политиката да функционира добре.
- *Активиране на самоорганизацията и социалните мрежи.* Гарантирането, че политиките не пречат на съществуващия социален капитал, създаването на форуми, които правят възможно създаването на социални мрежи, улесняването на обмена на добри практики и отстраняване бариерите за самоорганизация укрепват способността на заинтересованите страни да реагират на непредвидени събития по различни иновативни начини.
- *Децентрализация на вземането на решения.* Децентрализация на властта и отговорността за вземането на решения на най-ниската отговорна единица за управление, съществуваща или новосъздадена, може да увеличи капацитета на политиката да се справя успешно, когато се сблъсква с непредвидени събития.
- *Насърчаване на вариация.* Предвид сложността на повечето условия на политиката, прилагането на различни политики за справяне с един и същ въпрос увеличава вероятността за постигане на желаните резултати. Разнообразието на отговорите също представлява общ подход за управление на риска, което улеснява способността да се изпълнява ефективно при неочаквани условия.
- *Официален преглед на политиката и непрекъснато обучение.* Редовен преглед, дори когато политиката се представя добре, както и използването на добре проектирани пилотни схеми за целия живот на политиката, за да се проверят прогнозите, свързани с изпълнението ѝ, може да помогне за справяне с възникващите проблеми и да предизвика важни корекции на политиката.

Ръководство, включително засилване на ролята на здравните министри и здравния сектор

Ръководството за здраве и здравното равенство е по-важно от всякога. Има много форми на здравно ръководство, в които има много участници: например, международни организации за определяне на стандарти и "определяне на целите"; ръководители на правителства, даващи приоритет на здравето и благосъстоянието, здравни министри, достигащи отвъд техния сектор до министрите в други сектори; парламентаристи, проявяващи интерес в об-

ластта на здравето; бизнес ръководители, търсещи преориентиране на своите бизнес модели, за да се вземе под внимание здравето и благосъстоянието; организации на гражданското общество, които обръщат изрично внимание на недостатъците в профилактиката на болестите или на предоставянето на услуги; академични институции, които предоставят доказателства, въз основа на които работят или не работят здравните интервенции и резултати от научните изследвания за иновациите; както и местни власти, които приемат предизвикателството на здравето във всички политики. Отделни хора като филантропи или медийни личности също все повече поемат ръководни роли по проблемите на здравето и на равенството и провеждат кампании с голям ефект.

Тази водеща роля за здраве през 21-и век изисква нови умения, често използвайки повече влияние, отколкото пряк контрол, за да се постигнат резултати. Голяма част от властта на здравните ръководители в бъдеще ще бъде не само в тяхната позиция в областта на здравната система, но също така и в способността им да убедят другите, че здравето и благосъстоянието са от голямо значение във всички сектори. Ръководството ще бъде не само индивидуално, но и институционално, колективно, насочено към общността и сътрудническо. Такива форми на ръководството вече са доказани. Групи от заинтересовани страни се обединяват за справяне с основните предизвикателства за здравето на глобално, регионално, национално и местно равнище, като например глобалното движение за HIV. Подобни движения се очертават около незаразните заболявания, здраве на околната среда и промоция на здравето.

Здравните министри и министерства имат жизненоважна роля в това отношение. Тяхното силно ръководство е от ключово значение за всички необходими действия, за развитие на здравето, включително: разработване и прилагане на национални и поднационални здравни стратегии, фокусирани върху подобряване на здравето и благосъстоянието; застъпване и постигане на ефективна междусекторна работа за здравето; ангажиране на активното участие на всички заинтересовани страни; предоставяне на висококачествено и ефективно ядро на функциите на общественото здраве и здравните услуги; както и определяне и наблюдение на стандартите за изпълнение в рамките на прозрачна отчетност.

Тяхната отговорност за ефективни, отзивчиви и ефикасни здравни услуги също допринася значително за справедливото подобрене в здравеопазването. Здравните услуги допринасят за резултатите от здравето и благосъстоянието и този принос може да се очаква да нараства с течение на времето, тъй като технологичния капацитет на здравните услуги се увеличава в целия спектър от заболявания и болести. В допълнение, самите здравни услуги са мощен социален фактор за здраве от гледна точка на социално разпределените неравенства в достъпа и ползването им.

Развитие, приложение и оценка на национални и поднационални здравни политики, стратегии и планове, произтичащи от приноса на различни сектори

Здравните политики се фокусират върху преследването на конкретни и измерими здравни постижения, особено увеличаването на годините здравословен начин на живот и способността да живеят самостоятелно с хронично заболяване. Загрижеността за здравето е ключов приоритет в политиката на всички нива на управление, което изисква ефективна и интегрирана здравна система, обслужваща нуждите на общественото здраве и с акцент върху първичната здравна помощ. Постигането на тези цели включва изгот-

вяне на подробен план за развитие на здравето и благосъстоянието, включително разработване и укрепване на здравните услуги. Свързана с това е целта за укрепване на междусекторните подходи.

Тези инструменти за планиране трябва да надхвърлят предоставянето на здравни грижи и да се справят с широка програма за подобряване на здравето и социалните детерминанти на здравето, както и взаимодействието между здравния сектор и другите сектори на обществото. Национална здравна стратегия – която може да приеме много различни форми – може да предостави една вдъхновяваща всеобхватна или политика "чадър", с участието на широка гама от заинтересовани страни и сектори и да се фокусира върху подобряване на здравето на населението. Такава стратегия може да поддържа общи ценности, да подхранва единдействието и да насърчава прозрачността и отчетността. За страни с нисък и среден доход процесът на разработване на здравни политики, стратегии и планове може също така да подпомага дарителите в работата по здравното планиране и да допринесе за ефективната им координация. Процесът трябва да бъде информиран от цялостна оценка на здравните нужди, която е чувствителна към възраст, пол, социално положение и състояние.

Изследвания и други проучвания показват, че много политики и услуги, въпреки че имат установена доказателствена база (като например намаляване на сол и наситени мазнини в диети, увеличаване на данъците върху тютюневите изделия, откриване и управление на хипертония, управление на инсулт с мултидисциплинарни екипи и активно управление на третия етап на труда), не достигат до населението в нужда. Има много причини за провала да се прилагат доказателствата в политиката и практиката. Някои от тях са технически и са породени от вида и характера на събраните доказателства, а някои са организационни и възникват когато партньорствата или междусекторната работа е слаба; други са политически и се пораждаат, защото това, което доказателствата казват не се приветства от натоварените с определянето на приоритетите и вземането на инвестиционни решения. Реакцията на интервенциите също зависи от отделни лица, упълномощени да поддържат потенциални ползи.

Разбира се, доказателствата рядко са единственият или дори основният фактор, определящ как се вземат решения. Ценностите и други влияния също са важни. Въпреки това, все още трябва да увеличи предоставянето на основни рентабилни услуги и да се освободят ресурси, но това означава, че трябва да се направят усилия за разширяване на доказателствено информираните интервенции, насочени към тези, които имат най-големи нужди и да се намали предоставянето на неподходяща грижа или интервенции на общественото здраве с ограничена ползност. За да успее такъв подход, изследователи, политици и лекари трябва да работят по нови и различни начини, съсредоточени върху съвместното произвеждане на знания и доказателства, които да отговарят на съответните им нужди.

В допълнение към необходимите и често нови фондове, ангажимент за справяне с неефективното използване на ресурси в здравния сектор е от жизненоважно значение осигуряването на обществена и политическа подкрепа за по-големи разходи. Повишаването на ефективността трябва да бъде централна част на здравните планове и стратегии, а не краткосрочен отговор на бюджетните съкращения, тъй като преходът към нова система за услуги с по-ниски разходи трябва да се управлява внимателно и може да изисква инвестиции в краткосрочен план. Целта е за да се постигне устойчиво повишаване на ефективността, като подобряване на енергийната ефективност, измества на повече грижи към амбулаторни условия, разпределяне на повече средства за първичното здравеопазване и рентабилни програми за обществено здраве, намаляване на най-малко рентабилните услуги, както и подобряване на рационалното използване на лекарства.

Производителността на често фрагментираните здравните системи може да не съвпадне с нарастващите очаквания на обществото и гражданите. Хората очакват по-голямо участие, упълномощаване, справедливост и зачитане на правата на човека в предоставянето на здравните услуги. Очаква се увеличаване на вътрешните разходи за здраве, но ресурсите са винаги ограничени. Укрепването на здравните системи и управлението на здравните системи са от решаващо значение за изпълнението на тези очаквания. Здравните министри и здравните министерства, както и други национални органи, се нуждаят от помощ и подкрепа за подобряване на резултатите на здравната система и за увеличаване на отчетността и прозрачността.

Здравната политика обикновено се развива чрез различни подходи и нива, и с различни цели. Механистичните подходи не са достатъчни и във всеки случай са доказани като недостатъчни. Необходими са по-гъвкави и интегрирани подходи, които са в състояние да реагират бързо на променящите се обстоятелства и да дават доказателства за това кое работи добре и кое – не толкова добре. Подробното разработване на здравна стратегия, по своята същност, е силно политически процес и това трябва да се признае на всеки етап.

Политическите и правни задължения, са от решаващо значение за гарантиране на дългосрочна устойчивост. Необходима е гъвкавост, за да се адаптират към неочаквани развития в политическата, икономическата и здравна среда. Стойността е до голяма степен в процеса. Тези стратегии е по-вероятно да бъдат изпълнени, ако са направени и "притежавани" от хората, които ще ги прилагат, и ако са съобразени с капацитета, ресурсите и ограниченията. Инструментите трябва да очертаят реалистични начини за развитие на капацитета и ресурсите, чрез мобилизиране на партньори и заинтересованите страни, които може да имат конкуриращи се интереси.

Добавяне на стойност чрез партньорства и партньори за здраве

"Здраве 2020" ще бъде постигната чрез комбиниране на индивидуални и колективни усилия. Ключът към успеха на "Здраве 2020" е държавите-членки и СЗО да работят в тясно сътрудничество и да се стремят да ангажират други партньори. Подходите на "цялото управление" и "цялото общество" за подобряване на здравето и благосъстояние, които са в основата на "Здраве 2020", се основават на стратегии, които насърчават съвместно управление, подобряване на координацията, интеграцията и разпределяне на отговорността за здравето в цялото управление и общество, и имат за цел да оправомощат хората на местно и на общинско равнище. Днешните сложни предизвикателства на здравето трябва да бъдат разглеждани чрез многостепенен подход на цялото общество и цялото управление, който в допълнение към участниците от държавния и публичния сектор, включва структури на гражданското общество, частния сектор и средствата за масово осведомяване. Успехът ще изисква една обща цел и усилия за широко сътрудничество от участници в цялото общество във всяка страна: правителства, неправителствени организации, гражданското общество, частния сектор, науката и академичните среди, здравни специалисти, общности и всеки отделен човек.

Днешните ръководители за здраве трябва да се застъпват и да изграждат партньорства за здраве. Тези партньорства са основна концепция в рамките на "Здраве 2020", която приема перспектива за цялата система. Ефективните партньорства с институции, граждани и общности, гражданското общество и публичните и частните заинтересовани страни ще бъдат от съществено значение на няколко нива, за да получат представа за местните детерминанти на здравето, да спечелят подкрепа за действията в рамките на цялото общество и да допринесат за развитието на общността. Това отчасти означава да се накара управлението за здраве на цялото правителство и междусек-

торно да работят по-добре и отчасти да се разработят общи международни, национални и местни съдружия за здраве.

Партньорствата в рамките на и извън правителството зависят от взаимни интереси и лични отношения, както и от положителна среда, в която да работят. Има много видове партньорства, изградени върху различни форми на взаимоотношения; например партньорствата могат да бъдат формални, неформални, или по-скоро от техническо естество. Доказателствата показват как от решаващо значение са здравината, качеството и прозрачността на връзките между партньорите, механизмите за приписване на отговорност и отчетност и най-вече, договореностите за определяне на бюджети и отчитането. Тези характеристики на партньорствата оказват съществено влияние на резултатите и изпълнението.

Във всички нива на структурите трябва да бъдат взети предвид важни въпроси, свързани с асиметрии във властта. Въпреки че много организации подкрепят партньорствата и признават интересите на участниците в тях като важни, изследванията и други анализи показват, извън всякакво съмнение, че не всички страни напълно подкрепят партньорството, разбират взаимно културите си или се придържат към принципите, които те възприемат или оперативните и управленски принципи на добрите практики. Много от предизвикателствата са свързани с необходимостта от механизми или договорености за справяне със скрити програми и потенциални конфликти на интереси, както и за договаряне на основата на партньорствата. Партньорството е от ключово значение за междусекторното управление, но приносът на партньорите за информацията и ресурсната база за вземане на решения може на практика да бъде по-иерархичен, отколкото хоризонтален.

Подкрепа на гражданското общество укрепва застъпничеството за здраве и равнопоставеност. Принципите и стойността на изграждане на обществен ангажимент и оправомощаване са добре признати и подкрепата на разнообразно гражданско общество от хора, които често доброволно влагат време и усилия, за да допринесат свободно за важните интервенции и подходи, е от ключово значение. Гражданското общество също добавя стойност с това, че може да общува с хората по нетрадиционни начини. Въпреки че правителствата и официалните органи имат важни роли в предаването на точна и достоверна информация, възприемането на съобщенията от страна на правителството и на гражданското общество може да бъде много различно. Гражданското общество често може да обърне внимание на сложни, чувствителни или заклеявани въпроси по начин, по който официалните органи и власти не могат, по-специално чрез укрепване на ангажираността с маргинализираните групи, които може да са били трудно достъпни преди, и чрез използване на ангажимента на бизнес сектора по подходящ и етичен начин. Доброволните организации и групи за самопомощ могат също да допринесат с важни перспективи и да предложат практическа помощ на хората в нужда. Налице е нова и разширяваща се роля на социалните медии в изразяването и предаването на здравни послания и възприятия.

