

Снежана ЧИЧЕВАЛИЕВА

ПОТЕНЦИЈАЛОТ НА ДРЖАВИТЕ-ЧЛЕНКИ НА ЗДРАВСТВЕНАТА МРЕЖА НА ЈУГОИСТОЧНА ЕВРОПА ЗА ИМПЛЕМЕНТИРАЊЕ НА ЗДРАВЈЕ 2020 И ЛОКАЛИЗИРАЊЕ НА ЦЕЛИТЕ ЗА ОДРЖЛИВ РАЗВОЈ ПРЕКУ ЛОКАЛНО ПЛАНИРАЊЕ ЗА ЗДРАВЈЕ И БЛАГОСОСТОЈБА

1. Вовед

Здрава заедница е онаа во која сите системи работат добро (и работат заедно) и во која сите граѓани уживаат добар квалитет на животот. Ова значи дека врз здравјето на заедницата влијаат социјалните детерминанти на здравјето и развојот – факторите кои влијаат врз здравјето и развојот на поединецот и на заедницата¹.

Клучните зборови на локалното планирање за здравје и благосостојба се: управување, управување со здравјето, правичност во здравството, здравствена нееднаквост, здравје во сите политики, здравствена писменост, планирање политики на локално ниво, социјален капитал, здравје и благосостојба. Разбирањето на концептите зад овие клучни зборови е важно за оние кои го започнуваат

1 "Chapter 2. Other Models For Promoting Community Health And Development | Section 3. Healthy Cities/ Healthy Communities | Main Section | Community Tool Box". Ctb.ku.edu. N.p., 2017. Web. 12 јуни 2017.

Авторот е програмски менаџер за национални здравствени политики при Регионалната канцеларија на СЗО за Европа

патот кон развој и имплементација на политики на локално ниво. Европската рамковна политика за здравје и благосостојба – Здравје 2020² (Здравје 2020) на Светската здравствена организација (СЗО) ги вклучува сите тие концепти и нуди богатство докази за тоа што функционира најдобро за достигнување здравје и благосостојба и на национално и на други нивоа на управување во земјата, вклучително и на локално ниво.

Кохеренција во политиката за здравје и благосостојба на сите нивоа на управување во земјата е важно за организирање општествени напори. Најдобриот начин да се постигне ова е преку кохерентно планирање. Локалното и општинското планирање на здравјето и благосостојбата е предизвик за властите да го зголемат социјалниот капитал за постигнување подобро здравје и благосостојба на населението.

Овој труд има цел кон придонесување во најновите дискусии за начинот на користење на Здравје 2020 и кон локализирање на Целите за одржлив развој во државите-членки на Здравствената мрежа на Југоисточна Европа (ЗМЈИЕ): Албанија, Босна и Херцеговина, Бугарија, Молдавија, Црна Гора, Поранешната Југословенска Република Македонија, Србија и Романија. Локалното планирање за здравје и благосостојба се смета за корисно за исполнување на оваа цел.

Овој труд ги дефинира клучните концепти на активностите на заедницата за здравје и благосостојба, прикажува краток приказ на статусот на локалното управување и надлежностите во избраните земји и неколку заклучоци, за да поттикне дискусија во врска со потенцијалот за продолжување на активностите на заедницата преку имплементација на приодите на Здравје 2020 и локализирање на Целите за одржлив развој, на локално ниво.

2. Европската политика за здравје и благосостојба – Здравје 2020 ги дефинира клучните концепти на активностите на заедницата за здравје и благосостојба

СЗО го дефинира **здравјето** како состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест или

2 Светска здравствена организација. (2012). Здравје 2020: Европската политика за здравје и благосостојба. [онлајн] Достапна на: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being> [Достапна од 11 јуни 2017 година].

3 Устав на Светската здравствена организација, Женева, Светска здравствена организација, 1946 (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100; <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>).

немоќ³. **Благосостојбата** е составен дел од дефиницијата за здравје на СЗО. Постои во две димензии, субјективна и објективна. Се состои од животното искуство на поединецот и од споредба на животните околности со социјалните норми и вредности. Субјективната благосостојба може да вклучува генерална свест на поединецот за благосостојба, психолошки функции, како и афективни состојби. Примери за објективна благосостојба и животни околности се здравје, образование, работа, социјални односи, животна средина (изградена и природна), сигурност, граѓанско ангажирање и управување, домување и слободно време.⁴ Покрај тоа, Здравје 2020 го користи терминот “здравствено средство” за опширно да го дефинира секој фактор (или ресурс) кој ја подобрува способноста на поединците, заедниците и населенијата да ги заштитат, унапредат и одржат нивните здравје и благосостојба. Овие средства можат да функционираат ниво на поединец, група, заедница и/или население како заштитни фактори против животните стресови и како унапредувачки фактори за максимизирање на можностите за здравјето⁵.

Управувањето подразбира како владите и другите општествени организации комуницираат, на кој начин се поврзани со граѓаните и како се донесуваат одлуки во комплексен и глобализиран свет⁶.

Управувањето за здравје е поврзано со напорите на владите и другите учесници вложени во насочување на заедници, земји или групи од земји кон потрагата по здравје како составен дел на благосостојбата и преку пристапите „цела-влада“ и „цело-општество“⁷. „Цела-влада“ се однесува на дифузијата на управувањето вертикално низ нивоата на власта и областите на управување и хоризонтално низ секторите. Активностите на пристапот „цела-влада“ се спроведуваат на повеќе нивоа - ги вклучуваат владините активности и другите учесници од

4 Устав на Светската здравствена организација, Женева, Светска здравствена организација, 1946 (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100; <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>). <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>). Мерење и поставување цели за благосостојба: иницијатива на Регионалната канцеларија на СЗО за Европа. Прв состанок на групата експерти, Копенхаген, Данска, 8-9 февруари 2012 година. Копенхаген, Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2012 година.

5 Адаптирано од: Ziglio E et al. Maximizing health potential: the asset model for health and development.

6 Graham J, Amos B, Plumptre T. Principles for good governance in the 21st century. Ottawa, Institute on Governance, 2003 (Policy Brief No.15, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>).

7 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

локални до глобални нивоа, а сè повеќе вклучуваат и групи надвор од власта. **Здравје во сите политики** е еден од пристапите „цела-влада“ за приоритизирање на управувањето со здравјето и благосостојбата во повеќе од здравствениот сектор, при работење во две насоки: земајќи го предвид влијанието на другите сектори врз здравјето и влијанието на здравјето врз другите сектори⁸

„**Цело-општество**“ се однесува на пристап кој цели кон проширување на пристапот „цела-влада“ преку ставање дополнителен акцент на улогите на приватниот сектор и граѓанското општество, како и на носителите на одлуки како членовите на парламентот. Преку вклучување на приватниот сектор, граѓанското општество, заедниците и поединците, пристапот „цело-општество“ може да ја зајакне отпорноста на заедниците на заканите за нивното здравје, безбедност и благосостојба. Пристапот „цело-општество“ ги надминува институциите: влијае врз и ги мобилизира локалната и глобалната култура и медиуми, руралните и урбаните заедници и сите релевантни сектори за политики, како образовниот систем, секторот за транспорт, животната околина и тури и урбаниот дизајн.⁹

Локалното планирање на здравјето и благосостојбата се однесува на здружувањето на сите учесници на локално ниво при планирање на здравјето за сите. **Здравје за сите** претставува цел на политиките која се состои од постигнување ниво на здравје кое ќе им овозможи на сите луѓе во светот да водат социјално и економски продуктивен живот¹⁰. Современата глобална агенда за 2030 година го пренесува значењето на *здравје за сите* како „неиспуштање никого“¹¹

Интерсекторската соработка стана клучен пристап за осврнување кон главните влијанија кои го обликуваат здравјето на населенијата и ширењето на нееднаквости во здравството кои се наоѓаат надвор од здравствениот сектор. Тоа што повеќето од овие влијанија се надвор од ексклузивната јурисдикција на здравствениот сектор,

8 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

9 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

10 Адаптирано од: Поимник на термини употребувани во серијата Здравје за сите, Женева, Светска здравствена организација, 1984 година.

