

**ГОДИШЕН ДОКЛАД
ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО
НА ГРАЖДАНИТЕ**

И

**ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА
НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ
2020 за 2016г.**

2016 Г.

ЗДРАВЕТО

Здравето на индивида е динамично състояние на физическо, умствено и социално благополучие. То е много повече от просто отсъствие на болест или недъг.

В личностен план здравето е условие за благосъстояние и качество на живот.

В обществен план доброто здраве представлява актив и е източник на икономическа и социална стабилност.

Здравният статус на хората влияе върху степента им на участие в социалния и трудовия живот и върху тяхната производителност на работното място. Запазването на здравето и активността на хората за по-дълго време и увеличаването на продължителността на живота в добро здраве има положителен ефект върху производителността и конкурентноспособността, защото може да повлияе на пазара на труда и да доведе до потенциални значителни икономии в бюджетите за здравно обслужване.

По този начин здравеопазването пряко подпомага икономическия растеж и има решаващо значение за намаляване на бедността като едновременно допринася за устойчивото икономическо и социално развитие и се възползва от него. Косвените ефекти на здравеопазването върху икономиката са свързани с факта, че в днешно време то представлява един от най-значимите икономически сектори във всяка държава със средни и високи доходи, в т.ч. в България.

Здравната система е един от големите работодатели и играе сериозна роля на пазара на стоки и услуги. Нейните ключови позиции ще стават все по-мощни, а с тях ще расте и приносът ѝ за по-общите цели за обществото.

В съвременния свят все повече се налага разбирането, че здравето на населението не е съпътстващ продукт на благоденствието, а е вложение в бъдещия икономически растеж. Допълнителните инвестиции за по-добро здравеопазване за населението са необходими не само от социални и етични съображения, а защото в дългосрочен план те ще допринесат за подобряване на конкурентноспособността на нацията в икономическо отношение.

Ето защо е необходим качествено нов подход към здравеопазването, основан на разбирането, че здравните разходи са инвестиция, която се възвръща чрез „добавени години живот в добро здраве“ за пациентите и чрез преки икономически резултати, водещи до подобряване на благосъстоянието на цялото население.

Този нов подход към ролята на здравеопазването, свързан с икономическото развитие на обществата, намира отражение в Стратегия „Здраве 2020“ на Европейския регионален комитет на Световната здравна организация (СЗО), в която се акцентира върху насърчаване и инвестиране в здравето на хората през целия им живот и реализиране на основни демократични ценности – солидарност, устойчивост и равнопоставеност.

На национално ниво възприятието за здравето като основно обществено благо и ресурс за социално и икономическо развитие е изведен като водеща философия на Националната здравна стратегия 2020, приета от Народното събрание на Република България на 17 декември 2015 г.

Настоящият доклад е изготвен в изпълнение на чл. 5, ал. 2 от Закона за здравеопазването, съгласно който министърът на здравеопазването представя в Народното събрание годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия.

Структурата на документа включва 2 основни части.

В първата част е направен анализ на основните показатели за здравното състояние на населението в страната и факторите, оказващи влияние върху общественото здраве, произтичащи от демографското състояние, социално-икономическите условия, околната и трудовата среда, както и начина на живот. Особено внимание е отделено на влиянието и разпространението на поведенческите фактори като тютюнопушене, вредна консумация на алкохол, непълноценно хранене, недостатъчна физическа активност, нездравословен труд и почивка, които са в пряка връзка с развитието на хроничните заболявания, като основна причина за смъртност и ниско качество на живот в нашата страна и в Европа.

Във втората част на документа са представени резултатите от годишния мониторинг на изпълнението на Националната здравна стратегия 2020, съгласно Системата мониторинг и оценка на стратегическия документ. Обект на мониторинг са приоритетите и политиките за реализация на националните здравни цели, заложи в Националната здравна стратегия и степента на тяхното изпълнение.

Мониторингът на Националната здравна стратегия 2020 има за цел да осигури ефективни механизми за систематичното и непрекъснато събиране, анализ и използване на информация с цел управленски контрол, идентифициране и предприемане на коригиращи действия при реализацията на стратегическия документ.

Във връзка с това в настоящия доклад са представени резултатите от мониторинга на изпълнението на Националната здравна стратегия 2020 за периода от нейното приемане на 17.12.2015 г. до 31.12.2016 г.¹

Мониторингът се базира на динамиката на:

- ✓ показателите за здравно-демографското състояние на населението и рисковите фактори за здравето, представени в част I;
- ✓ степента на изпълнение на заложените национални здравни цели, представени в част II;
- ✓ данните за състоянието на системата за здравеопазване и дейностите по реализацията на приоритетите и политиките на Националната здравна стратегия 2020, представени в част II;

Изнесените факти в доклада са подкрепени с официални статистически национални и международни данни (НСИ, НЦОЗА, база данни на СЗО, Евростат), официални документи, публикувани отчети на отделни институции.

За нуждите на анализа и мониторинга са използвани и международни анализи и оценки, в т.ч.:

- ✓ Доклад за България за 2017 г., включващ задълбочен преглед относно предотвратяването и коригирането на макроикономическите дисбаланси, Европейски семестър за 2017 г., в съответствие с Регламент (ЕС) № 1176/2011
- ✓ State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017 на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и European Observatory on Health Systems and Policies в сътрудничество с Европейската комисия

¹ Поради краткия срок на действие на стратегията в Годишния доклад за състоянието на здравето на гражданите през 2015 г. не беше изготвен отчет за мониторинга на нейното изпълнение.

ЧАСТ I

ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ 2016 Г.

1. ДЕМОГРАФСКИ ФАКТОРИ, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ

В макрорамката на цялото общественоекономическо развитие човешкият потенциал заема водещо място. Съществува определена зависимост между структурните и качествени характеристики на населението от една страна, и икономическото и социалното развитие – от друга.

Демографското състояние на населението се обуславят от комплексното влияние на множество фактори. През отделните етапи на общественоекономическото развитие тези фактори могат да изменят не само силата на влиянието си, но понякога и посоката на въздействие. Проследяването на демографските процеси в контекста на променящите се фактори на социалноекономическата среда е една от важните предпоставки за определяне съдържанието и времевите параметри на здравната политика.

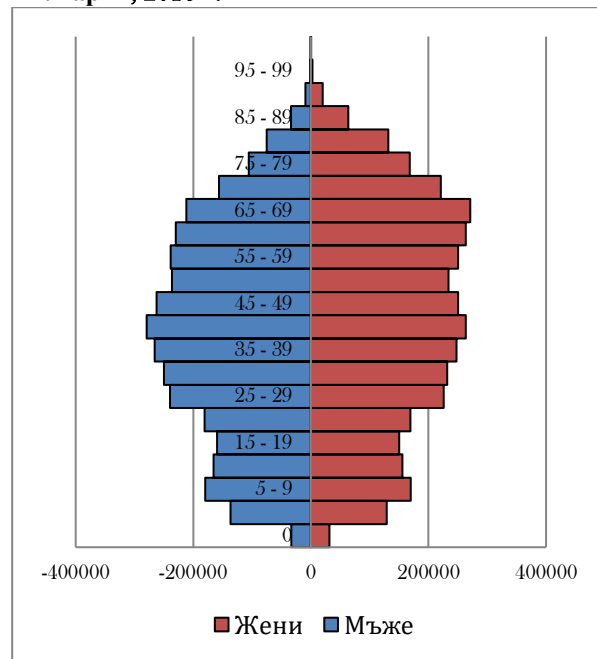
1.1. Численост и структура на населението

Към 31.12.2016 г. населението на България е 7 101 859 души, което представлява 1,4% от населението на Европейския съюз. В сравнение с 2015 г. то намалява с 51 925 души. При запазване на тази тенденция се очаква до 2020 г. населението на страната ще бъде под 7 млн. души.

Броят на жените е 3 651 881, а на мъжете - 3 449 978. Делът на жените от цялото население е еднакъв спрямо предходната година (51.4%), като остава незначително по-висок от този на мъжете (48.6%). Въпреки общия превес на жените, в по-ниските възрастови групи те са по-малко от мъжете, което обуславя по-ниски нива на демографско възпроизводство на населението (Фиг. 1).

В градовете живеят 5 204 385 души (73.3%), което е приблизително 3/4 от населението на страната, а в селата – 1 897 474 (26.7%). Запазват се спрямо предходната година дяловете на живеещите в градовете и селата.

Фиг. 1. Възрастова пирамида на населението в България, 2016 г.



Източник: НСИ

Една трета от населението на страната (33,8 %) живее в 6-те града в страната с население над 100 000 души са едва - София (1 236 047), Пловдив (343 424), Варна (335 177), Бургас (202 766), Русе (144 9360) и Стара Загора (136 781).

Половината от населението (49,9 %) живее в Югозападния и Южния централен район, а най-малък е броят на населението в Северозападния район - с едва 770 хил. души, или 10,8 % от населението.

Само една област - София, увеличава населението си през 2016 г. спрямо 2015 г. - с близо 0,3 %. При всички останали области има намаление, като най-голямо е то във Видин и Кюстендил - с над 2,5 %. Продължава трайната тенденция за обезлюдяване на населени места, предимно на селата, и то в пограничните северозападни и югоизточни райони.

Тези тенденции представляват сериозен проблем за икономическото развитие, а в бъдеще - и за държавното и регионално управление, в т.ч. планирането и териториалното разпределение на здравната инфраструктура и ресурси.

1.2. Възрастова структура

Под влияние на промените в раждаемостта, смъртността, средната продължителност на живота, външната миграция предимно на млади хора, жизнения стандарт, политическите промени и др., през последното десетилетие се наблюдават съществени промени във възрастовата структура на населението. Продължава процесът на демографско остаряване, характеризира се с незначително нарастване на броя и дела на населението до 15-годишна възраст и увеличаване на дела на населението над 65 години – проблем, характерен и за другите страни-членки на ЕС.

През последните години относителният дял на населението до 15-годишна възраст бележи известно увеличение и за 2016 г. е 14.1% от общия брой на населението (1 001 019 деца), но продължава да бъде по-нисък от същия за ЕС (15.57%). Паралелно с това, нараства относителният дял на лицата над 65-годишна възраст, който през 2016 г. достига 20.7% при 20.4% за предходната година. В сравнение със средния показател за ЕС (18.44%), той остава, макар и незначително, по-висок². В 22 области на страната населението на 65 и повече години е повече от 1/5 от населението на областта.

Проблемът със застаряването на населението в България и деформираната възрастова структура е изключително важен и значим, тъй като именно тази структура ще определя възпроизводството на населението и на работната сила през следващите десетилетия. Нарастващият брой и дял на старите хора (на 65+ г.) поставя и ще поставя сериозни предизвикателства пред социално-осигурителната система, системата за социално подпомагане, здравеопазването, образованието. Прогнозите на Организацията на обединените нации (ООН) предвиждат през 2025 г. делът хората над 65-годишна възраст сред възрастното население да достигне до 26.2% в Източна Европа.

Това поражда необходимостта от изграждане и ефективно функциониране на адекватна мрежа от структури оказване на разнообразни социални и здравни услуги и интегрирани грижи³.

1.2. Естествен и механичен прираст на населението

Естественят прираст на населението през 2016 г. е -6.0‰ при -6.2‰ за предходната година, т.е. абсолютната му стойност се е увеличила с 0.2‰. Населението на страната е намаляло през 2016 г. с 42 596 души, спрямо 2015 г. Това намаление се дължи основно на негативните демографски тенденции в селата, където естественият прираст е близо 4 пъти по-голям по абсолютна стойност (-12.6‰) от този в градовете (-3.6‰). През 2016 г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст. Механичният прираст (разлика между заселените в страната и изселените от страната лица) също е отрицателен – минус 9 329 души, като намалението е в резултат на външна миграция.

1.3. Външна и вътрешна миграция

България продължават да напускат млади и образовани хора, в които държавата е инвестирала и които се адаптират по-лесно към изискванията на пазара на труда. Мотивите за емиграция се свързват със стремеж за образователна и професионална реализация и осигуряване на трудова заетост, с по-високи доходи и по-висок жизнен стандарт. През 2016 г. 30 570 души са променили настоящия си адрес от страната в чужбина, в т.ч. 15 393 мъже и 15 177 жени. Всеки втори емигрант е от 20 до 39 години, а най-предпочитани дестинации са Германия, Великобритания и Испания. Този процес има сериозни икономически и социални последици за бъдещото развитие на страната и в частност за системата на

² WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB).

³ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030г.)

здравеопазване. Напускащите хора в трудоспособна възраст излизат от системата за задължителното здравно осигуряване и не дават своя принос солидарния осигурителен модел. Емиграцията оказва силен негативен ефект и върху възпроизводството на населението, тъй като страната напускат жени в детеродна възраст, с което се понижава равнището на потенциалната бъдеща раждаемост за много по-дълъг период от време – 40-50 години.

През 2016 г. във вътрешната миграция са участвали 96 014 лица, като най-голямо териториално движение има по направление град - град - 44,4 %, следвано от село - град - 24,7 % и град - село - 21,5 %. От преселващите се в страната за ново местоживееие най-голям брой са избрали област София (столицата) - 18 397.

Вътрешната миграция също е важен фактор, влияещ върху планирането на ресурсите в системата на здравеопазване на териториален принцип.

1.4. Раждаемост

Броят на родените през 2016 г. е 65 446. Живородените деца са 64 984 (99.3%), а мъртвородените - 462 (0.7%)⁴. Броят на живородените деца намалява с 966 в сравнение с предходната година.

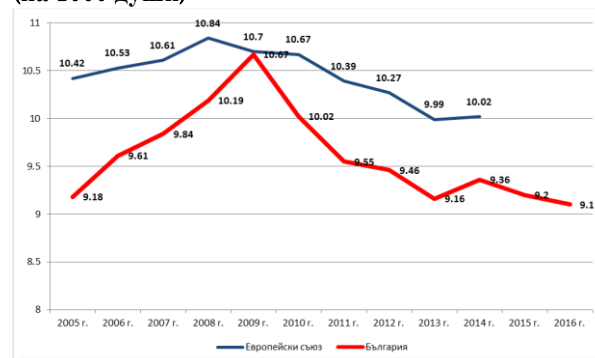
Броят на живородените момчета е 33 375 и е по - голям с 1 766 от този на момичетата - 31 609. На 1000 момчета се падат 947 момичета. В градовете живородените са 48 733 (с 753 по-малко от предходната година), а в селата -16 251 (с 213 по-малко от 2015 г.).

И през 2016 г. продължава дълготрайната тенденция за намаляване на броя на ражданията и раждаемостта (Фигура 2).

Коефициентът на общата раждаемост е 9.1‰ (9.2‰ за 2015 г.), като той остава по-нисък от този за ЕС (10.02‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни. (Фиг.2)

Раждаемостта в градовете намалява и през 2016 г. е 9.3‰, а в селата се запазва - 8.5‰. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението.

Фиг. 2. Ниво на раждаемостта в България и ЕС (на 1000 души)



Източник: WHO, Regional Office for Europe.
European health for all database (HFA-DB)

През 2016 г. се наблюдава увеличение спрямо предходната година в средната възраст на жените при раждане на първо дете - 27.0 години³.

В същото време остава относително висок броят на живородените деца от майки на възраст до 20 г. - 6 031 през 2016 г., при 6 274 за 2015 г. Значими социални и здравни проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15-годишна възраст и на 15-19 г.

Тоталният коефициент на плодовитост (среден брой деца, които една жена ражда през целия си детероден период) измерва плодовитостта на родилните контингенти, която през последните години се повишава. Най-ниската стойност на тоталния коефициент на плодовитост е регистрирана през 1997 г. - 1.12. Следва увеличение на нивото: 1.31 през 2005 г., 1.49 деца през 2010 г., през 2016 г. - 1.54, като достига стойността на ЕС - 1.55.

Намаляването на жените във фертилна възраст и увеличаването на тоталния коефициент на плодовитост показва, че увеличеният брой раждания се дължи главно на отложени във времето раждания и раждане на второ или следващо дете.

В териториален аспект съществуващите и в предходните години различия се запаз-

⁴ Национален статистически институт

ват. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (12.2‰), София-столица (10.2‰), Бургас и Варна (9.6‰), Пловдив (9.5‰), а най-ниска в областите Кюстендил (6.9‰), Габрово (6.4‰) и Видин (6.2‰). Свързани с раждаемостта са и проблемите с безплодието и абортите.

Съществува изразена тенденция за намаляване броя на абортите (1990 г. – 144 644; 2000 г. – 61 378). При 65 446 раждания за 2016 г. броят на абортите е 26 412. На 1000 жени на възраст 15 - 49 г. се падат 42 раждания и 17 аборти. Най-голям е броят и делът на абортите във възрастовата група 25 - 29 г. – 6 877 (26,04%) и 30 - 34 г. – 6 167 (23,35%). На лица до 15-годишна възраст са извършени 98 аборта (0,37%), а до 19-годишна възраст – 2 208 (8,36%).

Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2016 г. е 406,4 и е 2 пъти по-висок от средния за ЕС (207,58‰). Легалният аборт продължава да се използва като контрацептивен метод въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената.

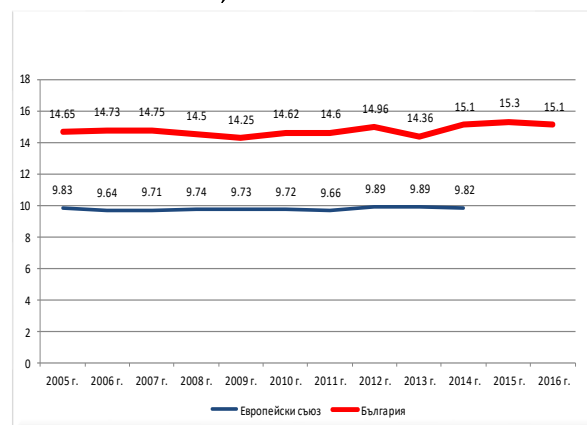
1.5. Смъртност

Настоящото високо ниво на смъртността в България – обща и преждевременна е продължение на започналата преди 50 години трайна тенденция на нарастване на този показател.

Въпреки това през 2016 г. броят на умрелите лица е 107 580 и **намалява** спрямо 2015 г., когато техният брой е 110 117. Коefициентът на смъртност – 15,1 на 1000 души, като също **намалява** в сравнение с 2015 г. (15,3‰), но остава значително по-висок от средния за ЕС (9,82‰) (Фиг. 3).

Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете (16,2‰), отколкото при жените (14,0‰) и в селата (21,1‰), отколкото в градовете (12,9‰).

Фиг. 3. Обща смъртност в България и ЕС (на 100 000 население)



Източник: WHO, Regional Office for Europe.
European health for all database (HFA-DB)

Запазват се и териториалните различия по области. Най-високо е нивото на общата смъртност в областите Видин (23,1‰), Монтана (21,3‰), Кюстендил (19,9‰), Ловеч (19,3‰), Перник (19,2‰), Габрово (19,1‰), а най-ниска във Варна (12,9‰), Кърджали и Благоевград (12,6‰) и София-столица (11,7‰).

Една от основните причини за настоящите нива на смъртност е демографското застаряване на населението и високата смъртност при лицата над 65-годишна възраст. Демографските прогнози показват, че именно поради обективните процеси на остаряване, нивото на общата смъртност в страната ще остане високо и непроменено поне до 2030 г.⁵

През 2016 г. се наблюдава подобрение на някои от показателите за смъртност по възрастови групи до 65-годишна възраст: Смъртността във възрастовата група от 1 до 9 г. **намалява** от 0,25 ‰ до 0,20 ‰, макар че остава по-висока от съответния показател за ЕС (0,12 ‰).

Смъртността във възрастовата група от 10 до 19 г. **също бележи положителна тенденция на намаление** от 0,33 на 1000 население от 10 до 19 г. на 0,31 на 1000 (съответният показател на ЕС е 0,18 ‰).

⁵ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)

Смъртността във възрастовата група от 20 до 65 г. през 2016 г. е 5,2 на 1000 население от 20 до 65 г. и е значително по-висока от съответния показател в ЕС (2,94 ‰).

Въпреки положителните тенденции в показателите за смъртност във възрастовите групи до 20 г. показателя за преждевременна смъртност (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умиращите), **леко се увеличава** - с 0,4% за последната година. През 2016 г. е 21.8% при 21.4% през 2015 г. При мъжете (28.7%) преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока от тази при жените (14.2%). Смъртността в тази възрастова група се формира основно от социално-значими болести, свързани с начина на живот и външни фактори, в т.ч. травми и отравяния.

Така, въпреки известно подобрене, и през 2016 г. България остава страна с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност⁶ (883.86 ‰) сред страните от ЕС (за ЕС – средно 559.85 ‰).

Особено важни за подобряване на тези показатели са мерките за предотвратяване на т.н. податлива и предотвратима смъртност (Виж. 2.1.).

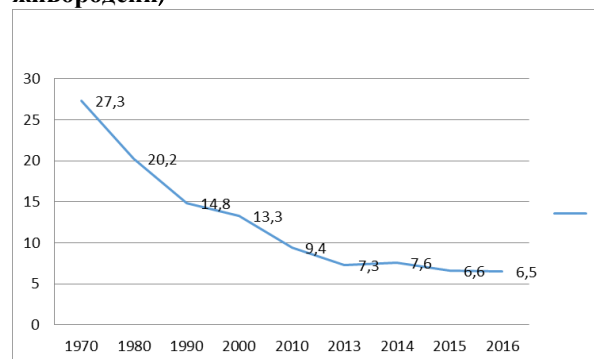
1.6. Детска смъртност

Показателят за детска смъртност е особено чувствителен индикатор за оценка на здравното състояние, жизнения стандарт, ефективността и качеството на прилаганите мерки – здравни и социални, за осигуряване на благополучието на децата.

През 2016 г. в страната са умрели 423 деца на възраст до 1 г. (434 за 2015 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 6.6‰ през 2015 г. на 6.5‰ през 2016 г. Достигнатото равнище на детската смъртност е **най-ниското в цялата история на демографската статистика в**

България, като за 40 години показателят намалява над 4 пъти. (Фиг. 4).

Фиг. 4. Детска смъртност в България (на 1000 живородени)



Източник: НСИ

Отчитайки изразената тенденция към снижаване, следва да се отбележи, че детската смъртност все още е по-висока спрямо достигнатите средни стойности на показателя в ЕС (3.69‰).

„Детската смъртност е с над 80 % по-висока от средната за Европа (6,6 смъртни случая на 1 000 живородени спрямо 3,6 през 2015 г.). Нещо повече, през 2016 г. в региона с най-лоши показатели (Ямбол) е регистрирана детска смъртност, която е шест пъти по-висока от тази в региона с най-добри показатели (столицата София)“

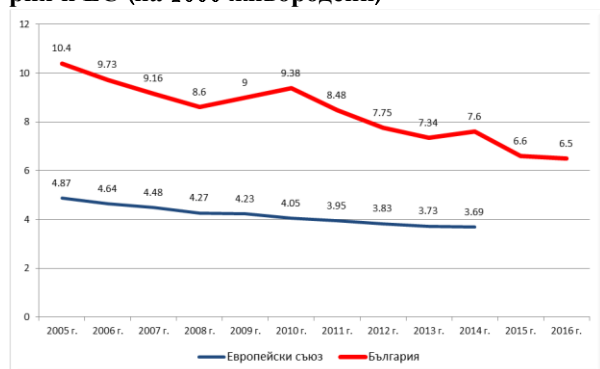
State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Оптимистична тенденция е, че темпът на намаление на детската смъртност в България е много по-голям от темпа на намаление в ЕС - за периода 2005-2016 г. показателя в България намалява с 31%, докато за същият период в ЕС намалението е с 3%. (Фиг.5)

При запазване на тази тенденция и устойчива политика за подобряване на майчиното и детско здраве, България скоро може да достигне средните за ЕС стойности.

⁶ Стандартизацията има за цел да отстрани различията във възрастовата структура и да покаже каква би била смъртността, ако сравняваните популации имат еднаква структура по възраст.

Фиг.5. Показатели за детска смъртност в България и ЕС (на 1000 живородени)



Източник: НЦОЗА, WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 8.5‰ и 5.8‰). Причини за това могат да се търсят в по-неблагоприятните социално-икономически условия в селата, по-ограничения достъп до здравни услуги, по-ниското образование и култура.

Перинаталната детска смъртност се задържа висока и през 2016 г. е 9.8 на 1000 родени деца, при 9.1‰ за предходната година и среден показател за ЕС 6.09‰.

Показателят за мъртвораждаемостта се увеличава спрямо предходната година - 7.1‰ и е по-висок от средната стойност за ЕС (4.81‰).

Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва тенденция за намаляване и през 2016 г. достига 3.9‰. Въпреки това остава по-висока от средната стойност в ЕС на този показател (2.52‰).

Постнеонаталната детска смъртност запазва нивото си от 2015 г. и е 2.6 на 1000 живородени без умрелите до 28-ия ден. Средната стойност за ЕС е 1.16‰ и е почти 2 пъти по-ниска от тази за България.

Недоносеността е в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ. През 2016 г. броят на недоносените новородени е 5 983, което представлява 9.2% от живородените. Недоносените мъртвородени са 315, което представлява 68.18% от мъртвородените. Недоносеността е важен фактор и има съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност.

1.7. Майчина смъртност

Майчината смъртност (умрели по причини от класа „Бременност, раждане и послеродов период“ на 100 000 живородени) в България показва **устойчива тенденция на намаление**, като от 19.07 през 2001 г. намалява до 6.1 през 2015 г.

През 2016 г. тя **намалява значително** и достига 3,1 на 100 000 живородени, като **е по-ниска от съответния показател за ЕС (4.72‰)**.

Продължаването на активните политики за подобряване на здравето на бременните и родилките следва да осигури устойчивост на наблюдаваната позитивна тенденция.

