

НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА
ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ХРОНИЧНИТЕ НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ
2021-2025

1. ВЪВЕДЕНИЕ И ОБОСНОВКА

Хроничните незаразни болести (ХНБ) са главна причина за умиранията и инвалидността в света. По данни на СЗО те са причина за смъртта на 41 милиона души годишно, което съставлява 71% от всички смъртни случаи¹. Прогнозите за честотата и тежестта на ХНБ сочат негативна тенденция към нарастване, като се очаква техният брой да достигне 50 милиона, поставяйки под въпрос изпълнението на Целите за устойчиво развитие и предварително заложените цели за относително редуциране на преждевременната смъртност от ХНБ с 25% до 2025 година².

Към групата на хроничните незаразни болести СЗО включва основно болестите на органите на кръвообращението, злокачествените новообразувания, хроничната обструктивна белодробна болест, диабета, психичните болести, болестите на мускулно-скелетната система и травмите, като особено внимание се отделя на първите четири групи болести, с които се свързват 80% от случаите на преждевременна смърт.

Сърдечносъдовите заболявания са водеща причина в структурата на умиранията от ХНБ (приблизително 18 милиона души годишно), следвани от онкологичните заболявания (9 милиона), болестите на респираторната система (почти 4 милиона) и диабета (приблизително 2 милиона).

Няколко десетилетия вече се полагат системни усилия за контрол на епидемията от хронични незаразни болести, като в много от развитите страни вече има постигнати забележими резултати. Проведените през втората половина на ХХ век изследвания в тази насока доказват съществуването на фактори на риска, които са общи за повечето от ХНБ, като редуцирането на тези фактори може да намали смъртността и заболеваемостта от ХНБ, съответно и бремето за обществото.

¹ Noncommunicable Diseases: Fact sheet, WHO (updated June 2018), available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

² Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: 2013 – 2020, WHO, 2013, Geneva, Switzerland, available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=C53BADBB67D6EFA1A16CD3FE665992C7?sequence=1

Формулирана е и Концепция за факторите на риска за здравето, която и днес е в основата на профилактиката на хроничните незаразни болести. Съществуват различни класификации на факторите на риска. Според една от тях те се делят на модифицируеми (предотвратими), немодифицируеми (пол, възраст, наследственост) и други. За профилактиката са особено важни първите. Това са факторите, свързани със социалната среда и поведението на хората. При взаимодействие с генетични и други фактори те водят до поява на биологични фактори на риска, чрез които се реализира участието им в развитието на хронични незаразни болести.

Сред факторите на риска за хроничните незаразни болести най-голямо значение се отдава на артериалната хипертония, употребата на тютюневи изделия, ниската физическа активност, нездравословното хранене, особено ниската консумация на плодове и зеленчуци, злоупотребата с алкохол и дислипидемиите. Факторите на риска често се съчетават, което увеличава многократно риска за здравето и обуславя прилагането на комплексен интердисциплинарен подход за намаляване на въздействието им. Практиката показва, че редуцирането на основните фактори на риска може да намали смъртността и заболяемостта от тези болести ³.

Предприети са редица мерки, насочени към ограничаване разпространението на хроничните незаразни болести и съответно намаляване на тяхната тежест за обществата. Проведени са изследвания, разработени са стратегии, програми и множество документи за справяне с тази епидемия.

Превантивните стратегии за контрол на ХНБ се основават на въздействие върху факторите на риска, водещи до възникването на тези болести. Ефективната им профилактика изисква едновременно развитие на дейности в следните основни направления: подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични); приобщаване на населението към здравословния начин на живот; разработване и реализация на програми за профилактика и ранна диагностика на хроничните незаразни болести на общностно ниво; прилагане на интердисциплинарни модели на интервенции срещу тези болести др. ⁴

През 2015 г. Генералната асамблея на ООН официално приема Програма за устойчиво развитие до 2030 г., заедно с набор от 17 цели за устойчиво развитие (ЦУР). В третата цел на Програмата „Осигуряване на здравословен живот и насърчаване благосъстоянието на всички във всяка възраст“, като специално внимание е отделено на

³ Цолова, Г. Програма СИНДИ преди и сега, С., 2015.

⁴ Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization 2011.