Партньорствата с международни организации, действащи в Европейския регион са от решаващо значение в подкрепата на целите на "Здраве 2020". Ролята на СЗО и нейната взаимовръзка с тези организации ще почива не само върху стремежа към техническо съвършенство, доказателствено информирани практики и управление, базирано на резултати, но също така и върху ангажимента да работят с други в подпомагането държавите-членки да реализират пълния си здравен потенциал. Тясното сътрудничество, съществуващо между СЗО и международните организации се засилва още повече. Те включват организации като специализирани агенции от системата на ООН, Световната банка и регионалните банки за развитие, ОИСР, ЕС, Съвета на Европа, Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария, агенции за развитие и фондове, както и големи неправителствени организации. УНИЦЕФ е конкретен партньор в много жизнено важни сфери на об-

щественото здраве, като майчиното и детското здраве, имунизациите, мерките за подсилване насърчаването на здравето и профилактиката на болестите чрез укрепване на здравните системи и по-строг надзор над здравното неравенство.

Работа с ЕС ще предостави стабилна основа, големи възможности и допълнителни ползи. Европейската комисия публикува Бяла книга, която предлага основни принципи и стратегически цели за действията си по отношение на здравето (22). Това е свързано с член 168 от Договора за функциониране на Европейския съюз, изменен от Договора от Лисабон (112), който изисква "да се гарантира високо ниво на закрила на човешкото здраве при определянето и изпълнението на всички политики и дейности на Съюза".

В допълнение, кандидатите за ЕС и потенциалните страни-кандидатки, както и страните от Европейския инструмент за съседство и партньорство работят за постепенно съгласуване на своето законодателство и практики с политиките на ЕС. Това може да бъде много важно за прилагането на "Здраве 2020". Съвместната декларация на Европейската комисия и СЗО, която включва шест "пътни карти" за по-тясно сътрудничество, е важна стъпка в укрепването на партньорството им за подобряване на здравната информация, здравно осигуряване и финансирането на здравеопазването, както и за намаляване на здравната неравнопоставеност, извършването на научни здравни изследвания и подобряване на сътрудничеството вътре в страните. Конкретни инициативи от страна на Европейската комисия, като Европейското иновативно партньорство за активно и здравословно стареене (286) също ще предложат възможности за съвместна работа.

Обвързването с нови и развиващи се видове партньорства за здраве, които са активни на различни нива на управление в Региона също ще предоставят важна подкрепа. Има значителен принос от иновативни сътруднически механизми, които включват Евроазиатската икономическа общност; Здравната мрежа на Югоизточна Европа и Северното измерение; от политически мрежи като мрежата на СЗО Европейски здрави градове и региони за здраве; от субрегионални мрежи в рамките на ОНД; и от мрежите на СЗО за условия, насърчаващи здравето, включващи училища, работни места, болници и затвори в целия Регион.

Академичните и професионални институции, включително медицинските и други професионални организации за здравни грижи, центрове за сътрудничество на СЗО и мрежи на общественото здраве на регионално и държавно равнище, също представляват значителен потенциал за партньорство.

Важно е да се търсят начини за адекватно и етично сътрудничество с частния сектор, включително и фармацевтичната индустрия, особено след като нейното участие се увеличава в целия Европейски регион. Нагласите към частния сектор варират между и вътре в страните. Въпреки това, фирмите (от местно до глобално ниво) са все по-ангажирани във всеки аспект на живота на хората. Те са във всички общности и на всички нива, и техните знания и разбиране за местните общности представляват често неизползван ресурс и актив, който, ако е надлежно впрегнат, може да допринесе значително за здравето и благосъстоянието. Много малки и големи бизнес организации са основни спонсори на дейности на местно ниво и има реален потенциал да се гради още по този въпрос. Ясно е, обаче, че влиянието им може както да е от полза за подобряване на здравето, така и да го подкопае.

Общото събрание на Обединените нации, в член 44 от политическата си декларация относно предотвратяването и контрола на незаразните заболявания (180), призовава частния сектор да засили своя принос за предотвратяването и контрола на незаразните болести и определя пет точки от дневния ред, които включва изпълнението на препоръките на СЗО за намаляване на влиянието на маркетинга на храните за деца; преформулиране на хранителни продукти, за да се осигурят по-здравословни възможности (включително

намаляване на солта); насърчаване на здравето в работната сила, както и подобряване на достъпа и достъпността на основни лекарства и технологии.

Създаването и поддържането на партньорства за здраве включва нови начини на мислене за организационната форма, структура и функциониране. Взаимоотношенията са от ключово значение и ще изискват отворени, прозрачни и почтителни взаимоотношения между партньорите. Мрежовите структури могат да бъдат по-подходящи от конвенционалните бюрократични форми. Методите за вземане на решения, разпределение на ресурсите и отчетност трябва да бъдат много ясни и отворени за контрол и влияние от страна на всеки.

Създаване на отговорност за работа за здравето на цялото общество и цялото управление

Капацитет за управление за здраве: от цялото общество и цялото управление чрез здраве във всички политики – прилагане на управленската луна

Отговорностите за здравето на цялото общество и на цялото управление ще бъдат задвижени с висока степен на политическа ангажираност, просветена публична администрация и обществена подкрепа. За да стане тази отговорност смислена и функционална, се изискват конкретни междусекторни управленски структури, които могат да улесняват необходимите действия, с цел да се включи здравето, когато е уместно, във всички политики, сектори и условия. Тези междусекторни управленски структури са еднакво подходящи за правителства, парламенти, администрации, обществеността, заинтересованите страни и индустрията.

Целта на подхода за цялото общество е да се разшири мисленето на цялото управление, като подчертава ролята на частния сектор и на гражданското общество и широк диапазон от вземащите политически решения, като парламентаристите. Политическите мрежи, които се появяват в рамките на правителството все повече се разпростират извън неговите граници, за да се включат и други социални участници. Подходът на цялото общество предполага допълнителен капацитет за комуникация и сътрудничество в сложни, мрежови условия и подчертава ролята на медиите и новите форми на комуникация. Всяка страна трябва да инвестира ресурси и компетентност. Чрез ангажирането на частния сектор, гражданското общество, общностите и отделните хора, подходът на цялото общество повишава устойчивостта на общностите да издържат на заплахите за тяхното здраве, сигурност и благосъстояние. Както се посочва в *Пакет (287): "Сътрудничеството е новият категоричен императив"*, подходът на цялото общество се простира отвъд институциите: той влияе и мобилизира местната и глобална култура и средствата за масово осведомяване, селските и градските общности, както и всички съответни сектори на политиката, включително образованието, транспорта, околната среда и дори градоустройството, което може да се докаже по отношение на затлъстяването и на глобалната хранителна система. Подходите на цялото общество са форми на сътрудничество и управление, които подчертават координацията чрез нормативни стойности и изграждане на доверие между различните участници в обществото. Подходите обикновено предполагат инструменти за управление, които са по-малко императивни, по-малко ангажирани с единен подход и по-малко централизирани и йерархични. Съвместните задачи и цели, като *Здрави хора 2020* в САЩ (288), са добра отправна точка. Много от политиките на ЕС имат подобна база, като се има предвид широкото допитване, което ги предхожда, обикновено

с участието на всички заинтересовани страни, както обществени, така и частни, но не със същото ниво на влияние.

Независимо от това, правителствата трябва да запазят крайната отговорност и ангажимент за защита и насърчаване на здравето и благосъстоянието на хората, на които служат и обществата, които отразяват. На всички нива в обществото, абсолютно необходимо е политическият ангажимент да съсредоточи отговорността и отчетността за подобряване на здравето и благосъстоянието. По този начин, управлението на здравето и здравното равенство ще изисква правителствата да засилят съгласуваността на политиките, инвестициите, услугите и действията в различните сектори и заинтересовани страни. Необходими са синергични политики, много от които се намират извън здравеопазването, подкрепени от структури и механизми, които да насърчават и да позволяват сътрудничество. Много детерминанти на здравето и на здравното равенство са споделени приоритети с други сектори, като например подобряване на образователните резултати, насърчаване на социалното включване и сближаване, намаляване на бедността и подобряване на приспособимостта на общностите и благосъстоянието. Те предоставят място за предизвикване на действия във всички сектори, което ще доведе до ползи за здравето и здравното равенство (289). Налице е ясната роля за оценката на въздействието на здравето, за да вкарат здравните и други политически резултати в обща рамка за анализ.

Постигане на цялостно управление за здраве е трудно и предизвикателно. Изисква се много повече от един прост мандат (290). В допълнение, доказателствата в подкрепа на междусекторното управление често са оскъдни, частични, неубедителни или анекдотични. Въпреки това, напредъкът е възможен, както се вижда от поуки в областта на устойчивостта и развитието. Ключова област за действие е разработването на нови или подсилени инструменти и механизми, които да гарантират равенството на глас и перспективи в процесите на вземане на решения. Ефективното управление за здраве използва съвместни модели за работа, за да се увеличат ресурсните потоци, да се подобри разпределението на фактори, засягащи възможността за здраве; преодоляването на настоящите модели и величината на здравните неравенства, както и за намаляване на рисковете и последиците от заболяване и преждевременна смъртност сред цялото население.

Констатациите на Целевата група за механизми за управление и представяне на услуги (291), една от целевите групи, свързани с Европейския преглед на социалните детерминанти на здравето и здравното разделение (17), посочват, че интервенциите за справяне със социалните детерминанти на здравето и справянето със здравното неравенство обикновено изискват подобрени системи за управление и услуги. Те ще трябва да работят на всички нива на управление, включващи цялото общество и цялото управление, както и да осигуряват на национално и на местно равнище контекст за действие по отношение на здравето. Целевата група набеляза няколко основни причини, поради които системите за управление и услуги не успяват да отговорят на социалните детерминанти на здравето и свързаните с това здравни неравенства:

- невъзможност да се концептуализира и действа по пълната причинно-следствена пътека, водеща до желаните резултати на намалени здравни неравенства (концептуален провал);
- невъзможност да се изгради ефективна верига за услуги и поддържащи стимули и организационни механизми, способни да доставят по-добри резултати от гледна точка на социалните детерминанти на здравето и здравните неравенства (провал на веригата за услуги); и
- невъзможност да се разработи стратегия за контрол, която да наблюдава цялостния процес на услуги (провал на стратегията за държавен контрол).

Този последен провал често се свързва със слаб капацитет за определяне и бързо поправяне на широк диапазон от недостатъци, като организационни, финансови и законодателни несъответствия и други причини за слабите резултати.

По този начин, държавите-членки могат да разгледат няколко предварителни условия и мерки, необходими, "за да се случи" и да се увеличи тяхната производителност на управлението. Един преглед на изследванията, които са анализирали напредъка в тази област хвърля светлина върху важни поуки и възможности за намаляване на провалите, описани по-горе (291). С напредъка към приемането на подходите на цялото общество и на цялото управление към предприемане на действия за намаляване на неравенствата в здравето, няколко иновативни практики и инструменти вече са на разположение на страните, за да се вземат предвид и адаптират към техните специфични контексти, на национално и поднационално ниво.

Следните основни компоненти могат да бъдат особено уместни:

- *Държавните структури.* В кабинета министрите могат да развият съвместни политики или под егидата на ръководителя на правителството, или чрез сътрудничество между избрани министерства. Кабинетни подкомисии могат бъдат създадени, за да се справят със здравните въпроси, като част от подхода на цялото управление, с механизми за насърчаване на общо разбиране на решенията. Могат да бъдат използвани институционални платформи, като например здравно-политически отдел с общ персонал, прикачен към кабинета на министър-председателя, или съвместни комисии или работни групи. Междуведомствените комисии могат да улеснят предоставянето на доказателства, както и развитието и координирането на политиката. Поддържане на въпросите на здравето и развитието актуални може да изисква малък, посветен на това ресурсен отдел, който да се движи свободно сред общностите и секторите, да създава и насърчава редовен диалог и платформи за дебат. Предоставянето на правен мандат отразява подкрепата на високо равнище за действия върху социалните детерминанти на здравето.
- *Мега министерства и сливания на министерствата.* Те бяха въведени в опит да се повиши ефективността и съгласуваността на политическата и административната работа в правителството. Докато аргументите в полза на такива промени може да изглеждат убедителни, доказателствата за повишена междусекторна съгласуваност не са.
- *Министрите на здравеопазването.* Те могат да имат изричен междусекторен мандат за подкрепа на действията на цялото управление за здраве. Могат да бъдат подкрепени от комисия по национално управление на високо равнище, съставена от представители на ключови национални, регионални и местни власти и агенции.
- *Министерски връзки и стратегически съюзи.* Те събират иначе разделени, ако не и изолирани, политически области на най-високо ниво за вземане на решения. Има различни подходи за създаване на единна политика на кабинетно ниво. Такива междуправителствени съюзи сред политическите сектори могат да бъдат стимулирани чрез редица механизми, които взаимно се подсилват и държат ключови сектори отговорни. Един от подходите е министри от кабинета заедно да разработват политика, като всеки от тях притежава ограничен брой цели в съвместната политика, да съгласуват подцели един с друг, така че политическите цели да не са в конфликт. Друга възможност за създаване на министерски връзки е да се възложат политически рамки от министерството на финансите за всяко министерство. Такива механизми за осигуряване на общи цели и общи задачи, подкрепени от изявленията на взаимна отговорност, доказват ефективност в това отношение, по-специално, когато те се разбират като един от начините за организация за споделяне на рисковете и поддържане на взаимна отговорност (293).

