



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН**  
**ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”**  

---

**ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ**

**КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”**

**ЛЕКЦИЯ № 12**

**ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА**  
**„ОСНОВИ НА УПРАВЛЕНИЕТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО”**

**ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ**  
**„ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ”**

**ТЕМА: Взаимовръзки между здравеопазване – национално стопанство**  
**– Европейски съюз. Оценка и самооценка на капацитет.**

**РАЗРАБОТИЛ: доц. Жасмин Караджа, дм**

**Гр. Плевен**  
**2017 г.**

## Лекция 12

### Взаимовръзки между здравеопазване – национално стопанство – Европейски съюз. Оценка и самооценка на капацитет. (лекция 2 часа)

Влияние на общественото и личното здраве върху националното стопанство и взаимовръзките между здравеопазването и икономиката. Здравните системи в Европейския съюз – сходства и различия. Единни политики по отношение на свободно движение на хора, стоки и капитали.

През последните години все по-често се изтъква, че “здравето е двигател на икономическия растеж”. Разсъждавайки върху тази мисъл можем да се озовем пред въпроса кое е първо: яйцето или кокошката? Икономическото развитие оказва благоприятно въздействие върху здравето на населението, обаче здравето също така допринася важни икономически предимства. На макроикономическо ниво население в добро здраве означава по-малко разходи за системата на здравеопазване. На микроикономическо ниво има множество доказателства, че лошото здраве снижава производителността на труда и предлагането на работна сила.

За да можем да анализираме и оценим какво е въздействието на здравето върху икономическото развитие, трябва да разполагаме с надеждна информация за здравното състояние на населението, в конкретния случай, в България. Данните за демографското състояние следва да са достоверни и навременни. Анализът в това направление не е оптимистичен. Естественният прираст е отрицателен, относителният дял на децата и младежите в подтрудолюбна възраст намалява, лицата в надтрудолюбна възраст са над 24%.

Демографска ситуация в страната през 2016 година:

- Продължава процесът на намаляване и застаряване на населението;

- Задълбочава се дисбалансът в териториалното разпределение на населението;
- Намалява броят на живородените деца и коефициентът на обща раждаемост;
- Намалява броят на умрелите лица и коефициентът на обща смъртност;
- Намалява детската смъртност;
- Броят на сключените граждански бракове намалява, а броят на бракоразводите се увеличава;
- Увеличава се очакваната средна продължителност на живота.

Към 31 декември 2016 г. населението на България е 7101859 души, което представлява 1.4% от населението на Европейския съюз. В сравнение с 2015г. населението на страната намалява с 51925 души, или с 0.7%.