„България има относително високо равнище на майчината смъртност (въпреки че 12-те смъртни случая на 100 000 раждания, регистрирани през 2013 г., изглежда са изключение в сравнение с други години)“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

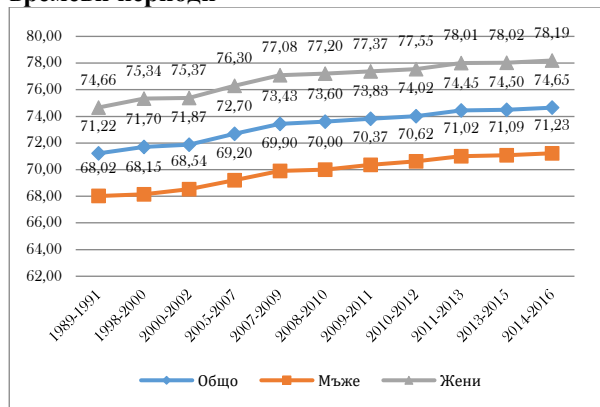
Представените в доклада State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017 данни за 2013 г. демонстрират чувствителността на този показател, който се формира от много малък брой случаи.

1.9. Средна продължителност на живота

Средната продължителност на живота у нас през периода 2014 - 2016 г. достига 74.65 г. Показателят при мъжете остава по-нисък от този при жените - съответно 71.23 и 78.19 г. (Фиг. 6).

Средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65-годишна възраст също **бележи известно увеличение** спрямо стойностите към 2014 г. (16 г.) и през 2016 г. е 16,02 г.

Фигура 6. Средна продължителност на живота на населението в България по пол през отделни времеви периоди



Източник: НСИ

Очакваната средна продължителност на живота в България е по-ниска от тази в ЕС (80,6 г.)⁷. Следва да се отбележи обаче, че докато в България тенденцията е на увеличаване на този показател, в ЕС се наблюдава негативна тенденция на намаление, като през 2016 г. очакваната средна продължителност на живота в ЕС намалява от 80,9 г. на 80,6 години.

„С равнище от 74,7 години очакваната продължителност на живота в България е втората най-ниска в ЕС (след тази в Литва) и с почти 6 години по-ниска от средната за ЕС. Освен това подобренията от 2000 г. насам в продължителността на живота, която е нараснала с 3,1 години, не са толкова бързи, колкото в повечето други държави.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

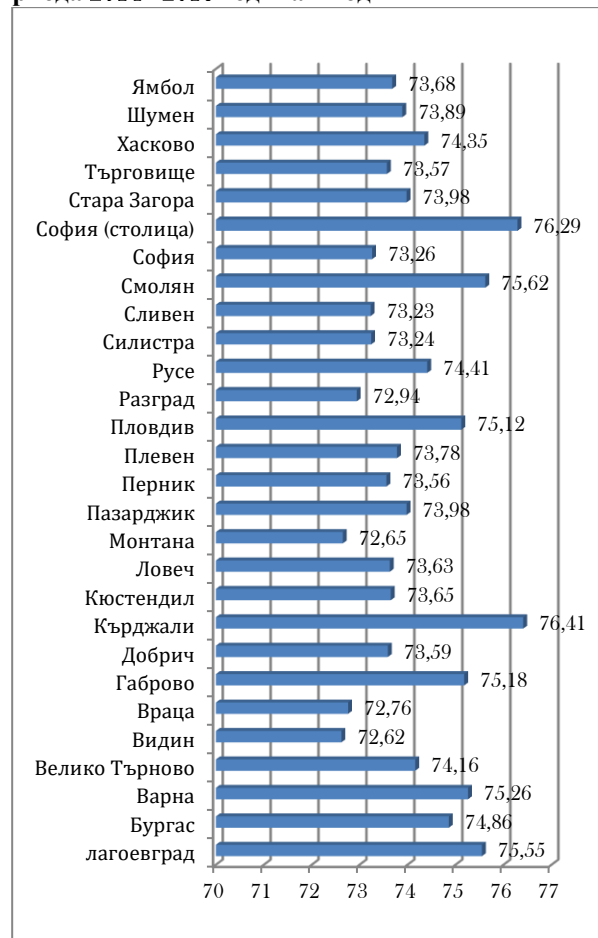
Следва да се отбележи, че средната продължителност на живота зависи основно от социално-икономическите фактори и начина на живот на хората и по-малко от фактори, свързани със системата на здравеопазване. Важен фактор в това отношение се явява достъпът до здравеопазване, в т.ч. базови медицински услуги и терапия.

„Разликата в продължителността на живота по социо-икономически фактори, като например равнището на образование, е особено голяма в България. Очакваната продължителност на живота при българите с университетско образование е седем години по-висока от тази при завършилите средно образование.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

В тази връзка следва да се анализират и на причините за съществените различия в продължителността на живота в отделните области на страната. Най-висока е средната продължителност на живота в София (столица) – 76,29 години, а най-ниска в областите Видин, Монтана и Враца – 72,6-72,7 години. (Фиг.7)

Фиг.7. Средна продължителност на предстоящия живот на населението по области през периода 2014 - 2016 година в години



Източник: НСИ

⁷ НСИ, Health For All Data Base, WHO/EURO

ИЗВОДИ:

Настоящата демографска ситуация в България е резултат от продължително въздействие на множество фактори и влияния. Някои от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, а други – със специфичните особености на историческото, икономическото и културно развитие на страната⁸.

Демографските процеси в България се характеризират с трайна тенденция за намаляване броя на населението и на неговото застаряване. Основни причини за това са ниската раждаемост, нарастването на смъртността и емиграцията на значителна част от младите хора, които са променили възрастовата структура на населението в България радикално. България е на път да се превърне в страната с най-рязък спад в съотношението между застаряващо население и население в трудоспособна възраст, което ще засили натиска върху икономиката. Това от своя страна ще доведе до дълбока социално-икономическа трансформация, предизвикана от необичайните демографски промени.

Здравеопазването, като част от социално-икономическата сфера на страната участва в този двупосочен процес на влияние.

От една страна реализацията на успешни здравни политики в областта на общественото здраве, в т.ч. майчиното и детско здраве, промоцията и профилактиката на социалнозначимите заболявания, новите здравни технологии, организацията на медицинската помощ, допринася (видно от статистическите данни) за намаляване на смъртността, най-вече в младите възрастови групи и увеличаване на продължителността на живота на хората.

От друга страна застаряването на населението ще увеличава търсенето на здравни услуги, съответно размера на публичните разходи за здравеопазване. Това налага предприемане на редица мерки за подоб-

ряване на ефективността на разходване на ресурсите в здравеопазването, особено в частта болнична помощ, както и адаптиране на системата чрез развитие на услуги за продължително лечение и интегрирани здравно-социални услуги за възрастни хора в общността.

Тенденциите за увеличаване на вътрешната миграция и свързаното с нея обезлюдяването на определени територии и концентриране на голяма част от населението в няколко урбанизирани населени места също следва да се има предвид при формирането на здравните политики, свързани с осигуряване на равноспоставен достъп до базови здравни услуги и едновременно с това концентриране и ефективно териториално планиране на високотехнологичните медицински дейности.

Доколкото затрудненията в достъпа до здравни и други публични услуги е един от факторите, които стимулират вътрешната миграция, в районите с намаляващо население усилията следва да бъдат насочени към подобряване на достъпа до спешна и извънболнична медицинска помощ и интегрирани здравно-социални услуги.

Развитието на комплексни и високотехнологични болнични центрове следва да бъде планирано на регионално и национално ниво и концентрирано в населените места с най-голям брой население.

Необходимо е цялостно адаптиране на структурата и дейността на здравната система към променящата се демографска структура и потребности на населението.

Промените в демографското състояние на населението изискват да се осигури координираност и еднопосочност на всички ресурси, които държавата и обществото могат да предоставят, за да се преустановят или смекчат наблюдаваните отрицателните тенденции.

При реализацията на политиките следва да се има предвид, че демографските процеси са силно инерционни и колкото по-продължителен е периодът на отрицателни явления, толкова по-бавно и трудно става излизането от него.

⁸ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)

2. ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ, ПРОИЗТИЧАЩИ ОТ СЪСТОЯНИЕТО И РАЗВИТИЕТО НА ЗАБОЛЯЕМОСТТА И БОЛЕСТНОСТТА

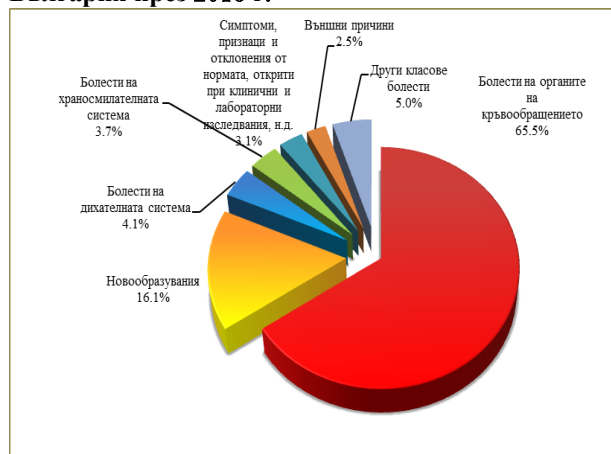
Показателите за заболяемост и болестност от определени заболявания като измерители на общественото здраве имат най-голямо значение, въпреки че го характеризират чрез негативната му страна. Те са е най-висока степен критерии за ефективността на здравеопазната дейност и отправна точка за формулиране и оценка на здравните политики.

2.1. Заболяемост по причини за смърт

През 2016 г. структурата на смъртността по причини в България не показва съществени разлики от последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.5%) и новообразуванията (16.1%) (Фиг. 8).

Структурата на смъртността в България е аналогична на структурата на смъртността в ЕС. По данни на Евростат⁹ болестите на органите на кръвообращението и злокачествените образувания убедително преобладават над останалите като най-честа причина за смърт в ЕС. На тези заболявания се дължат над четири пети от всички смъртни случаи в ЕС и в България.

Фиг.8. Структура на умиранията по причини в България през 2016 г.



Източник: НЦОЗА

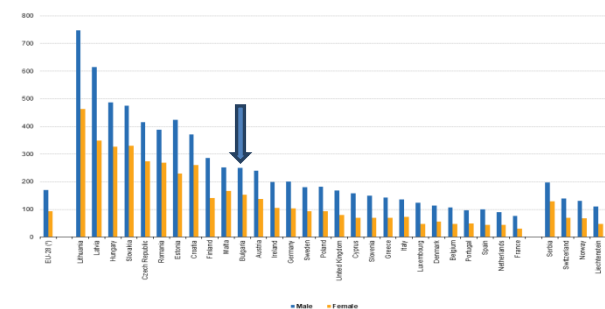
Честотата на смъртните случаи от **болести на органите на кръвообращението** в България обаче е значително по-висока от средните стойности за ЕС и по този показател страната е на първо място в негативната класация - при средна стойност на стандартизирания коефициент за смъртност от болести на органите на кръвообращението за ЕС от 373 на 100 000 души население, в България този коефициент е 1131 на 100 000 души или 3 пъти по-голям. При анализа на тези значими различия обаче трябва да се имат предвид идентифицираните проблеми, свързани с наличието на некоректни практики на кодиране на основните причини за смърт в страната, при които често наличието на сърдечно-съдова недостатъчност в терминалния стадий на развитие на друго заболяване, се извежда като основна причина за смърт. Поради това по-обективни данни дава анализа на смъртността от най-честите причини за смърт сред болести на органите на кръвообращението - исхемичната болест на сърцето и мозъчно-съдовите заболявания.

Исхемичната болест на сърцето е причина за 126 смъртни случая на 100 000 души население в ЕС-28 през 2014 г. Държавите-членки на ЕС, с най-високи стандартизирани коефициенти на смъртност от исхемична болест на сърцето са Литва, Латвия, Унгария и Словакия, като през 2014 г. във всяка от тях има над 350 смъртни случая на 100 000 души население.

България показва значими резултати, изразяващи се в **устойчива тенденция на намаляване** на смъртността от исхемична болест на сърцето, като стандартизирания коефициент за смъртност в страната е 195,4 на 1000 000 души и доближава средните европейски стойности. (Фиг. 9)

⁹ Статистически данни за причините за смърт http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics

Фиг.9. Стандартизирани коефициенти на смъртност от исхемична болест на сърцето в ЕС през 2014 г.



Note: The figure is plotted on the average of male and female.
(*) For the age standardisation, among older people, the age group aged 85 and over was used rather than separate age groups for 85-89, 90-94 and 95 and over.
Source: Eurostat (online data code: HBL_C01_A0002)

Източник: Eurostat

По отношение на мозъчно-съдовата болест България **изостава значително** от тенденциите за устойчиво намаляване на смъртността в ЕС. За периода 1990-2014 г. смъртността от мозъчно-съдова болест в ЕС е намаляла 2,3 пъти (от 100,75 на 43,61 на 100 000 души), а в България 1,4 пъти (от 226,21 на 157,53 на 100 000 души)

Злокачествените заболявания са втората основната причина за смърт в ЕС-28 - средно 262 смъртни случая на 100 000 души население за 2014 г. Най-често срещаните форми (със стандартизирани коефициенти на смъртност над 10 на 100 000 души) включват злокачествени образувания на: трахеята, бронхите и белите дробове, дебелото черво, ректума, млечната жлеза, панкреаса, простатата, стомаха, черния дроб и жлъчните пътища. Унгария, Хърватия, Словакия, Дания и Словения са най-силно засегнати от ракови заболявания - 300 или повече смъртни случая на 100 000 души население през 2014 г., а коефициентите на смъртност в Естония и Латвия, са много близки по стойност до това равнище.

Смъртността от злокачествени заболявания в България е **по-ниска** от средните за ЕС стойности - 242 на 100 000 души. Малко по-високи стойности на коефициента за смъртност от средните за ЕС са налице при някои локализации - на дебелото черво, млечната жлеза.

След болестите на органите на кръвообращението и злокачествените заболявания, **болестите на дихателната система** са третата най-често срещана причина за смърт в ЕС-28 - средно 78 смъртни случая на 100 000 души население през 2014 г. В тази група заболявания най-честата причина за смърт са хроничните заболявания на долните дихателни пътища, следвани от пневмонията. Респираторните заболявания са свързани с възрастта, като по-голямата част от причинените от тези заболявания смъртни случаи се наблюдават сред населението на възраст 65 години или повече.

Най-високите стандартизирани коефициенти на смъртност от заболявания на дихателната система сред държавите - членки на ЕС, са отчетени в Обединеното кралство (131 смъртни случая на 100 000 души), Ирландия (126 на 100 000 души), Португалия (117 на 100 000 души), Дания (116 на 100 000 души) и Гърция (108 на 100 000 души).

Смъртността от заболявания на дихателната система в България е **значително по-ниска** от средните за ЕС стойности - 58,1 на 100 000 души и два пъти по-ниска от държавите с най-висока смъртност.

Смъртността от **заболявания на храносмилателната система** заема 4-то място сред причините за смърт в ЕС и България. Сравнителният анализ на стандартизираните коефициенти за смъртност показват, че смъртността от заболявания на храносмилателната система в България (34,26 на 100 000 души) е по-висока от средната за ЕС (27,01 на 100 000 души), в т.ч. смъртността от хронични болести на черния дроб и цироза (11,13 на 100 000 души в ЕС и 16,77 на 100 000 души в България).

Смъртността от външни причини, която заема 6-то място в структурата на смъртността, включва, наред с другото, случаи, причинени от самоубийства и транспортни произшествия.

Въпреки че не са водеща причина за смърт, **самоубийствата** са важен показател за проблеми, на които обществото трябва да обърне внимание. През 2014 г. в ЕС-28

смъртните случаи поради самоубийство са средно 11 на 100 000 души население. Най-ниските стандартизирани коефициенти на смъртност поради самоубийство през 2014 г. са отчетени в Кипър и Гърция (5 смъртни случая на 100 000 души), като относително ниски коефициенти - под 8 смъртни случая на 100 000 души - са отчетени също така в Италия и Обединеното кралство, както и в Норвегия. Стандартизираният коефициент на смъртност поради самоубийство в Литва (32 смъртни случая на 100 000 души население) е почти три пъти средния за ЕС-28.

За България стандартизирания коефициент на смъртност от самоубийства е **по-нисък** от средния за ЕС и е 9,9 на 100 000 души население.

Макар **транспортните произшествия** да се случват ежедневно, честотата на смъртните случаи вследствие на транспортни произшествия в ЕС-28 (стандартизиран коефициент на смъртност от 5,8 на 100 000 души население) е по-ниска от честотата на смъртните случаи при самоубийства. Латвия, Румъния, Литва и Полша са с най-високи стандартизирани коефициенти на смъртност, причинена от транспортни произшествия през 2014 г. (10,0 или повече смъртни случая на 100 000 души население), докато на другия край на скалата Малта, Швеция и Обединеното кралство отчитат под 4,0 смъртни случая от транспортни произшествия на 100 000 души население.

За България стандартизирания коефициент на смъртност от транспортни инциденти е **значително по-висок** от средния за ЕС и е 9 на 100 000 души население.

По отношение на сравнителния анализ на данните за смъртността в България и ЕС следва да се отбележи още, че смъртността от **диабет**, в резултат на устойчива тенденция на намаление започнала през 2006 г., през 2013 г. достига средните стойности за ЕС (11,45 на 100 000 души за ЕС и 11,25 на 100 000 души за България) и вече е **по-ниска** от средната за ЕС.

Значително **по-ниска**, в сравнение със стандартизираните показатели за ЕС е смъртността от **неврологични заболявания** (38,6 на 100 000 души за ЕС и 15,3 на 100 000 души за България).

Сравнителният анализ на данните за структурата и честотата на смъртността по причини показват негативни тенденции по отношение на намалението на смъртността от заболяванията на органите на кръвообръщението, с акцент на мозъчно-съдовата болести и заболяванията на храносмилателната система.

Тази тревожна констатация е посочена и в Концепция „Цели за здраве 2020“ на МЗ, приета през 2015 г., в която високите нива на смъртност от социално-значими заболявания са изведени като основно предизвикателство пред здравните политики и основание за формулиране на национални здравни цели, свързани с намаляване на смъртността.

Тези констатации съвпадат и с изводите в доклада „State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017“:

„Водещите причини за смъртност остават сърдечните заболявания и инсултите и те са три пъти по-високи от средните за ЕС. През 2014 г. смъртните случаи от рак - като ракът на белите дробове е водещата причина за смъртността от рак - са били под средното за ЕС. Смъртните случаи от рак на дебелото черво и рак на гърдата, както и от хронични чернодробни заболявания, са отбелязали стабилен ръст и са над средното за ЕС през 2014 г. От друга страна, положителна констатация е, че смъртните случаи от заболявания на опорно-двигателния апарат, диабет, астма и алергии са далеч под средното за ЕС. И смъртните случаи от деменция (включително болестта на Алцхаймер) са най-ниските в ЕС.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Внимателният анализ на динамиката на смъртността по причини за умирация показва тенденции, които могат да бъдат съотнесени към определени здравни политики и настъпили промени в здравната система, имащи пряко отношение към постигнатите резултати.

Данните ясно показват как инвестициите в ефективни високо-технологични дейности дават значим здравен резултат, измерим с намаление на смъртността от определени заболявания.

Показателната е динамиката на двукратно намаление на стандартизирания коефициент на смъртност от исхемична болест на сърцето за периода 2001 - 2016 г., който съвпада с интензивното развитие на структури по инвазивна кардиология в страната. Посочените положителни резултати по отношение на показателите за смъртност от онкологични заболявания и диабет, които са под средните за ЕС, също могат да бъдат свързани с активната държавна политика, за осигуряване на съвременна лекарствена терапия, както и подобряване на технологичните възможности за диагностика и лечение на злокачествените заболявания.

Предвид задържащите се негативни тенденции по отношение на смъртността от мозъчно-съдова болест (инсулт) и добрите резултати в областта на инвазивната кардиология, следва да се отбележи, че през 2016 г. Министерство на здравеопазването стартира финансиране на дейности по интервенционално лечение на мозъчно-съдови болести (мозъчен инсулт, мозъчни аневризми и артерио-венозни малформации). Развитието на интервенционалното лечение на мозъчно-съдовите болести, заедно с мерките за превенция и профилактика се очаква да даде положителни резултати в следващите години.

Податлива и предотвратима смъртност

Показателите за податливата и предотвратима смъртност се основават на идеята, че определени смъртни случаи (за специфични възрастови групи и според специфични

заболявания), биха могли да бъдат избегнати, ако имаше по-ефективна профилактика и медицински интервенции.

Податливата смъртност включва смъртни случаи, които би могли да бъдат избегнати чрез оказване на оптимално качествена и своевременна медицинска помощ.

„Здравната система не е ефективна в намаляването на предотвратимата смъртност, изразена в постоянно висока смъртност от заболявания, като например сърдечно-съдови заболявания, и нарастваща смъртност от рак, диабет и незаразни болести. Всъщност България има най-високата смъртност от мозъчно-съдови заболявания (например инсулт) в ЕС и много ниска честота на преживяемост при няколко ракови заболявания. Това говори за значителни възможности за подобряване на здравните услуги, например чрез подобряване на достъпа до и качеството на грижите, както и по-добра профилактика и по-добра координация на грижите.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Концепцията за предотвратимата смъртност е по-широка и включва смъртни случаи, които биха могли да бъдат избегнати чрез интервенции в областта на общественото здравеопазване, насочени към по-широки детерминанти на общественото здраве като фактори на поведението и начина на живот, социално-икономически статус и фактори на околната среда.

Макар че не са обективно измерими, показателите за податлива и предотвратима смъртност дават известна индикация за качеството и ефективността на здравните грижи и политиките в областта на общественото здраве в дадена страна. Следва да се има предвид, че върху тях влияят и други фактори - като образование, социален статус, здравна култура, стил на живот и др.

През 2014 г. **податливата смъртност** е формирана от над 562 000 смъртни случая в ЕС (или 126 смъртни случая на 100 000 души), които биха могли да бъдат избегнати със системи за здравеопазване, предлагащи навременни и ефективни медицински лечения и интервенции. Сред държавите-членки на ЕС най-ниските проценти на податлива смъртност през 2014 г. са за Франция, Люксембург, Холандия и Испания, а с най-високи нива на потенциално податливи смъртни случаи (над 300 на 100 000 души) са Латвия (331 на 100 000 души), Румъния (319 на 100 000 души), Литва (310 на 100 000 души).

За България коефициентът на податлива смъртност е **относително висок** - 289 на 100 000 души.

Предотвратимата смъртност включва близо 1 милион смъртни случая (или 214 смъртни случая на 100 000 жители), които биха могли да бъдат предотвратени чрез по-добри политики в областта на промоцията и профилактиката. Основната причина за предотвратима смъртност са исхемичните сърдечни заболявания. Държавите-членки с най-ниска степен на предотвратима смъртност, които могат да бъдат предотвратени през 2014 г., са Италия, Кипър, Испания и Малта; докато държавите-членки с най-високи нива на потенциално предотвратими смъртни случаи са Литва (438 на 100 000 души), Латвия (422 на 100 000 души), Унгария (414 на 100 000 души) и Румъния (363 на 100 000 души).

България се нарежда на **средна** позиция по „предотвратими“ смъртни случаи в ЕС - 270 на 100 хиляди души.

Намаляването на смъртните случаи, формиращи податливата и предотвратимата смъртност следва да е основен фокус на политиките в здравеопазването. Най-ефективният път за постигане на тази цел е профилактиката (превенцията), в рамките на програми за общи координирани (интегрирани) подходи и действия за намаляване нивото на факторите на риска, ранна диагностика, лечение и рехабилитация на

заболените, и осигуряване на здравословна среда за живот.

В България интегрирането на усилията в тази сфера се реализира чрез Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020.

Стратегическа цел на програмата е да се подобри здравето на населението и да се повиши качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и последиците за здравето (инвалидизация) от основните хронични незаразни болести (сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, хронични белодробни болести, диабет), свързани с рисковите фактори - тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене и ниска физическа активност.

„Равнището на предотвратимата смъртност от сърдечно-съдови заболявания (бел. в България) е изключително високо. Въпреки спада от 17 % в периода между 2004 и 2014 г. на предотвратимата смъртност, системата на здравеопазването в България е една от системите с най-лоши характеристики в това отношение. Предотвратимата смъртност, както при мъжете, така и при жените, е около два пъти по-висока от средното за ЕС през 2014 г.

Счита се, че около 20 000 смъртни случая (или 19 % от всички смъртни случаи) през 2014 г. е можело да бъдат избегнати, като тази цифра е много по-висока от средната за Европа от 11 %.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Трябва да се има предвид обаче, че вероятно е да има дълъг период от време между прилагането на политиките и промените в показателите за смъртност, поради което заключенията трябва да се правят с повишено внимание.

Детска смъртност по причини

Структурата на умиранията при децата до 1-годишна възраст по причини през 2016 г. показва, че най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период – 205 деца до 1 г. (48.46%). Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 100 (23.64%), болести на дихателната система (9.69%) и болести на органите на кръвообращението (4.49%). Тези 4 класа обуславят 86.28% от всички умирания до 1-годишна възраст. (фиг.10)

Фиг.10. Структура на умиранията до 1 г. по причини 2016 г.



Източник: НЦОЗА

Сравнителният анализът на структурата на детската смъртност за периода 2000-2016 г. (фиг.11) показва, че са настъпили съществени промени в нея, изразяващи се в нарастване на относителния дял на смъртните случаи в резултат на някои състояния, възникващи през перинаталния период (от 32,9 % през 2000 г. до 48,8 % през 2016 г.). В същото време най-съществено намалява относителния дял на болестите на дихателната система като причини за смърт (18,3 % през 2000 г. и 9,69 % през 2016г.), следван от болестите на органите на кръвообращението и други. Вродените аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации запазват своя дял постоянен.

Фиг.11. Структура на умиранията до 1 г. по причини 2000 г.