- *Общи и сборни бюджети.* Настоящите икономически трудности, пред които са изправени правителствата в целия Европейски регион може да принудят политическите сектори, които да работят по различен и посътруднически начин, като така правят понятията "цялото управление" и "цялото общество" оперативни и в състояние да разглеждат въпроси, свързани със здравните неравенства и социалните им детерминанти. Страните вече използват някои нови механизми, които могат спомогнат за изграждането и поддържането на стратегическите съюзи в различните сектори. Споделените и сборни бюджети между секторите на политиката могат да насърчават развитието на нови счетоводни методи и създаването на нови фондове. Примери за това са намерени в Южна Австралия, а също така се появяват в Европа, най-вече на поднационално равнище (294). Тези механизми могат да интегрират финансови стимули и системи за възнаграждане, които подпомагат вертикална и хоризонтална интеграция, необходима за намаляване на здравните неравенствата. В някои случаи, те могат да включват обмен и въртене на човешки и други ресурси през секторните граници, като средство за укрепване на междусекторното сътрудничество и доверие (295).
- *Съвместен преглед на политиките и интервенциите.* Тези инструменти се използват все повече в подходите на цялото управление с цел насърчаване на междусекторното действие и сътрудничество. Например, някои страни в Региона, които участват в планове за действие за подобряване на здравето на ромското население, използват съвместни прегледи на политиките и те бяха препоръчвани по-специално в четирите ключови области на политиката – в образованието, жилищното настаняване, заетостта и здравето (296).
- *Доказателствена подкрепа.* Доказателствената подкрепа помага на хората да развият общо разбиране на факти, данни, анализи и интерпретации. Това създава обща основа за диалог и оценка на съвместните политики, програми и проекти, за да се позволи споделянето на знания и взаимна корекция, тъй като тези политики са разработени и приложени да поддържат ангажираност и устойчивост във времето (291).
- *Достъп.* Правителствата трябва да са активни, когато се опитват да ангажират хора, пациенти и обществени заинтересовани страни, включително частния сектор, когато е подходящо. Обществените консултации, държавни здравни конференции и тематичните платформи са служили за тази цел. Такова застъпничество може да се отнася до правителствените политики, закони и наредби, които са предназначени да модифицират въпроси, свързани със здравето, като например данъчно облагане, споразумения за маркетинг и реклама. Застъпничеството може да се стреми не само да предизвика приемането на законовите промени, но също и да насърчава промяна в нагласите, културата, социалната и физическата среда.

Политически изводи за успешното използване на междусекторните управленски структури

Литературата и случаите, на които се основават изследванията предоставят вникване в немеханичното естество на междусекторните структури на управление. Те не са инструменти, които могат да бъдат използвани независимо от контекста, или обстоятелствата, преобладаващи в даден момент. Успешното им използване и постигането на желаните резултати зависят от различни фактори:

- *Политическа воля.* Предвид необходимостта от министерска активност или обслужване, механизми, като например министерски връзки, комисии на кабинета и парламента, изискват политическа воля. Тези управленски структури не могат да съществуват без високо ниво на политическа

ангажираност и отдаденост. За бюрократичните структури, като например междуведомствени комисии и звена, политическата воля не е съществено изискване, обаче, наличието на политическа подкрепа или интерес (като искането за редовни министерски брифинги) подобрява способността им да останат активни и актуални.

- *Политическо значение на специфичните идентифицирани здравни проблеми.* Това е ключова грижа за избора на механизъм за управление, особено на такъв, който изисква политическа воля. Доказателствата за това идват от кабинета и парламентарните комисии, тъй като те са създадени предимно в отговор на политически важни въпроси, където е необходима широка подкрепа за действие.
- *Непосредственост на проблема.* И съвместното бюджетиране и ангажирането на промишлеността са добри варианти за справяне с непосредствените проблеми. Въпреки че дългосрочната устойчивост е предизвикателство за съвместното бюджетиране, тези опции често се използват за краткосрочни проекти. Индуриалните връзки обикновено се формират около конкретен здравен проблем и следователно могат да се развият бързо. Парламентарните комисии обикновено изискват ограничен във времето отговор от правителството за своите констатации, което предполага, че те предоставят решения в краткосрочен до средносрочен план. Правителствените комисии, обаче, предлагат повече дългосрочни решения в различни сектори и в зависимост от характера на решението на политиката или инвестициите, могат да надвишават срока на правителството.
- *Ръководство.* Създаването на правителствени комисии изисква силно ръководство от офиса на министър-председателя или високо държавно длъжностно лице, което да осигури структурата и условията на позоваване и подкрепяща обосновка за обсъждане на общи политически варианти от междуведомствено значение. По същия начин, сливанията и мега-министерствата изискват добро ръководство и силен министър за управление на промените. Сливанията, които са проектирани да приложат разпознаваема политическа стратегия, подкрепена от разпознаваемо ръководство (орган или лице), е по-вероятно да бъдат ефективни. Ръководството се счита за най-важната съставка за участие на заинтересованите страни, по-специално когато става въпрос за успешно управление на напрежения и посредничество при конфликти в мрежата, за да се позволи диалогът и сътрудничеството между конкуриращи се интереси да продължи. Трябва да се обърне голямо внимание на възможните дисбаланси във властта между заинтересованите страни, така че да се определи кой е по-подходящо да води процеса на ангажираност. Дисбалансите във властта и ресурсите имат потенциал да провалят участието на заинтересованите страни. И накрая, ясните и овладени управленски структури с определени роли и отговорности са задължителни за ефективно ангажиране с индустрията.
- *Контекст.* Трябва да се разглежда по-широкият контекст, в който структурата на управление се прилага. Примерите на контекстуални условия, които са повдигнати в казусите (291) отразяват потенциала за съгласуване на интереси. Контекстът, в този случай се отнася не само за политическия пейзаж, но и за ситуацията. Той включва фокусиране върху събития, политически изображения и вътрешни или външни шокове, в даден момент от време, в който се създава прозорец на възможност за извършване на междусекторна управленска структура и действие.
- *Ресурси.* Ресурсите са условие за ефективността на управленските структури. Въпреки че ресурсите със сигурност са свързани с някои от другите фактори, като например практическите аспекти на изпълнението, наличието на средства за прилагане и подкрепа на дейността на структурите

за междусекторно управление е неизбежен аспект на тяхната приложимост и капацитет да изпълнят целите си. Сливанията и мега-министерствата са свързани със значителни разходи и ползите са несигурни. Всъщност, реорганизацията на една система е скъпа. Алтернативно, съвместното бюджетиране може да бъде стимулирано чрез демонстриране на икономическа обосновка за действие, в която министерствата могат да бъдат в състояние да предоставят по-подробна информация за разходите и ползите, свързани със съвместните програми за всеки участващ сектор, като обосновка и стимул за междусекторно управление.

- *Практически въпроси на изпълнението.* Много практически проблеми трябва да се разгледат при прилагането на управленска структура. Например, дейността на междуведомствените комисии трябва да се проведе съвместно с други междуведомствени дейности, с цел да се засилят връзките между отделите. Междуведомствените звена трябва да бъдат надежден съюзник на някои интереси в засегнатите сектори. Комбинацията от единици и комитети в рамките на контекста на един политически механизъм, като например министерска комисия, трябва да бъде мощен и ефективен механизъм. Сливания и мега-министерства работят по-добре, когато слетите единици не са твърде различни организационно и когато по-малък дял се слива с по-голям и в процеса се подчинява на политическите насоки на по-голямата единица. Осигуряването на подкрепата на ефективна група от държавни служители, в рамките на съответните правителствени отдели, включваща, но не ограничена до ефикасен кабинетен секретариат, е от решаващо значение за оптималното функциониране на постоянната комисия на кабинета, от гледна точка на неговата способност да улесни диалога.

Капацитет за справяне със социалните детерминанти на здравето и здравните неравенства – прилагане на лупата за равенство

Здравните неравенства не могат да бъдат намалени, без да се имат предвид причините за влошаване на здравето: социални разделения, неравномерното излагане на вредите и различни нива на устойчивост. Необходими са и нови системи за управление и услуги, работещи на всички нива на управление. Страните могат да използват подходи, насочени към постигане на равенство в здравеопазването във всички политики като ключов фактор за информирани на по-нататъшни действия, за справяне със социалните неравенства по отношение на здравето.

Предоставянето на по-добри и справедливи здравни услуги означава, че множество нива, системи и сектори трябва да си сътрудничат, за да се намалят социалните неравенства по отношение на здравето. Многобройни структури на управление са необходими паралелно. В Част 2 на "Здраве 2020" е описано значението на управление чрез сътрудничество и чрез комбинация от регулации, убеждаване и ангажираността на гражданите, както и модернизиране и укрепване на обществените здравни системи. Целевата група за механизми за управление и услуги (291) прави няколко конкретни препоръки за увеличаване на капацитета на страните за осъществяване на дейности, които са насочени към социалните детерминанти на здравето и прилага лупата на здравното равенство в изготвянето на политики.

Основните изисквания за изпълнение включват способността на страната да предприеме действия, които да се справят със социалните детерминанти на здравето и здравното разделение. Трябва да бъдат изпълнени няколко общи изисквания (296):

- наличието на необходимите данни за величината и тенденциите на здравното неравенство в страната, техните вариации на национално и подна

ционално ниво и техните основни детерминанти;

- наличието или развитието на изрични ориентирани към равенството цели и задачи, които са пряко свързани с политиките, дейността и финансовите ресурси, необходими за изпълнение;
- реалистична оценка на възможностите и ограниченията, със специално внимание към външни нездравословни политики, които могат да генерират или обострят неравенствата в здравето;
- адекватен управленски капацитет за прилагане, включително ефикасни и ефективни механизми за прилагане на здравното равенство във всички политики, междусекторно сътрудничество и координация и последователност на действията на национално и поднационално равнище; и
- разработването на подходящи механизми за отчетност: например, парламентарните комисии могат да бъдат важен застъпник за междусекторно управление за здраве.

Системите за доставка на мерки за справяне с неравенствата в здравеопазването трябва да включват характеристики, които показват доказателства за:

- определена "верига за доставки" за договорените интервенции;
- ясна ангажираност и активно междусекторно управление на програмите;
- подходящи лостове и стимули за здравните и не здравните системи, за да доведат до намаляване на здравната неравнопоставеност;
- система за управление на изпълнението с ясни показатели, че е в състояние да дава силно ръководство и насоки за всички сектори;
- изследвания и оценка на резултатите от програмата;
- устойчиво финансиране и професионално и гражданско обучение;
- политическа подкрепа и законови отговорности за новите граждански роли в притежаването и управлението на доставката на ефективни програми;
- висока обществена видимост и ангажираност на гражданите от държавата и други сектори;
- годишно докладване, подкрепа за развитие и обществен контрол на здравните неравенства; и
- резултати на всички нива на управление, но по-специално на тези на окръзите и общините.

Здравното равенство във всички политики се стреми да гарантира, че правителствените процеси на вземане на решения, отчитат и носят отговорност за разпределеното въздействие на такива решения върху здравето на населението. Трябва да има механизми за отчетност, предназначени да осигурят здравно равенство във всички политики. В този смисъл, отчетност означава да се гарантира, че има договорености за заинтересованите страни и регулатори, които да държат сметка за тези, на които са дадени отговорности. Рамките за държане под отчет тези, които отговарят за действието по отношение на социалните детерминанти на здравето, трябва да бъдат приведени в съответствие с препоръките за намаляване на неравенствата по отношение на здравето (293).

Приема се, че страните са в много различни точки по отношение на здравето, здравно равенство и социално-икономическо развитие. И все пак са необходими ясни стратегии за възстановяване на настоящите модели и степента на здравни разлики, чрез предприемане на действия по отношение на социалните детерминанти на здравето. Докато това може да ограничи това, което е възможно в краткосрочен план и сроковете за решаване на конкретни въпроси, то не трябва да влияе на дългосрочните стремежи на стратегията.

За съжаление, отчетните механизми за надзор и действие по отношение на тенденциите в здравните неравенства остават недоразвити в Европа. Според резултатите от доклад относно управлението на здравното равенство и социалните детерминанти на здравето (289), твърдите инструменти, като например закони и наредби, комбинирани с по-меки механизми, включително съвместни прегледи, са най-надеждни за поддържане на междусекторното прилагане на политики за справяне със социалните детерминанти на здравето. Докладът изтъква няколко обещаващи практики, свързани с отчетността за здравното равенство. Законът на Норвегия за общественото здраве от 2011 г. е добър пример за използване на закони, които да стимулират други сектори, за да разгледат здравните и равноправни ефекти на своите действия и да ги вземат под внимание, когато се планират, изпълняват и преглеждат политиките и услуги, както на национално, така и на местно равнище. Въпреки това, тези механизми често са най-ефективни, когато са подкрепени от други инструменти, които държат сметка на други сектори и стимулират съвместни действия. Естеството и комбинацията от мерки, използвани за търсене на отговорност от секторите за тяхното въздействие върху здравето и детерминантите на здравното равенство, зависят от преобладаващите управленски норми и системи.

Подкрепа за оценка и укрепване на цялостния управленски капацитет, за справяне със социалните детерминанти на здравето и здравното неравенство

Повечето страни заявяват, че справедливостта и честността са основни ценности, ръководещи вземането на решения, но често не се обръща достатъчно внимание на въздействието на здравето и равенството върху публичните политики и процесите и механизмите, които са в основата на политиката и инвестиционните решения. Съгласуваността на действията между секторите и заинтересованите страни трябва да бъде засилена, за да се увеличат достъпните ресурси за преодоляване на сегашните модели и величината на здравните неравенства. Това ще подобри разпределението на детерминантите, ще се постигне по-голяма справедливост в здравеопазването и ще издигне градиента. В подкрепа на това, се изискват модели за сътрудничество, които са в състояние да поддържат тези увеличени ресурси.

Справянето със социалните детерминанти на здравето и здравното неравенство изисква силен политически ангажимент, ефективни и ориентирани към равенството здравни системи, силни програми за обществено здраве и инфраструктура, както и съгласуваност между различните правителствените политики. Страните имат нужда от добре функциониращи институции, които са в състояние да поддържат правенето на политика между здравеопазването и други сектори. Необходим е управленски капацитет, за да се управлява приносът на заинтересованите страни от министерства, академичните среди и изследвания, неправителствените организации и организациите на гражданското общество. Няколко страни вече са поискали подкрепа за увеличаване цялостния си капацитет в тази област (297). В оперативен план подкрепата е проектирана (298):

- да анализира настоящата ситуация на управление в страната за справяне със социалните детерминанти на здравето и здравните неравенства;
- да се постигне споразумение, в краткосрочен и средносрочен план, за действия за засилване на текущата ефективност на управлението;
- да се идентифицират и прилагат конкретни действия чрез национални или поднационални усилия и, ако е необходимо, международно сътрудничество за укрепване на капацитета на страната; и
- да се гарантира, че тези действия са периодично и систематично преразглеждани.

Във всички случаи, целта е да се обхване обучението и да се засили доказателствената база за ефективни политически и управленски реакции, които могат да поддържат действия за подобряване на здравното равенство с течение на времето. Въпреки че социално-поведенческите науки все повече се използват за подобряване на специфичните интервенции при различни групи от населението, те също така помагат за решаването на въпроси, свързани със социалните детерминанти на здравето. Например увеличаващият се фокус върху поведенческите аспекти може да информира и подпомага подходи към политическо застъпничество, стратегически анализ и планиране. Изключително важно е да се интегрира равенството в структурите на местното управление, включително градското и селското управление, както и да се разработват решения на местно равнище, за справяне с дългогодишните модели на неравенства в областта на здравето.

