

ЗАЩО Е ВАЖНО ДА СЕ ИНВЕСТИРА В ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ?*

М. Околийски

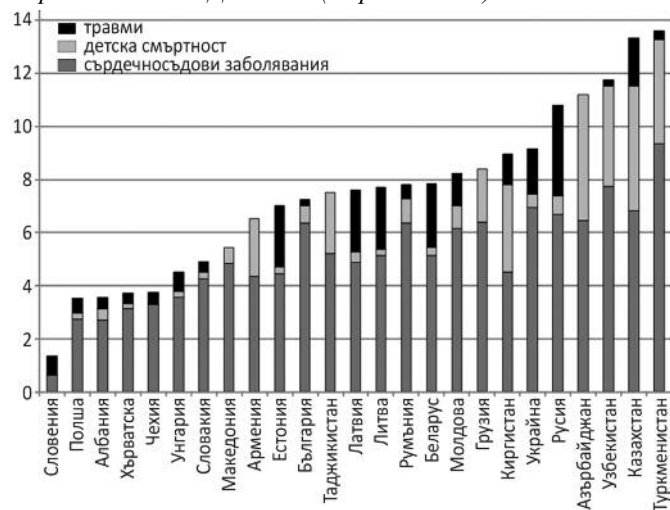
В какъв контекст се поставя този въпрос? България постигна значителни подобрения в здравния статус на населението си през последните години. Въпреки това, няколко показателя все още изостават от средните стойности за региона и ЕС13. Високото ниво на някои рискови фактори и нарастващата тежест на незаразните хронични заболявания в съчетание със значителния спад на обществените дял на общите разходи за здравеопазване, значително увеличение на процента на изплатените от джоба плащания и голямо увеличение на броя на хората, които са загубили правото си на обществено финансирано здравно покритие представляват сериозни предизвикателства пред здравната система.

Здравото е ценно, поради неизменната си челна позиция в политическата и социална програма на всяка държава и в международен план, включително и в България. То е описано като основен приоритет на всички управляващи партии и коалиции през последните две десетилетия. Здравото също така е и важен въпрос за националната и световна икономика и сигурност. Демографската криза е продиктувана до голяма степен от негативни последици на здравното човешко функциониране. Здравото е и основен инвестиционен сектор за човешко, икономическо и социално развитие и е икономически сектор сам по себе си. Не на последно място здравото е основен въпрос на човешките права и социалната справедливост във всяка страна от Европейския съюз.

На 13 юни 2018 в Талин, Естония Министрите на здравеопазването и здравните политики на специална, посветена на темата, международна конференция на СЗО отбелязаха 10 години от приемането на Хартата от Талин. На тази конференция те се обединиха около твърдението, че финансирането на дейности в областта на общественото здраве не трябва да се прави единствено поради здравнополитическа коректност или пък спазване на човешките права, а защото тези инвестиции са основани на доказана икономическа ефективност.

Разглеждайки неравнопоставеността в здравеопазването, наблюдавана в Европейския регион на СЗО, това, което можем да заключим от долната фигура е, че ако анализираме причините за разликата в продължителността на живота между ЕС и страните от ОНД, откриваме, че тази разлика се дължи в голяма степен на сърдечносъдовите заболявания, както и на различната степен на детска смъртност.

Фигура 1. Разлики в продължителността на живота между страните от ОНД и ЕС15 (в брой години)



Повечето рискови фактори, които водят до тази висока смъртност могат да бъдат избегнати, например чрез новите препоръки на СЗО за здравословна бременност. СЗО има визията за свят, в който „всяка бременна жена и всяко новородено получават качествени грижи по време на бременността, раждането и постнаталния период“. Слага се приоритет на здравето и благополучието, ориентирано към личността: намаляване на смъртността и заболяемостта; предоставяне на уважителна грижа, която отчита вижданията на жената; оптимизиране на предоставянето на услуги в рамките на здравните системи [2].

Основните причини за смъртността, над 80%, поради сърдечносъдови заболявания или рак и рискови фактори, сочат към необходимостта от засилване на промоцията и превенцията на здравето и по-доброто управление на незаразните заболявания. Освен това неудовлетворените здравни потребности показват проблеми с достъпа.

Най-сериозните рискови фактори и социални детерминанти в България могат да бъдат намалени, ако се работи системно по тези въпроси. Степента на тютюнопушенето в България (30%) надвишава средните стойности на Европейския регион на СЗО и на членовете на ЕС след май 2004 г. (ЕС13). Увеличаването на процента на хора с наднормено тегло (55%) и със затлъстяване (21%) в България е сравнимо със средните стойности на Европейския регион на СЗО и на ЕС13. Коефициентът на регистрираната консумация на алкохол е по-висок от средния за Европейския регион на СЗО и ЕС13: 12 литра чист алкохол (2014 г.)