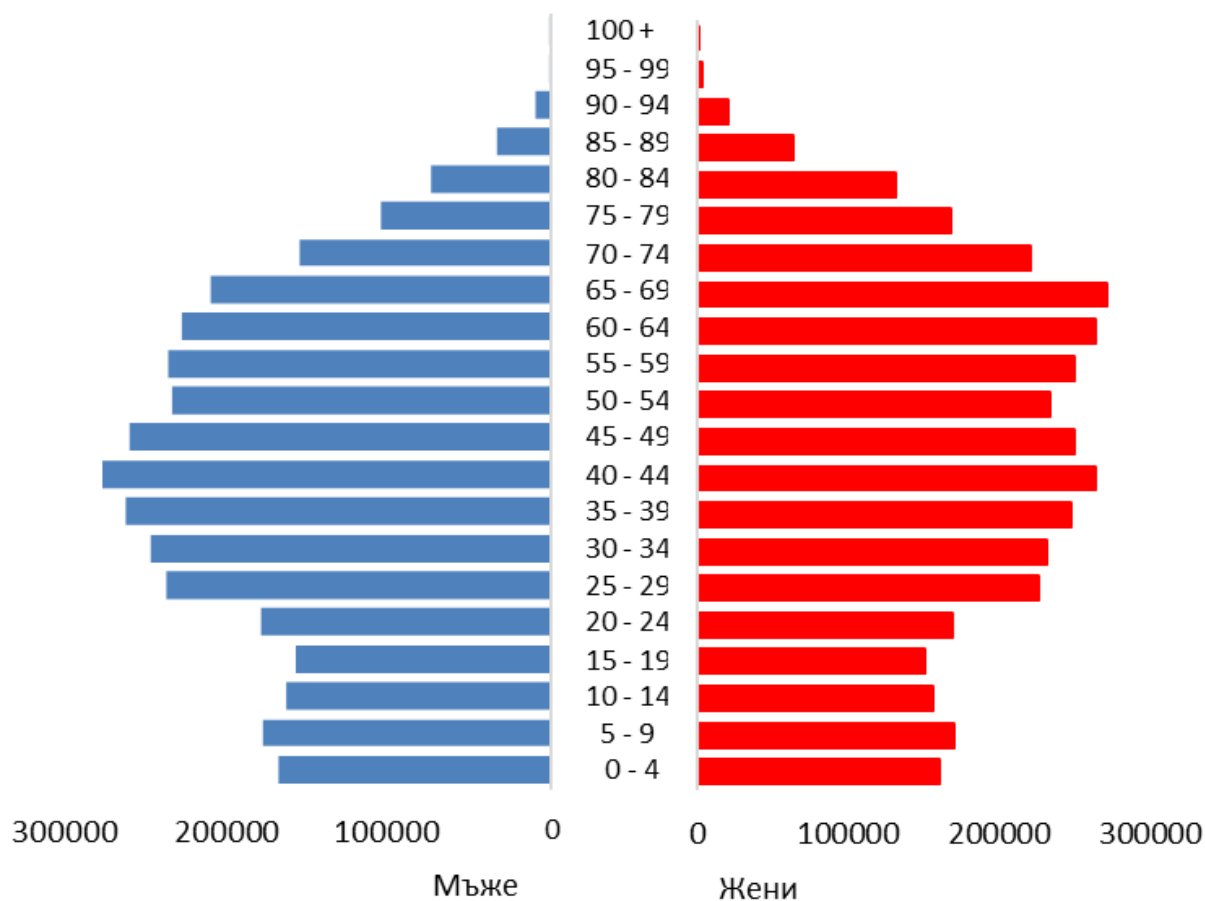
На следващите диаграма и таблица са представени възрастовата пирамида на българското население и структурата на населението в под, в и надтрудова възраст по данни на НСИ.

Общо за ЕС-28 относителният дял на населението на 65 и повече навършени години е 19.2%. Най-висок е този дял в Италия (22.0%), следвана от Гърция (21.3%) и Германия (21.1%). Общо в шест страни, включително и България, дялът на възрастното население е над 20.0%.

През 2016 г. в страната са регистрирани 65 446 родени деца, като от тях 64 984 (99.3%) са живородени. В сравнение с предходната година броят на живородените намалява с 966 деца, или с 1.5%. Коефициентът на обща раждаемост през 2016 г. е 9.1‰, а през предходната 2015 г. - 9.2‰. Коефициентът на раждаемост общо за ЕС-28 през 2015 г. е 10.0‰ по данни на Евростат. Най-високо равнище на раждаемост в европейските страни има Ирландия - 14.0‰, следват Франция (12.0‰) и Обединеното кралство

(11.9%). С най-нисък коефициент на раждаемост в Европейския съюз е Италия - 8.0‰.

### Възрастова структура на населението към 31.12.2016 година



### Население под, в и над трудоспособна възраст към 31.12.

Години	Общо	Възrastови групи		
		под трудоспособна възраст - %	във трудоспособна възраст - %	над трудоспособна възраст - %
1990	100	21.6	55.5	22.9
1995	100	19.1	56.6	24.3
2001	100	16.3	59.2	24.5
2007	100	14.5	63.0	22.5
2010	100	14.6	62.7	22.7
2016	100	15.0	60.6	24.4

Броят на умрелите лица през 2016 г. е 107 580 души, а коефициентът на обща смъртност - 15.1‰. Спрямо предходната година броят на умрелите намалява с 2 537, или с 2.3%. Нивото на общата смъртност продължава да е твърде високо. **Общо за ЕС-28 коефициентът на смъртност през 2015 г. е 10.2‰.** Равнището на общата смъртност на населението в България е най-високо сред европейските страни. С най-ниска смъртност са Ирландия - 6.4‰, Кипър - 6.9‰, и Люксембург - 7.0‰. Освен в България значително по-висока от средната за ЕС-28 е стойността на този показател само в Латвия и Литва - по 14.4‰.