11 “Трансформирање на нашиот свет. Агенда за одржлив развој за 2030 година”. Sustainabledevelopment.un.org. N.p., 2017. Web. 10 јуни 2017.

наложува здравствениот сектор, во соработка со другите владини и општествени сектори, да се осврне кон детерминантите на здравјето и благосостојбата¹². Изјавата од Аделаида¹³ воведува стратешки пристап кој властите треба да го употребат при поставување политики – пристап кој нагласува соработка помеѓу владините агенции за сите сектори да можат да искористат придобивките од здраво општество. Во контекст на *Здравје 2020*, пристапот *Здравје во сите политики* е дизајниран за приоритизирање на управувањето за здравјето и благосостојбата во повеќе од здравствениот сектор. Функционира во двете насоки, осигурувајќи се дека сите сектори ја разбираат и дејствуваат врз нивната одговорност за здравството, притоа препознавајќи како здравството влијае врз другите сектори. Затоа, здравствениот сектор може да поддржува други гранки на власта преку активно помагање во нивното развивање политики и постигнување цели. За да имаат придобивки од здравјето и благосостојбата, на властите им се потребни институционализирани процеси кои го вреднуваат меѓусекторското решавање проблеми и се осврнуваат кон нерамнотежа на моќта. Ова вклучува обезбедување лидерство, мандат, стимулации, посветеност на буџетот и одржливи механизми кои поддржуваат соработка меѓу владините агенции за изнаоѓање интегрирани решенија¹⁴.

Постои разлика во здравствениот статус меѓу поединци или групи која се мери преку, на пример, животен век, смртност или болест. **Здравствени нееднакости** се разликите, варијациите и диспаратите во здравствените достигнувања на поединци и групи луѓе. Некои разлики се должат на биолошки или други неизбежни фактори како возраста; а други, сепак, можат да се избегнат¹⁵.

Локалното планирање на здравјето кое ги вклучува сите концепти, меѓу другото, цели кон достигнување правичност во здравството. **Правичност** е отсуство на избегливи, неправични или излечливи разлики меѓу групи луѓе, без разлика дали тие групи се дефинирани

12 “WHO | Intersectoral Action”. Who.int. N.p., 2017. Web. 10 јуни 2017.

13 Изјава од Аделаида за Здравје во сите политики: придвижување кон споделено управување за здравје и благосостојба: извештај од Меѓународната средба за Здравје во сите политики, Аделаида, 2010 година(2010).Женева,Швајцарија, Светска здравствена организација.

14 Адаптирано од: Изјава од Аделаида за Здравје во сите политики. Женева, Светска здравствена организација, 2010 година (http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf).

15 Kawachi I. Поимник за здравствени нееднакости. Весник за епидемиологија и здравје во заедницата, 2002 година, 56:647.

социјално, економски, демографски или географски. „Здравствената правичност“ или „правичноста во здравството“ имплицира дека, во идеален случај, сите треба да имаат фер можност за максимално достигнување на нивниот здравствен потенцијал и, попрагматично, дека никој не треба да биде лишен од можноста да го достигне тој потенцијал.¹⁶ **Здравствената неправичност** се однесува на разлика или нееднаквост во здравјето која се смета за избеглива, неправична или произлегува од некаков вид неправда. Неправичностите во здравствениот статус можат да се појават меѓу групи луѓе во границите на некоја земја и/или помеѓу земји. Здравствените неправичности се оние разлики во здравјето кои не произлегуваат случајно или поради одлука на поединецот, туку поради избегливи разлики во социјалните, економските и еколошките варијабли (како условите за живот и работа, образованието, професијата, приходот и пристапот до квалитетна здравствена нега, услугите за превенција на болести и унапредување на здравјето) кои во голема мера се вон контрола на поединците, а за кои може да се најде решение преку јавните политики. Треба да се забележи дека поимите „здравствена нееднаквост“ и „здравствена неправичност“ често се користат наизменично, додека во повеќето јазици различни од англискиот јазик постои само еден израз кој ги објаснува тие разлики. Поради тоа, изразот здравствени нееднаквости исто така се користи кога станува збор за оние разлики кои се сметаат за избегливи и неправични и врз кои силно влијаат активностите на владите, засегнатите страни и заедниците и за кои може да се најде решение преку јавните политики. Затоа, изразите „здравствена нееднаквост“ и „здравствена неправичност“ често се користат кога станува збор за оние разлики кои се неправични и може да се избегнат.¹⁷

16 Теми на здравствените системи– Правичност [веб-страница]. Женева, Светска здравствена организација, 2012 година. (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>) и Поимник : Здравствена правичност [веб-страница]. Копенхаге, Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2012 година. (<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Equity>).

17 Kawachi I. Поимник за здравствени нееднаквости. Весник за епидемиологија и здравје во заедницата, 2002 година, 56:647. Комиција за социјални детерминанти на здравјето. Затворање на јазот во една генерација: здравствена правичност преку акција врз социјалните детерминанти на здравјето. Последен извештај на Комицијата за социјални детерминанти на здравјето. Женева, Светска здравствена организација, 2008 година. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf). Меморандум: прашања и одговори за солидарност во здравството: намалување на нееднаквостите во здравството во ЕУ. Брисел, Комисија на Европските заедници, 2009 година. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_qa_en.pdf).

Интерсекторската акција за здравје и благосостојба на локално ниво исто така се стреми кон подобрување на здравствената писменост и социјалниот капитал. **Здравствена писменост** се однесува на когнитивните и социјалните вештини кои ја одредуваат мотивацијата и способноста на поединците да добијат пристап до информации и да ги разберат и користат на начини кои го унапредуваат и одржуваат доброто здравје.¹⁸

Социјален капитал¹⁹

ОЕЦД го дефинира социјалниот капитал како: „мрежи заедно, со заеднички норми, вредности и сфаќања кои ја олеснуваат соработката во рамките на или помеѓу групи. Социјалниот капитал го обезбедува „лепилото“ кое олеснува соработка, размена и иновација.

Извор: OECD, 2001. The new economy beyond the hype: the OECD growth project, Paris: OECD

Социјалниот капитал го претставува степенот на социјалната кохезија што постои во општините. Се однесува на процесите меѓу луѓето кои воспоставуваат мрежи, норми и општествена доверба и кои ја олеснуваат координацијата и соработката за заедничките интереси.²⁰

Социјалниот прогрес и стабилност се најуспешно постигнати во земјите кои обезбедуваат достапност на услуги кои промовираат добро здравје и образование и на ефективни мрежи

на социјална безбедност преку силни јавни услуги и одржливи јавни финансии. Неуспехот во постигнувањето на овие цели може да се одрази на пад на социјалниот капитал на граѓанските институции и социјалните мрежи во општествата.

Градењето отпорност е клучен фактор за одржување и унапредување на здравјето и на ниво на поединец и на ниво на заедница. Здравјето на секој поединец е тесно поврзано со здравјето на поголемата заедница. Заедниците имаат важна улога во обезбедувањето активности за унапредување на здравјето и за превенцијата од болести и во обезбедување социјална инклузија на лицата со хронични болести и на лицата

18 Поимник на унапредување на здравјето. Женева, Светска здравствена организација, 1998 година. (<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>)

19 Адаптирано од Здравје 2020

20 Светска здравствена организација, 1998 година. Поимник на унапредување на здравјето. Женева, Светска здравствена организација. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

со попреченост. Комплексната меѓусебна врска помеѓу природните, изградените и социјалните средини ја обликува и влијае врз оваа улога. Политичка акција за подобрување на здравјето во ваквите средини ќе им помогне на заедниците и на луѓето во нив да се охрабрат при нивните избори и да го одржуваат сопственото здравје во брзо променливи средини; фокусот на постојан стремеж кон подобрување на условите за живот и работа е клучен за поддршката на здравјето.