По отношение на универсалното здравно покритие, което означава, че всички хора могат да ползват здравни услуги, където и когато се нуждаят от тях, без да изпитват финансови затруднения, България отделя общи разходи за здравеопазване като % от БВП, които са 8,4%. Тези инвестиции са над средните за ЕС13 и сравними с Европейския регион на СЗО. Един от големите проблеми в системата обаче е фактът, че неформалните плащания на домакинствата – 44.2%, са много над средните стойности за Европейския регион на СЗО и ЕС13. Също така процентът на практикуващи лекари, които са в пенсионна и пред-пенсионна възраст е висок, а съотношението на практикуващи медицински сестри към лекари е под нивата в Европейския регион на СЗО и ЕС13.

Общественото здраве е рентабилно предприятие поради факта, че има висока възвръщаемост за всички инвестиции в него. От всеки 1 долар, инвестиран в обществено здравеопазване, 14 долара се връщат към по-широкото здраве и икономика. Намаляването на неравенството в здравеопазването с 1% годишно увеличава годишния темп на растеж на БВП с 0.15%. 10% намаление на сърдечните заболявания спестява 20 милиарда евро годишно в страните с по-нисък среден доход.

Ще коментираме и два примера от сферата на фискалната политика, които показват ползите от инвестиране в здравето. В областта на тютюнопушенето 10% увеличение на данъците върху цигарите и сходните продукти би могло да доведе до 1,8 милиона по-малко преждевременни смъртни случаи в страните от Източна Европа и Централна Азия. В Англия, 10% повишение на цените на всички алкохолни напитки доведе до ползи в размер на 700 млн. долара от намалени разходи за здравеопазване и социални помощи и за

* Кръгла маса, организирана от Комисия по здравеопазване към Народното събрание и НЦОЗА „Здравото на българите през XXI век – тенденции и предизвикателства“, 13 юни 2018 г.

намаляване на загубите на работна сила и производителността при разходи за внедряване, по-ниски от 0.12 долара на глава от населението.

„Най-добри инвестиции” в областта на незаразните хронични заболявания са интервенции, които са много икономически ефективни:

- ▶ забрана или ограничаване на всички форми на рекламиране на тютюн и алкохол;
- ▶ заместване на транс-мазнини с полиненаситени мазнини;
- ▶ прилагане на програми за обществена осведоменост относно здравословното хранене и физическата активност;
- ▶ предотвратяване на рака на маточната шийка чрез скрининг.

Въпреки всички тези изброени факти има едно явно несъответствие между инвестициите в лечебния сектор и тези в превантивния сектор, като съотношението представлява съотношение на Лечебен сектор към Превенция, което е 97%/3% [6]. Разходите за обществено здравни услуги представляват твърде малка част от общите държавни разходи за здравеопазване, въпреки доказателствата, че основните интервенции и услуги в областта на промоцията на здравето и профилактиката на заболяванията понастоящем се смятат за най-рентабилните интервенции за намаляване на тежестта на заболяванията. Въпреки че, както казахме по-горе, в рамките на европейския регион на СЗО правителствата понастоящем изразходват средно само 2.8% от бюджетите си за здравеопазване за превенцията, в България това съотношение е особено неблагоприятно поради по-ниските общи разходи за здравеопазване.

Защо обаче инвестициите в общественото здраве са толкова ниски, въпреки доказателствата за ефективността им?! Има редица хипотези относно причините. Като човешки същества, ние се чувстваме по-скоро като спасители, когато лекуваме болните, справяйки се с някое заболяване, отколкото, ако „невидимо“ го предотвратим посредством превенция. На второ място болните пациенти са склонни да се организират в лобита, за да влияят на приоритетите и разпределението на ресурсите в много по-голяма степен, отколкото общата популация, която не лобира за различни превантивни програми например. По ирония на съдбата, в рамките на медицинските професии често има силни лобита на лекари, които имат трудности да приемат, че парите трябва да се разпределят за превенция, а не за техните области на компетентност. Хирурзи и други специалисти със силни лобита често искат високотехнологични болници и не разбират важността на общественото здраве.

Съществуват някои много интересни изследвания относно влиянието на разходите за социални дейности върху здравето. Например: Всяко допълнително увеличение в размер на 100 USD на глава от населението за социални дейности (включително здравеопазване) се асоциира с 1.19% намаление на смъртността, докато при категория като Брутният вътрешен продукт (БВП), всяко допълнително увеличение в размер на 100 USD на БВП на глава от населението се асоциира със само 0.11% намаление на смъртността. Тоест целенасочените инвестиции в общественото здраве са много по-икономически значими и имат много по-значим принос към доброто здраве на хората, отколкото ефекта от общото забогатяване на населението [7].