С цел да се подкрепи управлението за здраве, се изискват по-добри начини за измерване на здравето и благосъстоянието, като се имат предвид както обективните, така и субективните данни и прилагането на лупите на равенство и устойчивост при разработването на политиката. Практическите пътища напред включват въвеждане на нови методи за измерване, както и нови видове отчитане на общественото здраве чрез използване на съвременни технологии, за да се насърчи политически, професионален и обществен дебат и отчетност. Още една нужда е систематичното събиране на солидни доказателства за това как множество политики влияят върху здравето и как здравето влияе на други политики.

Развитието на ориентирани към равенство цели на национално равнище, следва да бъде предприето като част от политически процес с участието на всички заинтересовани страни. Въпреки това, то от своя страна изисква разработването на рамка за надзор, с показатели, които се основават на данни, подходящи за целта. Това включва надзор на социалното разпределение на рисковите фактори, резултати и реакции на здравната система, както и влиянието на интервенциите върху населението.

Нови искания за техническа помощ от страните и отговорът на СЗО

Държавите използват различни изходни точки за справяне със здравните неравенства и техните социално детерминанти. Това зависи от нивото им на развитие, структурата на разработване на здравни политики, нивото на централизация или децентрализация на управлението на здравните системи, включително инфраструктурата на общественото здраве и интервенциите, и други държавно-контекстуални фактори. Исканията за техническа помощ от СЗО за увеличаване на капацитета на страните за справяне със социалните детерминанти на здравето и свързаните с това здравни неравенствата са се увеличавали непрекъснато през последните десет години (299). Тези искания може да се увеличат с приемането на "Здраве 2020". Затова Регионалният офис на СЗО за Европа ще трябва да отговаря на повишените и разнообразни искания за техническата подкрепа.

- *Подкрепа за интегриране на целите на здравното равенство в стратегиите за развитие на страната.* Някои държави-членки вече са поискали техническа поддръжка да интегрират целите на здравното равенство в съществуващите им или планирани социални и икономически политики и програми за икономическо развитие (277).
- *Подкрепа с помощта на подход, основан на социалните детерминанти на здравето за увеличаване на ефективността в програми за конкретни заболявания.* Страните все повече осъзнават, че много програми за конкретни заболявания трябва да се справят с фактори не само по течението, но и срещу течението, за да се осигури по-добра превенция и резултати (300-302).

- *Подкрепа за групово-специфични стратегии.* Групово-специфичните подходи включват големи групи от населението, като деца, възрастни хора, маргинализирани групи и хора с висок риск от социално изключване и лошо здраве. Групово-специфичните стратегии обикновено трябва да се комбинират с подходи въз основа на социалните детерминанти на здравето.
- *Подкрепа за интегрирани подходи за обучение и ново мислене.* Страните са заинтересовани да намират начини да се доразвиват и да тестват наученото от всички социални и поведенчески науки и да прилагат това на практика, особено в овладяване на потенциалните прозрения от области като стратегически социален маркетинг, поведенческата икономика и неврологията.
- *Подкрепа за интегриране на подходи, основани на равенство между половете и правата на човека в стратегиите за развитие на страната и на националните политики и програми.* Въпреки че целите на здравното равенство трябва да бъдат интегрирани с пола и човешките права, опитът показва, че са необходими конкретни усилия за изграждане на капацитет, за да се отговори на тези въпроси. Държавите-членки са поискали механизми за осигуряване на надзора и отчетността на човешките права и за джендър мейнстрийминг (като джендър анализ, джендър бюджетиране, джендър обучение и оценка на влиянието на пола). Регионалният офис на СЗО за Европа работи по един интегриран подход за справяне с тези разностранни въпроси.

Изграждане на капацитет за подобряване на работата на политиките и управлението в отговор на социалните детерминанти на здравето и здравните неравенства

Бъдещото изграждане на капацитет, изисквано от държавите-членки, трябва да се съсредоточи върху решаване на проблеми и добиване на опит, за да се обърне внимание на сложната област на социалните детерминанти на здравето и намаляване на здравното неравенство в рамките на и между страните. Това трябва да се основава на създаването на партньорства между страните и европейски и международни институции, развиващи опит в справянето с общи проблеми и подобряване на практиката. Такива усилия за изграждане на капацитет включват:

- предприемане на структуриран обмен на обучение между страните в отговор на общите предизвикателства, хибридно обучение и обогатяване на националната и местната политика;
- използване на подход с отворен източник, за да се ускори капацитета в прилагането на управленски решения чрез многодържавни и регионални политически диалози, семинари и онлайн общности за учене, както и
- изтъкване на нови и възникващи проблеми, които оказват влияние върху работата в областта на справяне със социалните детерминанти на здравето и генериране на най-обещаващите отговори чрез политическа симулация, партньорски панели и доказателствени консорциуми.

Надзор, оценка и приоритети за проучвания на общественото здраве

Всички политики и действия за подобряване на здравето имат нужда от твърда база от знания и прилагането на "Здраве 2020" ще изисква доказателствена база, за да се подобри здравното действие. Политиците се нуждаят от надеждна, актуална информация за статуса на здравето и благосъстоянието, на здравните потребности и на целите и резултатите на здравната система. Здравната информация е политически ресурс, който е от жизненоважно значение за планиране на здравето, изпълнение и оценка. Необходима е свързана със здравето информация, генерирана от изследвания в областта на здравните потребности и функционирането, ефективността, ефикасността и резултатите на здравната система. Развиването и оценката на политиката зависи основно от съгласуването и съчетаването на здравето и здравната информация.

Здравните информационни системи и услуги трябва да бъдат значително развити между отделните държави в Региона. Те включват епидемиологични системи за подкрепа на оценка на нуждите, системи за осигуряване на информация за резултатите от процесите за грижи, както и системи за конкретни болести, като регистрираните раковите заболявания.

Регионалният офис на СЗО за Европа работи, за да окаже помощ на страните в оценките им и техническите подобрения чрез предоставяне на здравна информация на страните чрез:

- работа с международни партньори, включително ЕС и ОИСР, за да се гарантира стандартизацията, международната съпоставимост и качеството на здравните данни;
- работа с мрежа от здравни агенции, които се занимават със здравна информация и доказателства; и
- активно събиране, интерпретиране, разпространение и предоставяне на лесен достъп до здравните данни и научните доказателства.

Базите данни на Регионалният офис на СЗО за Европа са главният източник на здравна статистиката в Европейския регион. Този ключов ресурс осигурява авторитетни здравни данни за 53-те страни в Региона. Това позволява сравнителен анализ на здравното състояние и тенденциите в Региона и надзор на болестите и наблюдение на тенденциите в политическите области, включително ключови детерминанти на здравето, като например употребата на алкохол, тютюнопушене и хранене. СЗО също така работи, за да осигури платформа за наблюдение на целите и показателите на "Здраве 2020". Тези дейности са част от усилията на СЗО за изграждане на цялостна здравна информационна система за Европа заедно с ЕС, както и Европейската стратегия за здравна информация.

Други организации, заинтересовани в областта на здравето в Региона (като ЕС и ОИСР), предоставят подобни хранилища на здравни данни, като частично се основават на базите данни на СЗО.

В допълнение, добрите изследвания, свързани със здравето, са един от най-ценните и важни инструменти на обществото за полагане на основите на по-добри стратегии за подобряване на здравето и здравните грижи. Европейският регион може да се възползва от опита на много от водещите световни изследователски институции, но се изисква още предварителен анализ. Кои са най-рентабилните стратегии за опазване на здравето и осигуряване на устойчива здравна система? Какво въздействие ще имат новите технологии? Какви са най-добрите стратегии за справяне със здравето на старите хора? Как биха изглеждали здравните системи на бъдещето? Какви ще са последиците от промените в климата? Какви ще са последиците от новите

комуникационни технологии за здраве? Ще има ли достатъчно лекари и други специалисти в здравеопазването? От какви умения и компетенции ще се нуждаят те? Ще има ли нужда от нови видове болници? Какъв е потенциалът на домашните грижи и грижите в общността? Накратко, какви са най-добрите начини да се подготвим за несигурното бъдеще в областта на здравето?

Здравето на кръстопът от предизвикателствата за 21-и век

Необходимостта страните да действат заедно става още по-важна в един взаимозависим свят. Днес, сложен набор от глобални и регионални сили може да подкопае здравето на хората и неговите детерминанти с променливи ефекти. Икономическата криза и нейните социални последици илюстрират глобалната взаимосвързаност на системи и политики. Повече хора от всякога имат възможност да постигнат по-добро здраве, но нито една страна не може сама да впрегне целия потенциал на иновациите и промените или да реши предизвикателствата за здравето и благосъстоянието, които могат да попречат на постигането им сред някои страни и социални групи.

Бъдещият просперитет на Европейския регион зависи от готовността на страните и способността да поемат предизвикателствата и да се възползват от новите възможности за здравето и благосъстоянието на цялото население на сегашните и бъдещите поколения. "Здраве 2020" е проектирана да бъде адаптивна и практическа политическа рамка, която осигурява уникална платформа за съвместно обучение и споделяне на знания и опит между страните. Всяка страна е уникална и ще се стреми към тези общи цели чрез различни средства и пътища. Независимо от това "Здраве 2020" предоставя платформа за обединяване на тези различни подходи, които са обединени в основната си цел, подкрепена от прегледа на регионалните цели, които са установени колективно. Следователно, политическият ангажимент към този процес е безусловно важен.

Нови видове партньорства за здраве се появяват на различни нива на управление в Европейския регион. Принципите на управлението за здраве са приложими на глобално, регионално, национално, поднационално и местно ниво. Такива мрежи като европейската мрежата на СЗО "Здрави градове и региони за здравна мрежа", както и мрежите за насърчаване на здравето на СЗО, включващи училища, работни места, болници и затвори, работят в целия Регион.

"Здраве 2020" ще бъде постигната чрез комбиниране на индивидуални и колективни усилия. Успехът изисква една обща цел и обширни консултативни усилия от страна на участниците в цялото общество във всяка страна: правителства, неправителствени организации, гражданско общество, науката и академичните среди, здравните специалисти, общностите и всеки отделен човек. Здравният сектор е изправен пред предизвикателството да учи, да разбира и да насърчава приноса на партньорски сектори за подобряване на здравето и благосъстоянието. Това включва разбиране на политическите компетенции на всеки партньор и съществуващите стратегически програми, както и неговата култура. Тъй като все повече партньори се появяват, умното управление трябва да изясни отговорностите за действие в един свят, в който отговорността за здравето е универсална и за което всички допринасят. За да успее междусекторното сътрудничество, основна съставка е доверието. Доверието се гради и се поддържа от споделяне на информация и знания и чрез демонстриране на компетентност, добри намерения и следване. То може да бързо да се загуби чрез опортюнистично поведение от страна на всеки партньор (и).

Основната роля на СЗО

Работата в тясно сътрудничество между държавите-членки и СЗО и стремежът да ангажират други партньори ще бъде от ключово значение за успеха на "Здраве 2020". "Здраве 2020" ще се превърне в обща регионална рамка за развитие на здравето и чадър, под който други регионални политики, стратегии и действия ще бъдат очертани и вменени. Всички съществуващи ангажименти от страна на Европейския регион на СЗО и неговите държави-членки също трябва да се разглеждат в тази светлина. Преглед на тези задължения (302) показва, че "Здраве 2020", може да се разглежда като преформулировка на много такива ангажименти в рамките на един последователен и далновиден подход за преодоляване на разпокъсаността и улесняване на прилагането му. Въпреки това, някои въпроси се нуждаят от повече внимание сега, като здравето на възрастните хора, управлението на някои незаразни болести и икономическите последици за здравето и болестите. В допълнение, изследването показва, че механизмите и принципите, залегнали в основата на изпълнението на комплексни стратегии, следва да бъдат по-добре дефинирани и развити. И накрая, изследването предлага новите резолюции на Регионалния комитет да включват кратък преглед на напредъка по изпълнението на предишни ангажименти.

Регионалният офис ще продължи да изпълнява конституционната си роля на действащ – направляващ и координиращ орган, по международната здравна работа в Европейския регион. Той ще създава и поддържа ефективно сътрудничество с много партньори и ще предоставя техническа помощ на страните. Това означава ангажиране в широк план, по-голяма съгласуваност на политиката, като се работи на споделени политически платформи, обмен на данни за здравето, обединяване на усилията за наблюдение и подпомагане на развитието на нови видове мрежа и уеб-базирано сътрудничество. Ще действа като хранилище на Европейския регион за това какво работи и ще работи със страните, чрез нови видове стратегии за сътрудничество на страната. Той ще продължи работата си там, където има пряк мандат за определяне на стандарти, като в биологичните и фармацевтичните продукти. Тясното сътрудничество между Регионалния офис на СЗО за Европа, централата на СЗО и други региони ще бъде жизненоважно.

Европа е източник на експертни познания и опит, по-специално в областта на здравеопазването и развитието и поради това е ресурс за други части на света. Много европейски страни имат двустранни агенции, предоставящи технически експертни познания и подкрепа за развитие. Страните в Региона допринасят, но също така и се възползват от сътрудничеството с международни организации. Този ресурс е от решаващо значение в подкрепата на целите на "Здраве 2020". Ролята на СЗО и нейната взаимовръзка с тези организации ще почива не само на стремежа си за техническо съвършенство, доказателствено информирани практики и управление, базирано на резултати, но също така и на ангажимента си да работи с други хора в подпомагането на държавите-членки изцяло да реализират своя пълен здравен потенциал.

Докато помага да се постигне този желан свят, СЗО е в процес на реформа, предназначена да подобри здравните резултати, да гарантира по-голяма съгласуваност в здравеопазването в световен мащаб и да се създаде като организация, която се стреми към високи постижения, ефективност, ефикасност, отзивчивост, прозрачност и отчетност. Като цяло, целта е да премине от една организация, която доставя отделни резултати чрез поредица от технически програми, в такава, която постига въздействие, работи с националните органи чрез обединени и координирани усилия на представителства в страната, регионални офиси, седалища и нейните предни постове, всички работещи като част от взаимосвързана мрежа.