Внимание заслужава фактът, че понякога има разлики в данните на НСИ и Евростат. А трябва да се унифицирани. Наличието на достоверна, адекватна и навременна информация е от огромно значение за анализи оценки и бъдещи политики. Проблемът с анализа на заболяемостта е също сложен. Данните за официалната статистика се подават от изпълнителите на медицинска помощ в доболничната и болничната мрежа. Тяхното финансиране е на база извършена дейност по договор с Националната здравноосигурителна каса и данните, подавани от тях за нуждите на националната статистика са идентични с подаденото в касата. За да имаме реална представа за здравето състояние на населението, са необходими целенасочени епидемиологични проучвания, финансирани от независима институция.

След 1990 г. демографското развитие на страната се характеризира с отрицателен естествен прираст на населението. През 2016 г. в резултат на отрицателния естествен прираст населението на страната е намаляло с 42 596 души. Намалението на населението, измерено чрез коефициента на естествения прираст, е минус 6.0‰.

През 2016 г. броят на починалите до 19 години е 744 лица, а във възрастта от 20 до 64 навършени години – 22692. Като не говорим за емоционалната страна, от чисто икономическа гледна точка това са загуби на човешки капитал. Броят на хоспитализираните лица бележи трайна тенденция на нарастване: от 1181097 през 2000 г. до 1614313 – 2005 г. и 2302891 през 2015 г. В структурата на заболяемостта на първо бясто на болестите на органите на кръвообращението, следвани от болестите на дихателната и храносмилателната системи.

Между 800000 и 1000000 са инвалидите в България и от тях около 250000 са в трудоспособна възраст (2016 г.). Тук също наблюдаваме интересен феномен. Следвайки простата логика би трябвало да заключим, че с напредване на възрастта поради появата на множествена и хронична патология, броят на инвалидизираните лица нараства, и в редица Европейски страни (Франция, Германия, Австрия, Унгария) е точно така. В България той рязко спада след 65 години. Защо? Възможни са няколко отговора на този въпрос: българските инвалиди оздравяват след 65 години – едва ли; умират след 65 години – възможно е, но едва ли е така масово; изпитват затруднения да минават през сложните перипетии на лекарски комисии и други институции, особено ако са без близки и не се регистрират като лица с увреждания – много вероятно. Инвалидизирането е сериозен социален и медицински проблем не само в България, но и в Европа, където около 16% от населението е с увреждания вследствие на заболявания или травми. Делът на инвалидите, които работят у нас обаче, е много нисък - едва 10%.

Осигурените лица в България са около 2,5 млн. за миналата година, т.е. 58% от населението в трудоспособна възраст. По данни на Националния осигурителен институт броят на трудовите злополуки е намалял от 5778 през 2001 г. на 2838 през 2016 г. Твърде вероятно е това намаление с близо 3000

случая да се дължи на засилен контрол от страна на упълномощените институции. Разходите за рехабилитация на осигурени възлизат на 15,3 млн. лв. при осигурени близо 16.2 млн. лв. Това говори или за недостатъчна информация за възможностите за рехабилитация, или за затруднена процедура, заради което нуждаещите се се отказват. Изплатените обезщетения за нетрудоспособност са около 376 млн.лв. Сложната и тромава процедура на изплащане на болнични листове за временна нетрудоспособност кара хората да се лекуват на крак, което в много случаи води до усложнения и хронифициране на заболяванията, а често и до инвалидизация.

Здравното състояние на населението влияе на икономическото развитие по различни пътища. На първо място бихме посочили **производителността на труда**. По-здравите работници са по-продуктивни поради ред причини: по-висока дееспособност, сила, внимание, издръжливост, съзидателност. Това означава, че при по-добро здраве на населението страната може да има по-висока производителност при дадена комбинация от умения, физически капитал и технологични познания. Следователно можем да разглеждаме здравето като компонент на човешкия капитал, аналогичен на компонента умения.