Как СЗО оказва подкрепа за системата на общественото здравеопазване в България? Чрез Двугодишното споразумение за сътрудничество с МЗ за 2018/19 г., подписано в началото на 2018 г., България получава техническа помощ и целево финансиране на различни дейности в следните области за сътрудничество:

- ▶ ХИВ и Хепатит;
- ▶ туберкулоза;
- ▶ ваксинапредотвратими заболявания;
- ▶ антимикробна резистентност;
- ▶ незаразни болести;
- ▶ психично здраве и зависимости;
- ▶ хранене;
- ▶ репродуктивно здраве, майки, новородени, деца и юноши;
- ▶ справедливост, социални детерминанти, равенство между половете и човешки права;
- ▶ национални здравни политики, стратегии и планове;
- ▶ интегрирани, ориентирани към хората здравни услуги;
- ▶ здравни системи, информация и сведения;
- ▶ подготвеност на държавата при здравни извънредни ситуации и Международните здравни разпоредби (2005);
- ▶ оценка на информацията и риска при здравни извънредни ситуации.

Една от предстоящите дейности в областта на националните здравни политики, стратегии и планове е един комплексен преглед и картиране на националните здравни политики, стратегии и планове и на Националната здравна стратегия 2020, който стартира на 20 април 2018 г. с изпълняващ партньор НЦОЗА.

В контекста на председателството на Европейския съюз през 2018 г. министър-председателят Бойко Борисов подчерта, че българското председателство има два приоритета в областта на предоставянето на здравни услуги по основните направления на СЗО: мерки срещу затлъстяването при децата и подобряване на достъпа до лекарства. Съответно бе поискана подкрепа от страна на СЗО. Д-р Жоао Бреда и неговият екип предоставят непрекъснато техническа подкрепа по отношение на здравословното хранене на децата.

В областта на психичното здраве и зависимостите след молба от българска парламентарна група бе поискано становище на СЗО по отношение на основните аргументи за предложените промени в Закона за хазарта. СЗО потвърди позицията си относно нуждата от различни комплексни мерки за превенция на зависимостта от участието в хазартни игри и ограничаване на разпространението на хазарта. Необходимо е да се уеднаквят подходите за регулация на рекламата на хазартните игри с аналогични разпоредби за защита на обществения интерес, отнасящи се до рекламата на спиртни напитки, на цигари и тютюневи изделия, на наркотични вещества и прекурсори. Част от аргументите са, че през последните десетилетия се наблюдава огромен, безпрецедентен ръст в разпространението на хазарта. Очаква се тази тенденция да продължи, разширявайки се в нови, високорискови групи и да бъде подхранвана в световен мащаб чрез онлайн достъп. Този растеж се свързва със значително увеличаване на проблема с хазарта, свързаните заболявания и други вреди, свързани с него. Разпространение на проблемните хазартни игри в глобален план за последните 12 месеца варират в диапазона от 0.1% до 6%, като два до три пъти повече хора изпитват по-малко сериозни субклинични проблеми. Вредите, причинени от хазарта, изглежда, че са с подобна величина като вредите, дължащи се на тежко депресивно разстройство и злоупотреба с алкохол и зависимост. Те са значително по-високи от вредите, нанесени на индивида поради разстройството от наркотичната зависимост. В България епидемиологичното изследване Епибул показва разпространение на депресивните състояния от 5.6% за целия живот, което дава насоки за високите нива на разпространение на зависимостта от хазарт. Въпреки глобалното увеличение и степента на свързана с хазарта заболяемост и вреда, както и призна-

ването на проблемните хазартни игри като нарушение на психичното здраве, те рядко се разпознават като значим проблем на общественото здраве или като приоритет за превантивни и регулаторни усилия. Съществува спешна нужда хазартните игри да се разпознаят като приоритет от националните и международни програми за общественото здравеопазване и да се укрепят стратегиите, основаващи се на доказателства, и стратегиите за превенция, както и значително разширяване на ранната интервенция и предоставяне на лечение. Тези мерки са от решаващо значение за намаляване на настоящите и бъдещите щети и социални разходи, свързани с търговския хазарт. Предвид много високите нива на вреда, свързана с хазарта, в някои групи от населението трябва да бъдат приложени цели, както и по-универсални подходи, за да се намалят вредите и различията между различните социално-икономически и други социални групи [1]. Много от рисковете, които не са свързани с хазарта и защитните фактори за рисковия и проблемния хазарт, са често срещани при други заболявания на психичното здраве и пристрастеността. Намаляването на тези рискови фактори и засилването на защитните фактори може да се очаква да има здравни и социални ползи, които надхвърлят проблема с хазарта и свързаните с хазарта вреди.

По време на посещенията в България на Генералния директор на СЗО д-р Тедрос (2-4 март 2018 г.) бе определена необходимостта от техническа помощ от СЗО в областта на здравното осигуряване и подобряване на ефективността на финансирането на здравните услуги.