На макро ниво, социјалните и економските политики треба да креираат средини во кои луѓето ќе имаат поголема можност за максимално достигнување на нивниот здравствен потенцијал во сите етапи од животот. На микро ниво, акциите иницирани во посебни околинени во кои луѓето живеат, сакаат, работат и играат – домови, училишта, работни места, средини за одмор и рекреација, услуги за грижа и домови за стари лица – можат да бидат многу ефикасни. Движењето Здрави градови и заедници на СЗО дава опширни примери за начинот на градење на таа отпорност, особено преку вклучување на граѓаните во осознавањето и решавањето на здравствените проблеми и прашања во нивната заедница. Други слични мрежи кои имаат за цел подобрување на здравјето преку делување врз околината – како на пример училишта и работни места кои промовираат здравје – обезбедуваат слични искуства. Здравствените и социјалните услуги, а особено услугите од примарна здравствена заштита кои се обезбедуваат на семејствата во нивните домови, на работниците на нивните работни места и на групите во локалните заедници, се важни влезни точки за системска поддршка на поединците и заедниците во текот на животот, особено за време на критични периоди.

Луѓето не можат да бидат охрабрани од некој друг, но можат да се охрабрат себеси преку преземање на работите во свои раце, користење на личните својства и средства, користејќи ја поволноста на ддруги навдорешни фактори и животни околности. Заедниците можат да ги поддржат поединците и пациентите преку воспоставување социјални мрежи и преку мобилизирање социјална поддршка кои, заедно, ја промовираат кохезијата меѓу поединците и можат да им помогнат на луѓето при тешки транзиции со кои се сретнуваат во текот на животот и во периоди на ранливост и болест. Заедниците треба да обезбедат структури, ресурси и можности преку кои поединците, групите и населбите ќе можат да се поврзат, да станат поорганизирани и да градат капацитети со други учесници, да развијат лидерство и да преземат одговорност за нивното здравје, нивните болести и нивните животи. Неодамна, во овој домен беа развиени алатки и се акумулираа

практични искуства. Беа претставени неколку примери од литературата за здравствени средства и за општествена отпорност. Овие иновации целат кон идентификување на предностите достапни за поединците и заедниците за одржливо одговарање на локалните прашања и за обезбедување поефикасно користење на надворешната поддршка преку социјална заштита и други услуги. На пример, неодамна формираната *Assets Alliance in Scotland* е платформа за споделување предности и за насочување на шкотската влада и националните агенции во процесот на развој на политики.

Постојењето на соодветен систем за социјална заштита влијае врз здравјето и здравствената правичност. Општествените трошоци на владата значително влијаат врз стапките на сиромаштија кои, пак, се поврзани со повисока стапка на смртност, особено кај жени и деца, посебно кај жени со ниско ниво на образование. Социјалната заштита влијае на здравјето на возрасните, особено во земји со ниски и средни приходи.

Одговорноста на „целата-власт“ за здравјето налага да се земат предвид ефектите врз здравјето при развојот на сите регулаторни политики. Постојаната и често зголемената социјална неправичност во здравјето бара интегрирана акција и системски пристап. Потребни се цврста политичка посветеност, ефективни здравствени системи со висок степен на перформанси и кохерентност на владините политики, како и функционални институции способни да влијаат на создавањето политики во здравствените и другите сектори на политики. Системско таргетирање на јавните политики и на приватните иницијативи и усогласувањето на финансиските, човечките и еколошките ресурси ќе мобилизираат акција за подобро здравје и благосостојба и нивна еднаква распределба во општеството.

Клучна цел на политиката треба да биде одржување на минималните стандарди потребни за здрав живот. Доказите покажуваат дека општествените трошоци се повисоки во земји со поуниверзални политики за социјална заштита и со поголеми стапки на учество во работна сила. Конкретните активности кои треба да се препорачаат за социјалната заштита вклучуваат сигурност дека жените и децата имаат пристап до минималниот приход потребен за здраво живеење; дека општествените трошоци се доволно високи, особено кај жените со ниско ниво на образование, дека системите за социјална заштита во земјите со ниски и средни приходи се универзални и великодушни и дека активните програми за пазарот на трудот, поврзани со великодушна социјална заштита, промовираат високи стапки на учество во работната сила.

Осврнувањето кон социјалните детерминанти за здравјето и справувањето со здравствените неправди налагаат одне чекор пред традиционалниот модел на обезбедување здравствена и социјална заштита. Покрај обезбедувањето јавни услуги за решавање на дефицитите на одредена заедница, напорите исто така треба да се насочат кон искористување на сите расположиви средства и поддршка кои се својствени за и постојат во заедниците и кои би можеле да ги подобрат и надополнат понудите на јавниот сектор. Многу програми за унапредување на здравјето и за намалување на социјално причинетата неправичност во здравјето не успеваат бидејќи не се базирани на целосистемски пристап.

Со оглед на тоа што здравствените средства се поврзани со социјалните детерминанти на здравјето, пристапите базирани на средства имаат потенцијал да надминат некои од постојните бариери за максимизирање на здравјето и благосостојбата и намалување на здравствената неправичност. Таквите пристапи се тесно врзани со унапредувањето на здравјето и со моделите за интервенција и ја нагласуваат важноста на зајакнување на заштитничките и промотивните фактори за здравјето на поединците и на заедниците преку идентификување на вештините, силите, капацитетите и знаењето на поединците и на социјалниот капитал на заедниците. Овие модели се фокусираат на идентификација на средствата достапни за заштита, одржување и унапредување на здравјето на поединците и на заедниците. Целта е максимизирање на овие средства за да се најдат одржливи решенија за проблемите во здравјето на локално ниво и да се обезбеди поефикасно користење на секоја надворешна поддршка (како обезбедување услуги за подобрување на здравјето и благосостојбата).

Напорите за намалување на ранливоста и за спротивставување на дејствувањето на исклучувачките процеси се особено важни. Неопходно е паметно управување за да им се овозможи на заедниците да ги насочат властите и другите агенции кон усвојување на здравјето и благосостојбата како колективни цели. За да се стори ова, потребни се нови структури за управување и лидерство. Наместо градење капацитети однадвор, треба да се креираат зајакнати социјални, политички и економски системи кои ќе обезбедуваат капацитети за организациите, професионалните групи, семејствата и обесправените групи. Создавањето на ова зајакнување налага разни видови знаења и докази изградени врз искуството и толкувањето на луѓето од засегнатите групи и заедници.

Овие пристапи помагаат да се претворат таквите концепти и принципи

во локални активности. Целта е јавно инвестирање во локалните заедници, градење локални сили и средства за да се подигнат нивоата на отпорност изградена на аспирации и потенцијал за обезбедување. Заради тоа, пристапите базирани на средства се интегрален дел од унапредувањето на здравјето и треба да станат интегрален дел од стратегиите за подобрување на здравјето и намалување на здравствените неправичности.