С други думи, бихме могли да представим Брутния вътрешен продукт като базисен показател за степен на икономическо развитие и за международни сравнения като функция от степента на ефективност, основен капитал, човешки умения.

$$\text{БВП} = \text{Пр.еф.} * F[K * A * Y(1-O)]$$

където:

БВП – брутен вътрешен продукт

Пр.еф. – производствена ефективност

F – функция

K – основен капитал

A – агрегирана (обща) производителност

У – сбор от умения на работещите

O – степен на образование

Индексът производителност на труда отразява изменението на произведената продукция, падаща се на един работник. По този показател България е на последно място в Европейския съюз. При приета база от Евростат за ЕС -27 = 100, през 2015 г. Показателят за ЕС 25 е 103,8; ЕС -15 – 110,2; България – 35,7; Румъния – 41. Преди пет години нашата страна е била с 4 пункта пред северната ни съседка: България – 33,1; Румъния – 29,2.

Водещите световни икономисти са единни, че иновациите, процесът на създаване, подобряване, адаптиране и реализиране на пазара и в обществото на ново знание са необходимото условие за непрестанния икономически растеж в света. Основните характеристики на съвременната иновационна икономика са следните:

- рутинизиране на иновационната дейност;
- гарантирани права и доход за самостоятелните изобретатели и иноватори;
- възможност за бързо формиране на мрежи за иновационно взаимодействие между различните икономически субекти, чрез модерна информационна и комуникационна инфраструктура, образование и култура за общуване.

По проучвания на Световната банка България е с нисък коефициент на национален иновационен капацитет и заема място в групата на изоставащите в Европа. Индексът за иновационен капацитет обединява 6 групи показатели:



- Иновационен продукт (брой заявки за патенти, издадени патенти, научни статии, научни статии на глава от населението);
- Човешки капитал - ключовите форми на човешки капитал със значение за създаването на жизнеспособна национална иновационна система са: общо образователна, предприемаческа, научна и управленска. Липсата или недостатъчното развитие на която и да било от тези форми води до блокиране на важен сегмент от иновационната система. Показатели: относителен дял на специалистите с висше образование на възраст 25-64 от населението в същата възрастова група; относителен дял на населението във възрастовата група 20 – 29 г. със завършено висше образование – общо и в научно-технически области; новопридобили научна степен “доктор” - общо и в научно-технически области (% от населението във възрастовата група 25 – 34 години); персонал, зает с научно-изследователска и развойна дейност по икономически сектори и по категории (брой изследователи на 1000 души работна сила); заети със завършено висше мениджърско образование; участие в обучение през целия живот; качество на образованието;
- Инвестиции (дял на разходите за образование от БВП; дял на инвестициите в основен капитал от БВП; структура на вноса);
- Предприемачество (нови предприятия – абсолютен брой и относителен дял, брой предприятия сертифицирани по ISO);
- среда и политика (наличие на дългосрочно - над три години, и рисковото финансиране за предприятията като дял от общото финансиране в страната; политики за иновации, защита на правата на интелектуална собственост, политика по конкуренция, отвореност на икономиката).

България заделя под 0,5% от своя брутен вътрешен продукт за научно-изследователска дейност, в Европейския съюз – 15 се заделят над 2%. Възможни решения на тези проблеми са по-голяма ангажираност на държавата, активност от страна на фирмите (внедряването на модерни технологии създава условия за бъдещо успешно развитие), участие на научни колективи в международни проекти (допълнително финансиране, обмяна на информация и контакти с изявени учени).

Подходът за продължаващото обучение и ученето през целия живот е тясно свързан както със здравното състояние (по-образованите хора залагат на промоцията и профилактиката), така и с икономическото развитие. В Европейския съюз – 25 делът на населението, което участва в продължаващо обучение и образование във възрастовата група 25-64 г. е 11%, а в България – 1,1% (Евростат, 2015).

Увеличаването на *средната продължителност на живота* има пряко въздействие върху икономическото развитие. Стремещът на ниво популация е постигане на дълъг живот в здраве. Средната продължителност на живота в България е 74,65 години (мъже – 71,23; жени – 78,19), а в страните от Западна Европа е с около 7-8 години по-висока. Нарастването на очакваната продължителност на живот при здрави високо образовани и квалифицирани работници води до нарастване на произведеното от тях. Прякото въздействие се изразява в увеличени доходи, респективно потребление, следователно и ресурси, с които да се финансират технологични инвестиции. Бързите темпове на остаряване на населението (България изпреварва Европа по този показател по статистически и прогнозни данни) налагат бързи и адекватни мерки за решаване на проблемите (програми за адаптиране на възрастните към условията на пазарно стопанство, програми за квалификация и преквалификация, изграждане на надеждна информационна система и

разработване на реалистична стратегия за демографско и икономическо развитие).