Автор

Доц. Михаил Околийски, експерт по общественото здраве, Офис на СЗО в България

ДОБАВКИТЕ В ХРАНАТА – ОЦЕНКА ЗА БЕЗОПАСНОСТ

Р. Вачкова-Петрова

Добавките в храната са голяма група вещества от синтетичен или натурален произход, които се влагат целенасочено в храната по технологични съображения. В нашата страна е в сила Наредба № 4 от 3 февруари 2015 г. за изискванията към използването на добавки, издадена от министъра на здравеопазването. С тази наредба се определят изискванията към използване на добавки в храните в съответствие с разпоредбите на Регламент (ЕО) № 1333/2008 на Европейския парламент и на Съвета на Европа от 16 декември 2008 г. относно добавките в храните [3, 4]. Спецификациите на добавките в храните, свързани по-специално с произхода, с критериите за чистота и с всяка друга необходима информация, са посочени в Регламент (ЕС) № 231/2012 на Комисията от 9 март 2012 г. за определяне на спецификации на добавките в храните, включени в списъците в приложения II и III към Регламент (ЕО) № 1333/2008 на Европейския парламент и на Съвета [5].

Съгласно нашето и международното законодателство „добавките в храните са вещества от натурален или синтетичен произход, които обикновено не се използват самостоятелно като храна или като преобладаваща съставка при производството на храни, независимо от това дали имат хранителни свойства и които се добавят по технологични съображения към храната при производството, преработката, опаковането, транспорта или съхранението ѝ и остават като нейна съставка, дори и в променена форма“. Добавките в храните трябва да се одобряват и използват само, ако изпълняват критериите, заложили в законодателството: 1. Добавката не трябва да бъде опасна за здравето

Правителството на България има за цел да подобри модела на грижа, като се занимава със здравното финансиране, включително плащанията извън джоба и НЗОК. След консултация и законодателен процес се очаква реформите да бъдат осъществени в началото на 2019 г.

Специално внимание е обърнато на важноста на инвестирането в общественото здраве и в ориентиран към първичната помощ здравен модел.

Библиография и референции

1. Abbott, M. (2017b). Gambling and gambling harm in New Zealand: A 28-year case study. International Journal of Mental Health & Addiction [Advance online publication] doi: 10.1007/s11469-017-9767-6.
2. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience 2016. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
3. McDaid D, Sassi F and Merkur S (eds.) Promoting health, preventing disease: the economic case. Maidenhead, UK, 313-324. ISBN 978
4. Anderson and Baumberg (2010) reviewed cost-benefit analyses of alcohol policy and found no complete examples. They concluded that the Sheffield Alcohol Policy Model (SAPM) in England was the closest approach to a CBA (Purshouse et al. 2010). Anderson and Baumberg (2010) undertook their own CBA based on a hypothetical counterfactual of an increase in alcohol excise taxes that would result in an across-the-board 10 per cent increase in alcohol prices in England, with estimates of the impact of such a price increase obtained from the SAPM. 03352622675, pp. 3-18.
5. Изследване на честите психични разстройства (ЕПИБУЛ), Националният център за общественото здраве (НЦОЗА), Сп. за общественото здраве.
6. OECD Expenditure on prevention 2014
7. Stuckler D et al. BMJ2010;340:bmj.c3311
8. Двугодишното споразумение за сътрудничество с МЗ за 2018/19 г.

на потребителя въз основа на оценка на наличните научни доказателства; 2. Добавката е технологически нужна като нейните свойства не могат да бъдат постигнати чрез други икономически или технологични, практически приложими средства; 3. Използването на добавката не води до заблуждаване на потребителя.

Оценка за безопасност на добавките в храните

Началото на научната оценка на използването на добавките в храните се поставя през 50-те години на XX век при съвместните действия на ФАО и СЗО и създаването на смесен експертен комитет ФАО/СЗО по хранителните добавки (Joint Expert Committee on Food Additives – JECFA). Също през 50-те години на миналия век подобен въпрос е повдигнат и в САЩ от Администрацията по храните и лекарствата и Комитета по опазване на храната на Националния изследователски съвет, което довежда до препоръки за оценка на безопасността на химическите вещества, използвани като хранителни добавки. За първи път се предлага да се използва 100-кратна граница на безопасност между максималната безопасна доза в дългосрочните изследвания върху животни и максималния прием на химическото вещество от общата диета на човека. На базата на този подход JECFA разработва концепцията за *допустимата дневна доза (ДДД)*, т.е. *количеството от веществото, изразено на килограм телесна маса, което може да бъде поемано ежедневно през целия живот без доловим риск за здравето*. Количеството се изразява по отношение на телесното тегло, за да се вземат