Поглед напред

В един взаимозависим свят нуждата страните да действат заедно става още по-важна. Днес, сложен набор от глобални и регионални сили предизвиква здравето на хората и неговите детерминанти. Въпреки че повече хора от всякога сега имат възможност да постигнат по-добро здраве, нито една страна не може да впрегне потенциала на иновациите и промените или да реши предизвикателствата за здравето и благосъстоянието в изолация. Бъдещият просперитет на Европейския регион зависи от неговата готовност и способност да се възползва от новите възможности за здравето и благосъстоянието на настоящото и бъдещите поколения.

СЗО има специална роля в преследването на целта, определена в нейната Конституция (1): "постигането от всички народи на възможно най-високо ниво на здраве". Светът, предвиден от СЗО, е такъв, в който пропуските в здравните резултати са по-малко; постигнат е универсален достъп до здравни грижи; страните имат устойчиви здравни системи, базирани на първичните здравни грижи, които могат да отговорят на очакванията и нуждите на техните народи; международно договорените цели за здраве са постигнати; незаразните заболявания се контролират; и страните се справят с болестни епидемии и природни бедствия. Никога преди в историята средствата за постигане на тези цели не са били в ръцете ни; никога досега не сме имали толкова много инструменти и ресурси, които да помогнат за постигането им. И все пак досега не сме впрегнали тези ресурси и знания, достъпни за нас в достатъчна степен, така че всички граждани да могат да се възползват от тях.

Ние сме изправени пред особеното предизвикателство да се справим със здравната неравнопоставеност и здравето на бъдещите поколения. Ако не го направим, има реален риск здравният статус на някои групи да стане по-лош от този на техните предшественици. "Здраве 2020" е предназначена да помогне за преодоляване на някои от основните пречки, които са ни дърпали назад. Тя осигурява визия, стратегически път, набор от приоритети, както и набор от предложения, които да показват това, което работи, въз основа на изследвания и опит в много страни. Тя посочва ясно, че много партньори трябва да се обединят, за да се постигне по-добро здраве и благополучие. Това не означава, че здравето е всичко или само един аспект от живота, който трябва да се цени – обществата и индивидите имат много цели, които желаят да постигнат. Независимо от това, "Здраве 2020" подчертава, че здравето е от решаващо значение като средство за постигане на други цели в живота. Здравето е ресурс, който дава възможност на всеки човек да реализира своя потенциал и да допринесе за цялостното развитие на обществото. Затова нека работим заедно, за да се изгради и използва този ценен ресурс, разумно и в полза на всички.

1. Constitution of the World Health Organization. In: *Basic documents*. 45th ed. Supplement, October 2006. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
2. *Universal Declaration of Human Rights*. Paris, United Nations, 1948 (<http://www.un.org/en/documents/udhr>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
3. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York, United Nations, 1966 (<http://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume%20I/Chapter%20IV/IV-3.en.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
4. World Health Assembly resolution WHA30.43. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board*. Volume II: 1978–1984. Geneva, World Health Organization, 1985:1.
5. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 Sept 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
6. United Nations General Assembly. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. New York, United Nations, 1981 (<http://www.un-documents.net/a36r43.htm>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
7. World Health Assembly. *World Health Declaration*. Geneva, World Health Organization, 1998.
8. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/sdhconference/declaration/en>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
9. United Nations General Assembly. *United Nations Millennium Declaration*. New York, United Nations, 2000 (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
10. Millennium Development Goals [web site]. New York, United Nations, 2013 (<http://www.un.org/millenniumgoals>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
11. *Human development report 2010. The real wealth of nations*. New York, United Nations Development Programme, 2010 (http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_EN_Complete_reprint.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
12. *Eurostat feasibility study for well-being indicators*. Brussels, Eurostat, 2010 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/gdp_and_beyond/documents/Feasibility_study_Well-Being_Indicators.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
13. *The right to health*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
14. *2005 World Summit Outcome. General Assembly resolution A/RES/60/1*. New York, United Nations, 2005 (<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan-021752.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
15. *European Social Charter (revised)*. Strasbourg, Council of Europe, 1996 (<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
16. *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. Brussels, Commission of the European Communities, 2010 (Official Journal of the European Communities, 2000/C364/01A, http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
17. *European review of social determinants of health and the health divide*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (предстоящ).

18. *Roma and Travellers glossary*. Strasbourg, Council of Europe, 2006.
19. Sadler JZ et al. Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. *Theoretical Medical and Bioethics*, 2009, 30:411–425.
20. WHO Framework Convention on Tobacco Control [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/fctc/en/index.html>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
21. United Nations General Assembly. *Resolution A/RES/64/108 on global health and foreign policy*. New York, United Nations, 2009 (<http://www.un.org/en/ga/64/resolutions.shtml>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
22. *White paper. Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013*. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (COM(2007) 630 final; http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
23. *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (document EUR/RC55/8, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87881/RC55_edoc08.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
24. *Health Systems, Health and Wealth: WHO European Ministerial Conference on Health Systems: Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008: report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78918/E92150.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
25. *The European health report 2012: charting the way to well-being*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
26. European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://data.euro.who.int/hfadb>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
27. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
28. *United Nations Framework Convention on Climate Change*. New York, United Nations, 1992 (<http://unfccc.int/resource/docs/convkp/conveng.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
29. Dooris M et al. The settings-based approach to health promotion. In: Tsouros A et al., eds. *Health-promoting universities: concept, experience and framework for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
30. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
31. *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region – executive summary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
32. Adler NE et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 1994,49:15–24.
33. *Genome-based research and population health. Report of an expert workshop held at the Rockefeller Foundation Study and Conference Centre, Bellagio, Italy, 14–20 April 2005*. Cambridge, PHG Foundation, 2005.
34. Wertz D, Fletcher JC, Berg K *Review of ethical issues in medical genetics. Report of consultants to WHO*. Geneva, World Health Organization, 2003.

35. Kirschner MW. The meaning of systems biology. *Cell*, 2005, 121:503–504.
36. McDaid D, Sassi F, Merkur S, eds. *Promoting health, preventing disease: the economic case*. Maidenhead, Open University Press (предстоящ).
37. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programs. *British Medical Journal*, 2010, 340:c3311.
38. Rittel H, Webber M. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 1973, 4:155–169.
39. *Tackling wicked problems: a public policy perspective*. Canberra, Australian Public Service Commission, 2007.
40. Dahlgren G, Whitehead M. *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* London, King's Fund, 1993.
41. *Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148375/id5E_2ndRepSocialDet-jh.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
42. *Reducing health inequalities in the EU. European Parliament Resolution, 9 March 2011*. Brussels, European Parliament, 2011 (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2011-0032&language=EN>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
43. *The Banja Luka Pledge. Health in all policies in south-eastern Europe: a shared goal and responsibility. Third Health Ministers' Forum, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina, 13–14 October 2011*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/152471/e95832.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
44. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. London, Allen Lane, 2009.
45. Popay J et al. *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, from the Social Exclusion Knowledge Network*. Lancaster, WHO Social Exclusion Knowledge Network, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
46. The Marmot Review. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England 2010*. London, Marmot Review, 2010 (<http://www.ucl.ac.uk/marmotreview>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
47. *World Health Assembly resolution WHA62.14 on reducing health inequities through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2009.
48. *Interim report on implementation of the Tallinn Charter*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/134470/08E_InterimTallinn_110515-V2.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
49. *Governance and delivery for social determinants. Task group report, European review on social determinants of health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (под печат).
50. Marmot M et al. Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. *Lancet*, 2011, 379:181–188.
51. Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
52. Worldwide Governance Indicators Project [web site]. Washington, DC, World Bank, 2013 (<http://info.worldbank.org/governance/wgi/resources.htm>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).

53. Marteau TM et al. Judging nudging: can nudging improve population health? *British Medical Journal*, 2011, 342:d228.
54. Nanda G et al. *Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches*. Washington, DC, World Bank, 2005.
55. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
56. Sedgh G et al. Induced abortion: rates and trends worldwide. *Lancet*, 2007, 370:1338–1345.
57. Oliveira da Silva M et al. The reproductive health report. The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2011, 16(Suppl. 1).
58. Currie C et al. *Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
59. Malarcher S. *Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/social_science/9789241599528/en/index.html, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
60. *Children: reducing mortality*. Geneva, World Health Organization, 2012 (Fact sheet No.178; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/index.html>, accessed 21 June 2013).
61. *Newborns: reducing mortality*. Geneva, World Health Organization, 2012 (Fact sheet No.333; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/index.html>, accessed 21 June 2013).
62. Beck S et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:31–38.
63. Effective perinatal care training package (EPC) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/effective-perinatal-caretraining-package-epc>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
64. WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
65. Statistics and stories: improving the quality of maternal and neonatal health in Europe. *Entre Nous: the European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 2010, 70 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/123016/en70.pdf, accessed 21 June 2013).
66. Are we on track? Progress towards MDG3, 4 and 5 in Europe. *Entre Nous: the European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 2011, 71 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/132208/en71.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
67. *European strategic approach for making pregnancy safer: improving maternal and perinatal health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98796/E90771.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
68. *How health systems can accelerate progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on child and maternal health by promoting gender equity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/127527/e94498.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).

69. *Millennium Development Goals in the WHO European Region: a situational analysis at the eve of the five-year countdown*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/87438/E93723.pdf, accessed 21 June 2013).
70. *The European health report 2009 – Health and health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e93103.pdf>, accessed 21 June 2013).
71. *A review of progress in maternal health in eastern Europe and central Asia*. Istanbul, UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia, 2009.
72. *Achieving Millennium Development Goal 5: target 5A and 5B on reducing maternal mortality and achieving universal access to reproductive health. Briefing note*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/rhr_09_06/en/index.html, преглеждана на 21-ви јуни, 2013).
73. World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF and World Bank. *Accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care as part of improving reproductive health: mapping of in-country activities. Joint country support*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241599733/en>, преглеждана на 21-ви јуни, 2013).
74. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en, accessed 21 June 2013).
75. *WHO regional strategy on sexual and reproductive health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf, преглеждана на 21-ви јуни, 2013).
76. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Breaking the chain of transmission*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.htm>, accessed 21 June 2013).
77. WHO and UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241562218/en/index.html, преглеждана на 21-ви јуни, 2013).
78. *The MDGs in Europe and central Asia: achievements, challenges and the way forward*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2010 (http://www.unece.org/commission/MDGs/2010_MDG.pdf, преглеждана на 21-ви јуни, 2013).
79. United Nations Secretary-General. *Global Strategy for Women's and Children's Health*. Geneva, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2010 (<http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/index.html>, преглеждана на 21-ви јуни, 2013).
80. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. *Keeping promises, measuring results*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/en, преглеждана на 21-ви јуни, 2013).
81. *WHO's role in the follow-up to the United Nations High-level Plenary Meeting of the General Assembly on the Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2011 (resolution WHA64.12; http://apps.who.int/gb/or/e/e_wha64r1.html, accessed 21 June 2013).
82. *World health statistics 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf, преглеждана на 21-ви јуни, 2013).
83. *Children's Environment and Health Action Plan for Europe. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health, Budapest, Hungary, 23–25 June 2004*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83338.pdf>, преглеждана на 21-ви јуни, 2013).

84. *Countdown to 2015: tracking progress in maternal, newborn & child survival. The 2008 report.* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789280642841/en/index.html, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
85. *European Charter on Counteracting Obesity.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/87462/E89567.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
86. Patton GC et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009, 374:881–892.
87. *Youth-friendly health policies and services in the European Region.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/123128/E94322.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
88. *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
89. Sethi D, Racioppi F, Mitis F. *Youth and road safety in Europe: policy briefing.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98454/E90142.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
90. *European report on child injury prevention.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
91. "Young people's health as a whole-of-society response" series [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2013/young-peopleshealth-as-a-whole-of-society-response-series>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
92. *European strategy for child and adolescent health and development.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/79400/E87710.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
93. *Adolescent-friendly health services – an agenda for change.* Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
94. *Youth and health risks. Report by the Secretariat.* Geneva, World Health Organization, 2011 (document A64/25; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R28-en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
95. *Helping parents in developing countries improve adolescents' health.* Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241595841/en/index.html, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
96. *The European health report 2005 – Public health action for healthier children and populations.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
97. *A critical link: interventions for physical growth and psychological development.* Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/chs_cah_99_3/en/index.html, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
98. *Early child development: a powerful equalizer. Final report to WHO Commission on Social Determinants of Health.* Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/ecd_final_m30/en/index.html, accessed 21 June 2013).
99. The *Lancet* child development in developing countries series [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/lancet_child_development/en/index.html, преглеждана на 21-ви юни, 2013).

100. *IMCI care for development: for the healthy growth and development of children*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imci_care_for_development/en/index.html, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
101. *The European report on tobacco control policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/68065/E74573.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
102. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
103. *Childhood obesity surveillance in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (Fact sheet 5; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/123176/FactSheet_5.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
104. *Integrated Management of Childhood Illness computerized training tool*. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.icatt-training.org>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
105. *IMCI chart booklet – standard*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/IMCI_chartbooklet/en/index.html, accessed 21 June 2013).
106. *Joint statement by heads of United Nations entities for the launch of the International Year of Youth*. New York, United Nations, 2011 (<http://social.un.org/youthyear/docs/iyyjointstatement.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
107. *Broadening the horizon: balancing protection and risk for adolescents*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_01_20/en/index.html, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
108. *A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity>, accessed 21 June 2013).
109. *WHO and UNICEF. Child and adolescent injury prevention: a global call to action*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
110. *WHO European strategy for child and adolescent health and development: from resolution to action 2005–2008*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
111. Stuckler D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374:315–323.
112. Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union. *Official Journal of the European Union*, 2008, C 115/47(9 May) (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:115:0047:0199:en:PDF>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
113. World Health Assembly resolution 60.25. *Strategy for integrating gender analysis and actions in the work of WHO*. Geneva, World Health Organization, 2007, (http://www.who.int/gender/documents/gender/who_fch_gwh_08_1/en, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
114. Huber M et al. *Facts and figures on long-term care – Europe and North America*. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
115. Przywar B. *Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results*. Brussels, European Commission, 2010 (European Economic Papers No. 417).