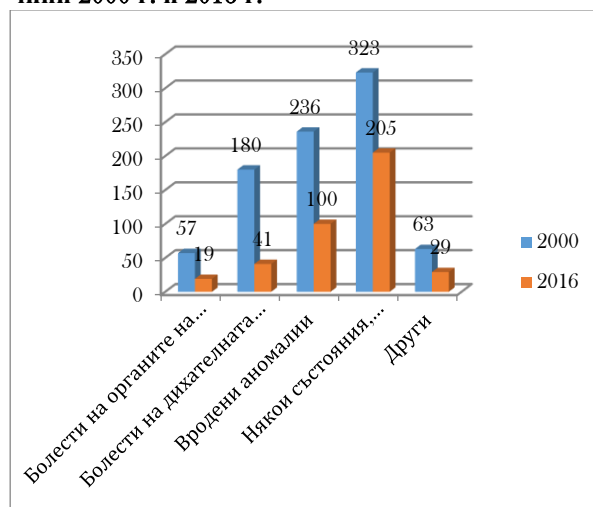


Източник: НЦОЗА

Имайки предвид, че коефициента на детска смъртност, съответно броят на починалите деца през 2000 г. е 2 пъти по-голям (981 починали деца до 1 г. и детска смъртност 13,3 на 1000 деца до 1 г.) спрямо 2016 г. (432 починали деца до 1 г. и детска смъртност 6,5 на 1000 деца до 1 г.), по показателно е сравнението на броя на починалите по причини за смърт. (фиг.12)

Сравнителния анализ показва, че в рамките на 15 години България е постигнала значителен напредък в грижите за децата и качеството на акушеро-гинекологичната, неонатологичната и педиатричната помощ.

Фиг.11. Брой починали деца до 1 година по причини 2000 г. и 2016 г.



Източник: НЦОЗА

Драстично е намалял броя на децата, починали от заболявания на дихателната система и на органите на кръвообращението. Над 2 пъти е намалението на децата починали, в следствие вродени аномалии и пороци в развитието. Въпреки нарастващият им дял в структурата на детската смъртност, смъртните случаи от някои състояния в неонаталния период са намалели за периода 2000-2016г. с 1/3, при това на фона на нарастващ брой на недоносените деца. Представените данни ясно показват положителните резултати от прилаганите политики за подобряване на майчиното и детско здравеопазване, включително дейностите по Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 г., Норвежкия финансов механизъм, инициативите за възстановяване на домашния патронаж за бременни, родилки и деца и др.

2.2. Заболеваемост по причини за хоспитализации

Честотата на хоспитализациите за 2016 г. е 31,7 на 100 000 души. От 2015 г. тя бележи известно намаление след период на устойчиво нарастване – от 20,8 на 1 000 души през 2005 г. до 32,1 на 1 000 души през 2014 г., когато е регистрирана най-високата стойност в историята на българското здравеопазване, която е и най-високата честота на хоспитализациите в ЕС.

Високата честота на хоспитализациите не може да бъде обвързвана с влошаване на здравния статус на населението през този период, предвид подобряващите се измерители за здраве. Тя може да бъде обяснена основно с прилагания модел на финансиране в извънболничната и болничната помощ и липсата на стимули за провеждане на лечение в амбулаторни условия.

Доколкото тази част от доклада съдържа оценка на състоянието на здравето на гражданите по причини на обръщане към медицинска помощ, анализът се фокусира върху структурата на хоспитализациите по причини за постъпване в болнично заведение.

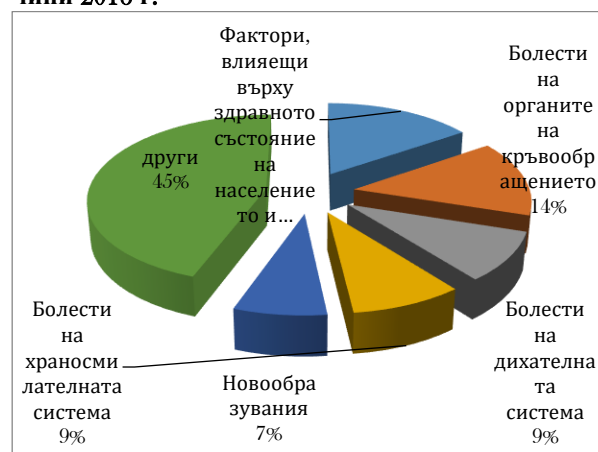
Най-висока е честотата на хоспитализациите сред лицата над 65-годишна възраст 54,8 на 1 000 души, следва групата на лицата от 18 до 64 г. (25,9) и най-нисък е при децата от 0 до 17 г. – 2 пъти по-нисък от този над 65 г.

„Броят на хоспитализациите, дължащи се на хронични болести като диабет, сърдечно-съдови болести и болести на дихателната система, е сред най-високите в ЕС. Вместо да бъдат (повторно) приемани в болница, пациенти с тези състояния може да се лекуват ефективно в амбулаторната помощ.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Сред причините за хоспитализация по класове водещи са факторите, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (15.5%), болестите на органите на кръвообращението (14.4%), болестите на дихателната система (9.4%), и болестите на храносмилателната система (8.9%) и новообразуванията, които обуславят общо 55,5% от хоспитализациите. (фиг.13)

Фиг.13. Структура на хоспитализациите по причини 2016 г.

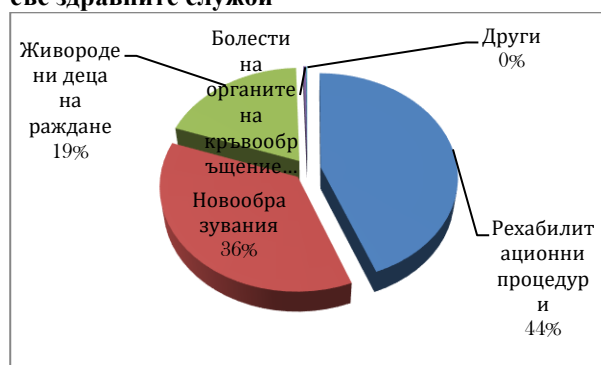


Източник: НЦОЗА

Предвид регистрираната в националната статистика висока честота на хоспитализации по причина клас XXI „Фактори, влия-

ещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби“, следва да се има предвид, че съгласно изискванията на НЗОК с Z-код по този клас се кодират определени процедури, като част от лечението на определени заболявания и състояния – химиотерапия, лъчелечение, интервенционално лечение, грижи за новородени лица и др. (фиг.13а)

Фиг.13а Структура на хоспитализациите по причина клас XXI „Фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби“



Източник: НЗОК

В структурата на хоспитализациите, регистрирани с Z-код водещи са рехабилитационните процедури (44%) във връзка със заболявания от различни класове болести (фиг.13б), следвани от процедури, свързани с лечение на Новообразования (36%) и процедури, свързани с новородени деца, в т.ч. грижи за деца с недоносеност.

Фиг.13б. Структура на рехабилитационните процедури по причини:



Източник: НЗОК

Структурата на хоспитализациите по класове се различава съществено по възрастови групи. При децата до 17-годишна въз-

раст най-голям е относителният дял на хоспитализираните поради заболявания на дихателната система (31.9%). Следват някои състояния, възникващи през перинаталния период; някои инфекциозни и паразитни болести; травми и отравяния. Сравнително високият относителен дял на хоспитализираните случаи при децата по повод клас XXI „Фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби“, е резултат от отчитането на живородените деца към този клас.

При лицата от 18 до 64 г. водещи са фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (14.7%), бременност, раждане и послеродов период (11.0%) и болести на органите на кръвообращението (10.5%).

При лицата на възраст 65 и повече години на първо място в структурата са болестите на органите на кръвообращението (24.9%), следват фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (15.9%) и болести на храносмилателната система (9.1%), които общо обуславят половината от хоспитализираната заболяемост в тази възраст.

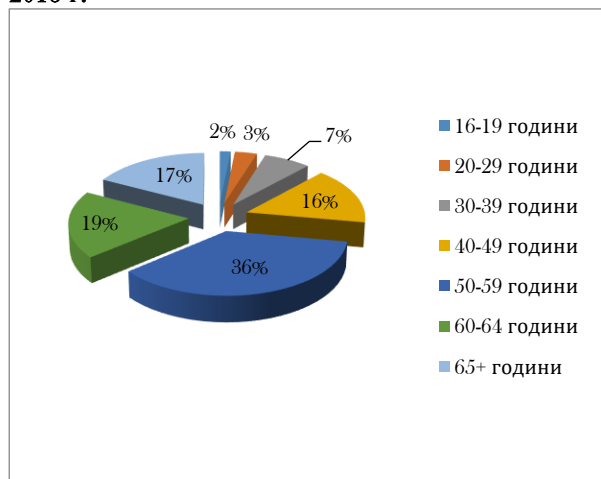
По данни на НЗОК през 2016 г. 4-те клинични пътеки, по които са отчетени най-голям брой хоспитализации (12% от всички хоспитализации) са КП № 56 Диагностика и лечение на болести на черепномозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми (65 954 случая); КП №29 Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация (65 777) КП № 265 Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат (60 374) КП № 240 Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения (52 457).

2.3. Заболяемост по причина за трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане

Заболяемостта по причини за трайно намалена работоспособност (ТНР)/вид и степен на увреждане в един от най-обективните измерители за състоянието на здравето на гражданите, тъй като дава информация не само за причините, но и за степента до която те са увредили здравето и са нарушили работоспособността на индивида и популацията като цяло.

През 2016г. броят на лицата над 16 години с потвърдена ТНР/вид и степен на увреждане (първично освидетелстваните и преосвидетелствани) с е значителен – 175 145 души. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група над 50 - 59 г. (36.1%), следвани от лицата от възрастовата група 60-64 години (19%). (фиг.14)

Фиг. 14. Фигура 17. Структура на лицата над 16-годишна възраст с първично определена ТНР/вид и степен на увреждане по възраст за 2016 г.



Източник: НЦОЗА

Броят и относителния дял на освидетелстваните и преосвидетелствани за вид и степен на увреждане лица над 65 години, които са в извънтрудоспособна възраст, намалява - от 36 484 души (9,8% през 2015 г.) на 30 381 души (17,3%) през 2016 г.

Причините за това намаление вероятно са свързани с нарастващият брой лица над 65 години с пожизнено определена степен на

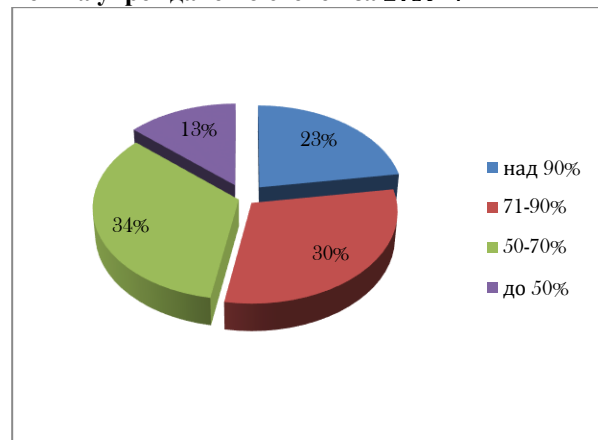
увреждане и приетите нормативни промени, свързани с получаване на пенсии за вид и степен на увреждане.

Броят на лицата над 16-годишна възраст с първично определена през 2016 г. ТНР/вид и степен на увреждане е 56 656 души (9,3 на 1000 души над 16 г.) и също намалява спрямо 2015 г. (10,8 на 1000 души над 16 г.)

Броят на лицата с пожизнено определена ТНР/степен на увреждане намалява през 2016 г. и достига 32 872 лица (18.8% от всички освидетелствани и преосвидетелствани през годината). Най-висок остава броят и дялът на лицата със срок на ТНР/вид и степен на увреждане 3 години (70 660, което обуславя 40.3% от лицата, преминали експертна оценка на ТНР/вид и степен на увреждане през 2016г. Увеличение се отчита при дела на лицата с определена ТНР/вид и степен на увреждане със срок 1 година.

Относителният дял на освидетелстваните лица над 16 г. с ТНР/вид и степен на увреждане 50 - 70% се увеличава в сравнение с 2015 г. и е най-висок -- 33.7% (Фиг. 15). Следват лицата със 71 - 90%, които запазват нивото си от 2015 г. - 30.2%, с над 90% ТНР/ вид и степен на увреждане - 22.6% (21,7% за 2015 г.) и до 50% са 13.5% (14.6% за 2015 г.).

Фигура 15. Структура на лицата над 16-годишна възраст с първично определена ТНР/вид и степен на увреждане по степен за 2016 г.



Източник: НЦОЗА

През 2016 г. структурата на причините за трайно намалена работоспособност на лицата над 16 г. се запазва, като най-честата основна причина са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 34.2% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (20.8%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (10.4%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (7.4%) и др. Тази структура, с много малки колебания, се запазва през последните 10 години. (фиг.16)

Фигура 16. Структура на лицата над 16-годишна възраст с първично определена ТНР/вид и степен на увреждане по причина за 2016 г.



Източник: НЦОЗА

Структурата на трайно-намалената работоспособност/степен на увреждане по причини е **аналогична** на структурата на смъртността в тази възрастова категория и отново извежда като основно предизвикателство за здравето на гражданите болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията.

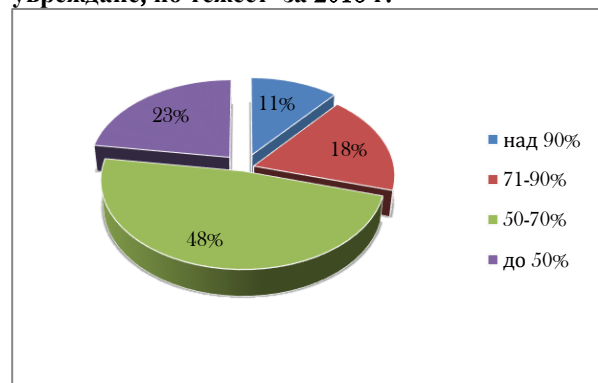
Предвид спецификата на показателя обаче, който е свързан с резултати от медицинската експертиза на уврежданията (а за лицата в трудоспособна възраст и работоспособността), прави впечатление, че тя значително се различава от структурата на заболяванията, които водят до основните

видове увреждания - двигателни, ментални, зрителни и слухови.

В контекста на назрялата реформа в областта на медицинската експертиза следва да се анализира съответствието между лице с едно или повече хронични заболявания и лице с увреждане в съответствие с Международната класификация на човешката функционалност, уврежданията и здравето на СЗО (ICF).

През 2016 г. 4 228 деца до 16-годишна възраст са първично освидетелствани и признати за лица с вид и степен на увреждане (при 5 014 за 2015 г.) или 4.0 на 1000 население до 16 г. (4.7‰ за 2015 г.). Най-голям е броят и дялът на децата със степен на увреждане 50 - 70% - 2 024 (47.9%). Всяко шесто дете с увреждане е със степен 71 - 90% увреждане (18.2%), с най-тежката степен над 90% са 11.2% (Фиг. 17).

Фигура 17. Структура на децата до 16-годишна възраст, първично определени с вид и степен на увреждане, по тежест- за 2016 г.



Източник: НЦОЗА

Структурата на причините за вида и степента на увреждане при децата до 16 г. е различна от тази при лицата над 16-годишна възраст. Най-честата причина са болестите на дихателната система (26.5%), психичните и поведенческите разстройства (18.0%), вродените аномалии (17.8%) и на нервната система (12.1%). Тази структура с някои изключения се запазва през годините. Тази структура (изключение на първият клас болести), останалите водещи се доближава повече до концепцията за увреждане по ICF класификацията на СЗО.

2.4. Обща заболяемост по обращаемостта на населението към лечебните заведения

От 2001 в България липсва достатъчно достоверна информация за динамиката на общата заболяемост по обращаемостта на населението към лечебните заведения поради липсата на адекватна система за събиране и контрол на медицинската информация след настъпилите промени в структурата и организацията на системата на здравеопазване. Изключение от горното представлява статистиката за заболяемостта по повод на заболявания, подлежащи на задължително съобщаване:

2.4.1. Злокачествени новообразувания

По данни на НЦОЗА, през 2016 г. нараства болестността (общ брой болни) и намалява заболяемостта (новооткрити болни) от злокачествени новообразувания спрямо предходната година. Общият брой на болните със злокачествени ново-образувания през 2016 г. е 287 682 души, като новооткритите през годината случаи са 31 041 (при 32 097 през 2015 г.). Показателите са съответно 4 036.0 на 100 000 души и 435.5 на 100 000 души.

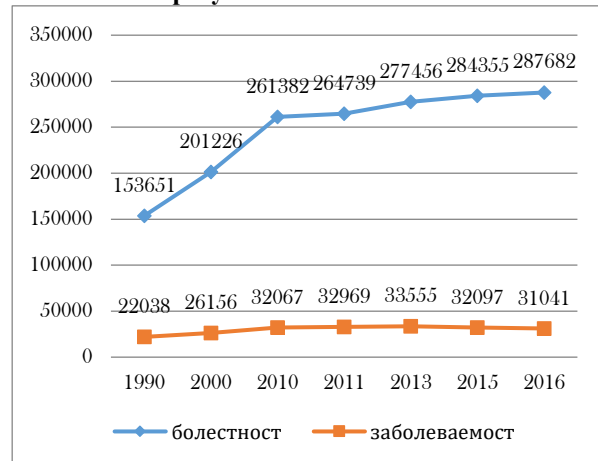
Заболеваемостта за страните от ЕС от злокачествени новообразувания е 556.04‰, т.е. по-висока от регистрираните у нас стойности.

Нарастването на болестността на фона на намаляваща заболяемост се дължи на увеличаване на преживяемостта на лицата, диагностицирани със злокачествени новообразувания и е оптимистичен показател за подобряване на диагностиката и лечението на тези заболявания.

За периода 1990 г.-2016 г. заболяемостта се е увеличила 1,7 пъти (в т.ч. в резултат на подобрена диагностика), докато болестността (т.е. хората продължаващи да живеят след поставена диагноза в предходни години) се е увеличила 2,3 пъти. (фиг.18)

Съотношението между новооткрити болни и диагностицираните в предходни години болни нараства от 1:6,9 на 1:9,3.

Фиг.18 Заболеваемост и болестност от злокачествени новообразувания 1990-2016 г.



Източник: НЦОЗА

Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1420.6‰) и рак на женските полови органи (1181.8‰). Най-висока е заболяемостта – от рак на храносмилателните органи (98.1‰), от рак на млечната жлеза при жените (96.2‰) и рак на женските полови органи (82.7‰).

Наблюдават се териториални различия в броя на новооткритите регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания на 100 000 население. Най-висока е заболяемостта в областите Русе (565.5‰), Плевен (529.5‰), Пловдив (517.4‰), Ямбол (505.5‰) и най-ниска - в София.

Стартиралите през 2016 г. скринингови механизми за подобряване на ранната диагностика на рака на млечната жлеза, матката, простата и дебелото черво са част от мерките, както и въвеждането в практиката на закупената в периода 2012-2015 г. високотехнологична апаратура за диагностика и лечение на онкологичните заболявания в рамките на Средносрочната инвестиционна рамкова програма (СРИП) по ОПРР, следва да дадат дългосрочни резултати.

2.4.2. Инфекциозни болести

„Инфекциозните болести продължават да бъдат предизвикателство. Няколко инфекциозни болести продължават да представляват сериозна заплаха за здравето на българското население. Макар че честотата на съобщенията за случаи на ХИВ остава под средната за ЕС, тя се е увеличила почти пет пъти от 2004 г. насам, което е в разрез с общото намаляване в ЕС. Въпреки това смъртността от СПИН остава под средната за ЕС. Освен това, макар че честотата на съобщенията за туберкулоза (ТБ) е два пъти по-висока от средната за ЕС (2015 г.), от 2011 г. насам честотата на новите случаи и случаите на рецидиви е намаляла (с почти 30 %), както и прогнозната смъртност от ТБ на 100 000 души население (с повече от 40 %).“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Както е видно и в доклада Здравен профил за страната 2017 българската система на здравеопазване има много добри резултати в борбата с инфекциозните заболявания. На фона на големият брой лица в риск от бедност и уязвими групи, нарастваща мобилност и мигрантски натиск, страната успява да овладее инфекциозната заболяемост, в т.ч. ХИВ инфекция и туберкулоза и да предотврати познати в миналото епидемични събития.

ХИВ инфекция

По данни на МЗ към 31.12.2016 г. в България са регистрирани общо 2474 лица с ХИВ инфекция. През 2016 г. броят на новорегистрираните случаи на ХИВ е 207 (Фигура 19) – от тях 173 (84%) са мъже и 34 (16 %) са жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2016 г. са 42. При 33% от случаите със СПИН диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

Увеличението на регистрираните случаи от ХИВ в страната е свързано в най-голяма степен с активните мерки за ранно откриване и осигуряване на съвременно лечение на заболяването (изцяло финансирано от държавния бюджет), както и на намаляване на съществуващата стигма спрямо болелите лица.

Фигура 19. Регистрирани случаи на ХИВ инфекция, България, 1986 - 2016 г.



Източник: МЗ

Регистрираните ХИВ-позитивни лица са във възрастови граници от 19 до 64 г. Най-голям брой новорегистрирани лица са във възрастовата група 30 - 39 г. (36%), следвана от групата на 20 - 29-г. (35%).

Според пътя на предаване на инфекцията се очертават две особено уязвими групи – мъже, които имат сексуални контакти с други мъже (47%) и инжекционно употребяващи наркотици (11%). В резултат на провежданите активни мерки по превенция на заразяване със ХИВ и през 2016 г. е налице намаляване на процента на новозаразените лица от групата на инжекционно употребяващите наркотици. Увеличава се обаче дялът на лицата сред хомо- и бисексуалната общност.

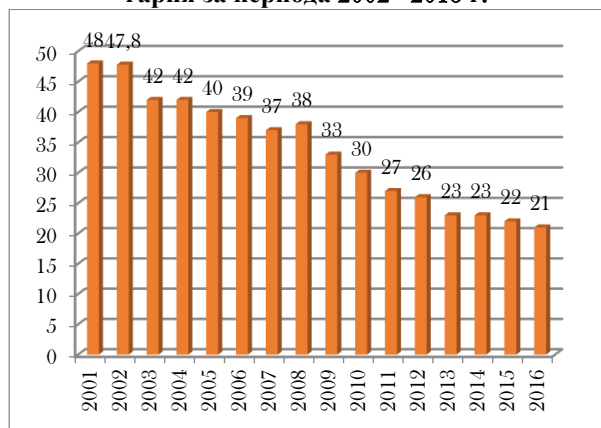
Географското разпределение на регистрираните случаи на ХИВ показва, че те са концентрирани предимно в големите градове - София, Пловдив, Варна, Враца, Плевен, Пазарджик, и Бургас.

Въпреки констатираното увеличение на регистрираните случаи на ХИВ инфекция, заболяемостта и смъртността е значително **по-ниска** от средната за ЕС.

Туберкулоза

В България през последните години се наблюдава трайна тенденция за намаляване на заболяемостта от активна туберкулоза – от 39.1 на 100 000 през 2006 г. до 21.3 на 100 000 през 2016 г., при 21.9 на 100 000 през 2015 г. (Фигура 20).

Фигура 20. Заболеваемост от туберкулоза в България за периода 2002 - 2016 г.



Източник: МЗ

През 2016 г. в България са регистрирани 1603 пациенти с туберкулоза, което е с 57 пациенти по-малко в сравнение с предходната 2015 г. В сравнение с 2015 г. (1 660 регистрирани случая) се наблюдава намаляване на общия брой случаи с 4%. Тенденцията за намаляване на заболяемостта през последните години се дължи на дейностите в изпълнение на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата и програмите, финансирани от Глобалния фонд, насочени към активен скрининг сред най-уязвимите групи, активно издирване на контактните лица на болните от туберкулоза и предоставяне на специфична химиопрофилактика за лечението на латентната туберкулозна инфекция.

Запазва се високият относителен дял на пациентите с белодробна туберкулоза през последните години. От регистрираните през 2016 г. болни, с белодробна туберкулоза са 1086 (67,7%), като през 2015 г. техният брой е бил 1 236 (74%). През 2016 г. случаите с извънбелодробни форми на туберкулоза са 517. Броят на регистрираните

случаи на туберкулоза, както и заболяемостта, варират значително по региони, като в някои региони в Северозападна и Централна България заболяемостта е около два пъти над средната за страната. Съотношението между мъже и жени сред общия брой регистрирани случаи на туберкулоза (всички форми) и през последните няколко години се запазва 2:1. Разпределението по възраст показва, че най-засегнати са възрастовите групи - над 65 г. - 311 случая или 19%, следват групите 35 - 44 г. - 295 случая или 18%, 45 - 54 г. - 293 лица или 18% и 55 - 64 г. - 269 лица, което е 17% от всички новорегистрирани през 2016 г.

Регистрираните случаи с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB), потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза през 2016 г. са 22 или 3.3% от всички, на които е направен тест за лекарствена резистентност. За сравнение през 2015 г. лицата са 4.1% от всички пациенти, показали лекарствена резистентност. От новорегистрираните 22 случая през 2016 г. без предшестващо лечение са 7 случая (12%), а случаите с предшестващо лечение са 15 (18.3%). От 2014 г. насам се наблюдава ежегодно плавно намаляване на случаите с MDR-TB – за сравнение през 2014 г. са регистрирани 37 случая на MDR-TB.

Тази форма на туберкулоза е сериозен здравен и социален проблем, защото води до по-дълго инвалидизиране на пациентите и е съпроводена с повишена смъртност, изисква сериозни финансови средства и продължително лечение с повече лекарства, които дават повече нежелани странични реакции.

Други инфекциозни болести

Редица опасни заразни болести като детски паралич, дифтерия, петнист тиф, кореман тиф, малария, бруцелоза и др. бяха ликвидирани или сведени до единични случаи чрез имунизации или други превантивни мерки. Основен здравен проблем обаче остават чревните инфекции (шигелози,

салмонелози и вирусен хепатит „А“), някои въздушно-капкови инфекции (напр. грип), отделни рикетциозни инфекции (напр. марсилска треска).

През 2016 г. в България са регистрирани общо 61 283 случая на остри заразни заболявания¹⁰, с 6812 случая повече в сравнение с 2015 г., когато са регистрирани 54 471 случая (заболеваемост 856,65‰ през 2016 г., съответно 756,31‰ през 2015 г.) *Приложение № 1, табл. 1.*

По-високият брой заболяли се дължи предимно на увеличаване на заболеваемостта от варицела (32 474 случая през 2016 г., съответно 24 767 през 2015 г.) и вирусен хепатит А (1 627 случая през 2016 г., съответно 1 062 през 2015 г.).