четвъртата подцел: „Намаляване с една трета до 2030 година на броя случаи на преждевременна смърт, вследствие на незаразни болести – чрез превенция и лечение, както и насърчаване на психичното здраве и благоденствие.“

В политическата декларация от Третата среща на високо равнище на Генералната асамблея на ООН за превенция и контрол на ХНБ, 2018 г. в Ню Йорк се посочва, че държавните и правителствени ръководители “ще укрепват своя ангажимент да осигурят стратегическо ръководство за превенция и контрол на незаразните болести чрез насърчаване на по-голяма съгласуваност и координация на политиките на цялото правителство и поставяйки здравето във всички политики”^{5 6 7}. Периодът 2020 - 2030 г. е наречен “Десетилетие на действието”⁸.

Мониторингът на СЗО за напредъка срещу ХНБ през 2020 г. наблюдава 194 държави в света, по 10 индикатори за ХНБ - национални цели и показатели за ХНБ, данни за смъртността, изследвания на рисковите фактори, национална интегрирана политика/стратегия/план за действие относно ХНБ, прилагане на ключови мерки за намаляване на търсенето на тютюн, мерки за намаляване злоупотребата с алкохол и нездравословни диети, кампании за обществено образование и осведоменост относно физическата активност, насоки за лечение на рак, сърдечно-съдови заболявания, диабет и хронични респираторни заболявания, медикаментозна терапия/консултиране за предотвратяване на инфаркти и инсулти⁹.

В условията на ограничени възможности и финансови ресурси за профилактика е необходимо да се очертаят приоритетите, целите и дейностите в рамките на интегриран подход за намаляване на хроничните незаразни болести и последствията от тях чрез разработка и реализация на политики и програми за профилактиката им. Проблемите следва да се обхванат комплексно и да включват мерки както за цялото население, така и за високорисковите групи, включително за по-качествено лечение и рехабилитация на болните, създаване на условия за здравословен избор и намаляване на неравенствата в здравето.

⁵ Resolution Adopted by the General Assembly on 10 October 2018 (A/RES/73/2): Political Declaration of the Third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, available at:

https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2

⁶ Noncommunicable Diseases and Their Risk Factors: Third UN High-level Meeting on NCDs, available at:

<https://www.who.int/ncds/governance/third-un-meeting/en/>

⁷ Third UN High-level Meeting on Non-communicable Diseases: Time to Deliver (27 September 2018, New York), available at:

<https://www.who.int/ncds/governance/third-un-meeting/brochure.pdf?ua=1>

⁸ Sustainable Development Goals: The Sustainable Development Agenda, available at:

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>

⁹ A Tsunami of Noncommunicable Diseases Can Be Avoided If Action Taken Now, Reports Say, 10 February 2020, available

at:<https://ncdalliance.org/print/news-events/news/a-tsunami-of-noncommunicable-diseases-can-be-avoided-if-action-taken-now-reports-say>

1.1. Основни ХНБ

Болестите на органите на кръвообращението (БОК) са една от основните причини за смърт и инвалидност на населението в света. Те обуславят 1/3 от всички случаи на смърт, като 7.3 млн. са по причина на исхемична болест на сърцето, а 6.2 млн. - на инсулт. Над 3 млн. от смъртните случаи са във възрастта до 60 години. Очаква се до 2030 г. смъртността от БОК да достигне 23.3 милиона души^{10 11}.

Преждевременната смъртност от болестите на органите на кръвообращението варира от 4% в страните с високи доходи до 42% в страните с ниски доходи, което разкрива голямо неравенство между държавите и отделни групи от населението по отношение на честотата на БОК и изхода от тях.

State of Health in the EU 2019 за България посочва, че за 2016 г. на болести на органите на кръвообращението се дължат над 1100 случая на смърт на 100 000 души. (около три пъти повече от средната стойност за ЕС, която е 360 на 100 000). На инсулти се дължат 300 от тях (в сравнение със средно 80 за ЕС). Така инсултът е основна причина за около една пета от всички смъртни случаи¹².

По данни на Eurostat 2017 г., България се нарежда на първо място по умирания от БОК (66.4%), като този дял в структурата на смъртността се доближава до този в други източноевропейски и прибалтийски страни - Румъния, Естония, Латвия и Литва¹³.

Стандартизираният коефициент за смъртност от мозъчносъдова болест в България надвишава седемкратно същия показател за Франция, извеждайки страната ни на първа позиция измежду държавите-членки на ЕС.