Подигањето на свеста во заедниците, семејствата и кај поединците за тоа дека постојат можности за промена и поддршка и дека сите можат да помогнат во отстранување на бариерите за подобар и поздрав живот може да им овозможи поголема слобода на луѓето со здравствени проблеми, особено на поединците со хронични болести и на лицата со попреченост, и да го поттикнат нивниот значаен придонес кон заедницата. Целта е да се препознаат и подобрат улогите на различните засегнати страни и да се зајакне следењето на здравствената состојба и одговорноста. Активностите за оваа цел вклучуваат: вклучување на асоцијации на негувачи на пациенти или семејства и сродни невладини организации во обезбедувањето нега за пациентите и поддршка на истите преку јавните фондови; градење поддржувачки заедници за да им се овозможи на луѓето што е можно понезависен живот; промовирање поддршка за самоуправување со болести на работните места, зајакнување на средствата за социјална поддршка во заедниците кои поттикнуваат учество и контакт со луѓето со хронични болести и со попреченост. Здравствената писменост е ветувачки концепт од активности кој се осврнува на динамичната интеракција меѓу поединците и средините во кои тие живеат и работат, преку фокус на учењето и развојот на вештини за здравјето, вклучувајќи ја и способноста за навигација на комплексните општествени и здравствени системи во полза на нечие здравје. Здравствената писменост применува животен пристап, чувствителна е кон културолошките и контекстуалните фактори и се занимава и со поединци, и со организации.

Неформалните негуватели го обезбедуваат најголемиот дел од негата. Преку поддржување на нивната улога, нивно обучување и заштитување на нивната благосостојба се создаваат позитивни исходи и за здравјето на негувателите и за здравјето на луѓето за кои тие се грижат. Клучните точки за акција се обезбедување официјално признание, финансиска поддршка и бенефити за социјална заштита на неформалните негуватели; обезбедување домашни посети и постојана комуникација меѓу професионалците и неформалните негуватели, вклучително и проценка на здравствените и безбедносните услови и на техничките

помагала и обезбедување мерки за заштита на менталното здравје на неформалните негуватели, како можности за флексибилно и скратено работно време, поддршка од колеги и самопомош, и обуки и алатки за проценка на потребите за менталното здравје на негувателите.

Во таква комплексна средина, се предложија седум пристапи за поддршка на креаторите на политики:

- Интегрирана и прогресивна анализа. Доколку се идентификуваат клучните фактори кои влијаат на работењето на политиките и доколку се подготват сценарија за тоа како овие фактори би се развивале во иднина, политиките можат да се направат робустни како одговор на многу од очекуваните услови и можат да се развијат индикатори за да се помогне во поттикнувањето на важни прилагодувања на политиките кога тоа ќе биде потребно.
- Разгледување од повеќе засегнати страни. Ова подразбира колективен и соработувачки јавен напор за разгледување на проблемот од различни аспекти пред да се донесе одлука. Процесите на разгледување го зајакнуваат дизајнот на политиките преку поттикнување признанија за заеднички вредности, споделена посветеност и нови проблеми и преку обезбедување сеопфатно разбирање на причинско-последичните врски.
- Автоматско приспособување на политиката. Дел од постоечката, т.н. инхерентна варијабилност во социоекономските и еколошките состојби може да се предвиди, а мониторинг на клучните индикатори може да помогне да се поттикнат важни прилагодувања на политиката за истата да може добро да функционира и понатаму.
- Овозможување самоорганизација и социјално вмрежување. Осигурување дека политиките не го поткопуваат постојниот социјален капитал, креирање форуми кои овозможуваат социјално вмрежување, олеснување при споделувањето добри практики и отстранување на бариерите на самоорганизацијата, ќе ја зајакнат можноста на засегнатите страни да одговорат на непредвидени настани на различни иновативни начини.
- Децентрализација на одлучувањето. Децентрализација на авторитетот и одговорноста за одлучување на најниската ефективна и одговорна единица на управување, без оглед на тоа дали е постоечка или новосоздадена, може да го зголеми капацитетот на политиката за успешно да се спроведе при соочување со непредвидени настани.

- Промовирање варијација. Со оглед на комплексноста на повеќето поставки на политиките, имплементацијата на различни политики за решавање на истото прашање ја зголемува веројатноста за постигнување на саканите резултати. Разновидноста на одговорите исто така се состои од пристап на менаџирање со заеднички ризик, олеснувајќи ја способноста за ефикасно извршување при појава на непредвидени услови.
- Формален преглед на политиките и континуирано учење. Редовен преглед, дури и кога политиката добро функционира и користење добро дизајнирани пилот-шеми во текот на постоење на политиката за да се тестираат претпоставки поврзани со функционирањето, може да помогне за одговарање на нови предизвици и да поттикне важни прилагодувања на политиката.

Планирање политики²¹

Здравствените политики се фокусираат на достигнување конкретни и мерливи здравствени придобивки, особено на зголемување на стапката на здрави животни години и способноста за независен живот при хронична болест. Грижата за здравјето е клучен приоритет за политиките на сите нивоа на управување која бара ефективен и интегриран здравствен систем кој им служи на потребите на јавното здравје и кој се фокусира на примарната здравствена нега. Остварувањето на овие цели вклучува подготовка на сèопфатен план за развој на здравјето и благосостојбата, вклучително и развивање и зајакнување на здравствените услуги. Целењето кон зајакнување на интерсекторските пристапи е поврзано со ова.

Таквите инструменти на планирање мора да го надминат обезбедувањето само здравствена нега и да се осврнат на широка агенда на подобрување на здравјето и социјалните детерминанти на здравјето, како и интеракција меѓу здравствениот сектор и другите сектори на општеството. Национална здравствена стратегија – која може да има многу различни форми – може да обезбеди инспиративна сèопфатна или „чадор“ политика која ги вклучува сите засегнати страни и сектори и која се фокусира на подобрување на здравството на населението. Таквата стратегија може да поддржи заеднички вредности, да поттикне синергија и да ги промовира транспарентноста и одговорноста. За земјите со ниски и средни приходи, процесот

21 Извадоци од Здравје 2020

на развој на здравствени политики, стратегии и планови може исто така да им помогне на донаторите при планирањето на здравјето и да придонесе во ефективната координација на донаторите. Процесот треба да биде информиран со сèопфатна проценка на здравствените потреби чувствителна на возраста, родот, социјална позиција и состојбата.

Истражувањата и другите податоци покажуваат дека и покрај воспоставената база на докази (како намалување на употребата на сол и заситени масти во исхраната, зголемување на даноците за тутун, откривање и контрола на хипертензија, контрола на срцеви удари од страна на мултидисциплинирани тимови и активна контрола на третата фаза од породувањето), многу политики и услуги не ги опфаќаат населенијата на кои им е потребна помош. Постојат многу причини за неуспех во примената на доказите во политиките и во праксата. Некои се технички и произлегуваат од типот и природата на собраните докази; некои се организациски и се појавуваат кога има слабо партнерство во меѓусекторската соработка; други се политички и се појавуваат бидејќи она што доказите го прикажуваат не е добредојдено од страна на оние кои се задолжени за поставување приоритети и носење одлуки за инвестирање. Одзивот на интервенции исто така зависи од поединците кои се овластени да ги одржат потенцијалните придобивки.

Се разбира, доказите ретко се единствениот или дури и главниот фактор кој влијае врз донесувањето одлуки. Вредностите и другите влијанија се исто така важни. Сепак, останува намерата за проширување на трошковно-ефективни интервенции и обезбедување дополнителни ресурси, но ова значи дека мора да се направат напори за проширување на интервенциите безирани на докази наменети за населението со поголеми потреби и истовремено намалување на испораката на несоодветни услуги или услуги со ограничено влијание. За таквиот пристап да успее, истражувачите, креаторите на политики и практичарите треба да работат на нови и поинакви начини фокусирани на копродукција на знаење и докази кои навистина ќе можат да ги задоволат соодветните потреби.