През годината са регистрирани 82 смъртни случая, смъртност 1,15‰, които са с 11 повече в сравнение с 2015 г. (71 смъртни случая, смъртност 0,99‰).

Леталитетът от остри заразни болести през 2016 г. се запазва на същото ниво - 0,13%.

И през 2016 г. основна причина за летален изход от остри заразни болести са невроинфекции (менингит и/или менингоенцефалит и менингококова инфекция) – общо 46 починали, с относителен дял 56,10% от всички смъртни случаи (*Приложение № 1, табл. 2*).

С най-висок относителен дял (52,99%) в структурата на инфекциозната заболеваемост и през 2016 г. е заболеваемостта от варицела, следвана от тази на гастроентеритите и ентероколитите (27,39%) – *Приложение № 1, фиг. 1 и 2.*

През 2016 г. в Националната референтна лаборатория „Грип и ОРЗ“ с Real Time RT-PCR са изследвани общо 1 290 проби на болни и контактни лица. Доказани са общо 211 положителни резултата за пандемичен вирус А(Н1N1)pdм09, 92 за грипен вирус А(Н3N2) и 80 за грипен вирус тип В.

Ваксинапредотвратими заболявания

През 2016 г. са регистрирани 219 заболяли от остър вирусен хепатит В, които са с 44 случая по-малко в сравнение с 2015 г. (263 случая). Сред заболялите (Таблица 5) има 27 деца и младежи в имунизационна възраст (от 0 до 24 г.).

През 2016 г. не са регистрирани заболявания от дифтерия и полиомиелит. Регистрирани са 4 случая на заболяли от тетанус. Броят на съобщените заболяли от коклюш е 98, но вероятно този брой се различава от действителния, предвид незадоволителната регистрация на заболяването. След епидемията през 2009 - 2010 г., през 2016 г. е регистриран един случай на заболяване от морбили при жена на 24-годишна възраст, имунизирана в миналото само с 1 доза ваксина срещу морбили-паротит-рубеола. Значително е намалял броят на заболялите от рубеола – 2 случая и от паротит – 19 случая.

Тенденцията е благоприятна, но за постигане на целите на СЗО за елиминация на морбили и рубеола е необходимо националният имунизационен обхват с първа и втора дози ваксина срещу морбили, паротит и рубеола да бъде не по-нисък от 95%. Особено важно е преодоляване на негативните нагласи срещу прилагане на задължителните ваксини, както и активно обхващане на децата от уязвими групи, с цел постигане на максимален имунизационен статус на българското население.

Паразитни болести

Паразитозоозите (ехинококоза и трихинелоза) все още запазват медико-социалното си значение, поради поддържането на високи стойности на заболеваемост, значително превишаваща показателите за другите европейски страни.

По отношение на ехинококозата през 2016 г. официално са регистрирани 269 лица, оперирани и лабораторно доказани с ехинококоза, от които 238 (88%) с първични и 31 (12%) с постоперативни рецидиви.

¹⁰ без грип и остри респираторни заболявания, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции

Средната заболяемост за годината е 3,78‰ (Приложение № 1, фиг. 5).

През 2016 г. по причина ехинококоза е починало едно лице от област Разград. Най-силно е засегната възрастовата група 30 - 34 г. - 25 случая (9,3%), следвана от групите 35 - 39 г. с 23 заболели (8,55%) и 5 - 9 г. - 21 заболели (7,43%). Относителният дял на заболелите в детско-юношеска възраст (0-19 г.) през 2016 г. е 18,21% (общо 59), като няма разлика в сравнение с 2015 г. Във възрастовата група от 0-4 г. са оперирани 2 деца с ехинококоза. Тези данни са обезпокояващи и са индикатор за продължаващата паразитна трансмисия, която трудно се повлиява от краткосрочни контролни мероприятия. Териториалното разпределение на случаите и през 2016 г. е неравномерно. Най-засегнати са областите: Сливен със заболяемост 13,17‰, Силистра - 10,71‰, Ямбол - 8,17‰ и Пазарджик - 8,05‰.

През 2016 г. по данни на регионалните здравни инспекции (РЗИ) са съобщени общо 63 лица, консумирали опаразитени с трихинелни ларви месни продукти. От тях са заболели общо 35 души, като всички са с клинично изявена форма на заболяването. В страната са регистрирани 4 епидемични взрива в областите Бургас, Разград, Стара Загора и един взрив, обхванал 3 области -- Благоевград, Плевен и София. Общата заболяемост от трихинелоза през 2016 г. е 0,5‰.

От геохелминтозите в България са разпространени аскаридоза и трихоцефалоза, като случаи се регистрират в цялата страна, но предимно в ендемичните райони. Данните показват относително постоянни нива на общия брой опаразитени в последните години за аскаридоза - между 500 и 700 случая (678 за 2016 г.) и около 60 - 100 за трихоцефалоза (65 за 2016 г.). Заболяемостта през 2016 г. на аскаридозата е 9,7‰ и 0,9‰ за трихоцефалозата. Най-висока опаразитеност при аскаридозата е установена в областите Благоевград - 2,7%; Кърджали - 1,25%; Видин - 0,37% и Габрово - 0,24%, а за трихоцефалоза: Разг-

рад - 0,32%; Сливен - 0,20% и Ямбол - 0,13%.

За контактни паразитози - ентеробиоза, жиардиаза и хименолепидоза през 2016 г. е изследван значителен контингент от средно 407 955 лица, като средният екстензитет за страната е: ентеробиоза - 1,13% (0,96% през 2015 г.), жиардиаза - 0,3% (0,36% през 2015 г.) и хименолепидоза - 0,13% (0,03% през 2015 г.). С изследвания за ентеробиоза са обхванати 175 164 деца от различни видове детски заведения и е установен екстензитет 1,56% (1,37% през 2015 г.).

От опортюнистичните паразитози най-много изследвания са извършени за токсоплазмоза - 10 041 лица. Положителен резултат е получен при 1 976 от тях, като средната серопозитивност за страната по отношение на антителата от клас IgG е 20%. Най-високи стойности на серопозитивност за IgG са регистрирани в областите Габрово - 50%, Плевен - 37% и Благоевград - 34%.

По отношение на висцералната лайшманиоза в страната са определени два ендемични района - Благоевград и Пловдив. През 2016 г. са регистрирани 3 случая на висцерална лайшманиоза от областите Благоевград, София и Сливен (заболяемост 0,04‰). Кожна лайшманиоза, според отчетите на РЗИ, е установена при 3-ма бежанци в РПЦ- Харманли.

За внасяни паразитози през годината са изследвани 5 235 лица (3 982 за 2015 г.). От тях български граждани са 76 лица и 5 159 са чужденци. Опаразитяване е установено при 251 лица (242 чужди и 9 български граждани).

През 2016 г. са диагностицирани 28 случая на вносна малария, като 9 от тях са българи и 19 - чужденци. През годината е регистриран и случай на хемотрансфузионна малария при български гражданин, завършил с летален изход.

2.5. Оценка на здравното състояние на децата и учениците

Анализът на здравното състояние на децата и учениците е изготвен по данни на МЗ въз основа на представените от 28-те РЗИ в страната данни за физическо развитие, моментна болестност (всички регистрирани заболявания от профилактичните прегледи) при децата и учениците, и дееспособността при учениците.

2.5.1. Здравно състояние на децата (0 до 6 г.)

Основен профилактичен преглед през учебната 2015 - 2016 г. е проведен на 211 188 от общо 226 496 деца, посещаващи детски заведения (93.2%).

Резултатите от антропометричните измервания показват, че с нормално физическо развитие по отношение на водещите индикатори ръст и телесна маса са в границите на нормата ($X \pm S$) и разширената норма ($X \pm 2S$) за тази възраст, съответно 97.2% от децата - за ръста и 90.6% от децата - за телесната маса (*Приложение № 1, табл. 4*). С наднормена телесна маса са 2.0%, а 1.2% от децата изостават във физическото си развитие по показателя ръст.

При основния профилактичен преглед през 2016 г. са регистрирани общо 14 273 заболявания. С отклонения в здравното състояние са 68 на 1000 прегледани деца. Очертава се тенденция за стабилно намаляване на броя на децата със здравословни проблеми, в сравнение с 2015 г. (72‰), 2013 г. (78‰), 2012 г. (87‰) и 2011 г. (93‰).

Водещо място в структурата на заболяванията при децата от 0 до 6 г. заема бронхиалната астма, която е регистрирана при 8.9 на 1000 прегледани деца. На второ място са болестите на окото (нарушения на рефракцията и акомодацията, смущения в зрението, слепота и намалено зрение) – 7.8‰, следват с близки стойности случаите на пневмонии, алергичен ринит и хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации, регистрирани съответно при 6.9, 6.3 и 6.3 на 1000 прегледани деца.

Налице е известна възрастова специфика по отношение на моментната болестност, като основен проблем при децата до 3-годишна възраст е високият брой случаи на заболявания на дихателната система (пневмонии, алергичен ринит и хроничен бронхит - съответно 13.4‰, 8.0‰ и 5.7‰), а във възрастта 4 - 6 г. водещи са случаите на астма (10.4‰) и болестите на окото (нарушения на рефракцията и акомодацията, смущения в зрението, слепота и намалено зрение - 9.2‰) и затлъстяване (7.2‰), алергичен ринит (6.4‰) и пневмонии (6.2‰).

2.5.2. Здравно състояние на учениците (7 - 18 г.)

През 2016 г. с основен профилактичен преглед са обхванати 580 086 ученика (89.0% от всички подлежащи).

По отношение на водещите антропометрични показатели, 95.2% от учениците са в норма или в разширената норма по показател ръст (*Приложение № 1, табл. 5*). С ръст под 2 стандартни отклонения от нормата, т.е. с много нисък ръст, са 11685 (1.9% от учениците), а с много висок ръст са 18 588 ученика (2.9%).

В I и II група на норма и разширена норма по отношение на телесната маса са 93.6% от учениците (*Приложение № 1, табл. 6*). С ниска телесна маса са 12 502 ученика (1.95%), сред които статистически незначимо повече са 14-18-годишните (4 726). Двукратно по-голям е броят на учениците с наднормена телесна маса/затлъстяване - общо 28 119 (4.4%). Най-голям е броят на учениците с показатели за телесна маса, превишаващи 2 стандартни отклонения при 7-14 годишните момчета (10 095).

По време на основния профилактичен преглед през учебната 2015-2016 г. са регистрирани общо 44 362 заболявания, т.е. 76.5 на 1 000 прегледани ученика са с отклонения в здравното състояние.

Затлъстяването е водещ проблем в ученическата възраст и заема първо място в структурата на установените заболявания. Броят на учениците със затлъстяване е 11

537 496 (19.8‰), с 2 пункта по-високи стойности от тези през 2015 г. (17.8‰), когато са установени най-малко случаи със затлъстяване от последните пет години (22.2‰ през 2011 г., 21.7‰ през 2012 г., 19.5‰ през 2013 г.). Най-много случаи на затлъстяване са установени в 7-ми клас (22.3‰), а най-малко в 10-ти – 18.7‰.

Ниската двигателна активност и нездравословният модел на хранене са водещите рискови фактори за наднормената телесна маса и затлъстяването в ученическата възраст.

На второ място в структурата на заболяемостта са болестите на окото (нарушения на рефракцията и акомодацията, смущения в зрението, слепота и намалено зрение), установени при 8133 ученика (14‰), с 1 пункт по-малко в сравнение предходните 2015 г. (15‰), 2013 г. (15‰) и 2012 г. (15.6‰). Проблемите със зрението на учениците продължават да бъдат сред водещите патологии, поради прекалено дългото време, което децата прекарват пред екраните на компютри, лаптопи, таблети, телефони, електронни книги и други дигитални устройства. Всички те, освен че застрашават зрението и стойката на ученика, предразполагат и към развиване на психическа зависимост с негативни последствия за детската психика.

На трето и четвърто място следват бронхиалната астма – 4 513 (7.5‰) и заболяванията на костно-мускулната система (гръбначните изкривявания) – 2 090 (3.6‰), запазвайки сравнително стабилно ниво от предишни години – съответно 7.7‰ и 3.9‰ за 2015 г., 7.6‰ и 4.0‰ за 2013 г. и 7.8‰ и 5.3‰ за 2012 г.

Най-висок е обхватът с профилактични прегледи на първокласниците (91.05%), а най-висока заболяемост е отчетена при седмокласниците – 94.2‰ случая на 1 000 прегледани ученици.

За преодоляване на проблемите, свързани със затлъстяването, зрителните аномалии и гръбначни изкривявания, които са водещи в структурата на заболяемостта и се считат за специфични за училищната възраст,

е необходимо създаване на условия за повишаване на двигателната активност на учениците чрез подобряване училищната среда като цяло и особено на спортната база в училищата.

По отношение на физическата дееспособност, от предоставените данни за 651 938 ученици, които участват в часовете по физическо възпитание през учебната 2015-2016 г., 638 880 ученика (98.0%) са покрили нормите за физическа дееспособност, незначително по-малко момичета от момчета, със съотношение момичета:момчета и в двете възрастови групи – 0.09 (*Приложение № 1, табл. 7*).

За изминалата 2015-2016 учебна година броят на учениците, които са напълно освободени от часовете по физическо възпитание, е 10 567, т.е. 1.6% от учениците не участват в заниманията по физическо възпитание поради здравословни проблеми. Като цяло момичетата преобладават при съотношение 1.2. В някои от училищата има организирани групи по лечебна физкултура, в които са включени общо 1 829 (0.2%).

Анализът на данните от оценката на здравното състояние на децата и учениците са от ключово значение за формиране на бъдещите политики за подобряване на детското здраве и благополучие не само в системата на здравеопазването, но и в сферата на образованието, културата, спорта. Особено важно е ангажирането в процеса на семейните общности.

Необходима е активна политика за промоция на здравословно хранене при децата и юношите и формиране на правилни хранителни и двигателни навици в семейната и училищната среда. Следва да бъдат подкрепени и междусекторни мерки за насърчаване на физическата активност, в т.ч. чрез проектиране на градската среда за създаване на условия за спорт и физическа активност и планиране на учебния ден.

2.6. Психично здраве и психична болест

Доброто психично здраве има положително въздействие не само върху отделните индивиди, но също така е все по-важно за икономическия растеж и социалното развитие в Европа, като ключови цели на политиката на ЕС.

Психичните разстройства са на второ място, с най-голям принос за болестността (измерена чрез показателя „години живот в боледуване или инвалидност“ (DALYs)) в Европейския регион (19%) и най-важна причина за инвалидност. Чести психични разстройства (депресия и тревожност) засягат около 1 на всеки 4 европейски граждани. В ЕС на всеки девет минути умира човек вследствие на последиците от самоубийство.

Разходите, свързани с психични разстройства са високи. Макар, че оценките за свързаните с това икономически тежести варират, проучванията показват, че в Европа разходите, свързани с нарушенията на психичното здраве възлизат на около 240 милиарда евро годишно¹¹. Допълнителни проучвания показват, че разходите само за депресията, свързана с работата в ЕС-27, възлиза на 620 милиарда евро годишно. Например в Дания годишните разходи, свързани с психични заболявания, възлизат на 7,4 милиарда евро, от които само 10% се изразходват за лечение.

Психичните разстройства в много голяма степен се обуславят от комплекс от взаимосвързани биологични, психологични и социални фактори (био-психо-социален модел), където в преобладаваща част от случаите биологичната компонента не е водеща, а по-скоро съпътстваща основната причина за тяхната поява.

Биологично обусловените заболявания като шизофрения, епилепсия, биполарно разстройство и др., са значително по-малко разпространени (в порядъка от 1-2 % от общата заболяемост) от тревожните или т. нар. „чести“ (в миналото наричани „нев-

ротични“ разстройства), където причините са психодинамични и социални.

Основите на психичното здраве се поставят още в първите години на живота. Смята се, че до 50% от психичните разстройства се появяват по време на юношеските години. При 10 до 20% от младите се откриват проблеми с психичното здраве. Тези проценти са по-високи сред категориите в неравностойно положение.¹²

Проучвания на СЗО показват, че при около 25-30% от първоначалните контакти със здравната мрежа става въпрос за някакво психично страдание. У нас по данни от проведено епидемиологично проучване на психичната болестност (ЕПИБУЛ)¹³ 19.5% от българската популация през даден етап от живота си е преживяла психично разстройство.

Най-разпространеното често психично разстройство е тревожното разстройство (11.4%), като групата на хората на възраст между 50 и 64 години (13.2%) е най-засегната от него. Разстройствата на настроението (6.2%) са на второ място, като най-често се срещат при хората над 65 години (9.1%). Разстройствата, дължащи се на употреба на психоактивни вещества – 3.3%, е третата по разпространение група разстройства¹⁴

Така наречените тежки психични разстройства включват шизофрения, тежка депресия, органични и други видове деменции, както и психични нарушения поради изоставане в развитието. Въпреки че тяхната честота се запазва постоянна (1-2%), социалното и икономическото значение на тази група разстройства нараства в резултат на нарушенията на социалните функции на индивида, водещи до социална изолация и някаква степен на инвалидизация.

Психичните здравословни проблеми имат сериозни последици не само за отделните

¹¹ Mental Health at Work and in Schools, Prevention of Suicide Report of the 2017 EU Compass Forum

¹² Европейски пакт за психично здраве и благоденствие

¹³ Световен консорциум за изследвания на психичното здраве, <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh>

¹⁴ Околийски М, Зарков З, Брошцилов А, Хинков Хр, Наков В, Диногола Р, Димитров П, Томов Т. Годишна (12 месечна) и пожизнена болестност, тежест и коморбидност на честите психични разстройства „Българско списание за обществено здраве“ 2010; 2: 2- 13

хора и техните семейства, но също така и за развитието на икономиката и благосъстоянието на обществото. 21.6% от дните, загубени в неработоспособност у нас, са по причина на психично разстройство¹⁵. Ежегодно над 3000 лица биват освидетелствани за трайно намалена неработоспособност/вид и степен на увреждане по повод заболявания от клас „Психични и поведенчески разстройства“.

Редица състояния, в това число мускулно-скелетни проблеми (включително болки в гърба и шията и остеоартрит), диабет, заболявания на сетивните органи (включително загуба на слуха), заболявания на дихателната система и **проблеми на психичното здраве (включително депресия и тревожни разстройства)** са водещите причини за загубата на продължителността на живота, коригирана с отчитане на инвалидността (DALY)³, в България (IHME, 2016).

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Следва да се подчертае, че проблемите на психичното здраве са и силен рисков фактор за заболяемост и смъртност от други заболявания. Доказано е, че наличието на депресия например, силно се отразява на процента на оцеляване на хората със сърдечно-съдови и онкологични заболявания. През 2016 г. честотата на самоубийствата на 100 000 население в България е 9.4. Това поставя България сред държавите със средна към ниска честота на суицидната смъртност. Честотата на самоубийствата при жени е 3.84‰ и е 3.7 пъти по-ниска от честотата при мъжете – 14.27‰. В сравнение с 2015 г., през 2016 г. се наблюдава намаляване на броя на опитите за самоубийство. Средната възраст е 43 г. за двата пола.

През последните десетилетия необходимостта психичното здраве да бъде включено сред най-важните приоритети на общественото здраве получава все по-голямо признание в Европа и света.

България няма цялостна политика в областта на психичното здраве, която да позволява интегриран подход по отношение на промоцията на психичното здраве и развитието на системата за грижи и подкрепа на хората, страдащи от психични разстройства, както и на техните близки. Психиатричното обслужване на болните е основано предимно на биологичното разбиране за психичната болест. Това довежда до акцентиране върху медицинските интервенции и грижи в системата на здравеопазването. Налице е институционализиране на грижата за болните с тежки психични разстройства и липса на развита система за психосоциална рехабилитация.

Поради това, въпреки сериозният напредък по отношение на лечението на болните с въвеждане на съвременни лекарствени терапии и развитата психиатрична мрежа в страната, психичното здраве на българите не се подобрява. Причините за това са комплексният характер на факторите, които го обуславят, немалка част от които са извън системата на психиатрично обслужване – жизнената среда, нивото на стрес в ежедневието, условията на труд, взаимоотношенията в семейството, качеството на живот, социалното благополучие. Това предполага и че медицинските грижи не са водещи, а само подпомагат мерките, свързани с факторите на социалната среда.

Грижата за опазване и укрепване на психичното здраве не може да се осъществи само и единствено чрез политики в здравеопазването.

Необходимо е прилагане на нов подход за междусекторно сътрудничество обединяващ политиките и съответните партньори в образованието, здравеопазването, социалния сектор, правосъдието, както и организациите на гражданското общество.

¹⁵ Хр. Хинков, М. Околийски, З. Зарков, В. Наков, Пл. Димитров, Т. Томов. Дни загубени в неработоспособност поради чести психични и соматични разстройства. "Българско списание за обществено здраве". София, Том IV, кн. 1 2012 г.: 40-52

ИЗВОДИ:

Данните за здравното състояние на населението показват, че са налице трайни подобрения, свързани с намаляване на смъртността и заболяемостта, особено в младите възрастови групи. Макар че страната все още изостава в сравнителен план по много от средноевропейските показатели, се установяват обективно отчетени тенденции за по-динамично подобрене на тези показатели в сравнение със страните от ЕС. В тази връзка следва да се отчитат значително по-влошените показатели за здравето на българското население преди присъединяване на страната към европейската общност.

Това показва, че провежданите политики и вложените в системата на здравеопазването ресурси дават положителни резултати и водят до преодоляване на част от здравните неравенства. Показателни са резултатите, свързани с намаляването на смъртността от исхемична болест на сърцето, диабет, новообразувания, както и състоянията, възникващи в периода на бременността, раждането и послеродовия период и вродените аномалии при децата, при които периодът на значими подобрения следва прилагането на активни политики и инвестиции в областта на скрининга, диагностиката и лечението на тези заболявания.

Въпреки това, данните показват, че основно предизвикателство за здравето на гражданите и приоритет за бъдещи активни интервенции са хроничните незаразни болести, като основни причини за смърт и намалена работоспособност. От тях най-голям негативен дял имат болестите на органите на кръвообръщението, в т.ч. мозъчно-съдовата болест и злокачествени заболявания. Тези заболявания формират и най-големият дял от т.н. предотвратима смъртност, която ежегодно отнема живота на над 20 000 български граждани.

Прилагането на целенасочени, основани на доказателства и финансово ефективни политики по отношение на тези основни групи заболявания могат да доведат до значителни подобрения на индивидуалното и общественото здраве.

Важно е да се има предвид, че основна характеристика на хроничните незаразни заболявания е тяхната пряка обвързаност и повлияност от факторите на външната среда и начина на живот.

От няколко десетилетия глобалните усилия за контрол на хроничните незаразни болести бележат успех и вече има значими резултати в много развити страни. Практиката показва, че редуцирането на основните рискови фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност) води до намаляване на смъртността и заболяемостта от тези болести, съответно и на тяхното бреме за обществото.

Това означава, че България има неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на хората и предотвратяване на голяма част от заболяемостта от хронични незаразни болести и предотвратимата смъртност. Този потенциал е предимно в областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите и изисква успоредни действия в няколко направления:

- подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични);
- приобщаване на населението към здравословния начин на живот;
- осигуряване на ресурси за реализация на програмите за профилактика и ранна диагностика на хроничните незаразни болести.
- осигуряване на капацитет на лечебната мрежа за своевременно и качествено, в т.ч. високотехнологично лечение.

Прилагането на тези мерки в синергия има ключово значение за ефективността на постигнатите резултати.

Друг важен стратегически приоритет, който следва да бъде потвърден на база на представените данни, е опазването и подобряването на детското здраве, тъй като детството е периодът в който се поставят основите на индивидуалното здраве и здравно поведение, което от своя страна ще формира общественото здраве на бъдещите поколения.

3. ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ, ПРОИЗТИЧАЩИ ОТ РИСКОВИ ФАКТОРИ НА СРЕДАТА И НАЧИНА НА ЖИВОТ НА ГРАЖДАНИТЕ

„Лошото здравословно състояние на много българи може да бъде свързано с редица здравни детерминанти, включително условията на живот и труд, физическата среда и поведенческите рискови фактори. Най-малко 40 % от общата тежест на заболяванията в България (измерена по отношение на DALY) може да се отнася до поведенчески рискови фактори, включително тютюнопушене, консумация на алкохол, рискове, свързани с хранителния режим и ниска физическа активност. От всички рискови фактори рискове, свързани с хранителния режим, тютюнопушенето и високия индекс на телесна маса допринасят най-много за лошото здраве в България (ИМЗ, 2016 г.)“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

3.1. Рискови фактори, свързани със социално-икономическата среда (социални детерминанти на здравето)

Доходи на домакинствата

През 2016г. се запазва се тенденцията, касаеща ръстът на доходите на домакинствата, които както и през 2015 г. леко изпреварват този на разходите. Реалните доходи на домакинствата през 2016 г. нарастват с 5,3% в сравнение с предходната 2015 г. През 2016 г. годишният общ доход средно на лице от домакинство е 5167 лв. и нараства с 4,3% спрямо 2015 г.

По данни на НСИ за периода 2008-2016 г. общият доход средно на лице от домакинството се увеличава близо 1,5 пъти.

Разходи на домакинствата

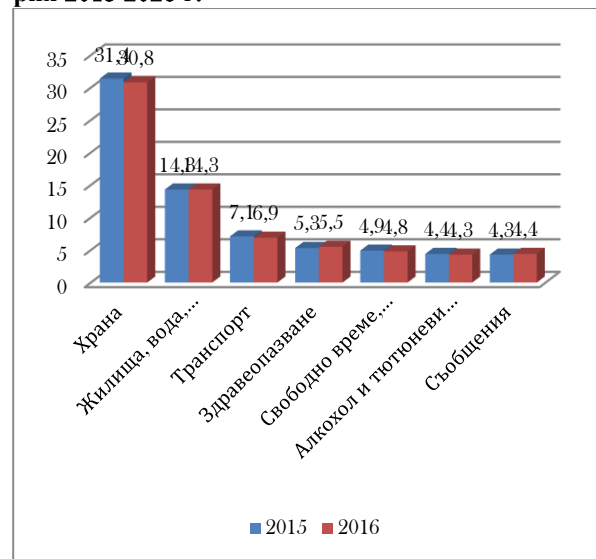
Разходите следват тенденцията на динамичните промени в доходите. Общият разход на домакинствата през 2016 г. се увеличава с 1,9% спрямо 2015 г. По данни на НСИ през 2016 г. българските домакинства са изразходвали 4 755 лв. средно на лице.