Смъртността от исхемична болест на сърцето е втората най-често срещана причина за смърт и е намаляла повече от наполовина от 2000 г. насам. Спадът е по-изразен при жените, отколкото при мъжете и отчасти се дължи на намаляването на някои поведенчески рискови фактори, на подобрената ранна диагностика и лечение (напр. безплатни годишни медицински прегледи за сърдечно-съдови заболявания), както и на увеличената употреба на лекарства за хипертония.

¹⁰ Cardiovascular diseases. Fact sheet N°317, WHO, Updated January 2013. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317>

¹¹ Cardiovascular Diseases (CVDs): Fact Sheet, WHO (updated May 2017), available at: [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

¹² State of Health in the EU, Здравен профил на страната, 2019 г. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

¹³ Eurostat Statistics Explained: Cardiovascular Diseases Statistics (data extracted in August 2020), available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cardiovascular_diseases_statistics#Deaths_from_cardiovascular_disease

През 2019 г. в България болестите на органите на кръвообращението обуславят 64.4% от умираанията. В структурата на смъртността с най-висок дял са мозъчносъдовата болест и исхемична болест на сърцето - съответно 29.7% и 18.8% от случаите¹⁴.

Доказано е, че основните рискови фактори за БОК са нездравословното хранене, ниската физическа активност и употребата на тютюневи изделия, които обуславят 80% от случаите на исхемична болест на сърцето, мозъчносъдова болест и други болести. Друга група фактори са повишеното артериално налягане, дислипидемията, диабета и затлъстяването¹⁵.

Според глобални оценки на СЗО, 80% от преждевременната смъртност от патологии на сърдечносъдовата система е предотвратима чрез избягване или коригиране на модифицируемите рискови фактори, изграждането на здравословни навици още в ранно детство и подобряване на здравното обслужване на населението, особено в по-бедните страни, където е съсредоточена и най-голямата им тежест^{16,17}.

Повишеното артериално налягане е основен рисков фактор за миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, сърдечна и бъбречна недостатъчност. Световната здравна организация съобщава, че то е причина за 62% от мозъчносъдовите инциденти и за 49% от случаите на исхемична болест на сърцето, което го прави основен рисков фактор за смъртност в глобален мащаб¹⁸.

Към момента около 1 млрд. души в света страдат от хипертония, ежегодно водеща до 7.1 млн. смъртни случаи. Към 2025 г. се очаква нейното разпространение да нарасне с около 60%. Артериалната хипертония е значително по-разпространена в страните с ниски и средни доходи.

В България, по данни на Здравното европейско интервю за 2019 г., с хипертония са 29.7% от лицата на възраст над 15 години. Заболяването е по-разпространено сред жените (32.8%), отколкото сред мъжете (26.5%)¹⁹.

Освен факторите, свързани с начина на живот, като нездравословно хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол, наднормено тегло и употреба на

¹⁴ Смъртност по причини. НСИ, 2019.

<https://www.nsi.bg/bg/content/3359/%D1%81%D0%BC%D1%8A%D1%80%D1%82%D0%BD%D0>

¹⁵ Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Policies, strategies and interventions, WHO; World Heart Federation; World Stroke Organization, 2011

¹⁶ Cardiovascular Diseases: WHO Data and Statistics, available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/data-and-statistics>

¹⁷ Stewart, J., G. Manmathan, P. Wilkinson, Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Review of Contemporary Guidance and Literature, Journal of the Royal Society of Medicine Cardiovascular Disease Jan-Dec 2017, vol. 6: 1-9, available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5331469/>

¹⁸ Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization 2011.

¹⁹ Европейско здравно интервю, България 2019 г. https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/EHIS2019_3MTAFLZ.pdf

тютюневи изделия, за неблагоприятните за здравето последствия от хипертонията спомагат и фактори като затлъстяване, стрес и повишено ниво на холестерол в серума²⁰.

Предотвратяването на болестите на органите на кръвообращението изисква разработване и реализация на политики, осигуряване на благоприятна среда за здравословен избор и неговата достъпност. Мерките трябва да включват: определяне на национални цели и измерване на резултатите; развитие на междусекторно сътрудничество, партньорства за интегриране на здравето във всички политики; укрепване на здравните системи, включително и на първичната здравна помощ; развитие на национален капацитет и институционални механизми за управление и контрол на процеса, програми в областта на болестите на органите на кръвообращението²¹.