Покрај неопходните, а честопати и нови, фондови, посветеноста за осврнување кон недоволната употреба на ресурси во здравствениот сектор е од витално значење за да се обезбеди политичка поддршка и поддршка од населението за поголеми инвестиции. Придобивките од ефикасноста треба да бидат главен дел од здравствените планови и стратегии, наместо краткорочен одговор на намалувањата на буџетот, затоа што со транзицијата кон нов, поекономичен систем за испорака треба внимателно да се управув, а може и да налага краткорочни

инвестиции. Целта е да се постигнат одржливи придобивки од ефикасноста, како подобрување на енергетската ефикасност, пренесување поголема здравствена нега во амбулантските поставки, распределување повеќе ресурси во примарната здравствена нега и трошковно-ефективни јавно-здравствени програми, отфрлање на најнеисплатливите услуги и подобрување на рационалното користење лекови.

Перформансите на често фрагментираните здравствени системи може да не се совпаѓаат со сè поголемите очекувања на општествата и граѓаните. Луѓето очекуваат поголема вклученост, охрабрување, правичност и почитување на човековите права при доставувањето во здравствениот систем. Очекувањата се насочени кон зголемени домашни расходи на здравјето, но ресурсите се секогаш ограничени. Зајакнување на здравствените системи и на нивното управување се од клучно значење за исполнувањето на овие очекувања. На министрите и министерствата за здравство, како и на другите национални авторитети, им е потребна помош и поддршка во подобрувањето на перформансите на здравствените системи и во зголемувањето на одговорноста и транспарентноста.

Здравствената политика вообичаено се развива преку различни пристапи и нивоа и со различни цели. Механичките пристапи не се ниту целисходни ниту посакувани. Потребни се пофлексибилни и поинтегративни пристапи кои ќе можат брзо да одговорат на променливите услови и на јасните докази за тоа што функционира добро, а што не. Сеопфатен развој на здравствена стратегија е во голема мера политички процес и ова мора да се забележи во секоја фаза.

Политичките заложби и правните одговорност се од суштинска важност за обезбедување на долгорочна одржливост. Потребна е флексибилност за адаптирање на неочекувани случувања во политичкото, економското и здравственото опкружување. Вредноста, во голема мера, лежи во процесот. Поверојатно е дека таквите стратегии ќе се применат доколку се направени од и се „во сопственост“ на луѓето кои ќе ги имплементираат и доколку се усогласуваат со капацитетите, ресурсите и ограничувањата. Инструментите мора да наведат реални начини за развој на капацитетите и ресурсите преку мобилизација на партнери и засегнати страни кои можеби имаат конкурентни интереси.

3. Потенцијалот за унапредување на активностите на заедницата во четири земји кои се држави-членки на Здравствената мрежа на Југоисточна Европа

Советот на Европските општини и региони (ЦЕМР) ги објави најактуелните податоци за структурата и надлежностите на локалната и регионалната власт во Европа во неговиот извештај од 2016 година *Структура и надлежности на локалната и регионалната власт во Европа*²² Овој преглед ги опфаќа податоците за локалната структура и управување за државите-членки на Здравствената мрежа на Југоисточна Европа.

Албанија		
Локално ниво - 61 општина (<i>bashkia</i>)		
<p>Советот на општината (<i>Këshilli</i>) е советодавно тело на локалната власт. Членовите на советот се избираат на секои четири години преку директно, универзално право на глас. Општинскиот совет е, меѓу другите, одговорен за одобрувањето на локалниот буџет, правото за плодоуживање на неговиот имот, организација и надзор на општинската администрација и за локалните даноци.</p> <p>Градоначалникот (<i>Kryetari</i>) е раководител на извршното тело и се избира преку директно, универзално право на глас, со мандат од четири години. Градоначалникот на општината има право на три последователни мандати, а исто така е член на регионалниот совет. Тој/таа ги одобрува и имплементира одлуките на општинскиот совет, гарантира дека сите обврски на локалната власт се исполнуваат и ја претставува комуната или општината</p>	<p>vis-à-vis трети страни. Градоначалникот има право да побара од општинскиот совет да ги преиспита одлуките доколку смета дека можат да му наштетат на интересот на заедницата.</p> <p>Општините можат да се поделат на неколку административни единици кои имаат традиционални, историски, економски и социјални врски. Територијата на административните единици на општината, нивното име и нивното создавање се утврдуваат со закон. Административните единици се составени од градови (<i>qytete</i>) и/или села (<i>fshatra</i>). Градовите можат да бидат поделени на помали единици наречени квартави или населби (<i>lagje</i>). Според правилата, квартал може да се постави на територии со над 20 000 жители. Поделбата на градот во квартави и неговата територија се одобруваат по одлука од општинскиот совет.</p>	<p>Надлежности Функциите и надлежностите на општините во Албанија се поделени на два дела: ексклузивни функции и функции и моќи делегирани од страна на институции од јавната власт.</p> <p>Ексклузивни функции</p> <ul style="list-style-type: none"> • Буџет • Јавна инфраструктура и услуги • Социјални услуги • Културни, спортски и рекреативни услуги • Заштита на околината • Агрикултура • Рурален развој • Јавни шуми и пасишта • Природа и биодиверзитет • Локален економски развој • Јавна одбрана и безбедност • Предучилишно образование

22 Ccre.org. (2017). CCRE : Studies / brochures. [онлајн] Достапно на: http://www.ccre.org/papiers/index_broch/8 [достапно од 10 јуни, 2017 година].

Босна и Херцеговина		
Локално ниво - 57 општини и 7 градови во Република Српска, 74 општини 6 градови во Федерација Босна и Херцеговина и во Дистрикт Брчко		
<p>Општините и градовите (<i>gradovi</i>) се нарекуваат и единици на локалната самоуправа и се извршни и законодавни власти.</p> <p>Општинското собрание (<i>skupština opštine</i> или <i>opštinsko vijeće</i>) е тело на локалната власт за одлучување и за креирање политики. Составено е од членови кои се избираат на секои четири години преку директно, универзално право на глас. Општинското собрание го усвојува општинскиот буџет и може да назначува или разрешува членови на општината или на постојаните или привремените работни тела на градот.</p>	<p>Градоначалникот (<i>nachelnik opština</i> или <i>opchina</i> во општините и <i>gradonachelnik</i> во градовите) е извршното тело на локалната власт. Тој/таа се избира се избира преку директно, универзално право на глас, на секои четири години*. Градоначалникот може да поднесе предлог-закони до општинскиот совет. Тој/таа исто така ги имплементира локалните политики, одговорен е за распределба на општинскиот буџет и спроведува национални закони и регулативи кои треба да се спроведат на локално ниво.</p>	<p>Надлежности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Градот и општините се клучни даватели на основните јавни и социјални услуги • Економски развој • Просторно и урбано планирање • Социјална нега • Граѓанска заштита и одбрана • Животна средина • Греење • Локални патишта • Канализација и отстранување на комуналниот отпад • Вода • Култура и туризам

Бугарија		
Локално ниво - 265 општини (<i>obshtina</i>)		
<p>Општината е единственото административно и територијално тело на локалната власт во Бугарија. Таа е независно правно тело кое поседува имот и кое е одговорно за сопствениот буџет. Населението живее во 5,600 населби (<i>naseleno mjesto</i>) организирани во 265 општини. Просечниот број населби по општина е 20.</p> <p>Советот на општината (<i>obshtinski soviet</i>) е законодавното тело на општината и тоа решава за локалните политики. Неговите членови се избираат на секои четири години преку директно, универзално право на глас. Општинскиот совет избира претседател меѓу неговите членови (помеѓу 11 и 61 советници).</p>	<p>Претседателот раководи со состаноците на советот и ја води подготовката за овие состаноци. Претседателот исто така ја координира работата на постоечките комисии, им помага на советниците во нивните активности и го претставува Советот пред трети лица.</p> <p>Градоначалникот (<i>kmet</i>) е извршното тело на општината. Градоначалникот на општината се избира по пат на директно, универзално право базирано на мнозински систем и има четиригодишен мандат. Неговата/нејзината улога е да ги имплементира и управува политиките на општинскиот совет, да ја претставува општината и да управува со општинскиот персонал.</p>	<p>Надлежности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Управување со општински имот, општински компании и претпријатија, општински имот и заем и со општинската администрација • Јавна безбедност* • Образование* • Социјални услуги* • Јавни работи • Паркови и рекреација • Спорт и одмор • Водовод и канализација • Туризам • Собирање отпад од домаќинствата • Просторно планирање • Јавен превоз