Запазва се тенденция на нарастване, като за периода 2008 г. - 2016 г. разходите на домакинствата се увеличават 1,5 пъти.

По данни на НСИ през последните пет години започва процес на постепенно понижаване на относителния дял на разходите за храна и безалкохолни напитки в общия разход. През 2016 г. този дял достига най-ниска стойност от 30,8%, което е с 0,5% пункта по-малко в сравнение с 2015 г. За храна са изразходвани 1 464 лв. средно на лице от домакинство през 2016 г. Делът на разходите за комунални услуги (жилища, вода, електроенергия, горива, жилищно обзавеждане и поддържане на дома) през 2016 г. са 856 лв. средно на лице от домакинство или 14,3% от общия разход, което е с 2% повече спрямо 2015 г.

(Фигура 21).

Фигура 21. Разходи на домакинствата в България 2015-2016 г.



Източник : НСИ

Разходите за здравеопазване са на 4-то място в структурата на разходите на домакинствата и гражданите и бележат постоянен ръст.

Средният разход за здравеопазване на едно домакинство през 2008 г. е 385 лв., през 2015 г. е 594 лв., докато за 2016 г. е в размер на 616 лв. Средният разход за едно

лице през 2008 г. е 155 лв. През 2015 г. се увеличава до 248 лв., за да достигне до 263 лв. през 2016 г. (Фигура 22). Увеличението на разходите за здравеопазване на едно домакинство за периода 2008-2016г. е 1,6 пъти, което е малко над общия размер на увеличение на всички разходи на домакинствата за същия период – 1,5 пъти.

За сравнение през 2016 г. средният годишен разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия възлиза на 481 лв. и на 205 лв. на лице от домакинството.¹⁶

Фигура 22. Среден разход на домакинство и на едно лице за здравеопазване, в лв.



Източник: НСИ

Бедност

Бедността е фактор с многопосочно въздействие върху здравето в неговите биологични, психични и социални измерения.

Линията на бедност за България за 2016 г. е 308.17 лв. средно месечно на лице от домакинството и бележи ръст спрямо предходната 2015 г. При този размер на линията под прага на бедност са били 1 639 мил. лица, или 22.9 % от населението на страната. Следователно размерът на линията на бедност намалява с 5,4%, но относителният дял на бедното население нараства с 0,9% пункта през 2016 г. в сравнение с 2015 г.

Системата за социална защита има съществено значение за редуциране на бедността. Данните за 2016 г. показват, че ако в доходите на домакинствата се включат доходите от пенсии, но се изключат оста-

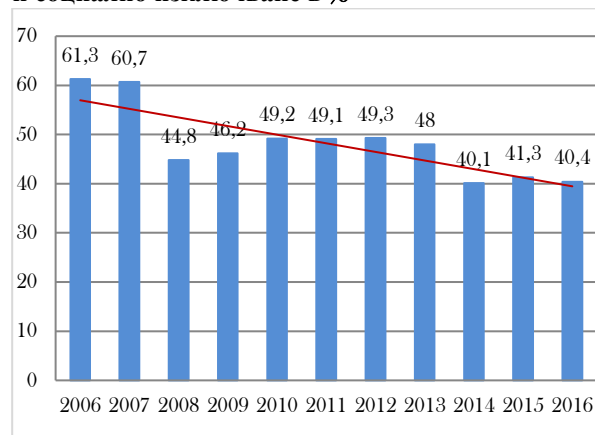
налите социални трансфери (обезщетения, социални и семейни помощи и добавки), равнището на бедност се повишава от 22,9 до 27,9%, или с 5 процентни пункта.

Основният фактор, който увеличава риска за попадане в групата на бедните за преобладаващата част от населението, е тяхната икономическа активност и участието им на пазара на труда. Относителният дял на бедните е най-висок сред безработните лица – 54,6% за 2016 г.

През 2016 г. делът на бедните сред заетите лица нараства спрямо предходната година с 3,8% пункта до 11,6 %, като при работещите на непълно работно време рискът за изпадане в бедност е повече от четири пъти по-висок от този при работещите на пълно работно време.

Общо за страната относителният дял на хората в риск от бедност и социално изключване остава сравнително висок, но намалява (фиг. 23)

Фигура 23. Процент на хората в риск от бедност и социално изключване в %



Източник: НСИ

Картографирането на бедността в страната очертава драстични различия в териториален план. По експертни оценки, съществени са и различията в профила на бедност в градовете и в селата. Градската бедност е парична, докато бедността в селата е очертана от липсата на работа, некачествени или недостъпни здравни, образователни и социални услуги. През 2016 г. най-ниската линия на бедност се наблюдава в областите Видин и Пазарджик – съответно 194 и 204 лв., а най-високата – в област София

¹⁶ Национален статистически институт www.nsi.bg

(столица) (473 лв.), следвана от областите Стара Загора (332 лв.) и Габрово (328 лева). Най-висок е относителният дял на бедните в областите Сливен (31.4%), Пазарджик (28.2%), и Варна (26.6%).

Деца в риск от бедност и материални лишения

Децата са специфична уязвима група, която в много голяма степен е застрашена от риск от бедност и социално изключване. През 2016 г. 31.9% от децата на възраст 0 - 17 г. в България са изложени на риск от бедност, или с 6,5. процентни пункта повече спрямо 2015 г. Социалните трансфери към домакинствата намаляват риска от бедност сред децата с 11.6 процентни пункта. Рискът е най-висок при деца в домакинства с ниски доходи, деца с увреждания, онези, които са лишени от родителски грижи и които живеят в лоши жилищни условия. Нивото на бедност сред българските деца е едно от най-високите за ЕС. През 2016 г. относителният дял на децата с материални лишения е 51,4%, а за 6,0% от децата нито една потребност (изследване при 13 показателя) не може да бъде удовлетворена поради финансови причини.

Трудова заетост и безработица

Общият брой на заетите лица в България през 2016 г. е 3,0168 млн. души или 49,3% от населението над 15 и повече навършени години. Заетите на възраст 15-64 г. са 2 954,3 млн. души. Коефициентът на заетост на населението в същата възрастова група е 63,4%, съответно 66,7% за мъжете и 60,% за жените. Независимо от това той остава под средния за 28-те страни на ЕС (Евростат).

През 2016 г. икономически активните (навършени 15 - 64 г.) са 3,1996 млн. души, или 68,7% от населението на същата възраст.

В края на 2016 г. безработните лица са 215 хил., а коефициентът на безработица - 6.7%. Положително явление и през 2016 г. е намаляване делът на продължително без-

работните (от една или повече години) - за година делът им намалява с 0,8 процентни пункта. През 2016 г. младежката безработица се понижава с 0,5 процентни пункта.

Образование

Образованието е ключово средство за борба с бедността и социалната изолация. Образованието оказва влияние и върху информираността на гражданите и здравното им поведение.

Образователната структура на населението на 7 и повече навършени години значително се подобрява, следвайки ясно изразената тенденция на увеличаване на броя и дела на населението с висше и средно образование при същевременно намаляване на броя на хората с основно и по-ниско образование.¹⁷

Към 1.02.2011 г. броят на лицата с висше образование е 1 348.7 хил. (19.6%), или всеки пети е висшист. В сравнение с предходното преброяване през 2001 г. относителният дял на висшистите се увеличава с 5.5 процентни пункта. Лицата, завършили средно образование, към момента на преброяването са 2 990.4 хиляди (43.4%).

Значителни са различията в образователната структура по местоживееене - почти три четвърти от жителите на градовете (71.6%) са със завършено най-малко средно образование, докато за жителите на селата този относителен дял е едва 40.3%. Броят на лицата „никога непосещаващи училище“ в България е 81.0 хил., или 1.2% от населението на 7 и повече навършени години. Неграмотните лица са 112 778, а относителният им дял от населението на възраст 9 и повече навършени години е 1.5%.

¹⁷ Преброяване 2011 – окончателни данни НСИ

4.2. Рискови фактори, свързани с околната и трудовата среда

Атмосферен въздух

Атмосферното замърсяване се идентифицира като съществен, но предотвратим рисков за човешкото здраве фактор. Системната експозиция на повишени нива атмосферни замърсители директно или индиректно провокира диапазон от нежелани ефекти - от незначителни функционални смущения до появата на сериозни заболявания на отделни органи и системи. Международните и европейските институции акцентират върху ролята и значението на атмосферното замърсяване в структурата на заболяемостта и смъртността и оценявайки високата му цена за обществото апелират към разработване и прилагане на глобална стратегия по околна среда и здраве с водеща роля на здравния сектор в процеса на подобряване качеството на въздуха и минимизиране риска за здравето на населението.

Въпреки, че през последните години в страната се регистрира намаляване на средногодишните нива и броя на дните с превишения на допустимите концентрации на основните атмосферни замърсители и тенденция към подобряване качеството на въздуха, все още в редица градски населени места замърсяването с фини прахови частици персистира и остава основен проблем за здравето не само на настоящите, но и на бъдещите поколения.

Възможностите за редуциране нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното им въздействие върху здравето на населението, насочени към основните регионални емитери, са свързани с изнасяне на промишлените дейности извън жилищни и рекреационни зони и територии на населените места; газифициране на населените места с оглед намаляване на емисиите на прахови частици, серен диоксид и азотни оксиди от битовото отопление; залесяване на общинските терени, възстановяване и поддържане на озеленителните пояси; оптимизиране на трафика,

обновяване на автомобилния парк на градския транспорт, изграждане на велоалеи; оптимизиране системата на сметосъбиране и сметоизвозване, забрана за изгаряне на отпадъци на нерегламентирани терени и др.

С цел опазване здравето на гражданите следва да се поощрява развитието на иновационни и нисковъглеродни технологии, целящи създаване на екологичночисти производства.

Необходимо е идентифициране и прогнозиране на очакваните рискове и ползи за здравето, асоциирани с най-замърсяващите отрасли, с оглед подбор на подходящи интервенции, гарантиращи най-много ползи за здравето.

Питейни води

От основно значение за общественото здраве и качеството на живот на населението е осигуряването на непрекъснато водоснабдяване с безопасна и съответстваща на нормативните изисквания питейна вода, предпоставка за което е централизираната водоснабдителна система.

По данни на НСИ¹⁸ от годишните статистически наблюдения за водоснабдяване и канализация през периода 2012-2015г. 99,3% от населението в страната е свързано с обществено водоснабдяване, което е показател за висока степен на достъпност и осигуреност на потребителите с вода за питейно-битови цели, която е обект на мониторинг. Въпреки това все още има населени места, в които през годините се налага въвеждане на сезонен или целогодишен режим на водоподаване.

В страната са обособени общо 2 609 зони на водоснабдяване. От тях 176 са големи - в денонощие се подават над 1000 куб. м. вода и/или се водоснабдяват над 5000 жители. Мониторинг се извършва в 11 000 пункта по органолептични, химични, микробиологични и радиологични показатели. Според обобщените данни от контрола на

¹⁸ Национален статистически институт (<http://www.nsi.bg/>), Статистика на водите.

качеството на питейната вода при потребителя през 2016 г., съответствие с нормите има при 98.7% (97,8 за 2015 г.) от общия брой анализи на питейни води, направени от РЗИ.

По микробиологични показатели при извършени 37 784 анализа, съответствие с изискванията се отчита в 95,95% (при 95,7% за 2015 г.), като по здравно значимите показатели ешерихия коли и ентерококи то е около 98%. Сравнително по-висок е дялът на несъответствия по микробиологични параметри в по-малки зони на водоснабдяване, с неефективна и непостоянна дезинфекция на водата, както и в зони с амортизирана ВиК мрежа и чести аварии.

По физико-химични (органолептични и химични) и радиологични показатели са извършени общо 213 338 анализа, като съответствие с нормативните изисквания е установено в 99,1% от тях (без значима промяна спрямо предходната година).

Химични показатели с регистрирани отклонения в 10 и повече зони:

- нитрати - при общо съответствие 95,1% за цялата страна, с най-широко разпространение остават отклоненията по показател нитрати, регистрирани в 326 предимно малки зони на водоснабдяване, в райони с развито земеделие и животновъдство. Проблемът е с многогодишна давност, като най-засегнати са водоснабдителни зони в областите Ст. Загора, В. Търново, Бургас, Ямбол, Плевен, Шумен, Хасково, Варна, Ловеч, Разград, Добрич, Русе, Търговище, Пловдив, Враца и Сливен. В около половината от зоните отклоненията са със сравнително траен характер. Преобладават превишения до два пъти над допустимата концентрация. В малка част от случаите се наблюдават отклонения и по показател нитрити.

- флуориди - в 10 малки зони в областите Бургас, Плевен, Хасково и Ст. Загора. Свързани са с природно обусловено повишено съдържание във води от подземни източници, често ситуирани в близост до находища на богати на флуор минерални води.

- хром - в около 17 малки зони в областите Плевен и Монтана. Дължат се на естествено повишено съдържание на хром във водата и липса на пречистване.

По химични показатели с индикаторно значение отклонения в повече от 10 зони са регистрирани по:

- манган - в 41 зони, предимно в областите Хасково, Ямбол и Габрово. Най-сериозен остава проблемът в гр. Симеоновград и селата към зона „Брягово”, с. Николово, с. Сталево в област Хасково. Свързани са с естествените условия, при които се формират водите.

- желязо - в 57 зони, най-често в гр. София, Хасково и Габрово.

- органолептични показатели (най-често мътност, по-рядко - цвят, мирис, вкус). В някои случаи отклоненията се дължат на наднормени количества на желязо и манган в подаваната вода, а в други - на липса на пречистване на водата от повърхностни водоизточници или често аварийращи водоснабдителни мрежи на населените места;

- сулфати - в 12 зони;

- рН - в 14 зони.

За 2016 г. във връзка с нарушения по отношение качеството на питейната вода на централно водоснабдените населени места са връчени 720 предписания и 10 заповеди. За констатирани нарушения на здравните изисквания са издадени 102 акта за установени административни нарушения и 88 наказателни постановления. В резултат от предприетите адекватни мерки от страна на органите на държавния здравен контрол и ВиК операторите, като цяло установените несъответствия през годината не са създали непосредствен и сериозен риск за здравето на потребителите.

През 2016г. не са регистрирани епидемични взривове свързани с питейните води.

Основните мерки, които следва да се предприемат за решаване на проблемите с качеството на питейните води, най-често са свързани с необходимост от:

- реконструкция и модернизация на водоснабдителните мрежи и съоръжения,

изграждане на нови станции за пречистване и дезинфекция на питейни води;

- търсене и разкриване на нови водоизточници, създаване на връзки между зони на водоснабдяване, където е необходимо, с оглед недопускане отклонения в качеството на водата, подавана за питейно-битови цели;

- актуализиране на санитарно-охранителните зони около водоизточниците и засилен контрол върху спазването на забраните и ограниченията в тях;

- подобряване на контрола върху спазване правилата на добрата земеделска практика и други мерки с цел недопускане замърсяването на водите с нитрати от земеделски дейности; реализиране на програми за обучение на фермерите - важна предпоставка за недопускане замърсяването на питейните води с нитрати и пестициди. Въвеждане на задължителен характер на правилата за добра земеделска практика във вододайните зони.

По препоръка на МЗ, Министерството на регионалното развитие и благоустройството е предприело мерки за проектиране и изграждане на пречиствателни станции за питейни води за градовете Симеоновград и Шумен.

В изпълнение на Стратегията за водния сектор са разработени и одобрени (вкл. и от МЗ) регионалните генерални планове за развитие на ВиК инфраструктурата на обособените територии. През 2016 г. започна разработването на регионални прединвестиционни проучвания за конкретизиране на мерките, свързани с основните проблеми с качеството на питейната вода в съответните региони, начините, сроковете и финансовите средства необходими за решаването им.

Води за къпане

Министерство на здравеопазването чрез РЗИ извършва системен контрол и мониторинг на качеството на водите за къпане. През 2016 г. в страната са официално определени 94 зони за къпане, от тях 90 по Черноморското крайбрежие. Всяка от зо-

ните има представителен пункт, включен в Информационната система по водите на ЕС (WISE). Контролът на водите се извършва по микробиологични показатели (ешерихия коли и чревни ентерококи).

На база на резултатите от мониторинга през последните четири сезона за къпане (2013-2016 г.) зоните за къпане в страната са категоризирани, както следва:

- с „отлично качество“ - 64,9% от зоните (61 зони при 67 за 2015 г.);

- с „добро качество“ - 28,7% от зоните (27 зони при 19 през 2015 г.);

- със „задоволително качество“ - 5,3% от зоните (5 зони при 5 за 2015 г.);

- с „лошо качество“ - 1,1% от зоните (1 зона при 3 за 2015 г.).

За разлика от 2015 г., 5 от зоните за къпане подобряват класификацията си, а в 7 се отчита влошаване на качеството на водите от „отлично“ в „добро“.

През 2016 г. в категория с „лошо качество“ продължава да бъде „Офицерски плаж“, гр. Варна, който през по-голямата част от сезона е бил с наложена забрана за къпане, поради значително микробиологично замърсяване на водата.

Съгласно публикувания от ЕК Общоевропейски доклад за качеството на водите за къпане в ЕС през сезон 2016 г. водите с отлично качество са 85,5%, с добро - 8,4%, със задоволително - 2,4% и с лошо - 1,4%.

Изложените по-горе данни показват относително нисък дял на водите с отлично качество в България, при сравнително висок процент на такива с добро или задоволително качество, поради което като цяло качеството на водите за къпане в страната е сравнително ниско, спрямо други страни-членки на ЕС.

Най-чести причини за влошено качество на водите за къпане са недостатъчният брой и капацитет и/или недобра поддръжка на станциите и съоръженията за пречистване на отпадъчни води при активно застрояване/презастрояване на крайбрежието, нерегламентирани зауствания и изпускания на непречистени отпадъчни води, вкл. и от заведения, разположени на или в близост

до плажовете, нерегламентирано заустване на отпадъчни води в дъждовни канализации, изливащи се в или в близост до зоните за къпане и др.

В Министерството на здравеопазването не са докладвани от регионалните структури данни за доказана връзка между състоянието на водите за къпане и възникване на заболявания през сезон 2016 г.

Отпадъци

През 2016 г. не са доказани епидемиологично свързани случаи на заразни заболявания, в резултат на лошо поддържане чистотата на населените места, събирането и извозването на битовите отпадъци.

С оглед безопасно третиране на медицинските отпадъци, приоритет продължава да е контролът на лечебните заведения за управление на болничните отпадъци.

Шум

Шумът е един от факторите с най-неблагоприятно въздействие върху населението в големите градове. Потенциалът му като източник на вредни въздействия е безспорен.

Директиви 2002/49/ЕО и 2015/996/ЕС дават на страните-членки на ЕС възможност за въздействие на всички ръководни нива в държавите - членки за ограничаване на шума, чрез анализ на статистически значими резултати и съставяне и реализиране на работещи планове за действие.

Министърът на здравеопазването ръководи националната система за анализ, оценка и контрол на шума в урбанизираните територии. В съответствие със задълженията си на компетентен орган по прилагане на европейското законодателство в тази област, Министерството на здравеопазването чрез своите териториални органи – регионалните здравни инспекции (РЗИ), извършва мониторинг на шума в урбанизираните територии на населените места, като изготвя обективна оценка за шумовото състояние.

През 2016 г., в рамките на националната система за мониторинг на шум, РЗИ са извършили измервания на шум в общо 725 пункта, като са обхванали всички областни градове и девет общини - Ботевград, Самоков и Своге от Софийска област, Горна Оряховица и Свищов от област Велико Търново, Дупница от област Кюстендил, Казанлък от област Стара Загора, Попово и Омуртаг от област Търговище.

През 2016 г., в 531 бр. от контролните пунктове в страната са измерени стойности над допустимите, което представлява 73,24 % от общия брой контролирани зони.

Относителният дял на пунктовете с установени нива на шума над граничните стойности се е увеличил с 1,85 % в сравнение с 2015 г., през която са били общо 71,39%.

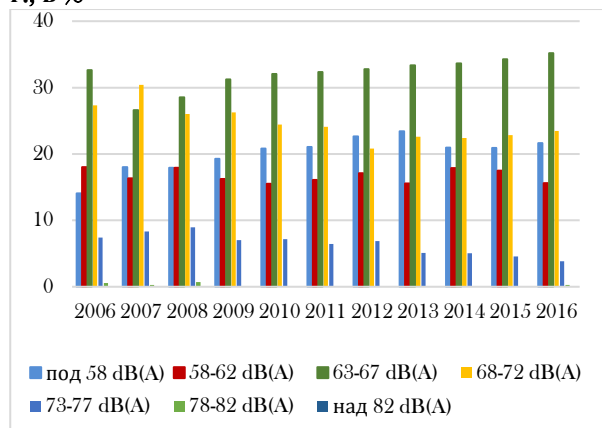
Наднормени стойности са отчетени в 193 бр. от пунктовете, разположени в територии и зони, подлежащи на усилена шумозащита, което представлява 36,3 % от пунктовете с измерени нива над граничната стойност.

През последните години се наблюдава запазване на положителните тенденции – намалява броят на пунктовете, попадащи в диапазона на високите шумови нива¹⁹ (73-77) dB(A) през целия наблюдаван период, като през 2016 г.той е намалял с 0,68%, а в диапазона над 82 dB(A) не се регистрират пунктове с такива нива на шума.

В диапазона (63-67) dB(A) попадат 35,17% от общия брой контролирани зони, което е най-високата стойност, изразена в процентно съотношение за изминалия единадесетгодишен период. Като цяло се запазва тенденцията броят на пунктовете в този интервал да нараства.

¹⁹ За проследяване на общото ниво на шума през годините, получените данни за отделните пунктове от градовете на цялата страна се разпределят и се групират в следните диапазони: под 58 dB(A); 58-62 dB(A); 63-67 dB(A); 68-72 dB(A); 73-77 dB(A); 78-82 dB(A); над 82 dB(A).

Фигура 24. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р България за периода 2006 – 2016 г., в %



Ако се разгледа динамиката в целия изследван период 2006 – 2016 г. (фиг. 23 и Приложение № 1, табл. 8), през който се провежда мониторинг на шум съгласно Директива 2002/49/ЕО, се забелязва слабо намаление на експозицията на шум в контролираните зони в годините от 2006 г. до 2015 г. През 2016 г. има леко завишение на нивата на шума в диапазоните 63-67 и 68-72 dB(A) в сравнение с предходния десетгодишен период.

Като цяло, акустичната обстановка в големите градове на България през 2016 г. не се е променила значително. В по-голямата част от контролните пунктове измерените еквивалентни нива на шум надвишават граничните стойности. Основният източник на шум продължава да бъде изключително натовареният автомобилен трафик. Шумовото замърсяване създава реален проблем за населението, обитаващо градската среда, където потоците от автомобилен трафик продължават да се увеличават. Вследствие на извършваните реконструкции и ремонти на пътните настилки, регулирането на пътния трафик, подмяната на амортизиращия градски транспорт и засаждането на нова растителност, проектирането на шумозащита при санирането на сгради, може да се очаква снижаване на шума през следващите години.

Нейонизиращи лъчения

Нейонизиращите лъчения (НЙЛ) са универсални фактори, както в околната среда, така и на работните места. Няма технология, индустрия, дейност на човека, които да не са свързани с въздействие на някакъв вид нейонизиращо лъчение – постоянни или променливи електрически и магнитни полета, радиочестотни и микровълнови лъчения, оптична радиация от целия спектър – ултравиолетово (УВ), видимо или инфрачервено (ИЧ) лъчение. Съвременните технологии са насочени основно към прилагане на НЙЛ от различни честотни обхвати, като например енергетиката, транспорта, комуникациите, медицината, козметиката и други.

Поради широкото им приложение НЙЛ са с голямо значение за здравето на населението. При прякото им или косвено въздействие, те могат да създадат условия за сериозни нарушения на здравето на човека, поради различни механизми на взаимодействие чрез нетоплинни и топлинни ефекти в различни органи и върху целия организъм; чрез термично или фотохимично въздействие върху очите и кожата, както и чрез някои специфични въздействия върху анализаторите, централната нервна система, вестибуларния апарат, сърдечно-съдовата и половата система. Не помалко значение има класификацията на Международната агенция за изследване на рака (IARC), която е включила почти целия диапазон на НЙЛ в различни категории на човешките канцерогени – УВ лъчение в категория 1 (доказан канцероген), а нискочестотните магнитни полета и микровълновите лъчения, излъчвани от мобилните телефони – в категория 2B (възможен канцероген).

Източници на НЙЛ

В регистрите на обектите с обществено предназначение в България са регистрирани общо 5265 източници на нейонизиращи лъчения. През 2016 г. е извършен контрол на 188 обекти, източници на нейонизиращи лъчения, които са разположени в близост до детски, учебни и лечебни заведения.

През същия период е извършен контрол в околността на 304 обекта, източници на НЙЛ, разположени на територия на населените места към съответните РЗИ.

Резултатите от мониторинга на източници на електро-магнитни полета (ЕМП) показват следното: всички стойности на плътност на мощност $S[\mu W/cm^2]$ в контролните пунктове на измерване са под допустимата стойност от $10 \mu W/cm^2$, съгласно изискванията Наредба № 9/1991 г.

Максималната измерена стойност на плътността на мощност $S [\mu W/cm^2]$ от всичките 492 обекта преминали през планов мониторинг, е $4,07 \mu W/cm^2$, която е под 50 % под допустимата стойност. Измерената стойност е регистрирана на територията на гр. София и причината за това е гъстотата на източниците в близост до пункта на измерване.