Злокачествените новообразувания (ЗН) са втората водеща причина за смърт в света. По данни на СЗО в резултат на ЗН умират 9.6 милиона души годишно, при 18.1 милиона новодиагностицирани^{22 23}. Над 2/3 от случаите са регистрирани в страните с нисък и среден доход. Според локализацията най-чести са карциномът на белия дроб и млечната жлеза (с по 2.09 милиона случая), колоректалният и простатният карцином (съответно 1.80 милиона и 1.28 милиона)²⁴.

По данни на Eurostat за 2016 г. 1.2 милиона от смъртните случаи в ЕС са в резултат от ЗН (25.8%)²⁵, като за същия период на територията на Балканския полуостров (България и Румъния) ЗН са отговорни за по-малко от 1/5 от умиранията²⁶.

Ракът на белите дробове е най-честата причина за смърт от онкологични заболявания, като смъртността се е увеличила с близо 12% от 2000 г. насам, което отчасти е отражение на последиците от тютюнопушенето. През последните години е

²⁰ A global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis. World Health Organization 2013. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1

²¹ Цолова, Г. Програма СИНДИ преди и сега, С., 2015.

²² Cancer: Fact sheet (updated September 2018), available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

²³ WHO Guidelines for the Management of Cancer Pain (Infographic), available at: https://www.who.int/images/default-source/infographics/cancer/cancer-pain-infographic1.jpg?sfvrsn=a95f38ce_5

²⁴ Cancer: Fact sheet (updated September 2018), available at: https://www.who.int/cancer/country-profiles/BGR_2020.pdf?ua=1

²⁵ Eurostat Statistics Explained: Cancer Statistics (data extracted in August 2020), available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics

²⁶ Eurostat Statistics Explained: Cancer Statistics, Deaths from Cancer (data extracted in August 2020), available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics#Deaths_from_cancer

нараснала и смъртността от други видове онкологични заболявания, по-специално от рак на дебелото черво и на гърдата²⁷.

В България, по данни на НСИ²⁸, през 2019 г. злокачествените новообразувания заемат второ място като причина за смърт – 16.9%. В структурата на умираанията от злокачествени новообразувания водещи са заболяванията на бронхите и белия дроб (19.1%), следват тези на дебелото черво (15.0%), млечната жлеза при жените (7.4%), стомаха (5.9%), панкреаса (6.6%) и на простатата (6.1%). Общо те обуславят почти 2/3 от умираанията от този клас болести (60.1%).

Стандартизираната смъртност в България (232.8 на 100 000 души) е под средната за ЕС (257.1 на 100 000 души), но въпреки наблюдаваните по-ниски стойности на показателите за смъртност от злокачествени тумори, не е постигнат особен напредък в петгодишната преживяемост и тя остава под нивата на Съюза²⁹.

Според СЗО, сред рисковите фактори с най-голям принос в етиологията на злокачествените новообразувания в България се нареждат ултравиолетовата радиация, отговорна за над половината от случаите на меланом за 2012 година, и тютюневият дим, на който се дължат около 1/3 от смъртните случаи за 2017 година³⁰.

СЗО съобщава, че около 30% от случаите на смърт от злокачествени новообразувания са в резултат на пет основни фактора на риска, които са свързани главно с поведението на хората – повишен ИТМ, недостатъчна консумация на плодове и зеленчуци, ниска физическа активност, тютюнопушене и злоупотреба с алкохол. Употребата на тютюневи изделия, например, е причина за 20% от случаите на смърт от ЗН и 70% от смъртността от рак на белите дробове³¹.

Във връзка с това, Световната здравна организация препоръчва да се увеличи политическата ангажираност в областта на профилактиката и лечението на злокачествените новообразувания; да се подкрепи научно-изследователска работа по отношение на причините за възникване на ЗН и механизмите на онкогенезата; да се разработят стратегии за профилактика на злокачествените новообразувания и борбата с тях - стандарти и инструменти за управление, планиране и провеждане на мероприятия в областта на профилактиката, ранната диагностика, лечението и изхода; развитие на

²⁷ State of Health in the EU, Здравен профил на страната, 2019 г.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

²⁸ Смъртност по причини. НСИ, 2019.