116. Huber M et al. *Quality in and equality of access to healthcare services*. Brussels, European Commission, 2008.
117. *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
118. *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
119. *Palliative care: the solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf, accessed 21 June 2013).
120. Hall S et al. *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/palliative-care-for-older-people-better-practices>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
121. World Health Assembly resolution WHA52.7 on active ageing. In: *Fifty-second World Health Assembly, Geneva, 17–25 May 1999. Volume 1. Resolutions and decisions, annexes*. Geneva, World Health Organization, 1999:8–9.
122. *WHO Executive Board resolution EB130.R6 on strengthening noncommunicable disease policies to promote active ageing*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R6-en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
123. United Nations/DESA. *The Madrid International Plan of Action on Ageing*. New York, United Nations, 2002.
124. *Active ageing: a policy framework*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/ageing/publications/active/en>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
125. Van Liemt G. *Human trafficking in Europe: an economic perspective*. Declaration/WP/31/2004. Geneva, International Labour Organization, 2004.
126. *How health systems can address health inequalities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
127. Carballo M. Non-communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira Miguel J, eds. *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisbon, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge, 2009: 71–78 (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/HealthMigrationEU2.aspx>, accessed 21 June 2013).
128. Carballo M. Communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira Miguel J, eds. *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisbon, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge, 2009:53–69 (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/HealthMigrationEU2.aspx>, accessed 21 June 2013).
129. Carta MG et al. Migration and mental health in Europe (the State of the Mental Health in Europe Working Group: Appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2005, 1:13.
130. *Migrant health: background note to the ECDC report on migration and infectious diseases in the EU*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009 (http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0907_TER_Migrant_health_Background_note.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
131. *An EU framework for national Roma integration strategies up to 2020*. Brussels, European Commission, 2011 (http://ec.europa.eu/justice/policies/discrimination/docs/com_2011_173_en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
132. *The Roma in central and eastern Europe: avoiding the dependency trap*. Bratislava, United Nations Development Programme, 2003 (<http://www.arab-hdr.org/publications/other/undp/hdr/regional/avoiding-dep-trap-03e.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).

133. *Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe*. Madrid, Fundacion Secretariado Gitano, 2009 (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4309&langId=en>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
134. Schaaf M. *Confronting a hidden disease: TB in Roma communities*. New York, Open Society Institute, 2007 (http://www.soros.org/initiatives/health/focus/roma/articles_publications/publications/confronting_20070206/confronting_20070122.pdf, accessed 21 June 2013).
135. *Left out: Roma and access to health care in eastern and south-eastern Europe*. New York, Open Society Institute, 2007 (http://www.romadecade.org/files/downloads/Health%20Resources/leftout_20070423.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
136. *At risk: Roma and the displaced in southeast Europe*. Bratislava, United Nations Development Programme, 2006 (<http://europeandcis.undp.org/home/show/A3C29ADB-F203-1EE9-BB0A277C80C5F9F2>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
137. Milcher S. Poverty and the determinants of welfare for Roma and other vulnerable groups in southeastern Europe. *Comparative Economic Studies*, 2006, 48:20–35 (http://europeandcis.undp.org/files/uploads/_rbec%20web/roma%20portal/susanne.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
138. *Republic of Macedonia, Multiple Indicator Cluster Survey 2005–2006*. Skopje, State Statistical Office, the former Yugoslav Republic of Macedonia, 2007 ([http://www.unicef.org/tfyr-macedonia/MICS-ENG-1\(1\).pdf](http://www.unicef.org/tfyr-macedonia/MICS-ENG-1(1).pdf), преглеждана на 21-ви юни, 2013).
139. *The state of children in Serbia in 2006*. Belgrade, UNICEF, 2007 (http://www.unicef.org/serbia/State_of_Children_in_Serbia_2006_1-56.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
140. *First findings of Roma Task Force and report on social inclusion*. Brussels, European Commission, 2010 (<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/10/701&type=HTML>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
141. *WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC52/R7 on poverty and health – evidence and action in WHO's European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/117111/R07.23598ema.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
142. *World Health Assembly resolution WHA61.17 on health of migrants*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
143. *Health of migrants – the way forward. Report of a global consultation*. Madrid, Spain, 3–5 March 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
144. *Bratislava Declaration on Health, Human Rights and Migration*. Strasbourg, Council of Europe, 2007 (http://www.coe.int/t/dg3/health%5CSource%5Cdeclaration_en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
145. *Recommendation CM/REC(2011)13 of the Committee of Ministers to Member States on mobility, migration and access to health care*. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (<http://bit.ly/rKs2YD>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
146. *International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1990 (<http://www2.ohchr.org/english/law/cmhw.htm>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
147. *Council conclusions on an EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020*. Brussels, Council of the European Union, 2011 (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lssa/122100.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).

148. Payne S. *How can gender equity be addressed through health systems?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/64941/E92846.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
149. *Youth and health risks. Resolution WHA64.28*, 24 May 2011. Geneva, World Health Organization, 2011.
150. Green G, Tsouros A, eds. *City leadership for health. Summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98257/E91886.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
151. *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
152. Defining civil society [web site]. Washington, DC, World Bank, 2010 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/CSO/0,,contentMDK:20101499~menuPK:244752~pagePK:220503~piPK:220476~theSitePK:228717,00.html>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
153. *Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS. Report by the Secretary-General*. New York, United Nations, 2009 (http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20090616_sg_report_ga_progress_en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
154. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prevention of Chronic Diseases*, 2005, 2 (http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0066.htm, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
155. *European cardiovascular disease statistics 2008*. Brussels, European Heart Network, 2008 (<http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
156. Suhrcke M et al. *Chronic disease: an economic perspective*. London, Oxford Health Alliance, 2006.
157. Bloom DE et al. *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva, World Economic Forum, 2011 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
158. *European Strategy for Tobacco Control*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/68101/E77976.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
159. *European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
160. *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
161. *Steps to health. A European framework to promote physical activity for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
162. MPOWER [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
163. Raise taxes on tobacco [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/tobacco/mpower/raise_taxes/en/index.html, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
164. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/index.html, accessed 21 June 2013).
165. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, eds. *Physical activity and health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).

166. *Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/147237/e95168.pdf, accessed 21 June 2013).
167. *Global recommendations on physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
168. Edwards P, Tsouros AD. *Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments. The solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98424/E89498.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
169. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
170. Davey Smith G et al. Genetic epidemiology and public health: hope, hype and future prospects. *Lancet*, 2005, 366:1484–1498.
171. Hall WD, Mathews R, Morley KI. Being more realistic about the public health impact of genomic medicine. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000347.
172. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. *Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region. Summary report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/145511/e95004sum.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
173. *WHO guidelines for indoor air quality: selected pollutants*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/128169/e94535.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
174. *Early detection. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes, module 3*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
175. *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
176. *Moscow Declaration on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/moscow_declaration_en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
177. *World Health Assembly resolution WHA64.11: Preparations for the High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, following on the Moscow Conference*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-en.pdf#page=21, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
178. *Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
179. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/147732/RC61_wd13E_Alcohol_111372_ver2012.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
180. United Nations General Assembly. *Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. New York, United Nations, 2011 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1, преглеждана на 21-ви юни, 2013).

181. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf, accessed 21 June 2013).
182. *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf, accessed 21 June 2013).
183. *Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
184. Beaglehole R et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*, 2011, 377:1438–1447.
185. World Economic Forum and WHO. *From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
186. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/mental_health/mhgap/en, accessed 21 June 2013).
187. *Disease and injury regional estimates: cause-specific mortality (2008 Global Burden of Disease)*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
188. Sethi D et al. *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98762/E88037.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
189. Mortality by 67 causes of death, age and sex [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 21 June 2013).
190. Krug EG et al. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
191. Racioppi F et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/87564/E82659.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
192. *Preventing injuries and violence. A guide for ministries of health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/en, accessed 21 June 2013).
193. Sethi D et al. Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet*, 2006, 368:2243–2250.
194. Sethi D et al. *Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96455/E93567.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
195. *WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R9 on the prevention of injuries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/88100/RC55_eres09.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
196. *TEACH-VIP users' manual*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teach_vip/en/index.html, accessed 21 June 2013).
197. Global Alert and Response (GAR): Global Outbreak Alert & Response Network [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).

198. Odolini S et al. Travel-related imported infections in Europe. *Clinical Microbiology and Infection*, 2012, 18:468–474.
199. *UNAIDS Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS, 2010 (http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf, accessed 21 June 2013).
200. European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2010 (http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/101129_sur_hiv_2009.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
201. European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
202. Kardar SS. *Antibiotic resistance: new approaches to a historical problem*. Reston, VA, Action Bioscience, 2005.
203. Heymann DL, Rodier G. Global surveillance, national surveillance, and SARS. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10:173–175.
204. *Communicable diseases and public policy*. Washington, DC, World Bank, 2007 ([sitere-sources.worldbank.org/EXTABOUTUS/Resources/communicabledisease.ppt](http://sources.worldbank.org/EXTABOUTUS/Resources/communicabledisease.ppt), преглеждана на 21-ви юни, 2013).
205. *Immunization summary: a statistical reference containing data through 2009*. New York, UN ICEF Statistics and Monitoring Section Division of Policy and Practice and Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.childinfo.org/files/32775_UNICEF.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
206. *Important changes to the childhood immunisation programme*. Brussels, European Cervical Cancer Association, 2009 (http://www.ecca.info/fileadmin/user_upload/HPV_Vaccination/ECCA_HP_Vaccination_April_2009.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
207. Trotter CL, Ramsay ME, Slack MP. Rising incidence of Haemophilus influenzae type b disease in England and Wales indicates a need for a second catch-up vaccination campaign. *Communicable Disease and Public Health*, 2003, 6:55–58.
208. *Pneumococcal vaccine added to the childhood immunisation programme; more protection against meningitis and septicaemia*. London, Department of Health, 2006 (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Press-releases/DH_4128036, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
209. Meningococcal vaccines: polysaccharide and polysaccharide conjugate vaccines. *WHO Weekly Epidemiological Record*, 2002, 77:331–338.
210. European Immunization Week [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://eiw.euro.who.int>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
211. Mankertz A et al. Molecular genotyping and epidemiology of measles virus transmission in the World Health Organization European Region, 2007–2009. *Journal of Infectious Diseases*, 2010, 204(Suppl 1):S335–S342.
212. Centralized Information System for Infectious Diseases [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://data.euro.who.int/cisid>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
213. Laboratory Data Management System for Polio Laboratory Network [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://ldms.euro.who.int>, accessed 21 June 2013).
214. Shooter RA. *Report of the investigation into the cause of the 1978 Birmingham smallpox occurrence*. London, H.M. Stationery Office, 1980.

215. Lim PL et al. Laboratory-acquired severe acute respiratory syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350:1740–1745.
216. Kumarasamy KK et al. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the United Kingdom: a molecular, biological, and epidemiological study. *Lancet Infectious Diseases*, 2010, 10:597–602.
217. *European strategic action plan on antibiotic resistance*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/147734/wd14E_AntibioticResistance_111380.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
218. Abubakar I et al. Tackling the spread of drug-resistant tuberculosis in Europe. *Lancet*, 2012, 379:e21–e23.
219. *Roadmap to prevent and combat drug-resistant tuberculosis. The Consolidated Action Plan to Prevent and Combat Multidrug- and Extensively Drug-Resistant Tuberculosis in the WHO European Region 2011–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/152015/e95786.pdf, accessed 21 June 2013).
220. Abubakar I et al. *Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569_eng.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
221. WHO, UNAIDS and UNICEF. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>, accessed 21 June 2013).
222. *European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/153875/e95953.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
223. *What is quality improvement in HIV prevention?* Geneva, IQhiv, 2012 (<http://iqhiv.org/get-started/what-is-it>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
224. Mirzoaliev I et al. [Efficiency of a package of therapeutic and preventive measures in the Republic of Tajikistan in the malaria postepidemic period (2000–2007)]. *Meditinskaiia Parazitologiya i parazitarnye bolezni (Moskva)*, 2009, 4:47–49.
225. Barbić L et al. Spreading of West Nile virus infection in Croatia. *Veterinary Microbiology*, 2012, 159:504–508.
226. Christodoulou V et al. Re-emergence of visceral and cutaneous leishmaniasis in the Greek island of Crete. *Vector-borne Zoonotic Diseases*, 2012, 12:214–222.
227. Ryan J et al. Establishing the health and economic impact of influenza vaccination within the European Union 25 countries. *Vaccine*, 2006, 24:6812–6822.
228. *How to become a WHO-recognized national influenza centre: guidance on the process for influenza laboratories in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/126457/e94432.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
229. *Recommendations for good practice in pandemic preparedness: identified through evaluation of the response to pandemic (H1N1) 2009*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/128060/e94534.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
230. Ritsatakis A, Makara P. Gaining health. *Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*. Copenhagen, World Health Organization, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/105318/e92828.pdf, accessed 21 June 2013).

231. Busse R et al. *Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010 (Observatory Studies Series, No. 20; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
232. *WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC58/R4. Stewardship/governance of health systems in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/70243/RC58_eres04.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
233. *European action plan for strengthening public health capacities and services*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
234. Acheson D. *Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London, H.M. Stationery Office, 1988.
235. *The world health report 2008 – Primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>, accessed 21 June 2013).
236. *The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/hrh/migration/code/code_en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
237. *The world health report 2010 – Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
238. Kutzin J, Cashin C, Jakab S, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
239. Thomson S et al. *Addressing financial sustainability in health systems*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
240. Rodier G et al. Global public health security. *Emerging Infectious Diseases*, 2007, 13:1447–1452.
241. *International Health Regulations. IHR Core Capacity Monitoring Framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/ihr/IHR_Monitoring_Framework_Checklist_and_Indicators.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
242. *Human development report 2011 – Human Development Index trends 1980–2011*. New York, United Nations Development Programme, 2011 (<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/download>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
243. *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of diseases*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
244. *Health and environment in Europe: progress assessment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96463/E93556.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
245. *WHO guidelines on indoor air quality: dampness and mould*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43325/E92645.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).