Измерванията и оценките на НЙЛ през 2016 г., извършени от НЦОЗА, обхващат източници на ЕМП, използвани в комуникацията (базови станции за мобилна комуникация, радио и ТВ-станции, радар), излъчващи в радиочестотния и микровълновия диапазон на електромагнитния спектър - 514 броя, медицината - главно апарати за магнитно резонансна диагностика, източници на постоянно магнитно поле, нискочестотни и радиочестотни полета - 7 броя, промишлеността - класификация и оценка на условията на излъчване на 1 лазерна система.

Направени са 695 експертни оценки на източници на нейонизиращи лъчения, включващи базови станции, радио и ТВ станции, радар и др.

При измерванията по жалби на граждани са регистрирани стойности над максимално допустимите при 2 случая. По случаите са предприети мерки, включващи промяна на техническите характеристики на излъчвателите.

Здравно-радиационен мониторинг на населението

Националният център по радиобиология и радиационна защита (НЦРРЗ) провежда здравно-радиационен мониторинг на факторите на жизнената и околната среда за

оценка на облъчването на населението на България.

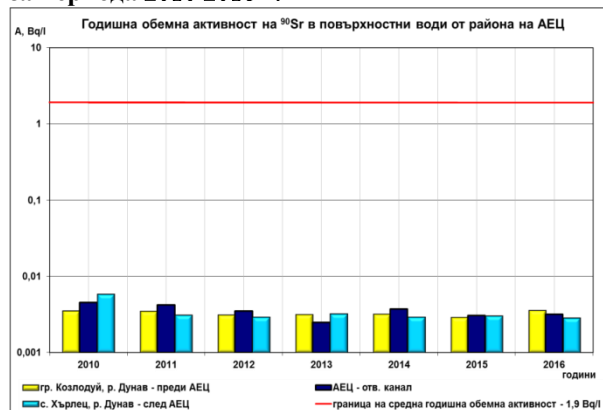
През 2016 г. в НЦРРЗ са извършени изследвания на 545 броя проби - хранителни продукти, питейни, повърхностни и минерални води, почви, дънни утайки, растителност, атмосферни отлагания, атмосферен въздух, строителни материали и други обекти; направени са 1796 броя радиохимични, 268 броя гама-спектрометрични анализи и 1796 броя радиометрични определяния. В посочения брой не са включени анализите по осигуряване на контрол на качеството и повторенията на определени анализи.

НЦРРЗ извършва здравно-радиационен мониторинг и контрол на факторите на жизнената среда в районите около ядрени съоръжения - „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД, Ядрена научно-експериментална база към ИЯИЯЕ - БАН, района на специализираното поделение на ПХРАО - Нови Хан към ДП „Радиоактивни отпадъци“ и около обектите на бившия уранодобив.

Резултатите от провеждания през 2016 г. от НЦРРЗ здравно радиационен мониторинг сочат, че естественият гама-фон в района на ПХРАО „Нови хан“, експерименталния реактор на БАН и този в 6-90 км зона около АЕЦ „Козлодуй“ не е повлиян от експлоатацията на ядрените съоръжения и обектите с източници на йонизиращи лъчения и не се отличава от характерния за съответните региони локален гама-фон, не са регистрирани отклонения и в радиационния гама-фон около обектите на бившия уранодобив.

На фиг. 25 и фиг. 26 са представени средно-годишните обемни активности на стронций-90 и цезий-137 за последните 6 години в точки на пробоотбор от р. Дунав, разположени преди и след АЕЦ „Козлодуй“. С червена линия е представена границата, съгласно Наредба за основните норми за радиационна защита, приета с Постановление № 229 на Министерския съвет от 2012 г., за съдържание на посочените радионуклиди и то в питейна вода.

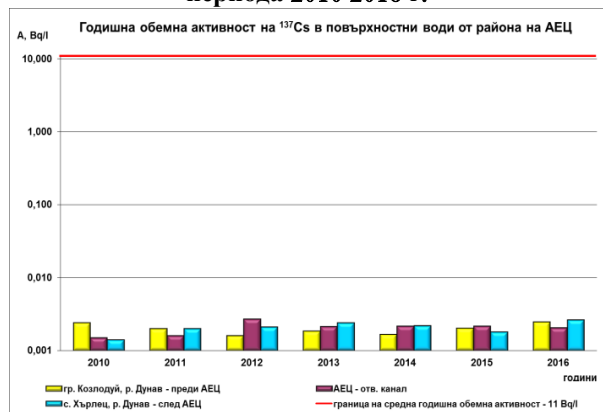
Фиг. 25. Средно годишно съдържание на стронций-90 в повърхностни води от района на АЕЦ за периода 2010-2016 г.



Източник: НЦРРЗ

Резултатите от направените измервания показват, че регистрираните съдържания на техногенните радионуклиди цезий-137 и стронций-90 са многократно по-ниски от допустимите за питейна вода и са пренебрежимо малки по отношение изискванията на законодателството по отношение на допустимите нива на изхвърлянията от АЕЦ.

Фиг. 26. Средно годишно съдържание на цезий-137 в повърхностни води от района на АЕЦ за периода 2010-2016 г.



Източник: НЦРРЗ

По отношение на резултатите от мониторинга, провеждан в землищата на населените места около ПХРАО „Нови хан“, може да се отбележи, че максималните резултати за съдържание на естествен уран във водите от района са получени за чешма „Търнава“ в с. Нови хан. Категорично, наличието на по-високите концентрации не се свързва с дейностите на хранилището, а се дължи на богатите на естествен уран

руди, налични в района, поради което в миналото се е извършвал уранодобив.

При проведените в НЦРРЗ гама-спектрометрични анализи за определяне на гама-излъчващи радионуклиди в пробите от продукти и стоки със значение за здравето на човека не се регистрира несъответствие с нормативната уредба, с изключение на една проба естествена тор суперфосфат по отношение на уран-238.

Получените от НЦРРЗ резултати от радиологичните анализи на продукти от търговската мрежа (прясно мляко, месо, сирене, кашкавал, плодове, зеленчуци, варива, детски млека и др. детски храни), както и смесена диета (24 часово меню), изследвани с цел оценка на облъчване на населението от поглъщане на техногенни радионуклиди, показват съответствие с нормативните изисквания.

При изпълнението на мониторинговата програма в обекти от бившата уранодобивна и уранопереработвателна промишленост са извършени 510 броя измервания на мощност на дозата гама-лъчение, взети са 36 проби вода и 14 проби почви и дънни утайки. Пробите вода се анализират за съдържание на естествен уран, пробите почви и дънни утайки се подлагат на гама-спектрометричен анализ. По показател уран в проби води, изтичащи от минните изработки на обследваните обекти 6 проби са показали резултати над нормативно установените. Стойностите на 10 проби вода за естествен уран са близки до нормативната стойност от 7500 Bq/m³.

Оценената годишна ефективна доза от надфоновото облъчване на лица от населението, живеещо около АЕЦ „Козлодуй“ и ПХРАО-Нови хан продължава да е под 10 µSv по оценка, направена въз основа на получените за 2016 г. резултати от радиационния мониторинг в тези райони. Това показва, че не са необходими допълнителни мерки за оптимизиране на радиационната защита на населението. Предвид получените резултати от здравно-радиационния мониторинг и запазването на нивата на радиоактивност в пробите

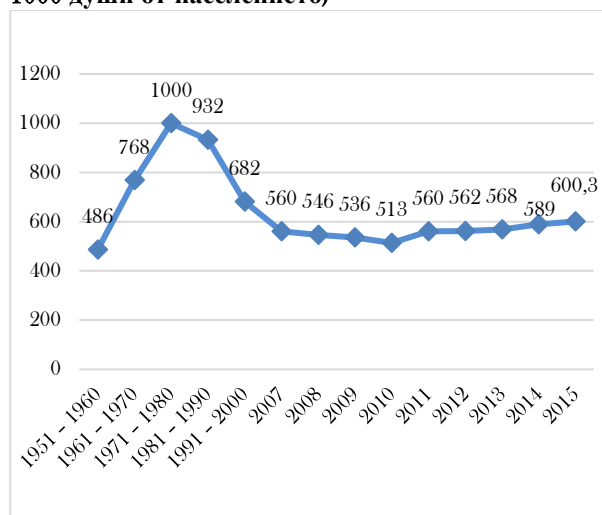
около АЕЦ “Козлодуй” и ПХРАО-Нови хан през последните години се налага преразглеждане и оптимизиране на програмите за мониторинг на тези обекти.

Разумно и обосновано е провеждането на цялостна оценка на облъчване на българското население от естествени и техногенни източници.

Облъчване в резултат на медико-диагностични процедури

Според обобщените данни за 2015 г., общият годишен брой на рентгеновите изследвания е 4307931 или средно 600,3 изследвания на 1000 души от населението (фиг. 27).

Фиг. 27. Динамика в честотата на рентгеновите изследвания в България (брой изследвания на 1000 души от населението)



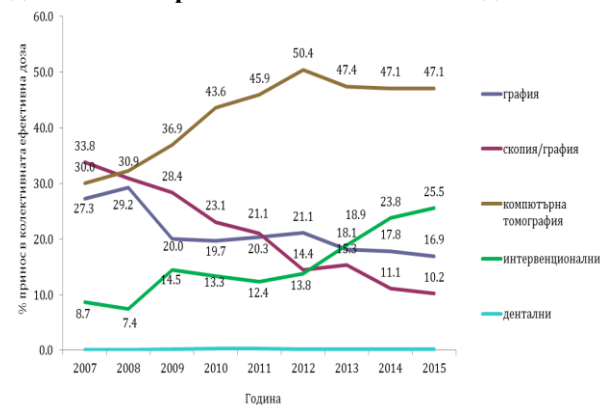
Източник: НЦРРЗ

Налице е бавно нарастване през последните години на броя на извършените рентгенови диагностични изследвания. Наред с общото нарастване на броя изследвания се наблюдава динамика в приноса на различните видове изследвания към колективната доза. (фиг.28)

Колективната ефективна доза от рентгеновата диагностика за 2015 г. се оценява на 4480 man.Sv, спрямо 3191 man.Sv през 2007 г. В периода 2007 – 2015 г. годишната колективна ефективна доза плавно нараства, следвайки динамиката в честотата на рент-

геновите изследвания. Средната годишна индивидуална ефективна доза за 2015 г. от рентгеновата диагностика е 0,6 mSv, което е два пъти по-малко от средната годишна индивидуална ефективна доза за Европа.

Фиг.28. Относителен принос (в %) на различните видове рентгенови изследвания в колективната доза на българското население от 2007 до 2014 г.



Източник: НЦРРЗ

Честотата на нуклеарно-медицинският (НМ) изследвания (възрастни и деца) на 1000 души от населението в България по налични данни през 2015 г. е 4,012, която е една от най-ниските в Европа, като е намаляла спрямо 2014 и 2013 г., когато е била съответно 5,116 и 4,395.

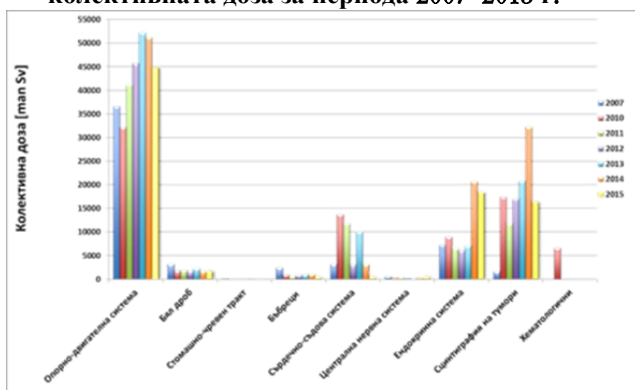
При разпределението на НМ изследвания по вид на използвания радионуклид, преобладава използването на ^{99m}Tc – 97,7 % през 2007 г. и 84,1 % през 2015 г. Делът на ^{18}F под формата на FDG е 12,9 %. За момента не се използват други краткоживущи позитронни емитери.

Сцинтиграфията на кости е най-често провежданото НМ изследване при възрастните пациенти в 48,6 % от случаите с планарна гама-камера и в 15,1 % - СПЕКТ) за 2015 г. Приносът на изследванията с ПЕТ в общия брой на НМ изследвания е 13,0 % през 2010 г., като през 2015 г. той остава същият.

Динамиката на броя на НМ изследвания, разпределени по органи и системи за периода 2007 – 2015 г. показва, че постепенно намаляват изследванията на отделителната и ендокринната система. Основен принос в честотата имат изследванията на опорно-

двигателната система (63,7 % през 2015 г.), на туморните процеси (15,1 %), ендокринната система (10,3 %), белодробната перфузия (6,2 %) и отделителната система (2,5 %). Останалите изследвания имат пренебрежим дял в общата честота. Прави впечатление много ниската честота у нас на изследванията на сърдечно-съдовата система (по-малко от 1,0 %). При децата най-често провежданите изследвания са динамичната бъбречна сцинтиграфия с ДТРА в 20,4 % от случаите и кортекс на бъбрек в 23,0 % от случаите. Сцинтиграфията на кости е провеждана при 11,7 % от пациентите в детска възраст. Други изследвания при деца са меркелови дивертикули и сцинтиграфия на тестиси.

Фигура 29. Принос на различните изследвания в колективната доза за периода 2007–2015 г.



Източник: НЦРРЗ

Изследванията на опорно-двигателната система имат основен принос както в честотата, така и в колективната доза. (фиг.29) През 2007 г. следващи по принос в честотата и в колективната доза са били изследванията на ендокринната система, но след въвеждането на ПЕТ те започват постепенно да се изместват от изследванията за целите на диагностиката на тумори. Очаква се в бъдеще, с нарастването на броя на ПЕТ уредбите и осигуряването на клинични циклотрони за производство на краткоживеещи позитронни емитери, приносът на ПЕТ в честотата на НМ изследвания и в колективната доза да нарасне.

Като цяло колективната ефективна доза от НМ изследвания през годината е 91

man.Sv, а средната индивидуална годишна доза е 0,0127 mSv, която е около 2,8 пъти по-ниска от средната за Европа.

През 2016 г. медицинското облъчване с диагностична цел формира сумарна колективна ефективна доза 4571 man.Sv/a. Основен е приносът на рентгеновата диагностика, формираща 4480 man.Sv/a и около 49 пъти по-малък – на радионуклидната диагностика с 91 man.Sv/a.

Средногодишната индивидуална ефективна доза се оценява съответно на 0,626 mSv/a за рентгеновата диагностика и 0,0127 mSv/a за радионуклидната диагностика или общо 0,64 mSv/a.

Очаква се в бъдеще, с нарастването на броя на ПЕТ уредбите и хибридните уредби (ПЕТ-КТ, ПЕТ-MPT и пр.) и осигуряването на клинични циклотрони за производство на краткоживеещи позитронни емитери, приносът на ПЕТ в честотата на НМ изследвания и в колективната доза да нарасне.

Индивидуален мониторинг на персонала, извършващ дейности с източници на йонизиращо лъчение

Професионалното облъчване с източници на йонизиращо лъчение може да възникне в най-различни отрасли - медицински, учебни и научноизследователски заведения, съоръжения от ядрения горивен цикъл и др. За осигуряване на радиационната защита на персонала от съществено значение е безопасното и обосновано използване на йонизиращите лъчения и ядрената енергия, изпълнявайки конкретни задачи като непрекъснатата оптимизация на професионалното облъчване и недопускане превишаването на границите на дозите. През 2016 г. е извършван индивидуален мониторинг на дозите от професионално облъчване на 9358 лица, от най-различни области на националното стопанство. Приложение № 1, табл. 9 е показано разпределението на отчетените ефективни дози от вътрешно и външно облъчване по области и по дозови интервали.

През годината е проведен контрол на вътрешното облъчване основно на персонал на „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД, ДП „РАО“, както и на работещи на площадката на АЕЦ външни фирми. Общият брой на лицата, на които са проведени целотелесни измервания е 3475. Оценена е само една доза от вътрешно облъчване – 1,06 mSv. В 17 лица са установен постъпления, но очакваните дози са били под нивото за регистрация.

Крайните резултати показват, че колективната доза от професионално облъчване на контролираните лица през 2016 г. е 2,316 man.Sv.

Средната годишна индивидуална ефективна доза от професионално облъчване на контролирания персонал е приблизително 0,25 mSv.

Най-много на брой - 6803 са годишните дози под нивото за регистрация,

Отчетена е една доза над границата на дозата с големина 20,54 mSv и 21 дози над нивото за разследване на условията, при които е получено облъчването. Разследванията, придружени с измервания на работните места не са потвърдили показанията на дозиметрите, поради тази причина най-вероятно отчетените по-високи дози се дължат на неправилно боравене с индивидуалните дозиметри.

Най-високите средни годишни индивидуални ефективни дози, съответно 1 mSv и 0,89 mSv са оценени при производство на изотопи и в нуклеарната медицина.

Забележителна е средната индивидуална ефективна доза в полицията (основно контрол на багажи по границите на България) от 0,6 mSv, където данните от измерванията на работната среда не съвпадат с данните от индивидуалния мониторинг, т.е. очакваното облъчване на този персонал е доста по-ниско от отчетеното с индивидуалните дозиметри.

Подобно повишение би могло с голяма вероятност да се дължи на неправилно боравене с апаратите за контрол на багаж или неправилно използване на дозиметрите.

Резултатите показват, че в България все още не се използват индиректни методи за

оценка на вътрешното облъчване, въпреки доказаните предимства в някои от ситуацията на облъчване, които несъмнено възникват при работа.

Не се провежда мониторинг на вътрешното облъчване в други потенциално значими области, като работата с естествени радиоактивни материали, особено при дейности в обектите на бившия уранодобив, както и при производство и манипулации с техногенни радионуклиди в медицината.

Не се оценява облъчването на екипажите на въздухоплавателните средства, което в някои случаи би могло да достигне до 5 mSv годишно.

Радон

Основният дял в облъчването на човека от естествения радиационен фон се дължи на радон и неговите дъщерни радионуклиди. Най-голям принос за вътрешното облъчване на населението на Земята има естественият радиоактивен елемент радон (радон-222). Подобно на останалите инертни газове, той се вдишва и издишва, без значимо взаимодействие върху организма. Въпреки че ^{222}Rn е α -лъчител, биологичната опасност е свързана с краткоживеещите му продукти на разпадане – ^{218}Po , ^{214}Pb и (^{214}Bi + ^{214}Po). Дъщерните продукти на радона са химически активни, образуват йони, които лесно се прикрепват към аерозолите във въздуха, явявайки се негова съставна част, и чрез инхалиране постъпват в човешкия организъм. Попаднали в организма аерозолите го облъчват вътрешно. Радонът е класифициран от СЗО като канцерогенен за човека. Националното проучване на нивата на радон в сгради има за цел да се оцени скринингово разпределение на средните годишни концентрации на радон в жилища по области в България. Средните годишни концентрации на радон в жилища биха могли да се свържат с облъчването на населението от естествения източник на йонизиращо лъчение - радон.

През 2015- 2016 г. НЦРРЗ проведе национално проучване на концентрацията на радон съвместно с РЗИ, в две фази в рамките на една година, с оценка на средногодишната концентрация на радон в обследваните жилища. Проучването е разработено и координирано от НЦРРЗ и проведено в сътрудничество с РЗИ в страната за позициониране на детекторите и попълване на въпросници. Детекторите са обработени в Лаборатория „Мониторинг и превенция на радон“ в НЦРРЗ. В лаборатория „Мониторинг и превенция на радон“ са обработени 5262 броя чипове за първа фаза и 5242 за втора фаза или общо за двете фази 10 504 детектора.

Измерванията на концентрацията на радон е извършена в 2 776 жилища в цялата страна. Нивата на радон варират от 12 до 1314 Bq/m³ при средна концентрация на радон 111.2 Bq/m³. Резултатите от проучването показват, че 4,4% от населението на България живее в домове с нива на радон над референтната стойност от 300 Bq/m³, регламентирани в Наредба за основните норми за радиационна защита - 2012.

Средната стойност на концентрацията на радон в измерените жилища по области варира от 76 Bq/m³ за област Монтана до 212 Bq/m³ за област Ямбол. (фиг.30). Областите са представени с номера по азбучен ред, като 1 е Благоевград, а 28 – Ямбол.

Фиг.30. Средна стойност на концентрацията на радон по административни области



Резултатите от проучването потвърждават необходимостта от продължаване на съвместните усилия на националните инсти-

туции за намаляване на общия риск за населението, както и индивидуалния риск за всеки индивид.

Специализирано медицинско наблюдение, биодозиметрия и изследвания на лица, работещи в среда на йонизиращи лъчения

През 2016 г. е проведено специализирано медицинско наблюдение на 11 079 лица, работещи с източници на йонизиращи лъчения в цялата страна. Общият брой на извършените прегледи е 25 754, от които 17 193 са редовни профилактични прегледи на 5731 лица, вторичните прегледи са 519. Новопостъпилите пациенти са 947, което представлява увеличение с 4.43% спрямо предходната година. Въвеждането в експлоатация на нова медицинска радиологична апаратура и включването на допълнителен персонал обуславя увеличението на броя проведени прегледи с 13.43%. През отчетния период няма регистрирани професионални лъчеви увреждания.

Рискови фактори, свързани с трудовата среда

У нас заетостта на работещите в традиционно рискови икономически сектори е по-висока в сравнение с голяма част от страните в ЕС, вследствие на което по-висок дял работещи са изложени на физични, химични, биологични и ергономични рискови фактори.

Висок е и дялът на работещите в условия на стрес (ниска автономност, работа в условията на недостиг на време, сменна работа, удължен работен ден и др.), като на тези фактори не винаги се обръща нужното внимание.

Застаряването на работната сила поставя редица предизвикателства при осигуряване на здравословни условия и организация на труд и трудово-медицинско обслужване.

Друг важен проблем е по-ниската информираност на една част от работещите за

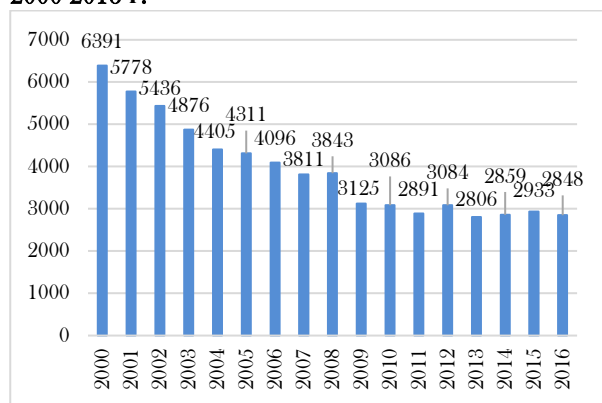
рисковете за здравето и безопасността при работа.

Едни от най-важните показатели за състоянието на условията на труд и на дейностите за осигуряване на здраве и безопасност при работа са трудовият травматизъм и разкриваемостта на професионалните заболявания. Промените в законодателството, въвеждащо превантивни подходи за осигуряване на безопасност и здраве при работа и подобряването на условията и организацията на труда в много предприятия доведоха до понижаване на трудовия травматизъм, но той остава по-висок в сравнение със средните показатели на ЕС.

Трудови злополуки

Нивото на трудовите злополуки (ТЗ) е един от най-важните показатели за състоянието на условията на труд и на дейностите за осигуряване на здраве и безопасност при работа. През 2016 г. общият брой на злополуките по оперативна информация на НОИ е 2 848, по-малък в сравнение с 2015 г., когато регистрираните трудови злополуки са 2 933 (Фигура 30).

Фиг.30 Общ брой трудови злополуки за периода 2000-2016 г.



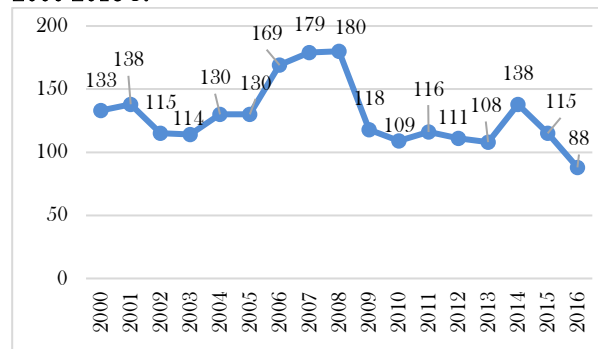
Източник: МЗ

Загубените календарни дни от трудови злополуки са по-малко спрямо 2015 г. с 45% (144 406 при 261 164 за 2015 г.).

Икономическите сектори с най-висок брой трудови злополуки са държавно управление (203 бр.), сухопътен транспорт (187 бр.), търговия на дребно (162 бр.), хуманно здравеопазване (158 бр.).

Смъртните трудови злополуки през 2016 г. са 88, а инвалидизиращите злополуки на работното място са 10, като намаляват – съответно от 115 и 57 през 2015 г.²⁰ (Фиг.31)

Фиг.31. Смъртни трудови злополуки за периода 2000-2016 г.



Източник: МЗ

Професионални болести

През 2016 г. в териториалните поделения на НОИ са открити 47 досиета за професионални болести, които са по-малък брой в сравнение с 2015 г., когато са открити 66 досиета. Заболелите лица със съмнение за професионален характер на заболяванията са 40, докато през 2015 г. те са били 58. Продължава констатираната през предходните години тенденция на нисък брой разкрити досиета на случаи със съмнение за професионална болест.

Нивото на разкрита професионална заболяемост и болестност в България е значително по-ниско от това в страните от ЕС²¹. Въпреки значителните различия по отношение на признаването на професионалните заболявания в страните на ЕС, трябва да се отбележи, че в по-ниска степен професионалните заболявания са обхванати само в Гърция, Кипър, Исландия и Ирландия.