Значим проблем представлява ниското равнище на заетост на възрастното население – около 50%. В същото време равнището на заетост на жените остава значително под това на мъжете. Възможни подходи в подкрепа на активното остаряване са: подобряване равнището на общото здравословно състояние на възрастните хора и разумно високи прагове на възрастта за пенсиониране; ефективно разработени активни политики на пазара на труда и участие в обучението през целия живот; гъвкавост по отношение на работното време и организацията на труда; намален финансов натиск върху възрастните работници за напускане на пазара на труда от гледна точка както на финансовите стимули за възрастните работници да се пенсионират, така и на разликата в разходите, подтикваща работодателите да наемат по-скоро по-млади, отколкото по-възрастни работници. Понататъшното увеличение на участието на възрастните работници в пазара на труда ще изисква премахване на препятствията и ограниченията, с които те се сблъскват при наемане. Следва да се разработят схеми за по-гъвкавото определяне на работната заплата, така че да се намали зависимостта ѝ от прослуженото време. Също така е необходимо да се осигури благоприятна за активното остаряване обща среда. Важно е и да се държи сметка за равнопоставеността на половете, като допълнителните усилия за намаляване на разликата в активността между мъжете и жените ще представляват ключов елемент във всяка стратегия за увеличаване на предлагането на работни места на възрастни хора.

За да се отговори на предизвикателството на демографското застаряване и на влиянието му върху работната ръка, се изисква по-широко от досегашното прилагане на модерни интегрирани стратегии. Необходими

са мерки, които акцентират върху наемането на възрастните работници и подобряват тяхната пригодност за заетост, както и прекратяване на възможностите за ранно напускане на пазара на труда. С оглед на развитието на активното остаряване особено внимание следва да се отделя на насърчаване на достъпа до заетост през целия трудов живот. Една комплексна стратегия за активно остаряване трябва да бъде насочена към целия трудов живот и всички възрастови групи, а не само към възрастните работници.

Състоянието на здравеопазването е между най-синтетичните показатели за равнището на икономическо развитие и качеството на живот. Влошените здравни показатели в България се дължат отчасти на негативните демографски тенденции - намаляваща раждаемост, емиграцията на млади хора навън задълбочават проблема със застаряването на населението. Причини за тези лоши показатели са: нездравословен начин на хранене, вредни навици – тютюнопушене, консумация на алкохол, бездвиженост, ограничен достъп до здравни услуги. Основната пречка пред достъпа до медицинска помощ е спадът в доходите и нарасналата икономическа уязвимост на населението, комбинирана с прехода към здравноосигурителна система. Ниските доходи и повишените рискове за здравето са взаимно свързани в порочен кръг, в който поради ниско заплащане или липса на работа хората остават извън обсега на здравните услуги, а лошото здраве ограничава шансовете им на пазара на труда, увеличава бедността и социалната изолация.

Добрият здравен статус е основа и предпоставка за висок капацитет за учене. Децата, които са хранени здравословно, имат активен двигателен режим постигат значимо по-добри резултати в учението от недохранените,

болните, обездвижените. При здравите индивиди възможностите за творчество, иновативност, както и справяне със стреса са по-добри.

Изследвайки взаимовръзката между здраве и икономическо развитие, не можем да не изтъкнем значението на здравеопазването. Като стопански отрасъл то потребява около 4,2% от Брутния вътрешен продукт (публични разходи) и около 3-3,5% директни плащания (частни разходи), осигурява трудова заетост на над 100 000 лица. Продуктът на отрасъл “Здравеопазване” е медицинска услуга, чието предназначение е опазване, възстановяване и подобряване на здравето на населението.

В заключение бихме искали да кажем: стойността, която всеки индивид, дава на здравето, е трудно да бъде измерена. Историческото развитие показва, че здравата популация е постигала по-добри икономически резултати. Нека следваме логиката: здраво тяло – здрав дух – богат човек – богат народ.

**Здравните системи в Европейския съюз – сходства и различия. Единни политики по отношение на свободно движение на хора, стоки и капитали.** Националните правителства носят отговорност за организацията на здравеопазването и за гарантиране на достъпа до здравни услуги. Ролята на ЕС е да допълва националните политики, като:

- им помага да постигат общи цели;
- генерира икономии от мащаба чрез обединяване на ресурси;
- помага на страните членки да се справят с общи предизвикателства — пандемии, хронични болести или въздействието на увеличената продължителност на живота върху здравните системи.