246. *Burden of disease from environmental noise*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
247. PCT databank on soil-transmitted helminthiasis [online database]. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sth/db/index.html?units=minimal®ion=EUR&country=all&countries=all&year=2010, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
248. *Progress on sanitation and drinking-water, 2010 update*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563956_eng_full_text.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
249. *Environmental health inequalities in Europe. Assessment report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
250. Lang T, Rayner G. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. *Obesity Reviews*, 2007, 8(Suppl. 1):165–181.
251. Morris G et al. Getting strategic about the environment and health. *Public Health*, 2006, 120:889–903.
252. *European environment outlook*. Copenhagen, European Environment Agency, 2005 (EEA Report no. 4/2005; http://www.eea.europa.eu/publications/eea_report_2005_4, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
253. Menne B et al. *Protecting health in Europe from climate change*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/74401/E91865.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
254. Stern N. *The economics of climate change: the Stern review*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.
255. European process on environment and health [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/european-process-on-environment-and-health/governance>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
256. *Protecting children's health in a changing environment. Report of the Fifth Ministerial Conference on Environment and Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/123565/e94331.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
257. *Regional report on the status of implementation of the Protocol on Water and Health to the Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes. Second session of the Meeting of the Parties (Bucharest, 23–25 November 2010)*. Economic Commission for Europe and WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.unecce.org/fileadmin/DAM/env/documents/2010/wat/MP_WH/wh/ece_mp_wh_2010_2_E.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
258. United Nations Economic Commission for Europe et al., eds. *From transition to transformation: sustainable and inclusive development in Europe and central Asia*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2012 (<http://www.unep.org/roe/Portals/139/Moscow/From-Transition-to-Transformation.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
259. *Earth Summit. Agenda 21. The United Nations Programme for Action from Rio*. New York, United Nations, 1992 (<http://www.un.org/esa/dsd/agenda21>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
260. *Rio Declaration on Environment and Sustainable Development*. New York, United Nations, 1992 (<http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?documentid=78&articleid=1163>).
261. *Global risks 2011*. 6th ed. Geneva, World Economic Forum, 2011.

262. *Sustainable development: from Brundtland to Rio 2012*. New York, United Nations, 2010 (http://www.un.org/wcm/webdav/site/climatechange/shared/gsp/docs/GSP1-6_Background%20on%20Sustainable%20Devt.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
263. Hosking J, Mudu P, Dora C. *Health co-benefits of climate change mitigation – transport sector*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hia/examples/trspt_comms/hge_transport_lowresdurban_30_11_2011.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
264. *Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector*. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/hia/hgehousing.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
265. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World urbanization prospects, the 2009 revision: highlights*. New York, United Nations, 2010.
266. Vlahov D et al., eds. *Urban health: global perspectives*. Hoboken, NJ, Wiley and Sons, 2010.
267. *Unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Geneva, World Health Organization, and UN-HABITAT, 2010.
268. Barton H et al. Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*, 2009, 24:91–99.
269. Tsouros A. City leadership for health and sustainable development. *Health Promotion International*, 2009, 24:4–10.
270. Tsouros A, Green G, Healthy Cities: lessons learnt. In: Vlahov D et al., eds. *Urban health: global perspectives*. Hoboken, NJ, Wiley and Sons, 2010.
271. *Phase V (2009–2013) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/100989/E92260.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
272. Gilson L et al. *Challenging inequity through health systems. Final report of the Knowledge Network on Health Systems of the Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
273. Morgan A, Davies M, Ziglio E. *Health assets in the global context*. London, Springer, 2010.
274. United Nations Secretary-General's High-level Panel on Global Sustainability. *Resilient people, resilient planet: a future worth choosing*. New York, United Nations, 2012.
275. *Assets Alliance Scotland*. Edinburgh, LTCAS, Scottish Community Development Centre and the Scottish Government, 2011 (<http://www.scdc.org.uk/media/resources/newsand-events/Assets%20Alliance%20Scotland%20Event%2013%20Dec%202010%20Report.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
276. Strand M et al. *Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/110228/E93431.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
277. Lim SS et al. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs, *Lancet*, 2007, 370:2054–2062.
278. Brown C et al. *Governance for SDH – appraisal tool*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
279. Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
280. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass, 1987.
281. Morgan A, Ziglio E. Revitalizing the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*, 2007, 2(Suppl.):17–22.

282. *Living Well across communities: prioritizing well-being to reduce inequalities*. Manchester, NHS North West, 2010 (<http://www.nwph.net/hawa/writedir/a862Living%20Well.pdf.pdf>, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
283. Brown C, Buzeti T. *Placing social determinants of health on the regional development agenda: investment for health and development in Slovenia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, под печат.
284. *A whole-of-government approach to reducing health inequalities: the Scottish experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, под печат.
285. Swanson D et al. Seven guidelines for policy making in its uncertain world. In: Swanson D, Bhadwal S, eds. *Creating adaptive policies: a guide for policy making in an uncertain world*. London, Sage, 2009.
286. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [web site]. Brussels, European Commission, 2013 (http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
287. Paquet G. The new governance: subsidiarity and the strategic state. In: *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001.
288. HealthyPeople.gov [web site]. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2013 (<http://healthypeople.gov/2020/default.aspx>, accessed 21 June 2013).
289. Brown C et al. *Governance for health equity and the social determinants of health – a companion resource to support national review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (предстоящ).
290. Brown C. *Progress and opportunities in implementing health in all policies – a rapid appraisal of learning from Europe and internationally*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (предстоящ).
291. Harrison D et al. *Report of the Task Group on Governance and Delivery Mechanisms*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (предстоящ).
292. Marks L. Accountability for social determinants of health and health equity. In: Brown C et al. *Governance for health equity and the social determinants of health – a companion resource to support national review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (предстоящ).
293. *South Australia's Strategic Plan: progress report*. Adelaide, South Australia's Strategic Plan Audit Committee, 2010.
294. McDaid D. Joint budgeting: can it facilitate intersectoral action? In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
295. *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: an EU framework for national Roma integration strategies up to 2020*. Brussels, European Commission, 2011 (COM(2011) 173 final).
296. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health:levelling up part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 3; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
297. *Biennial report 2008–2009 and key developments for 2010–2011 of the WHO European Office for Investment for Health and Development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.

298. Brown C, Ziglio E, Rohregger B. *Appraisal of governance systems and capacity for addressing social determinants of health and health equity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (предстоящ).
299. *Report on the 3rd Ministerial Meeting of the Countries of the South-Eastern Europe Health Network – opportunities for scaling up and strengthening health in all policies in southeastern Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (предстоящ).
300. Blas E, Sivasankara KA, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/social_determinants/en, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
301. Blas E, Sommerfeld J, Sivasankara AK, eds. *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/social_determinants/en, преглеждана на 21-ви юни, 2013).
302. Bertollini R, Brassart C, Galanaki C. *Review of the commitments of WHO European Member States and the WHO Regional Office for Europe between 1990 and 2010. Analysis in the light of the Health 2020 strategy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/171902/Review-ofthe-commitments-of-WHO-European-Member-States-and-the-WHO-Regional-Officefor-Europe-between-1990-and-2010.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).

Приложение. Речник на работни определения и обяснителни бележки по понятия и термини, използвани в "Здраве 2020"

Детерминанти на здравето

Този термин се отнася до обхвата на лични, социални, икономически и екологични фактори, които определят здравния статус на индивида или на населението.

Комисията по Социалните детерминанти на здравето. *Преодоляване на разликите в едно поколение: здравно равенство посредством въздействие върху социалните детерминанти на здравето. Окончателен доклад на Комисията относно социалните детерминанти на здравето*. Женева, Световна здравна организация, 2008 г. (http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf, преглеждана на 21-ви юни, 2013).

Упълномощаване

Упълномощаването обхваща много широк спектър от значения, определения и тълкувания. Като цяло, терминът е за способността да се вземат решения за лични и колективни обстоятелства. В контекста на "Здраве 2020", упълномощаването е процес, чрез който хората получават по-голям контрол върху решенията и действията, които засягат тяхното здраве. За да се постигне това, индивидите и общностите трябва да развият умения, да имат достъп до информация и ресурси, и възможности, за да имат право на глас и да повлияят на факторите, влияещи върху тяхното здраве и благосъстояние.

Адаптирано и разширено от: *Речник на насърчаване на здравето*. Женева, Световна здравна организация, 1998 г. (<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>).

Основни операции на общественото здраве

Основните операции, които трябва да се извършват в обществото, за да се максимизира здравето и благосъстоянието на населението, както и здравното равенство. В Европейския регион на СЗО това са: (I) наблюдение на здравето на населението и благосъстоянието; (II) надзор и отговор на опасностите за здравето и спешните случаи; (III) опазване на здравето, включително и на околната среда, професионалното здраве, безопасността на храните и други; (IV) насърчаване на здравето, включително действия за справяне със социалните детерминанти и здравните неравенства; (V) профилактика на заболяванията, включително ранно откриване на заболяване; (VI) осигуряване на управление за здраве и благосъстояние; (VII) осигуряване на достатъчно и компетентни здравни работници; (VIII) осигуряване на устойчиви организационни структури и финансиране; (IX) застъпничество, комуникация и социална мобилизация за здраве; и (X) развиване на изследванията на общественото здраве, за да се информират политиката и практиката.

Европейски план за действие за засилване на капацитета и услугите на общественото здраве. Копенхаген, Регионалният офис на СЗО за Европа, 2012 г. (документ EUR/RC62/12).

Равнопоставеността на половете в областта на здравеопазването

Равнопоставеността на половете се отнася до честността и справедливостта при разпределението на ползите, властта, ресурсите и отговорностите между жените и мъжете, за да им позволят да постигнат пълния си здравен потенциал. Концепцията признава, че жените и мъжете имат различни нужди и възможности, които оказват влияние върху здравословното им състояние, техният достъп до услуги и техният принос към здравната работна сила. Тя признава, че тези различия трябва да бъдат идентифицирани и адресирани по начин, който коригира дисбаланса между половете.

Адаптирано от: *Интегриране на равенството между половете в областта на здравеопазването: необходимостта да се движи напред (Изявление от Мадрид)*. Копенхаген, Регионален офис на СЗО за Европа, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf)
Джендър мейнстрийминг за здравни мениджъри: практически подход. Женева, СЗО, 2011 (<http://www.who.int/gender/mainstreaming/tools/en/index1.html>).

Управление

Управлението е това как правителствата и другите обществени организации си взаимодействат, как се свързват с гражданите и как се вземат решения в сложен и глобализиран свят.

Graham J, Amos B, Plumptre T. *Принципи за добро управление в 21-ви век*. Отава, Институт за управление, 2003 г. (Policy Brief No.15, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>).

Управление за здраве

Опитите на правителствата и другите участници да насочат общности, държави или групи от страни в стремеж към здравето като неразделна част от благосъстоянието чрез подходите на цялото управление и цялото общество.

Kickbusch I, Gleicher D. *Управление за здраве през 21 век*. Копенхаген, Регионален офис на СЗО за Европа, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, преглеждана на 21-ви юни 2013).

Здраве

Състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие на индивида, а не само липсата на болест или недъг.

Конституция на Световната здравна организация. Женева, Световна здравна организация, 1946 (Официален архив на Световната здравна организация, номер 2, стр. 100; <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>).

Здравен актив

В широк смисъл, здравният актив може да се дефинира като всеки фактор (или ресурс), който повишава способността на хората, общностите и населението за защита, насърчаване и поддържане на тяхното здраве и благосъстояние. Тези активи могат да работят на ниво индивид, група, общност, и / или население като защитни фактори, за буфер срещу стресовите в живота и като насърчаващи фактори, за да максимизират възможностите за здраве.

Адаптирано от: Ziglio E et Al. *Повишаване на здравния потенциал: модел на активите за здраве и развитие*. Копенхаген, Регионален офис на СЗО за Европа (под печат).

Здравно равенство (и равнопоставеност в здравеопазването)

Равенството е липсата на предотвратими, нелоялни, или поправими разлики между групите от хора, независимо дали тези групи са определени социално, икономически, демографски или географски. "Здравно равенство" или "равнопоставеност в здравеопазването" означава, че в идеалния случай всеки трябва да има справедлива възможност да постигне пълния си здравен потенциал и по-прагматично, че никой не трябва да бъде в неравностойно положение за постигането на този потенциал.

Теми на здравните системи – Равенство [уеб сайт]. Женева, Световна здравна организация, 2012. (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>) и Речник: Здравно равенство [уеб сайт]. Копенхаген, Регионален офис на СЗО за Европа, 2012 ([Http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Equity](http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Equity))

Здраве за всички

Политическа цел, състояща се в постигането от всички хора на света на такова ниво на здраве, което ще им позволи да водят социален и икономически продуктивен живот.

Адаптирано от: *Речник на термините, използвани в здравеопазването за всички сери*. Женева, Световна здравна организация, 1984.

Управление за здраве

Управлението на здравната система и укрепването на здравната система.

Kickbusch I, Gleicher D. *Управление за здраве през 21 век*. Копенхаген, Регионален офис на СЗО за Европа, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, преглеждана на 21-ви юни 2013).

Здраве във всички политики

Съществуват множество дефиниции на понятието "Здраве във всички политики", като основно се фокусира върху нуждата да се включи изрична загриженост за здравето в политиките на всички сектори. В контекста на "Здраве 2020" подходът за здраве във всички политики цели управлението на здраве и благосъстояние да стане приоритет не само за здравния сектор. Този подход трябва да гарантира, че всички сектори разбират и работят по своята отговорност за здравето, като същевременно се признава как здравето влияе върху всички сектори. Следователно здравният сектор може да подпомага и други направления на правителството, като активно подпомага развитието на политиката им и постигането на целите.

За овладяването на здравето и благосъстоянието правителствата се нуждаят от институционализирани процеси, които оценяват междусекторното решаване на проблеми и дисбалансите във властта. Това включва предоставянето на ръководство, мандат, стимули, бюджетно задължение и устойчиви механизми, които подкрепят правителствените агенции да работят съвместно по интегрирани решения.

Адаптирано от: *Изявление в Аделаида за здравеопазването във всички политики*. Женева, Световна здравна организация, 2010 (http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.PDF).

Здравна неравнопоставеност

Терминът означава разликата в здравословното състояние между отделни лица или групи, измерено, например, според продължителност на живота, смъртност или заболяване. Здравната неравнопоставеност са разликите, вариациите и различията в здравните постижения на отделни лица и групи от хора. Някои разлики се дължат на биологични или други неизбежни фактори като възраст, докато други са предотвратими.