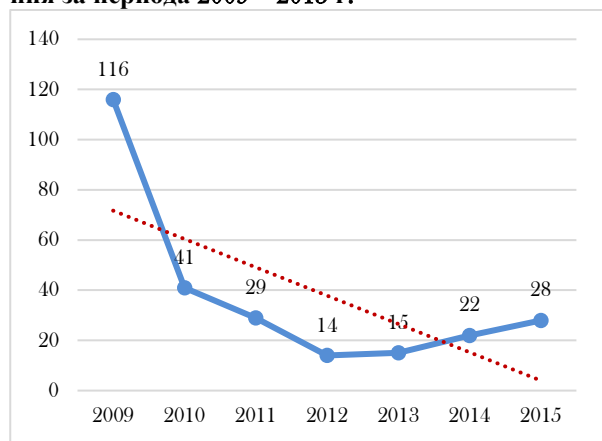
Като пример може да се даде фактът, че съгласно данните на НОИ през последните

²⁰ Статистика трудови злополуки, Национален осигурителен институт: www.noi.bg

²¹ Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects. European Commission, March 2013.

години (2009-2015 г.) в България няма регистрирани случаи на професионална заболяемост от мезотелиом, докато по данни на Националния раков регистър за периода 2007-2013 г. се установяват ежегодно от 42 до 58 нови случаи на мезотелиоми 22, 40 до 56 от които плеврални. Въпреки, че не е проследен професионалният им характер, съгласно критериите на СЗО за 90 % от плевралните мезотелиоми се приема, че имат професионална етиология. Горейзложеното предполага, че са налице недостатъци във функционирането на системата за медицинско наблюдение на работещите и ранно активно откриване на професионалните и свързаните с труда заболявания, както и в регистрацията им.

Фигура 32. Признати професионални заболявания за периода 2009 – 2015 г.



Източник: МЗ

На фиг. 32 е представена тенденцията при нивото на регистрираната професионална заболяемост. Броят на признатите професионални заболявания остава нисък. За 2015 г. най-голям брой са респираторните професионални заболявания (10), следвани от мускулно-скелетни (6) и неврологични и инфекциозни (по 4). По причина за развитие на професионалните заболявания водещи са физичните фактори и индустриалните фактори, материали и продукти (по 9 случая във всяка група).

Към 28.08.2017 г. действащите служби по трудова медицина (СТМ)²³ са 622 и практиката за участие на специалистите по трудова медицина в повече от една СТМ се запазва. Общо е мнението, че нивото на трудово-медицинската услуга е далеч от желаното, че тя често е формална, свързана с генериране на типизирани оценки на риска и препоръки, без практически принос за опазване здравето на работещите. Високата смъртност на населението в трудоспособна възраст, 21% от общата смъртност през 2016 г. по статистически данни на НОИ, и застаряването на работната сила налага предприемане на спешни мерки за подобряване качеството на трудово-медицинското обслужване, особено по отношение на превенция риска и промоция на здравето на работното място.

В заключение може да се отбележи, че трудовият травматизъм се запазва на нива близки на тези от предходните години, като смъртните трудови злополуки намаляват. Наблюдава се влошаване на разкриваемостта и регистрацията на професионалните заболявания, която остава в пъти по-ниска в сравнение с повечето страни в ЕС. Липсва информация на национално ниво относно свързаните с труда заболявания, и то при много висока ранна смъртност на населението.

Очевидно е наличието на проблеми в трудово-медицинското обслужване, за преодоляването на които са необходими законодателни промени, регламентиращи по-добре условията на функциониране на службите по трудова медицина и извършваните дейности, подобряване обезпечеността с кадри и подготовката им, осигуряване на контрол върху извършваните дейности.

²² Заболеваемост от рак в България 2009 г., Национален раков регистър: <http://www.sbaloncology.bg/bg/bulgarian-cancer-registry.html>

²³ Регистър на СТМ, МЗ

4.1.3. Рискови фактори, свързани с начина на живот

Тютюнопушене

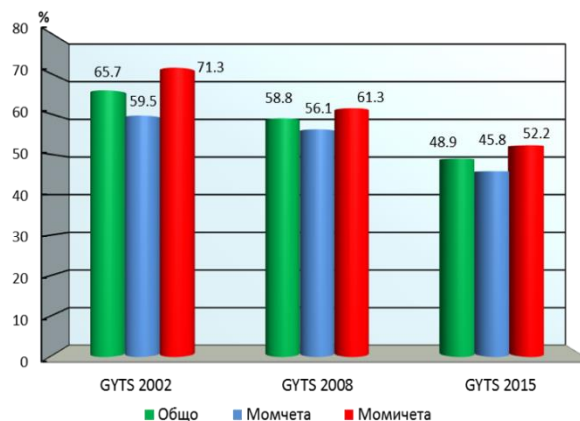
Употребата на тютюн е една от водещите предотвратими причини за разнообразни хронични незаразни болести и преждевременна смърт. За да бъде постигнато намаляване на заболяемостта и смъртността, свързани с употребата на тютюн, важен приоритет на общественото здраве трябва да стане превенцията на тютюнопушенето сред младите хора, което е и абсолютно задължителен елемент от всяко помасовно усилие за предотвратяване на тютюнопушенето.

През 2015 г. България участва в 3- Глобалното проучване на тютюнопушенето при младите хора (GYTS), разработено от Структурата на СЗО „Инициатива „Без тютюн“, СЗО и Отдел „Здраве и тютюнопушене“ към Центъра за контрол и превенция на заболяванията (CDC) (предходни проучвания през 2002, 2008) Резултатите от GYTS осигуряват актуална, единствена по рода си, национално представителна информация за употребата на тютюневи изделия и нейните детерминанти, както и за 14-годишната динамика на това явление сред българските ученици на възраст 13-15 години.

Представеният сравнителният анализ от трите етапа на проучването на основните индикатори, свързани с различните положения на мерките в РККТ и MPOWER, позволява да бъде оценена ефективността на политиката за контрол на тютюна с цел защита на младите хора от тютюнев дим.

Анализът на резултатите показва, че експериментирането с цигари²⁴ показва стабилна обща низходяща тенденция – в рамките на трите етапа на проучването броят на експериментиралите с цигари е намалял с 16.8%, по-силно изразено при момичетата (от 71.3% през 2002 г. до 52.2% през 2015 г. (Фиг. 33).

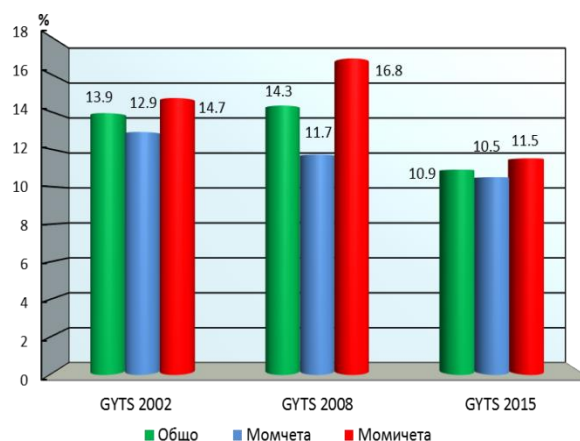
Фигура 81. Промени в дела на учениците, опитвали някога цигара, през трите етапа на проучването GYTS, България



Статистически значимият спад в общия дял настоящи пушачи на цигари²⁵ в 14-годишна динамика от 33.1% през 2002 г. до 20.4% през 2015 г., се дължи на основно на изразеното намаление на броя им през 2008 г. в сравнение с 2002 г. и стабилизирането му след това. Като цяло и в трите етапа на проучването момичетата пушат повече от момчетата.

Броят на регулярните, ежедневни пушачи на цигари (пушат 20 и повече дни в месеца) намалява от 13,9% през 2008 г. до 10,9 % през 2015 г. (Фиг. 83).

Фигура 33. Дял на ежедневните пушачи на цигари и промените в него през трите етапа на проучването GYTS, България



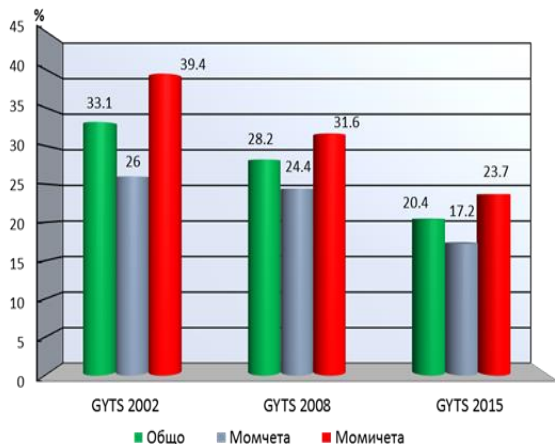
При индикатора за възприемчивост (склонност към пропушване) се наблюдава значителен спад в показателите за възприемчивост между 2008 г и 2015 г (20.4%), като намалението е и при двата пола – с 7.2

²⁴ Опитвали някога да пушат цигари, дори само едно-две дръпвания

²⁵ Пушили 1 или повече цигари през последните 30 дни

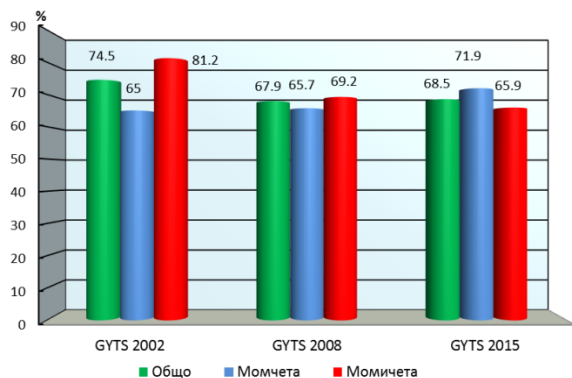
пункта при момчетата и с 7.9 пункта при момичетата (Фиг. 34).

Фигура 34. Тенденции за индикатора на възприемчивостта през трите етапа на проучването GYTS, България



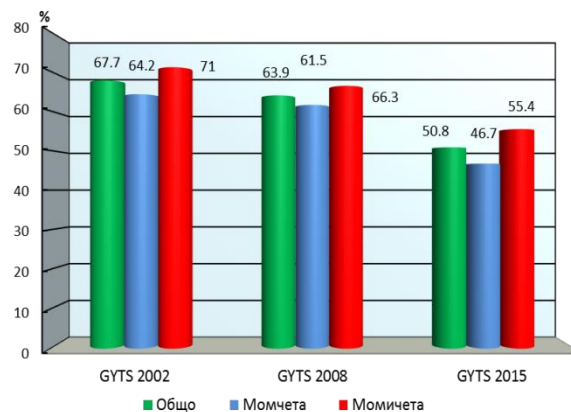
Над 2/3 от учениците купуват без проблем цигари, независимо от възрастта си. След първоначално понижение от 74.5 % през 2002 г. на 67.9% през 2008 г., дължащ се на 15-пунктов спад при момчетата (от 81.2% през 2002 г. на 65.7% през 2008 г.), делът им практически не се променя през 2015 - 68.5% за цялата извадка, без значими разлики по пол. (фиг.35)

Фигура 35 Промени в дела на учениците, безпроблемно купувачи цигари, през трите етапа на проучването



През първите два етапа на проучването около 2/3 от учениците са изложени на вторичен тютюнев дим в дома си (67.7% през 2002 г. срещу 63.9% през 2008 г.).

Фигура 36. Промени в пасивното тютюнопушене в дома си през трите етапа на проучването GYTS, България



Броят им през 2015 г. намалява статистически значимо с 16.9 пункта спрямо 2002 и 13.1 пункта спрямо 2008 г. (Фиг. 36).

GYTS, 2015 за първи път изследва употребата на наргиле сред българските ученици. Резултатите показват, че повече от една трета от настоящите пушачи на цигари са опитвали наргиле (36.2%), без установени разлики по пол (36.1% и за двете групи). Сред учениците на възраст 15 години техният дял е 1.7 пъти по-голям (43.3%), отколкото в групата на 13-годишните (24.5%). В София делът на учениците, опитвали наргиле, е 1.5 пъти по-голям (49.0%), отколкото в останалата част от страната (33.6%).

Около една пета от експериментиралите са настоящи пушачи на наргиле (16.9%), със сходен дял при двата пола - 17.2% при момчетата и 16.5% при момичетата ($P > 0.05$). Пушачите на наргиле сред 15-годишните са два пъти повече (20.6%), отколкото сред 13-годишните (10.9%). От друга страна, изключително обезпокоителен е фактът, че 10.9% от никога не употребяващите тютюневи изделия ученици са опитвали да пушат наргиле - двукратно повече момчета сравнение с момичетата (14.8% срещу 7.3%) и най-много сред тези на 14-години. Малък брой (4.1%) от непущачите, експериментирали с наргиле, пушат редовно в момента на изследването (5.6% момчета и 2.2% момичета). Най-много пушачите на наргиле се установяват сред 14-годишните (5.6% срещу 1.5% от 13-годишните и 4.4% от 15-годишните).

Тези данни са в подкрепа на редица проучвания, сочещи наргилето като възможна „входна врата“ към употребата на цигари и други конвенционални тютюневи изделия. Според последните данни на Международния сравнителен изследователски проект ESPAD 2015 за употреба на алкохол, цигари и наркотици сред 16-годишни ученици⁽¹⁾, представени през септември 2016 г.:

„Пушенето и употребата на алкохол сред 15-16-годишните ученици в Европа показват признаци на намаляване, но се появяват опасения, свързани с нови наркотици и нови поведения на зависимост“.

ESPAD 2015

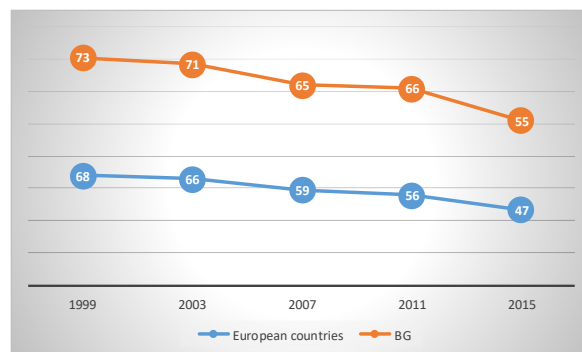
Проучването се основава на Европейското сравнително проучване, проведено през 2015 в 35 европейски страни, една от които е България. Общо 96 043 ученици в Европа са взели участие в последният етап от проучването през 2015 г., като България участва в него от 1999 г.

По отношение на тютюнопушенето сред тийнейджърите в Европа, в контекста на политическите мерки свързани с тютюневите изделия, въведени през последните две десетилетия, по всички показатели се отчитат положителни тенденции.

В изследването от 2015 г. повече от половината от анкетираните съобщават, че те никога не са пушили, докато по-малко повече от една пета съобщават, че са "настоящи пушачи" (пушили са поне веднъж през последните 30 дни).

Тези тенденции са валидни и за нашата страна, но за съжаление България е на първо място сред страните, в които най-много млади хора са пушили поне веднъж в живота (55%), като това са 60% от момчетата и 51% от момчетата.

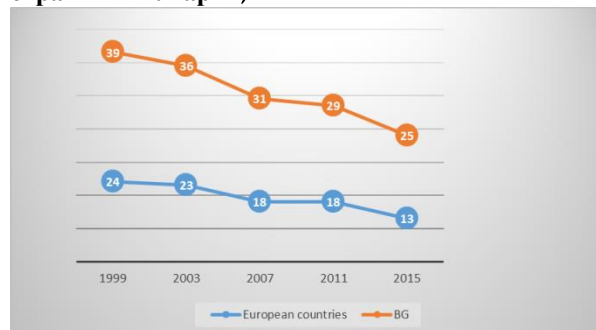
Фигура 37. Употреба на цигари поне веднъж в живота (Средно за 35 Европейски страни и България)



Поне веднъж през последните 30 дни са пушили 33% от българските ученици (37% от момчетата и 30% от момчетата), а ежедневните пушачи (поне по 1 цигара на ден) са почти два пъти повече от средния дял за страните, участвали в изследването (25% български ученици срещу 13% ученици средно за всички европейските страни, участвали в изследването).

Делът на учениците, които са започнали ежедневно пушене в ранна възраст (преди 13 г.) е намалял през тези 20 години средно от 10% до 4% в Европа, като в нашата страна е намалял от 9% до 7%. Ежедневното пушене, включително ранното начало на тази практика, продължава да бъде разпространено сред момчетата, но разликата между половете като цяло е намаляла през 20 годишния период. България е сред малкото страни, в които момчетата пушат повече от момчетата.

Фигура 38. Ежедневно пушене поне по една цигара на ден (Тенденции средно за 35 Европейски страни и България)



Независимо от благоприятните промени в политиката за тютюна през последните две десетилетия, резултатите от двата проекта

неоспоримо доказват, че тютюнопушенето сред младите хора остава все така сериозен и приоритетен проблем на общественото здраве в България. Те очертават острата необходимост от разработване и прилагане на качествено нови подходи и програми за превенция още в най-ранна училищна възраст, целящи предотвратяване на „началната“ употреба на цигари или максимално отлагане на пропушването и осигуряване на подкрепа за желаещите да се откажат.

Интервенциите за ограничаване на тютюнопушенето в тази възраст трябва да се осъществяват съгласувано с други признаци за ефективни методи за контрол на тютюна (цени на тютюневите изделия, регулаторни подходи, спазване на забраните за тютюнопушене, задължително здравно образование). Насърчаването на младите пушачи да се откажат, заедно с предотвратяване на пропушването при мнозинството особено уязвими непущачи, могат да станат важна стъпка в тази посока.

Необходимо е въвеждането на ефективни интервенции на семейно ниво, целящи да подготвят родителите за поддържане на дома, свободен от тютюнев дим, отрано да заложат очаквания за непропушване и да изграждат умения за устояване срещу влиянието и натиска на връстниците. Родителите трябва да ограничават контактите на подрастващите с медии за възрастни и да използват съвместното гледане на телевизия за обсъждане на това, как екранният образ на пушенето влияе върху поведението на подрастващите.

Необходима е съвместна работа с Министерството на образованието за широко включване, във всички класове на основното и средно училище, на ефективно образование по проблемите на тютюнопушенето, основано на предварителна и системна оценка на потребностите, нови, партиципативни обучителни методи и подход „връстници за връстници“, едновременно с изграждане на подкрепяща среда и постоянна обратна връзка за ефективността на програмата.

Наложително е разработването и прилагането на комбинирана стратегия за стриктно прилагане на забраната за продажба на тютюневи изделия на непълнолетни чрез повишаване на осведомеността за нормативната уредба и основанията за нея, лобиране за това обществеността и съответните агенции да подкрепят принципите ѝ и да започнат да преследват нарушителите на закона.

Употреба на наркотици

През последните години се наблюдава известна динамика в основните показатели за употребата на наркотици в България, което съответства на общите тенденции в Европейския съюз.

По обобщени данни от проучвания през периода 2010-2012 г.²⁶ общо около 560-570 000 български граждани от 15 до 64 години поне веднъж в живота си са употребили някакво наркотично вещество. От тази гледна точка се наблюдава увеличение на броя на хората с най-малко една употреба на някое от веществата. Проучване сред общото население (15-64 г.) показва, че към края на 2012 г. 8.4% от населението е в тази група.

Младите хора на възраст между 15 и 34 години представляват около 80-83% от всички лица във възрастовия диапазон 15-64 години, които поне веднъж в живота си са употребили някакъв наркотик. Между 36 и 39% от студентите и учениците от 9-ти до 12-ти клас поне веднъж в живота си са пробвали някакво наркотично вещество. Структурата на употребата по вид вещество остава като цяло без особени промени през последните пет години.

Канабисът остава най-често употребяваният незаконен наркотик в България. Разпространението на употребата на канабис в България остава относително стабилно. Наблюдава се тенденция на увеличаване употребата сред по-младото население. Употребата на хероин и други опиати в

²⁶ Националната стратегия за борба с наркотиците 2014-2018 г.

България остава сравнително стабилна с лека тенденция за намаление през последните пет-шест години. Хероинът продължава да бъде най-често употребяваният опиоид, въпреки че се наблюдава тенденция за увеличаване на разпространението на употребата на метадон (не за лечение) и други синтетични опиоиди.

През последните 5 г. се наблюдава тенденция на постепенно намаляване на дела на хероина като първо проблемно вещество сред пациентите, регистрирани в системата за търсене на лечение. В същото време се наблюдава постепенно увеличение на дела на тези, които търсят лечение във връзка с употреба на кокаин, други стимуланти и канабис. Възможно е тази тенденция да се дължи на по-големия дял в сравнение с предишни години на включените психосоциални интервенции като елемент от лечението във връзка с употреба на амфетамини, бензодиазепини и марихуана. Намалява броя на лицата, търсещи лечение във връзка с употреба на хероин или други опиати, както и повишаване на средната възраст на потърсилите лечение.

През 2015 г. 64,4% от регистрираните лица потърсили лечение са с основно проблемно вещество хероин; в по-малка степен метадон (10,4%, не за лечение – 4,9%), амфетамини (6,0%), марихуана (5,5%), бензодиазепини (ривотрил, диазепам) – 2,4%, кокаин, вкл. крек (2,0%), антидепресанти (1,6%), екстази (1,5%). 48,5% от потърсилите лечение са декларирали, че са започнали употребата на основното проблемно вещество на възраст до 19 г. включително, а 6,5% – до 14 г. включително.

Разпространението на ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици показва тенденция за понижаване на нивото в София – 2.4 % от изследваните в лабораторията на НЦН 332 лица за 2016г. В последните пет години нивото на HIV инфекцията при употребяващите инжекционно наркотици бележи тенденция на задържане – около 3% от тестваните. За 2016 година за първи път от 5 години е под 3 %

Нивото на Хепатит В инфекция продължава да спада в цялата група на употребяващи наркотици, особено при лица под 25 г., употребяващи инжекционно наркотици, което вероятно е последица от успешно провеждащата се от 1992 г. ваксинационна програма на всички новородени в страната. Нивото на инфектирани с вируса на Хепатит С за всички интравенозни изследвани в София е 51 %. Може да се отбележи, че има тенденция на постоянен спад в период от три години на нивото на инфектираност.

През 2016 г. България участва в поредния етап на международното проучване ESPAD.

По данни на ESPAD, 2015 г., като цяло 18% от учениците в Европа съобщават, че са използвали наркотици поне веднъж в живота си, като нивата варират значително в различните страни, участващи в проекта (диапазонът е от 6% до 37%). Следвайки общата тенденция на нарастване разпространението на употребата на наркотици в повечето страни в периода между 1995 и 2003 г., употребата до голяма степен остава стабилна от 2003 г. насам. Въпреки това, употребата на наркотици остава на високи нива, като 10 страни, една от които е България, отчитат нива по-високи от 25%.

Най-разпространеният наркотик във всички страни, участващи в ESPAD е канабис. Средно, 16% от учениците в Европа съобщават за употреба на канабис поне веднъж в живота си (диапазон: 4% - 37%), като употреба поне веднъж в живота е посочена от 27 % от българските ученици. Средно 7% от учениците в Европа и 12 % от българските ученици са употребявали канабис поне веднъж през последните 30 дни (диапазон: 17% - 1%). Между 1995 и 2015 г., тенденциите в употребата на канабис сочат общо увеличение както поне веднъж в живота (от 11% до 17%), така и поне веднъж в последните 30 дни (от 4% до 7%). Употребата поне веднъж в живота достига своя връх през 2003 г. (19%) и леко се понижава след това (17%). Сериозно увеличение се наблюдава в употребата на канабис и в

нашата страна - поне веднъж в живота - от 12% през 1999 г. до 27% през 2015 г.; и поне веднъж през последните 30 дни - от 8% през 1999 г. до 12% през 2015 г.

Трима от всеки десет ученици (30%) считат, че канабисът е лесно достъпен. Усещането за достъпността на другите незаконни наркотици е сравнително ниско: екстази (12%), кокаин (11%), амфетамин (9%), метамфетамин (7%) и крек (8%).

Трябва да се подчертае, че употребата на незаконни наркотици сред учениците в България постепенно се увеличава, като за периода от 16 години (между 1999 и 2015 г.) делът на учениците с опит в употребата на незаконни наркотици се е увеличил с 16 процентни пункта или повече от двойно (от 14 % до 30 %). И за нашата страна канабисът е най-употребявания незаконен наркотик. Близко 45 % от нашите ученици намират канабиса за лесно достъпен. Употребата на други незаконни наркотици е значително по-ниска от тази на канабиса. В повечето страни, участващи в ESPAD, 4% от учениците съобщават, че поне веднъж в живота си са опитвали нови психоактивни вещества (НПВ) (диапазон: 1% - 10%), а 3% са заявили, че са ги използвали поне веднъж в живота (диапазон: 8% - 1%), като за България този процент е 6 (6% за момчета и 5% за момичета). Този дял е по-висок дял от повечето незаконни наркотици, различни от канабис, употребявани от учениците в нашата страна.

Прекомерна употреба на интернет, онлайн гейминг, хазартни игри

Международният доклад на ESPAD 2015 представя информация за опита на учениците и възприятия им за прекомерната употреба на интернет и онлайн гейминг, и на хазартни игри сред младежите, които са изследвани за първи път в този кръг на проучването.

„Интернет вече е неразделна част от ежедневието и развитието на моделите на употреба, свързана с пристрастяване, сред децата и юношите трябва да

бъдат внимателно наблюдавани и изследвани“, се посочва в доклада. Въпроси относно степента и целта на използването на интернет бяха включени в най-новия въпросник, с фокус върху шест дейности: използване на социалните медии; търсене на информация/сърфиране; стрийминг/изтегляне на информация; онлайн игри/гейминг; хазарт онлайн и купуване/продаване.

Като цяло, учениците в Европа използват интернет 5,8 дни в седмицата, а българските ученици 5,1 дни. Момчетата редовно използват социалните медии по-често от момчетата (четири или повече дни през последната седмица) (83% срещу 73%). Онлайн игрите са по-разпространени сред момчетата (39% в сравнение със 7%). Във всички страни значително повече момчета, отколкото момичета, докладват за опит с хазартни игри онлайн във всичките им форми - средно (23% срещу 5%) или често (12% срещу 2%) през последната година.

Изследователската група на ESPAD²⁷ изразява загриженост по отношение на популярността на онлайн игрите и хазарта сред младежите: "Мерките за предотвратяване развитието на проблеми, свързани с хазарта, като дългове, психологически дефицити и социални неблагоприятности сред младите хора са с висок приоритет".