Здравната политика на ЕС — изпълнявана чрез неговата здравна стратегия — е насочена към:

- профилактика — най-вече чрез насърчаване на по-здравословен начин на живот;
- равни възможности за добро здраве и качествени здравни грижи за всички (независимо от доходи, пол, етническа принадлежност и др.);
- борба със сериозни заплахи за здравето, засягащи няколко страни от ЕС;
- запазване на доброто здраве на хората и в напреднала възраст;
- подпомагане на развитието на динамични здравни системи и нови технологии.

Здравето влияе също така върху икономическия просперитет.

#### Конкретни действия на ЕС

- Общи за целия ЕС закони и стандарти за здравните продукти и услуги (например лекарства, медицински изделия и електронно здравеопазване) и за пациентите (например безопасност и трансгранични здравни услуги с участието на няколко страни от ЕС).
- Предоставяне на страните от ЕС на инструменти, които да им помогнат да си сътрудничат и да откриват добри практики (например дейности за промоция на здравето, справяне с рискови фактори, управление на болести и здравни системи).
- Финансиране на проекти в областта на здравеопазването чрез здравната програма на ЕС.

**Болести — профилактика.** ЕС подкрепя профилактиката срещу заболявания, например чрез:

- ✓ отговорно етикетирание на храните, така че потребителите да знаят какво консумират;

- ✓ мерки срещу рака на гърдата, рака на матката и рака на дебелото черво — програми за скрининг в целия ЕС, предоставяне на насоки за гарантиране на качествено лечение, обединяване на знания и ресурси;
- ✓ мерки за насърчаване на здравословното хранене и физическата активност — стимулиране на правителствата, НПО и индустрията да работят заедно с цел да се улесни промяната на начина на живот на потребителите;
- ✓ борба с тютюнопушенето чрез законодателство за тютюневите изделия, повишаване на осведомеността, правила за рекламата и спонсорството.

**Болести — реакция.** ЕС помага на националните правителства да се подготвят по-ефективно за сериозни заплахи за здравето, които засягат няколко страни, и да координират по-добре реакцията на тези заплахи, например като дава възможност за съвместно закупуване на ваксини и други медицински консумативи.

Европейският център за профилактика и контрол върху заболяванията в Стокхолм оценява нововъзникващите заплахи за здравето, за да може ЕС да реагира бързо. Центърът събира информация за текущи и възникващи заплахи за здравето и работи със своите еквивалентни органи на национално равнище за развитие на общоевропейски надзор на болестите.

**Фармацевтични продукти.** Преди да бъдат пуснати на пазара, всички лекарства в ЕС трябва да бъдат одобрени на национално равнище или на равнище ЕС. Безопасността на лекарствата, продавани в ЕС, се контролира през целия им жизнен цикъл. Ако те представляват опасност, се предприемат бързи действия — продажбите се преустановяват или разрешителното за продажба се отнема.

Комисията, националните органи и Европейската агенция по лекарствата (ЕМА) в Лондон играят определена роля в тази система. ЕМА

помага на националните регулаторни органи, като координира научната оценка на качеството, безопасността и ефикасността на медикаментите.

**Научни изследвания и иновации.** Очаква се в периода 2014 — 2020 г. чрез своята програма за научни изследвания „Хоризонт 2020“ ЕС да похарчи 7,5 млрд. евро за изследвания, целящи подобряване на европейското здравеопазване.

**Лечение в чужбина.** ЕС помага, когато е необходимо или просто по-лесно да се отиде на лечение в чужбина: например, ако най-близката болница е точно отвъд границата или ако някакво специализирано лечение е достъпно само в чужбина. Правата на гражданите на ЕС във връзка с лечението в чужбина са посочени в закон на ЕС относно правата на пациентите на здравно обслужване с участието на няколко страни от ЕС (трансгранични здравни грижи), което също така:

- улеснява националните здравни органи да си сътрудничат и обменят информация за стандартите за качество и безопасност в здравеопазването,
- гарантира признаването на рецептите в други страни от ЕС,
- полага основите на европейски референтни мрежи от специализирани експертни центрове, за да могат специалисти от цяла Европа да обменят добри практики в областта на здравеопазването.