Поранешна Југословенска Република Македонија		
Локално ниво - 81 општина и главниот град Скопје		
<p>Советот на општината се избира преку директно, универзално право на глас, со четиригодишен мандат. Бројот на општински советници се утврдува со закон и зависи од демографската големина на општината.</p> <p>Градоначалникот е извршното тело на општината и се избира директно, универзално право на глас, со четиригодишен мандат. Тој/таа ги спроведува одлуките на општинскиот совет и поднесува предлог-акти до советот на општината. Градоначалникот ја претставува општината, дејствува во нејзино име и е одговорен за организацијата, перформансот и квалитетот на услугите на општинската администрација. Тој/таа не може да биде советник на општината во периодот на градоначалничкиот мандат.</p>	<p>Главниот град на државата, градот Скопје е засебна единица на локалната самоуправа, сочинета од десет независни општини. Независните општини на градот имаат индивидуални надлежности, од кои некои се поделени со Град Скопје, и кои ги одвојуваат од останатите 74 општини во државата. Некои од овие споделени надлежности вклучуваат данок на имот, одржување на патиштата, урбано планирање и дозволи за градба.</p>	<p>Надлежности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Урбано и просторно планирање • Животна средина • Локален економски развој • Снабдување и третман на вода • Одржување на патиштата • Култура • Спорт и одмор • Туризам • Социјални услуги • Здравствена грижа • Грижа за децата • Основно и средно образование • Противпожарни служби • Заштита и помош при непогоди

Молдавија		
Локално ниво - 1547 села (sate) и комуни*(comune), 5 општини (municipii) и 61 град*(orashe) и околу 66 села (sate) во структурата на градовите		
<p>Советот на општината (<i>consiliu local</i>) е советодавното тело на локалните власти. Неговите членови се избираат. Членовите на советот се избираат на секои четири години преку директно, универзално право на глас, врз база на политички партии или на независни кандидати.</p>	<p>Извршното тело го претставуваат градоначалникот (<i>primar</i>), кој се избира секои четири години по пат на директно, универзално право на глас, и канцеларијата на градоначалникот (<i>primarie</i>).</p>	<p>Надлежности на комуните, градовите и општините*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Урбано и просторно планирање • Управување со отпад • Управување со системот за вода и канализација • Управување со локални патишта • Локален јавен превоз • Гробишта • Управување со локален имот • Управување со едукативни центри • Локална дистрибуција на гас и греење • Култура, спорт и рекреација • Економски развој • Социјално домување • Противпожарни служби

Автономна територијална единица на Гагаузија**Автономна територијална единица на Гагаузија (Gagauz - Yeri)**

Гагаузија е автономна територијална единица со засебен статут и претставува вид на саморешителност на гагаузаните. Како засебна територијална единица, Гагаузија има свое собрание, **Собрание на луѓето на Гагаузија** (на гагауски: *HalkToplushi*, на романски *Adunarea Populara*), кое има законодавни моќи во рамките на својот правен систем, а извршната моќ ја има **градоначалникот** (Гагауски: *Bashkan*, романски: *Governatorul Gagauziei*). Toj таа се избира на секои четири години преку директни, универзални изборни права.

Постојаната автономна моќ на автономната територијална единица на Гагаузија ја има **извршната комисија** (*Balkannik Komiteti/Comitetul Executiv*). Нејзините членови се назначени од страна на градоначалникот или по пат на мнозинско гласање при првата седница на собранието. Извршната комисија се грижи за спроведувањето на правата на Република Молдавија и на Собранието на Гагаузија.

Надлежности

- Наука
- Култура
- Образование
- Управување на домувањето
- Урбано планирање
- Здравствени услуги
- Физичка култура и спорт
- Локален буџет, финансиски и даночни активности
- Економија и екологија
- Односи со работната сила и социјално осигурување
- Сопствена полициска сила
- Меѓународна и странска политика

Општина Чисинау (municipiul Chisinau) и општина Балти (municipiul Balti)

Општините Чисинау и Балти имаат надлежности и на локално и на окружно ниво (дистрикт).

Надлежности

- Социјален и економски развој
- Одржување јавни патишта
- Изградба на болници, училишта, патишта
- Здравствена грижа
- Одржување на санитација и на социјални институции
- Помош на млади семејства
- Социјална заштита на невработените
- Јавен ред
- Заштита на животната средина
- Младински и спортски активности
- Средно и стручно образование

Црна Гора		
Локално ниво - 23 општини		
<p>Општинското собрание (<i>Skupština opštine</i>) е законодавното тело на општината. Неговите членови се избираат секои четири години по пат на директно, универзално право на глас. Секое собрание е составено од 30 советници и дополнителен советник на секои 5 000 гласачи. Општинското собрание ги усвојува регулативите и буџетот и го одредува нивото на локалните даноци. Може да воспостави внатрешни комисии и одбори, а претседателот на собранието е еден од советниците.</p>	<p>Градоначалникот (<i>Predsjednik opštine</i> во општините и <i>gradonachelnik</i> во градовите) го избира општинското собрание на секои четири години. Тој/таа е извршното тело на општината. Градоначалникот предлага регулации кои треба да ги усвои собранието и е одговорен за нивното имплементирање. Тој/таа исто така ја надгледува работата на општинската администрација и може да назначи или да разреши заменици-министри.</p> <p>Главниот град на Подгорица се состои од два дистрикта кои уживаат статус на општини.</p>	<p>Надлежности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Локален развој • Урбано и просторно планирање • Заштита на животната средина • Социјална заштита • Јавен превоз • Култура и спорт

Романија		
Локално ниво - 2861 општина (comune), 217 помали градови (orase) и 103 градови (municipii)		
<p>Советот на општината (<i>consiliul local</i>) е советодавното тело на локалната власт. Сочинето е од советници кои се избираат на секои четири години преку директно, универзално право на глас. Бројот на советници се одредува според демографската големина на локалната власт. Работата на советот на општината се врти околу економскиот, социјалниот и развојот на околината, приватната и јавната сопственост и управувањето со јавните услуги.</p>	<p>Градоначалникот (<i>primarul</i>) е извршно тело на локалната власт и се избира на секои четири години по пат на директно, универзално право на глас. Тој/таа е одговорен/а за локалниот буџет и за јавните услуги. Исто така, градоначалникот ја претставува локалната власт vis-à-vis други власти, ја претставува националната власт во рамките на општината, гратчето или градот и соработува со децентрализираните сектори на националните владини министерства и со специјализираните единици преку претставување на својот правен систем.</p>	<p>Надлежности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Домување • Локална полиција • Урбано планирање • Управување со отпад • Јавно здравје • Транспортна инфраструктура и планирање на урбаниот транспорт • Систем за водовод и канализација • Централно греење • Предучилишно, основно, средно, стручно и техничко образование • Администрација на локалното наследство • Администрација на паркови и отворени јавни простори со зелени