Kawachi I. Речник за здравната неравнопоставеност. *Журнал по епидемиология и обществено здраве*, 2002, 56:647.

Здравна неравнопоставеност

Здравната неравнопоставеност се отнася до разлики или неравенства в областта на здравеопазването, които се счита, че могат да бъдат избегнати, нечестни или произтичащи от някаква форма на несправедливост. Неравнопоставеността в здравния статус може да бъде между групи от хора вътре в страните и или между отделните страни. Здравното неравенството произтича от различия в рамките на и между обществата и разпределението на ресурси и енергия. Неравнопоставеностите са тези различия в здравето, които не са резултат от случайност или от решението на индивида, а от предотвратими разлики в социалните, икономическите и екологичните променливи (като условия на живот и труд, образование, професия, доходи и достъп до качествена здравна помощ, профилактика на болестите и услуги за насърчаване на здравето), които са в голяма степен извън индивидуалния контрол и могат да бъдат решени от държавната политика.

Следва да се отбележи, че често се използват термините *неравнопоставеност в здравеопазването* и *здравни несправедливости* взаимозаменяемо, докато в повечето други езици, освен на английски, има само един термин за обозначаването на такива различия. Така терминът *здравна неравнопоставеност* се използва също и за тези различия в здравеопазването, които се считат за предотвратими и несправедливи и са силно повлияни от действията на правителствата, заинтересованите страни и общностите, както и че могат да бъдат разгледани от обществената политика. Затова термините *здравно неравенство* и *здравна несправедливост* често се използват за обозначаване на тези здравни различия, които са несправедливи и ненужни.

Kawachi I. Речник за здравната неравнопоставеност. *Журнал по епидемиология и обществено здраве*, 2002, 56:647.

Комисия по социалните детерминанти на здравето. *Преодоляване на разликите в едно поколение: равенство в здравеопазването посредством въздействие върху социалните детерминанти на здравето*. Окончателен доклад на Комисията относно социалните детерминанти на здравето. Женева, Световна здравна организация, 2008 г. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).

Бележка: въпроси и отговори относно солидарността в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС. Брюксел, Комисия на Европейските общности, 2009 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_qa_en.pdf).

Здравна грамотност

Когнитивните и социалните умения, които определят мотивацията и способността на хората да получат достъп, да разбират и използват информация по начин, който насърчава и поддържа доброто здраве.

Health promotion glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>).

Здравна система

Всички публични и частни организации, институции и ресурси, които имат за задача подобряване, поддържане и възстановяване на здравето. Здравните системи обхващат услугите, насочени към индивидите и към обществото, както и дейности, които влияят на политиките и действията на други сектори за справяне със социално-икономическите детерминанти на здравето.

Харта от Талин“ Здравни системи, здраве и благосъстояние”. Копенхаген, СЗО, Регионално бюро за Европа, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf).

Междусекторно действие

Този термин се отнася до усилията на здравния сектор да работи в сътрудничество с други сектори на общество, за постигне на по-добри резултати за здравето.

Kickbusch I, Buckett K, eds. *Здраве във всички политики.* Аделаида 2010. Аделаида, Министърство на здравеопазването, правителство на Южна Австралия, 2010 (<http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>).

Подход на жизнения цикъл

Този подход предполага, че здравето на индивидите и обществото зависят от взаимодействието на множество защитни и рискови фактори през целия живот на хората. Подходът на жизнения цикъл осигурява една по-цялостна визия за здравето и неговите детерминанти, с фокус върху интервенции във всеки етап от живота на хората.

Укрепване на здравните системи – речник. Женева, Световна здравна организация, 2013 г. (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index6.html).

Адаптирана от: Lu M, Halfon N. Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective. *Списание за майчино и детско здравеопазване* 2003, 7(1):13-30.

Първична медицинска помощ

Основна медицинска помощ, базираща се на практически, научнообосновани и социално приемливи методи и технологии, които са универсално достъпни за индивидите, техните семейства и обществото, като тази помощ се оказва в рамките на разходите, които обществото и страната могат да си позволят.

Декларация от Алма-Ата. Международна конференция на първичната здравна помощ, Алма-Ата, СССР, 6-12 септември 1978. Женева, Световна здравна организация, 1978 г. (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).

Обществено здраве

Науката за профилактика на заболяванията, удължаване на живота и промоция на здравето чрез организираните усилия на обществото.

Acheson D. *Обществено здраве в Англия. В доклада на анкетната комисия за бъдещето развитие на общественото здраве.* Лондон, HMSO, 1988.

Капацитет на общественото здраве

Ресурсите (природни, финансови, човешки или други), които са необходими и трябва да се ангажират с изпълнението на основните дейности по общественото здраве.

Разработване на рамка за действие за укрепване на капацитета на общественото здравеопазване и услуги в Европа. Копенхаген, Регионален офис на СЗО за Европа, 2011 г. (документ EUR/RC61/Inf. Doc / 1; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/148266/RC61_einfdoc01.pdf).

Служби, свързани с общественото здраве

Службите, участващи в доставката на основните услуги в областта на общественото здраве. Тези служби могат да бъдат в рамките на здравната система или други сектори извън тази система, които имат дейности, свързани със здравето.

Разработване на рамка за действие за укрепване на капацитета на общественото здравеопазване и услуги в Европа. Копенхаген, Регионален офис на СЗО за Европа, 2011 г. (документ EUR/RC61/Inf. Doc / 1; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/148266/RC61_einfdoc01.pdf).

Адаптивност/издръжливост

Динамичният процес на адаптиране и реагиране, индивидуално или колективно, на предизвикателства: икономическа криза, психологически стрес, травма, трагедия, заплахи и други значителни източници на стрес. Това е способността за справяне и възможността за възстановяване от ефектите на тези обстоятелства, както и процесът на идентифициране на ресурси и подпомагащи фактори. Здраве 2020 поставя особен акцент върху важноста от създаване на устойчиви общности и идеята да се помогне на хората сами да си помогнат. Терминът "устойчиви общности" е също често използван в контекста на намаляване на риска от бедствия (като например наводнения), както и създаването на подходяща инфраструктура, системи и процесите на вземане на решения.

Младежка фондация, Лондон, 2013 [уеб сайт] (http://www.youngfoundation.org/our-ventures?current_venture=2036). *Community resilience and co-production. Getting to grips with the language. A briefing paper.* Edinburgh, Scottish Community Development Centre, 2011 (<http://www.scdc.org.uk/media/resources/assetsalliance/Community%20Resilience%20and%20Coproductio%20SCDC%20briefing%20paper.pdf>) and *Empowering lives, building resilience. Development stories from Europe and central Asia.* Volume 1. New York, United Nations Development Programme, 2011 (http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Cross-Practice%20generic%20theme/RBEC_Empowering%20Lives%20Building%20Resilience.pdf).

Социален капитал

Социалният капитал представлява степента на социално сближаване, което съществува в общностите. Той се отнася до процесите между хората, свързани със създаването на мрежи, норми и социално доверие, което спомага за координация и сътрудничество от взаимен интерес.

Промоция на здравето – речник. Женева, СЗО, 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).

Социални детерминанти на здравето

Социалните детерминанти на здравето са условията, при които хората се раждат, растат и живеят, тяхната трудова дейност и възраст, както и развитието на здравната система. Тези обстоятелства са оформени от разпределението на пари, власт и ресурси на глобално, национално и местно ниво, които от своя страна са повлияни от политически избор. Социалните детерминанти на здравето са най-вече отговорни за здравните неравенства – несправедливостите и различията, които могат да бъдат избегнати, в здравния статус, наблюдавани в рамките на и между отделните страни.

Комисия по социалните детерминанти на здравето. *Преодоляване на разликите за едно поколение: равенство в здравеопазването посредством въздействие върху социалните детерминанти на здравето. Окончателен доклад на Комисията относно социалните детерминанти на здравето.* Женева, Световна здравна организация, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).

Социален градиент на здравето

Поетапно подобряване на здравното състояние, пряко свързано с подобряване на социално-икономическото положение. Този градиент може да бъде измерен чрез дохода на

едно лице, професията или високото ниво на образование, което има лицето. По същия начин, социалният градиент в здравеопазването може да се определи като поетапно или линейно влошаване на здравето, което идва с понижаване на социалното положение.

Kawachi I. *Речник за неравнопоставеността в здравеопазването. Списание за епидемиология и обществено здравеопазване*, 2002, 56:647.181.

Marmot M. *Синдромът статус: как социално положение оказва влияние върху нашето здраве и дълголетие*. Лондон, Bloomsbury Publishing PLC, 2004.

Социални неравенства

Социалните неравенства се отнасят до различията в разпределението на социалните и икономическите фактори или социалните детерминанти на здравето, в рамките на една страна и /или между отделните страни. Социалните неравенства обикновено се измерват чрез доходи, образование и трудова заетост. Тези социални неравенства допринасят за различия в здравния статус и често са основният източник или причина за неравнопоставеността в здравеопазването. Действията относно неравнопоставеността в здравеопазването изискват действия върху социалните детерминанти, като например образование, условия на живот и труд, заетост и доходи. Например съвместни действия на секторите на здравеопазването и образованието, за да се гарантира, че младите жени ще останат в училище и ще завършват средно образование, което ще подобри тяхната възможност за здраве и живот и ще намали неравнопоставеността в здравеопазването.

Социална мрежа

Социални отношения и връзки между индивидите, които могат да предоставят достъп до /или мобилизация на социалната подкрепа за здравето.

Промоция на здраве – речник. Женева, СЗО, 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).

Sustainability

В сферата на околната среда и развитието, термините "устойчивост" и "устойчиво развитие" често се използват взаимозаменяемо. Най-широко се използва определението за устойчиво развитие на Световната комисия по околна среда и развитие, която го определя като развитие, което "отговаря на нуждите на настоящето, без да излага на риск способността на бъдещите поколения да посрещат своите собствени потребности". В областта на здравната икономика терминът „устойчивост“ се използва също така, за да се определи потенциалът за поддържане на добри здравни резултати за определен период, при приемливо ниво на ресурси, с ангажимент в рамките на допустимите организационни и обществени непредвидени случаи. Все по-често се подчертава взаимодействието между общественото здраве и политиката на устойчиво развитие.

Доклад на Световната комисия по околна среда и развитие. Резолюция на Общото събрание A/RES/42/187, 11 December 1987. New York, United Nations, 1987 (<http://www.un.org/documents/ga/res/42/ares42-187.htm/>).

Health System Strengthening Glossary [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index6.html).

Благополучие

Благополучието е неразделна част от дефиницията на СЗО за здраве: "Здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие на индивида, а не само отсъствие на болест или недъг". Благополучието съществува в две измерения - субективно и обективно. Състои се от опита на индивида през неговия живот, както и сравняването на житейски обстоятелства със социалните норми и стойности. Субективното благополучие може да включва цялостното чувство за благосъстояние, психическото и емоционалното състояние на човека. Примери за обективно благополучие включват здравеопазването, образованието, заетостта, социални отношения, околната среда, сигурността, гражданската ангажираност и управление, жилищното настаняване и отдиш.

Конституция на Световната здравна организация. Женева, Световна здравна организация, 1946 (Official Records of the World Health Organization, № 2, стр. 100.; <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>).

Измерване и поставяне на цели за благосъстояние: инициатива на Регионалния офис на СЗО за Европа. Първо заседание на експертната група, Копенхаген, Дания, 8-9 февруари 2012. Копенхаген, Регионален офис на СЗО за Европа, 2012.

Подход на цялото управление

"Цялото управление" се отнася до разпространението на управлението вертикално между нивата на правителството и арените на управление и хоризонтално в целия сектор. Дейностите на цялото управление са на няколко нива, обхващащи правителствени дейности и участници на местно и на глобално ниво, както и все повече участие на групи извън правителството. "Здраве във всички политики" е подход на цялото управление за превръщането на управлението на здравето и благосъстоянието в приоритети за сектори извън здравния. Този подход работи в двете посоки: обръща внимание на въздействието на други сектори върху здравето и влиянието на здравето върху другите сектори.

Kickbusch I, Gleicher D. *Управление за здраве през 21 век*. Копенхаген, Регионален офис на СЗО за Европа, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, преглеждана на 21-ви юни 2013).

Подход на цялото общество

Подходът на цялото общество има за цел да разшири подхода на цялото управление чрез поставяне на допълнителен акцент върху ролята на частния сектор и гражданското общество, както и на вземащите политически решения, като парламентаристите. Чрез ангажиране на частния сектор, гражданското общество, общностите и индивидите, подходът на цялото общество може да засили устойчивостта на общностите да издържат на заплахите за тяхното здраве, сигурност и благосъстояние. Подходът на цялото общество отива отвъд институциите: той влияе и мобилизира местните и глобални култура и медии, селските и градските общности и всички съответни политически сектори, като например системата на образованието, сектора на транспорта, околната среда и дори градоустройството.

Kickbusch I, Gleicher D. *Управление за здраве през 21 век*. Копенхаген, Регионален офис на СЗО за Европа, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, преглеждана на 21-ви юни 2013).

Регионално бюро на СЗО за Европа

Световната здравна организация (СЗО) е специализирана агенция на Организацията на обединените нации, създадена през 1948 год. с основна задача да отговаря за международните въпроси, свързани със здравето, както и за общественото здраве. Регионалното бюро на СЗО за Европа е едно от шестте регионални бюра в целия свят, всяко от които изпълнява свои програми, приспособени към конкретните здравни условия в обслужваните страни.

Държави членки

Албания
Андора
Армения
Австрия
Азербайджан
Беларус
Белгия
Босна и Херцеговина
България
Великобритания
Германия
Грузия
Гърция
Дания
Естония
Израел
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипър
Киргистан
Латвия
Литва
Люксембург
Македония
Малта
Молдова
Монако
Нидерландия
Норвегия
Полша
Португалия
Румъния
Русия
Сан Марино
Словакия
Словения
Сърбия
Таджикистан
Турция
Туркменистан
Узбекистан
Украина
Унгария
Финландия
Франция
Хърватия
Черна гора
Чехия
Швейцария
Швеция

ЗДРАВЕ 2020

Европейска политическа рамка
и стратегия за 21-ви век



Световна здравна организация
Регионално бюро за Европа

UN City, marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел. +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 E-mail: contact@euro.who.int
Уебсайт: www.euro.who.int