Европейската здравноосигурителна карта (ЕЗОК) помага на пътуващите да бъдат лекувани, ако се разболеят в чужбина.

**Международно сътрудничество.** ЕС работи в тясно сътрудничество със стратегически партньори като Световната здравна организация за подобряване на здравните грижи по света чрез научни изследвания, помощ за развитие, по-голям достъп до лекарства и пр.



Здравната стратегия на ЕС „Заедно за здраве“ подкрепя цялостната стратегия „Европа 2020“. Целта на „Европа 2020“ е превръщане на ЕС в интелигентна, устойчива и приобщаваща икономика, насърчаваща растежа за всички, за което е необходимо населението да е в добро здраве.

**Инвестиции в здравеопазването.** Освен че е ценно само по себе си, здравето е и предпоставка за икономически просперитет. Ефективните разходи за здравеопазване могат да стимулират растежа. Европа се нуждае от разумни инвестиции в здравеопазването:

- по-разумни, но не непременно по-големи разходи за устойчиви здравни системи;
- инвестиции в здравето на хората, особено чрез програми за промоция на здравето;
- инвестиции в достъп до здравеопазване като начин за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването и за борба със социалното изключване.

Всеобхватната стратегия на ЕС „Заедно за здраве“, приета през 2007 г.:

- отговаря на предизвикателствата пред страните членки, като допринася за укрепване на сътрудничеството и координацията в рамките на ЕС
- допълва националните здравни политики в съответствие с член 168 от Договора за функционирането на Европейския съюз.

Според оценка на Европейската комисия от 2011 г. стратегията играе ролята на отправна точка за действията, предприемани на национално равнище и на равнище ЕС. В оценката се потвърждава, че принципите и целите, определени през 2007 г., ще останат в сила и през следващото десетилетие в контекста на „Европа 2020“.

"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. 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.

**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.

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. Намалването на здравното неравенство има сериозен принос за постигане на добро здраве и благосъстояние. 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.



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 промоция на здравето и благосъстоянието. Механизмите за гражданско участие, отчетност и устойчиво финансиране подпомагат ефектите от подобни програми на местно равнище.

### **Приоритетни области на политическата рамка „Здраве 2020“:**

1. Инвестиране в здравето чрез подход на анализ на заплахите за здравето през целия живот и овластяване на хората;
2. Преодоляване на най-сериозните здравни проблеми: незаразни и заразни болести;
3. Укрепване на здравните системи, поставящи човека в центъра, на капацитета на общественото здраве, готовността, надзора и отговора при извънредни ситуации;
4. Изграждане на издръжливи общности и подкрепяща среда.

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. 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 чрез прилагане на ефективни подходи на управление.

### **Използвана литература:**

1. Евростат. Бази данни. <http://ec.europa.eu/eurostat>
2. Здраве 2020. Европейска рамка за политики и стратегия за 21 век. [http://www.ncphp.government.bg/files/nczi/Health2020\\_BG\(1\).pdf](http://www.ncphp.government.bg/files/nczi/Health2020_BG(1).pdf)
3. Национален осигурителен институт. Информационни материали. [www.nssi.bg](http://www.nssi.bg)
4. Национален статистически институт. Бази данни. <http://nsi.bg/bg>
5. НЦОЗА. Бази данни. <http://ncpha.government.bg/index.php?lang=bg>
6. Павлова, Ж. Здраве и икономически растеж в България. Сб. “Модернизация на икономиката – макроикономически, финансови и социални аспекти” Свищов, 2008, т. I, с. 372 - 379.
7. Павлова, Ж. Икономически измерения на здравето. сп. “Здравен мениджмънт”, 2008, №5, 10-16.
8. Investing in Health, 2013. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf)

9. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013.  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/strategy/docs/whitepaper\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/strategy/docs/whitepaper_en.pdf)

**Въпроси за самоподготовка:**

1. Как се отразява демографското и здравното състояние на населението върху икономическото на развитие на страната ни?
2. Кои са приоритетните направления в здравната политика на Европейския съюз?
3. Какво причинява здравното неравенство?

**Тема за дискусия:**

Как да преориентираме диагностично-лечебния модел на здравеопазването към промотивно-профилактичен?