Србија		
Локално ниво - 174 општина (opstina) и градови (grad)		
<p>Општинското или градското собрание (<i>skupština opštine</i> или <i>skupština grada</i>) се состои од советници избрани преку директно, универзално право на глас на секои четири години. Собранието ги усвојува општинските или градските статuti, Правилниците, развојните програми, општинскиот буџет, урбаното планирање и други општински регулативи. Исто така, го назначува и разрешува градоначалникот, заменик-градоначалникот, членовите на општинскиот или градскиот совет и претседателот на собранието.</p>	<p>Советот има правно дефинирана улога да предлага нацрт-одлуки (вклучително и предлог за нацрт-буџет), да носи одлуки во врска со административните процедури пред апелација, и да му помага на градоначалникот во неговата работа.</p> <p>Градоначалникот (<i>predsednik opštine</i> во општините или <i>gradonacelnik</i> во градовите) е извршното тело на градот или општината, а го избира собранието во период од четири години. Градоначалникот го претставува градот или општината, го води градскиот или општинскиот совет, имплементира одлуки на градското или општинското собрание и ја надгледува работата на општинската администрација. Тој/таа го предлага заменик-градоначалникот и членовите на градскиот или општинскиот совет или собрание.</p>	<p>Надлежности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Туризам • Јавен превоз (вклучително и превоз по пловни води) и такси-услуги • Урбано планирање и станбени згради (надлежност поделена со централните власти, локалните власти се задолжени за инвестирање во и одржување на зградите) • Основно образование и основна здравствена грижа, спорт • Социјални услуги и социјална заштита • Комунални услуги (отпад, енергетска ефикасност, вода, електрична енергија, јавен превоз, маркети, паркови, јавни места со зеленила, јавен паркинг, гробишта, просторно планирање) • Дополнителни надлежности*
<p>Општинскиот или градскиот совет (<i>opštinsko</i> или <i>gradsko vece</i>) е составен од членови кои се избираат со тајно гласање на секои четири години. Советот, на чие чело е градоначалникот, врши мониторинг на работата на општинската администрација.</p>		

4. Потенцијалот на државите-членки на Здравствената мрежа на Југоисточна Европа за имплементирање на Здравје 2020 и за локализирање на Целите за одржлив развој преку локално планирање за здравје и благосостојба

Надлежностите поставени на локално ниво (Табела бр.1) им овозможуваат на државите-членки на ЈЗМ да ги имплементираат целите на Здравје 2020 во нејзините приоритетни области (Табела бр.2) и да работат кон достигнување на ЦОР преку развој на локални планови за здравје и благосостојба. Во однос на ЦОРИ, локалните заедници треба да ги интерпретираат во свој контекст и да ги инкорпорираат во нивните стратегии²³.

23 Ias.unu.edu. (2017). Симпозиумот дискутира примена на ЦОРИ во локалните заедници во Јапонија – Институт за напредна студија за одржливост. [онлајн] Достапно на: <https://ias.unu.edu/en/news/unu-edu/news/symposium-discusses-application-of-sdgs-in-local-communities-in-japan.html> [достапно од 11 јуни 2017].

Табела бр. 1. Цели и приоритетни области на Здравје 2020

ЦЕЛИ НА ЗДРАВЈЕ 2020			
Подобрување на здравјето за сите и намалување на нееднаквостите		Подобрување на лидерството и партиципативното управување за здравје	
ПРИОРИТЕТНИ ОБЛАСТИ НА ЗДРАВЈЕ 2020			
Зажакнување на здравствените системи ориентирани кон луѓето, капацитетите на јавното здравство и подготвеноста за итни случаи, надзор и одговор	Справување со најголемите оптоварувања од НЗБ и ЗБ на Европа	Инвестирање во здравјето преку целоживотен пристап и преку охрабрување на луѓето	Создавање поддржувачки околин и отпорни општества

Табела бр. 2. Влезни точки за локално планирање за здравје и благосостојба во државите- членки на ЗМЈИЕ (Здравствена мрежа на Југоисточна Европа)

ДРЖАВА	НАДЛЕЖНОСТИ НА ЛОКАЛНО НИВО	ДРЖАВА	НАДЛЕЖНОСТИ НА ЛОКАЛНО НИВО
АЛБАНИЈА	<ul style="list-style-type: none"> • Буџет • Јавна инфраструктура и услуги • Социјална служба • Културни, спортски и рекреативни услуги • Заштита на околината • Агрикултура • Рурален развој • Јавни шуми и пасишта • Природа и биодиверзитет • Локален економски развој • Јавна одбрана и безбедност • Предучилишно образование 	МОЛДАВИЈА	<ul style="list-style-type: none"> • Урбано и просторно планирање • Управување со отпад • Управување со системите за вода и канализација • Управување со локални патишта • Локален јавен превоз • Гробишта • Управување со локален имот • Управување со едукативни центри • Локална дистрибуција на гас и греене • Култура, спорт и рекреација • Економски развој • Социјално домување • Противпожарни служби

БОСНА И ХЕРЦЕГОВИНА	<p>Градот и општините се клучни даватели на основните јавни и социјални услуги</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Економски развој ● Просторно и урбано планирање ● Социјална нега ● Граѓанска заштита и одбрана ● Животна средина ● Греење ● Локални патишта ● Канализација и отстранување на комуналниот отпад ● Вода ● Култура и туризам 	ЦРНА ГОРА	<ul style="list-style-type: none"> ● Локален развој ● Урбано и просторно планирање ● Заштита на околината ● Социјална помош ● Јавен превоз ● Култура и спорт
БУГАРИЈА	<ul style="list-style-type: none"> ● Управување со општински имот, општински компании и претпријатија, општински имот и заем и со општинската администрација ● Јавна безбедност* ● Образование* ● Социјални услуги ● Јавни работи ● Паркови и рекреација ● Спорт и одмор ● Водовод и канализација ● Туризам ● Собирање отпад од домаќинствата ● Просторно планирање ● Јавен превоз 	РОМАНИЈА	<ul style="list-style-type: none"> ● Домување ● Локална полиција ● Урбано планирање ● Управување со отпад ● Јавно здравје ● Транспортна инфраструктура и урбано транспортно планирање ● Водовод и канализација ● Централно греење ● Предучилишно, основно, средно, стручно и техничко образование ● Администрација на локално наследство ● Администрација на паркови и отворени јавни простори со зеленила

РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА	<ul style="list-style-type: none"> ● Урбано и просторно планирање ● Животна средина ● Локален економски развој ● Снабдување и третман на вода ● Одржување на патиштата ● Култура ● Спорт и одмор ● Туризам ● Социјални услуги ● Здравствена грижа ● Грижа за децата ● Основно и средно образование ● Противпожарни служби ● Заштита и помош при непогоди 	СРБИЈА	<ul style="list-style-type: none"> ● Туризам ● Јавен превоз (вклучувајќи и превоз по пловни води) и такси-услуги ● Урбано планирање и станбени згради (поделена надлежност со централните власти, локалните власти се задолжени за инвестирање во и одржување на зградите) ● Основно образование и основна здравствена грижа, спорт ● Социјални услуги и заштита ● Комунални услуги (отпад, енергетска ефикасност, вода, електрична енергија, транспорт, маркети, паркови, јавни места со зеленило, јавен паркинг, гробишта, просторно планирање) ● Дополнителни надлежности*
---------------------------------	--	---------------	--

Локализацијата се однесува на процесот на адаптирање, имплементирање и мониторинг на ЦОРИ на локално ниво. Иако конкретната улога на урбаните и локалните власти во имплементацијата на ЦОРИ ќе зависи од секоја земја одделно, од нивните системи на децентрализација и мандатите на локалната власт, четирите основни чекори за започнување на локализацијата на ЦОРИ во градовите се следниве²⁴:

Чекор бр. 1: иницирање на инклузивен и партиципативен процес на локализација на ЦОРИ. Ова вклучува подигање на свеста за ЦОРИ на локално ниво, поставување на сцената за дискусија меѓу и вклученост на повеќе засегнати страни и приоритизација на одржливиот развој преку силно политичко водство и интегрирани договори на управување.