Алкохол

Консумацията на алкохол и по-специално злоупотребата с него е една от проявите на нездравословен начин на живот и е проблем за повечето страни в света, включително и за България. Освен, че предизвиква зависимост, употребата на алкохол причинява различни психични, неврологични,

²⁷ (1) Докладът (на английски език) и пълният набор от данни са публикувани в интернет на www.espad.org.

(2) Политически мерки са изпълнени в по-голямата част от европейските страни в контекста на Рамковата конвенция за контрол на тютюна (РККТ) през последните две десетилетия (Shibuya, K., Ciecierski, C., Guindon, E., и Bettcher, D.W. (2003); Рамковата конвенция на СЗО за контрол на тютюна: развитие въз основа на доказателства на конвенция за глобалното обществено здраве, British Medical Journal, 327 (7407), 154.

соматични заболявания и е рисков фактор за редица социално значими заболявания.

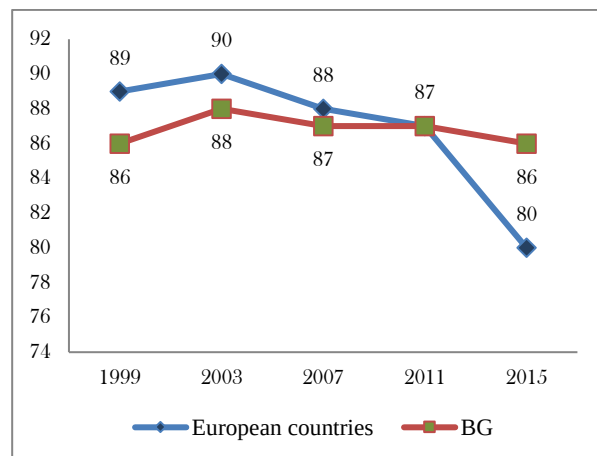
По данни на Националното проучване на факторите на риска за здравето, 2014 г.²⁸, над 65% от лицата на 20+ години, употребяват алкохол (бира, вино, концентрати). Всеки четвърти го консумира ежедневно, като делът на мъжете е 3.7 пъти по-голям от този на жените. Сред мъжете преобладават 45-64-годишните, а при жените – тези на 20-24 и 35-44 години. С рисков седмична консумация на алкохол са 7.4% от мъжете и 4.0% от жените, а с високорискова – съответно 13.6% и 3.4% от тях. Средното количество АА при мъжете е 192.07 мл АА, при жените – 53.60 мл.

Тревожна е ситуацията и при подрастващите. Над 62% от децата на 10-19 г. са опитвали алкохол, като средната възраст на първата консумация е 13 г. Консумират алкохол 48% от тях, ежедневно – 1.4%, понякога – 46.6%. Повече от 10 пъти през годината са се напивали 2.6% от учениците, като най-висок е делът на 15-19-годишните момчета. От 4 до 10 пъти са злоупотребили с алкохол 5.7% от анкетираните. Според последните данни на Международния сравнителен изследователски проект ESPAD 2015 за употреба на алкохол, цигари и наркотици сред 16 годишни ученици в България 86% от шестнадесетгодишните (88% момчета и 85% момичета) са опитали някакъв алкохол поне веднъж в живота. В европейските страни тенденциите от 1995 г. насам показват известно положително развитие.

Употребата на алкохол поне веднъж в живота е намаляла от 89% на 81% между 1995 г. и 2015 г., както и употребата на алкохол поне веднъж през последните 30-дни (от 56% до 47%), като се наблюдава подчертано намаляване след пика през 2003 г.

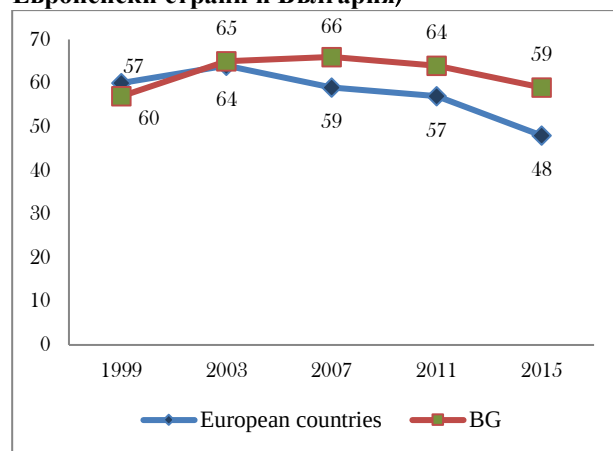
Фигура 39. Употреба на алкохол поне веднъж в живота (Средно за 35 Европейски страни и България)

²⁸ Национално изследване на факторите на риска за здравето сред население на възраст 10-19 г. и над 20 г, Българско списание за обществено здраве, 2016, том 8, кн.4



През последните 30 дни поне веднъж са пили алкохол 59% от българските ученици (60% от момчетата и 57% от момичетата), като всеки от употребяващите е пил поне по едно питие средно седем пъти през последния месец, при 5,4 среден брой пъти за Европа.

Фигура 40. Употреба на някакъв алкохол поне веднъж през последните 30 дни (Средно за 35 Европейски страни и България)



Най-често са пили алкохол 16 годишните от Лихтенщайн (9 пъти) и Кипър (8 пъти), а най-рядко 16 годишните от Швеция, Естония, Исландия, Норвегия и Финландия (3 пъти).

Честотата на разпространение на "ексесивното епизодично пиене" в Европа, обаче, е останала непроменена през 20 годишния период, със стойности през 2015 г. подобни на тези през 1995 г. Въпреки това, в някои страни, след прогресивно увеличение от 1995 г. до 2007 г., стойностите на

разпространение намаляват ясно в периода 2011-2015 г. (за момчета - от 44% до 37%; за момичета - от 38% до 33%). По-проблемно е, че всеки трети ученик (35%) съобщава за ексесивно епизодична пиене през последния месец в настоящото проучване. За съжаление, в нашата страна се запазва тенденцията от 2007 г. насам, като *пет и повече пъти* при един случай поне веднъж в последния месец са пили 46% от българските младежи (това са 50% от момчетата и 42% от момичетата). Най-високи са стойностите за Дания (56%) и Австрия (53%), а най-ниски за Норвегия (19%) и Исландия (8%).

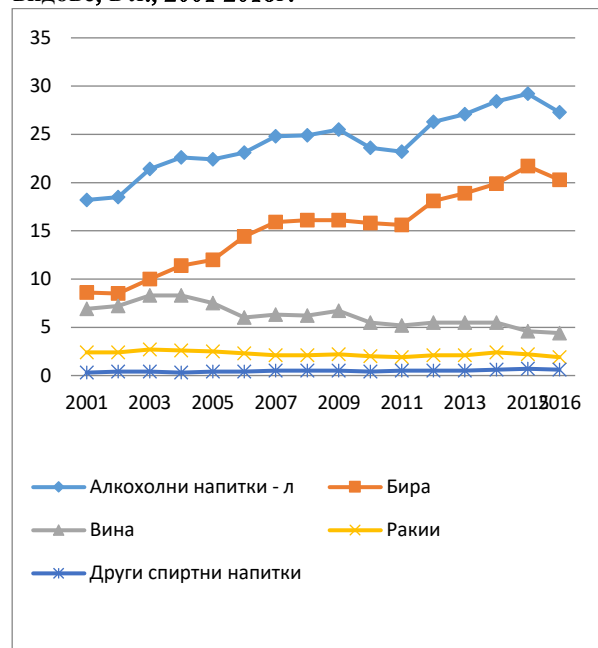
Важно е да се подчертае, че България не е сред страните с най-голямо средно количество чист алкохол, изпит в последния ден на употреба. При средна употреба 4,7 сантитра чист алкохол за всички страни, участвали в изследването, българските младежи са пили средно по 4 сантитра, като разликата между момчетата и момичетата е значима (4,9 сантитра за момчетата и 3,1 сантитра за момичетата).

Над три четвърти от анкетираните (78%) съобщават, сравнително лесен достъп до алкохол. Това е и мнението на 88% от българските ученици.

Данните от проучванията се потвърждават и от националната статистика за потреблението на домакинствата. През последните 15 години в страната ни се наблюдава значимо нарастване (с 10.1 литра) на консумацията на алкохолни напитки средно на лице от домакинство, увеличават се значително и разходите за алкохолни напитки (като абсолютни стойности) по данни на НСИ. (фиг. 41)

Отчитайки световната тенденция за увеличаване консумацията на алкохол и съпътстващите я вредни последици, следва да бъдат предприети адекватни мерки за ограничаване на злоупотребата с алкохол в национален мащаб.

Фиг. 41 Консумация на алкохолни напитки по видове, в л., 2001-2016г.



Източник: НСИ

Намалена физическа активност

Ситуационният анализ за нивото на физическа активност сред населението в България, по данни на Националното изследване на факторите на риска за здравето потвърждава факта, че е налице сериозен проблем за общественото здравеопазване:

Нараства бездействието на населението в страната, което в съчетание с другите фактори на риска обуславя високата заболяемост и смъртност от заболявания с голяма социална значимост - хипертонична болест, исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест, някои форми на онкологични заболявания и др.

Съществува дефицит за здравно-образователна информация относно ролята на физическата активност за здравето. Недостатъчни са знанията, уменията и мотивацията сред населението за превенция и контрол на предотвратимите рискови фактори, включително и ниската физическата активност.

Социално-икономическата и културна среда оказват влияние върху здравословния

избор на значителна част от населението, особено за това, което е с ниско ниво на доходи и образование.

Налице са изолирани действия за повишаване на физическата активност сред населението, в рамките на различни обществени структури, което затруднява преодоляването на този проблем. Традиционните инструменти за приобщаване на населението към физически активен начин на живот до този момент се оказват недостатъчни.

Подходите за насърчаване на физическата активност през последните години са се променили съществено. В продължение на няколко десетилетия почти всички интервенции са насочени към образоването и мотивирането на хората да бъдат физически активни.

Интервенциите през 21-ви век се разширяват с оглед интегрирането на физическата активност в ежедневието на хората чрез дейности по време на отдых, придвижване, работа и обучение.

Актуални остават проблемите свързани с прилагането на индивидуални подходи към високорисковите групи, подобряване на достъпа на различните социални групи от населението до програмите за физическа активност, закрепване на дългосрочните ефекти, намаляване на разходите и разширяване на познанията за социалната и градска среда, както и за стратегическите подходи и политики в тази област на поведение и здраве.

Съществуват голям брой фактори, влияещи на мотивацията на хората да бъдат физически активни, сред които:

- ✓ пътната инфраструктура, приспособена изключително за автомобили, затрудняваща пешеходци и велосипедисти;
- ✓ нарастващата компютъризация и механизация на труда, което води до предимно седяща работна поза;
- ✓ недостиг и лоша поддръжка на паркове и зелени пространства;
- ✓ градоустройствени планове, водещи до проектиране на цели райони, изискващи придвижване с кола и възпрепятстващи ходенето пеша;

- ✓ ограничаване на часовете по физическо възпитание и други форми на двигателна активност и активен отдых в училищата и парковете.

Насърчаването на физическа активност изисква съгласувани усилия от правителствените и неправителствени организации, които да окажат помощ и съдействие за намаляване на заседналият начин на живот и повишаване на физическата активност на населението, създаване на подкрепяща физическата активност околна среда. В рамките на междуведомствения подход държавни, регионални и местни органи на управлението трябва да участват в планирането на транспорта и градоустройството, строителството, училищата, работните места, а здравните власти да насърчават дейности като ходене пеша, колоездене, спорт и активен отдых.

Хранене и хранителен статус на населението в България

Здравословното хранене и физическата активност са детерминанти на здравето и едни от съществените фактори за превенция на риска от хронични неинфекциозни заболявания като сърдечносъдови болести, рак, диабет, остеопороза и др., както и на затлъстяването, явяващо се един от сериозните съвременни здравни проблеми. През последните години се наблюдава положителна тенденция в модела на потребление на храни - намаляване консумацията на тестени изделия, компоти, туршии, кайма и субпродукти, на добавени мазнини и захар. Запазва се консумацията на безалкохолни, а в тази на алкохолни напитки има лек спад. Поддържат се негативните тенденции за увеличаване консумацията на захарни и шоколадови изделия, и намаляване консумацията на мляко, риба, бобови храни, плодове и зеленчуци. Потреблението общо на хляб и тестени изделия намалява, като от 2010 до 2016 г. употребата на тези основни за българския модел на хранене продукти е намаляла с 18,5%. Подобна е и тенденцията при консумирането на картофи в същия период,

като се наблюдава 11,8% спад.

Потреблението на пресни и замразени зеленчуци и плодове има обща тенденция за нарастване, като през 2016 г. се наблюдава отново повишаване на консумацията на плодове и зеленчуци с 2,5% спрямо тази през 2015 г. Средно дневното потребление на плодове и зеленчуци на лице през 2016 г. е 326 грама и не достига препоръчителните нива за дневен прием от 400 грама. За периода 2010-2016 г. се запазва благоприятната тенденция за намаляване на консумацията на компоти с 46,1% и туршии с 37,0%.

През периода 2010-2016 г. се наблюдава запазване нивото на потребление на месо, но с промяна в структурата на отделните видове меса – увеличава се консумирането на свинско месо с 27,3% и се запазва на други видове меса - от едър рогат добитък, агнешко, ярешко и домашни птици. Нивото на потребление на месни произведения нараства между 2010 г. и 2013 г., след 2014 г. постепенно намалява и през 2016 г. е под това от 2010 г., със 13,1 кг средно годишно на лице от домакинство или 35,8 грама на ден. Потреблението на риба и рибни продукти е с плавна тенденция за нарастване до 2013 г. след което се наблюдава спад, като през 2016 г. потреблението е 5,0 кг и е идентично на това от 2010 г.

От 2010 г. до 2016 г. консумирането на млечни продукти се запазва в рамките на препоръчаните нива. Потреблението на мляко обаче намалява с 17,2% през този период и е по-ниско от препоръчителните количества.

За периода 2010-2016 г. се наблюдава 14% спад в потреблението на бобови храни, понижава се употребата на добавени мазнини, като потреблението на олио намалява с 12,0%, на маргарин и други растителни мазнини с 21%. След 2011 г. не се употребява свинска мас в ежедневието, за сметка на това се отбелязва 5 пъти увеличение потреблението на млечно масло.

През периода 2010-2016 г. продължава тенденцията на намаление на употребата

на захар, като среднодневно на лице от домакинство през 2016 г. консумацията на захар е намаляла с 15%. Запазва се тенденцията за увеличение потреблението на захарни и шоколадови изделия и за посочения период нарастването е с 24%. Употребата на безалкохолни и алкохолни напитки се увеличава в периода от 2010 г. до 2015 г., като през 2016 г. се наблюдава запазване на потреблението на безалкохолни напитки, а на алкохолни напитки е спаднало с 2%.

През 2016 г. НЦОЗА, съвместно с РЗИ проведе национално представително изследване при 3732 деца на 7-годишна възраст.²⁹³⁰ Проучването е трето за страната в рамките на Европейската инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца. Въз основа на извършената оценка на хранителния статус и анализ на основните рискови фактори за наднормено тегло в детска възраст могат да се направят следните изводи:

Висок е относителният дял на наднормено тегло (вкл. затлъстяване) (29,8% при момчетата и 28,7% при момичетата) и затлъстяване (15,4% при момчетата и 11,4% при момичетата) сред учениците в първи клас на 7-годишна възраст в България.

Наблюдава се благоприятна тенденция за задържане на нивата на наднормено тегло и затлъстяване в сравнение с предишния кръг на инициативата през 2013 г.

В училищната среда са създадени условия за физическа активност на учениците; в програмата на по-голяма част от училищата са включени инициативи за промоция на здравето (68,5%) и обучение за принципите на здравословно хранене (91,5%). Отчита се благоприятна тенденция за леко

²⁹ Duleva V, Chikova-Iscener E, Petrova S, Dimitrov P, Bojilova D. Prevalence of Overweight and Obesity Among 7-Year-Old Bulgarian Schoolchildren in 2016. Obesity Facts 2017; 10 (suppl 1): IV; 24-th European Congress on Obesity, ECO 2017, Porto, 17-20 May 2017, Abstracts: 249.

³⁰ Чикова-Ишченер Е., В. Дулева, С. Петрова, Л. Рангелова, П. Димитров, Д. Божилова. Оценка на наднорменото тегло и свързаните рискови фактори при първокласници на 7-годишна възраст в България през 2016. VIII Национална конференция по хранене, 1-3 юни 2017 г., Варна

намаляване на относителния дял деца, които консумират ежедневно храни с високо съдържание на добавени мазнини, захар и сол в сравнение с предишните кръгове. Същевременно не се наблюдава чувствително увеличаване на консумацията на храни с доказани здравни ползи като пресни плодове и зеленчуци. Профилът на храните, предлагани на територията на училищата, се запазва стабилен в сравнение с предишното проучване през учебната 2012/2013 г.

Необходимо е допълнително да се подобри материалната база на училищата (една трета от училищата не разполагат с училищен стол) и профила на предлаганите храни и напитки.

На територията на училищата е наложително да се изключи всяка форма на реклама на храни и напитки, които могат да компрометират промоцията на здравословно и балансирано хранене (в 34,5% от училища се допуска такава).

По отношение на семейната среда се наблюдават следните рискови фактори за развитие на наднормено тегло в детска възраст: значителен е относителният дял на родителите (около една четвърт) с начално или основно образование; близо една трета от изследваните домакинства изпитват финансови затруднения, а 14,1% от жените и 11,6% от мъжете са били безработни в последната 1 година.

Висока е съпътстващата заболяемост на членове на семейството от хипертония – при 27,7%, захарна болест (диабет) – при 14,4% и хиперхолестеролемия – при 13,6% от изследваните семейства. От анкетираните родители 28,4% от жените и 68% от мъжете са с наднормено тегло. Само 13,5% от родителите определят теглото на децата си като наднормено (при обективно измерено наднормено тегло при 29,2% от изследваните деца). Значителен дял от децата не са били кърмени (17,3%) или продължителността на изключително кърмене не е била оптимална (67,8% от децата на изключително кърмене).

През 2016 г. в рамките на Националната

програма по превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. за първи път е проведено проучване за оценка приема на сол от населението в България чрез определяне екскрецията на натрий в случайна порция урина при представителна извадка от 406 лица, във възрастови групи от 15 до 65+ год.³¹

Резултатите показват, че среднодневната консумация на сол, при изследваните лица е 12,0 g и надхвърля значително препоръчаните нива за дневен прием от 5 g готварска сол. Най-високи нива на прием на сол се установяват при мъжете на възраст 20-39 г. (13,6 g/ден) и при жените на възраст 15-19 г. (13,5 g/ден), което е свързано с по-висок риск от сърдечно-съдови заболявания.

Генетично модифицирани организми в храни

През 2016 г са анализирани 80 проби от пазара в лабораториите на Министерство на здравеопазването – РЗИ - София и НЦОЗА. Въз основа на информация от Българска агенция по безопасност на храните, не са установени проби от храни с нерегламентирано съдържание на ГМО. В изпълнение на Решение на Комисията № (ЕС) 2013/287, допълващо Решение № (ЕС) 2011/884 относно спешни мерки за неразрешен ориз и оризови продукти, внос от Китай през 2016 г не са установени проби от внос със съдържание на неразрешен ориз. Компетентните органи на Р. България се предприели необходимите мерки във връзка с открити на Европейския пазар неразрешени генетично модифицирани линии рапица.

³¹ Ставрева С., В. Дулева, Р. Георгиева, Л. Рангелова, П. Димитров. Проучване приема на натрий сред населението в България на възраст 15-75 години чрез определяне екскрецията на натрий в урината. VIII Национална конференция по хранене, 1-3 юни 2017 г., Варна

ИЗВОДИ:

Здравето се влияе от редица биомедицински, психологически, социални, икономически и екологични фактори (детерминанти), които се свързват помежду си по различни начини и по различно време в продължение на целия живот.

Представените в доклада данни показват, че върху здравето на българските граждани оказват влияние множество фактори, водещи сред които са начина на живот социално-икономическите условия на средата, в която човек се ражда, работи и живее.

„Лошото здравословно състояние на много българи може да бъде свързано с редица здравни детерминанти, включително условията на живот и труд, физическата среда и поведенческите рискови фактори. Най-малко 40 % от общата тежест на заболяванията в България (измерена по отношение на DALY) може да се отнесе на поведенчески рискови фактори, включително тютюнопушене, консумация на алкохол, рискове, свързани с хранителния режим и ниска физическа активност. От всички рискови фактори рискове, свързани с хранителния режим, тютюнопушенето и високия индекс на телесна маса допринасят най-много за лошото здраве в България (ИНМЕ, 2016 г.).“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Тази констатация всъщност показва огромния потенциал, с който разполага обществото за справяне със съществуващите здравни проблеми. И подкрепя тезата, посочена в Националната здравна стратегия 2020 че „отделният човек може да направи за здравето и благополучието си повече, отколкото най-добре развитата здравна система“.

Хората трябва да бъдат убедени, че здравословното поведение отговаря на личните им очаквания и потребности да са здрави, да живеят дълго и да остаряват в добро здраве.

Следва да се има предвид, че справянето с вредни навици като тютюнопушене, нездравословно хранене, консумация на алкохол и ниска физическа активност означава

всъщност преодоляване на техните социални предпоставки. В този смисъл фокусът на действията следва да бъде прехвърлен върху причините за този начин на живот - „причините за причините“, които се крият в социалната и икономическата среда. Влиянието на социално-икономическите фактори върху здравето на населението следва да бъдат отчитани при планиране на ресурсите и политиките на общодържавно и секторно ниво.

Политиките за активизиране на пазара на труда, повишаване на доходите, качествено образование, социално включване и други имат основна роля за подобряване на здравето чрез преодоляване на негативното влияние върху него на социално-икономическите рискови фактори.

Повишаването на социално-икономически статус и образователното равнище на населението ще повлияе благоприятно и върху рисковите фактори за здравето, свързани с поведението и начина на живот.

Не е без значение и факта, че те могат да подобрят демографските характеристики и структура на населението и по този начин да отбременят здравната система от разходването на ресурси, свързани със застаряването на населението.

Здравната система не е в състояние да се справи сама със социалните и екологичните детерминанти на здравето, както и с факторите на индивидуалния начин на живот. Това предполага да се подобри съгласуваността и координацията на междусекторните мерки за решаване на проблемите, свързани със здравето.

Необходимо е прилагане на политики, които преодоляват границите на здравния сектор и позволяват осъществяването на интегрирани програми и насочване на ресурси от други сектори. Не по-малко важни са подходите за ангажиране на обществото в дейностите за подобряване на здравето.

Основна платформа за реализация на тези политики е приетата от Народното събрание на Република България Национална здравна стратегия 2020.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представените в доклада данни за достигнатите стойности и динамиката на основните показатели за демографското и здравното състояние на населението в Република България през 2016 г. показват, че страната устойчиво подобрява всички показатели, които могат да бъдат интервенирани чрез мерки, свързани със системата на здравеопазването:

- Общата смъртност намалява от 15.3 на 1000 души през 2015 г. до 15.1 на 1000 души през 2016 г.

- Детската смъртност намалява от 6.6‰ през 2015 г. на 6.5‰ през 2016 г. За периода 2005-2016 г. показателя в България намалява с 31%.

- Майчината смъртност намалява от 6,1 на 100 000 живородени през 2015 г. до 3,1 на 100 000 живородени, като е по-ниска от съответния показател за ЕС (4.72‰000).

- Смъртността във възрастовата група от 1 до 9 г. намалява от 0,25 на 1000 души до 0,20 на 1000 души

- Смъртността във възрастовата група от 10 до 19 г. намалява от 0,33 на 1000 души през 2015 г. на 0,31 на 1000 души през 2016 г.

- Средната продължителност на живота у нас през периода 2014 - 2016 г. достига 74.65 г. при 74,50 за периода 2012-2014 г.

- Средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65-годишна възраст се увеличава от 16 г. през 2014 г. на 16,02 г. през 2016г. Констатацията от подобряване на тези показатели, които са обективно измерими и устойчиви във времето, показва трайна тенденция на подобряване на здравното състояние и качеството на живот на българските граждани.

Сравнителната характеристика с показателите в страните от ЕС показва, че България продължава да е на водеща позиция по смъртност от болести на органите на кръвообращението, в т.ч. мозъчно-съдова болест, но:

- България показва значими резултати, изразяващи се в устойчива тенденция на намаляване на смъртността от исхемична болест на сърцето след развитието на структури по инвазивна кардиология, като стандартизирания коефициент за смъртност в страната е 195,4 на 1000 000 души и доближава средните европейски стойности.

- смъртността от диабет в България, в резултат на устойчива тенденция на намаление започнала през 2006 г., през 2013 г. достига средните стойности за ЕС (11,45 на 100 000 души за ЕС и 11,25 на 100 000 души за България) и вече е по-ниска от средната за ЕС.

- Значително по-ниска, в сравнение със стандартизираните показатели за ЕС е смъртността от неврологични заболявания (38,6 на 100 000 души за ЕС и 15,3 на 100 000 души за България).

- Заболеваемостта от онкологични заболявания в България е 435.5 на 100 000 души и е по-ниска от заболяемостта за страните от ЕС (556.04‰000)

- Смъртността от злокачествени заболявания в България е по-ниска от средните за ЕС стойности – 242 на 100 000 души.

- Смъртността от заболявания на дихателната система в България е значително по-ниска от средните за ЕС стойности – 58,1 на 100 000 души и два пъти по-ниска от държавите с най-висока смъртност.

- Въпреки констатираното увеличение на регистрираните случаи на ХИВ инфекция, заболяемостта и смъртността е значително по-ниска от средната за ЕС.

- България се нарежда на средна позиция по „предотвратими“ смъртни случаи в ЕС – 270 на 100 хиляди души при 214 на 100 хиляди души средно за ЕС.

При анализа на данните следва да се има предвид, че показателите за здравното състояние на гражданите са свързани с нивото на здравно обслужване и качеството на предоставената медицинска помощ, но се влияят в много голяма степен от факторите на външната среда, в т.ч. факторите, свързани с начина на живот.