24 Мрежа за одржливи развојни решенија (2017). Започување со ЦОРИ во градовите. Водич за засегнатите страни, јули 2016 година [онлајн] Достапно на: <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2016/07/9.1.8.-Cities-SDG-Guide.pdf> [достапно од 11 јуни 2017].

Чекор бр. 2: Поставување на локалната агенда на ЦОРИ. Локализацијата на ЦОРИ е клучна за осигурување дека никој и ниедно место не се изоставени при развојот на поодржлива иднина. Градовите треба да ги адаптираат глобалните ЦОР во амбициозна, но реалистична локална агенда, преку носење одлуки врз база на докази поткрепени со јавна поддршка и удел.

Чекор бр. 3: Планирање за имплементација на ЦОРИ. За имплементација на ЦОРИ до 2030 година ќе биде потребно планирање базирано на цели кое ќе усвои долгорочна повеќесекторска перспектива и ќе биде поддржано со соодветни капацитети за имплементација и финансиски ресурси, како и партнерство меѓу повеќе засегнати страни.

Чекор бр. 4: Мониторинг на напредокот на ЦОРИ. Потребни се дезагрерирани системи на податоци за да се измери локалниот напредок на индикаторите на ЦОРИ и за да се изврши преглед на ефикасноста на програмската имплементација. Системите на локален мониторинг и евалуација (МиЕ) обезбедуваат имплементацијата на ЦОРИ да остане на вистинскиот пат и го поддржуваат развојот на локални капацитети за поотворено и поодговорно управување.

Урбаните и локалните власти честопати се борат за покренување акции за одржлив развој поради голем број ограничувања. Тие вклучуваат ограничена политичка и фискална моќ, недостиг на пристап кон финансиите за развој, ниски нивоа на институционален капацитет, недостаток на стабилна владина соработка и интеграција на повеќе нивоа и неможноста да привлечат или да бидат дел од партнерства меѓу повеќе засегнати страни. Пред најпрво воочување и решавање на предизвиците со кои се соочуваат локалните самоуправи во многу делови од светот, локализацијата на ЦОРИ нема да биде од корист за големиот дел од глобалната урбана популација, нема да успее да изгради одржливи структури на управување и ќе го ограничи постинувањето на одржливи исходи.

5. Заклучоци

Европската рамковна политика за здравје и благосостојба ги има развиено сите концепти релевантни за локалното планирање за здравје и благосостојба и има обезбедено богатство докази кои можат да се користат при таков подвиг. Покрај тоа, Агендата 2030 додаде и отвори нови можности за интерсекторска соработка во оваа област.

Неопходна е акција на локалната заедница за здравје и благосостојба ако земјата е одлучна да одговори на потребите за здравје и благосостојба

на населението и на меѓународните обврски. Планирањето на здравјето е неизбежно при организирање општествени напори за таа цел. Локалните поставки, особно градовите имаат долга традиција на планирање кое треба и понатаму да се надградува и зајакнува.

Колку и да е важно да се обезбеди кохерентност меѓу националните здравствени политики и меѓународните обврски, не помалку важно е да се обезбеди кохерентност на политиките меѓу различните нивоа управувачките аранжмани во земјата (вертикално) и со другите сектори кои влијаат врз здравствениот импакт (политики на други сектори).

Државите-членки на ЗМЈИЕ ги развија своите национални здравствени политики и неодамна започнаа да ги користат за локализирање на ЦОри. Повеќето од нив исто така ги одобрија нивните развојни политики и ги усогласија со здравствените политики.

Краткиот приказ на надлежностите на локалните власти во осумте држави-членки на ЈЗМ покажува голем потенцијал за развој на сèопфатни локални планови за здравје и благосостојба кои ќе се користат за постигнување подобро здравје и благосостојба во заедницата, создавање и одржување отпорност и одговарање на меѓународните обврски. A snap-shot of the competencies of local governments in eight Member States of the SEEHN presents big potential for developing overarching local plans for health and well-being that will be used to bring about better health and wellbeing in the community, create and sustain resilience and respond to international commitments.

Државите-членки на ЗМЈИЕ треба да ја искористат оваа можност за заедничка акција на субрегионално ниво (ЈИЕ) за развој и имплементација на модел на локален здравствен план преку користење на нивните центри за експертиза (Центри за регионален здравствен развој) за поддршка на развојот на конкретните области од овој модел на локален здравствен план.

Апстракт

Клучните зборови на локалното планирање за здравје и благосостојба се: управување, управување со здравјето, правичност во здравството, здравствена нееднаквост, здравје во сите политики, здравствена писменост, планирање политики на локално ниво, социјален капитал, здравје и благосостојба. Разбирањето на концептите зад овие клучни зборови е важно за оние кои го започнуваат патот кон развој и имплементација на политики на локално ниво. Европската рамковна политика за здравје и благосостојба – Здравје 2020 на Светската здравствена организација ги вклучува сите тие концепти и нуди богатство докази за тоа што функционира најдобро за достигнување здравје и благосостојба и на национално и на други нивоа на управување во земјата, вклучително и на локално ниво. Дополнително, Агендата 2030 отвори нови можности за интерсекторска соработка во оваа област. Неопходна е акција на локалната заедница за здравје и благосостојба ако земјата е одлучна да одговори на потребите за здравје и благосостојба на населението и на меѓународните обврски. Планирањето на здравјето е неизбежно при организирање општествени напори за таа цел. Локалните поставки, особно градовите имаат долга традиција на планирање кое треба и понатаму да се надградува и зајакнува.

Библиографија

1. “Chapter 2. Other Models For Promoting Community Health And Development | Section 3. Healthy Cities/Healthy Communities | Main Section | Community Tool Box”. Ctb.ku.edu. N.p., 2017.
2. World Health Organisation. (2012). Health 2020: the European policy for health and well-being. [online], достапно на: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>
3. Constitution of the World Health Organization. Geneva, World Health Organization, 1946 (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100; <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>).
4. Constitution of the World Health Organization. Geneva, World Health Organization, 1946 (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100; <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>). Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. First meeting of the expert group, Copenhagen, Denmark, 8–9 February 2012. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
5. Ziglio E et al. Maximizing health potential: the asset model for health and development. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
6. Graham J, Amos B, Plumptre T. Principles for good governance in the 21st century. Ottawa, Institute on Governance, 2003 (Policy Brief No.15, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>).
7. 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).
8. “Transforming Our World: The 2030 Agenda For Sustainable Development”. Sustainabledevelopment.un.org. N.p., 2017.
9. Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being: report from the International Meeting on Health in All Policies, Adelaide 2010. (2010). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
10. Adapted from: Adelaide Statement on Health in All Policies. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf).
11. Kawachi I. A glossary for health inequalities. Journal of Epidemiol-

- ogy and Community Health, 2002, 56:647.
12. Health systems topics – Equity [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012. (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>) and Glossary: Health equity [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Equity>).
 13. Kawachi I. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:647. 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://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf). Memo: questions and answers on solidarity in health: reducing health inequalities in the EU. Brussels, Commission of the European Communities, 2009 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_qa_en.pdf).
 14. Glossary Health promotion glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>)
 15. World Health Organization, 1998. Health promoting Glossary. Geneva, World Health Organization. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
 16. Ccre.org. (2017). CCRE : Studies / brochures. [online], достапно на: http://www.ccre.org/papiers/index_broch/8, пристапено на: 10 јуни 2017