<https://www.nsi.bg/bg/content/3359/%D1%81%D0%BC%D1%8A%D1%80%D1%82%D0%BD%D0>

²⁹ State of Health in the EU: Bulgaria Country Health Profile 2019, available at:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_english.pdf

³⁰ Bulgaria Cancer Country Profile 2020, available at: https://www.who.int/cancer/country-profiles/BGR_2020.pdf?ua=1

³¹ Cancer. Fact sheet N°297. WHO, Updated November 2014. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297>

широка мрежа между партньори и експерти на глобално, национално и регионално ниво; укрепване на здравната система и повишаване на капацитета и в тази област³².

Неинсулинозависимият диабет тип 2 е заболяване със значими медико-социални последици. Разпространението на диабет тип 2 нараства по-бързо в страните с ниски и средни доходи, отколкото в страните с високи доходи. За една година по причини, свързани с диабет тип 2 в света умират 4.2 милиона души. Заболяването засяга над 59 милиона от населението на Европа във възрастовата група 20-79 г или 8.9%. Очаква се до 2030 г. честота да достигне 9.8%, което ще засегне 66 милиона европейци или повишение в честотата на диабета с 15% (2019-2030 г).

По данни на СЗО, през 2016 г. приблизително 1.6 милиона смъртни случая са пряко причинени от диабет тип 2. Други 2.2 милиона смъртни случая се дължат на високите нива на кръвна захар. Между 2000 и 2016 г. се наблюдава 5% увеличение на преждевременната смъртност от диабет. Почти половината от всички смъртни случаи, дължащи се на висока кръвна захар, настъпват преди навършване на 70-годишна възраст. СЗО изчислява, че диабетът е седмата причина за смърт през 2016 г. Той е основна причина за слепота, бъбречна недостатъчност, инфаркти, инсулти и ампутация на долните крайници³³.

В България разпространението на неинсулинозависимият диабет тип 2 придобива застрашаващи размери и диабетичите към 2019 г. са 443 000 или 8.3% от населението. От особена важност е броят на недиагностицираните диабетичи, който в България е около 144 000. Следователно може да се посочи, че реалният брой диабетичи в България е 587 000 души или 9.78%. Свързаната с диабета годишна смъртност при 20-79-годишните в България е 6287 души³⁴.

Дългосрочната прогноза и качеството на живот на хората с диабет тип 2 зависят от развитието и тежестта на късните усложнения като диабетна ретинопатия, диабетна нефропатия, макроангиопатия, мозъчносъдова болест и исхемична болест на сърцето.

Рискови фактори, водещи до възникване на това заболяване са затлъстяване, нездравословен начин на хранене, ниска физическа активност. Съчетаването на диабет тип 2 с хипертония, повишен серумен холестерол и тютюнопушене увеличава многократно риска за здравето.

³² Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization 2011.

³³ Българско дружество по ендокринология, препоръки за добра клинична практика при захарен диабет, отговорен редактор Проф. Анна-Мария Борисова, 2019, 96 с.

³⁴ International Diabetes Federation, Diabetes Atlas, 2019.

Захарният диабет тип 2 изисква големи разходи за системен контрол, за съвременно лечение и за лечение на настъпилите късни усложнения. Установено е, че здравното обслужване на хората със захарен диабет струва поне 2,5 пъти повече от това на хората без диабет на същата възраст. Понастоящем захарният диабет тип 2 заема трето място по разходи сред всички останали заболявания след злокачествените и сърдечно-съдовите.

Според СЗО, здравословното хранене, редовната физическа активност, поддържането на нормално телесно тегло и избягването на употребата на тютюн са начини за предотвратяване или забавяне на появата на диабет тип 2. Диабетът може да бъде лекуван и неговите последици да бъдат избегнати или забавени с подходящ хранителен модел, физическа активност, лекарствена терапия, редовен скрининг и лечение за усложнения. Захарният диабет може да бъде контролиран с подходящи грижи, обучение и съвременно лечение.

Опитът на водещите страни показва, че ранната диагностика, ефективната профилактика и лечение на диабета и неговите усложнения, както и обучението на пациентите, са от съществено значение за ограничаване на заболяемостта, на появата и прогресирането на усложненията, на инвалидността и смъртността. Всичко това би довело до подобряване на качеството на живот на хората с диабет и значително снижаване на разходите за заболяването.

Хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ) е четвъртата по честота причина за неблагоприятен изход в развитите страни. По данни на СЗО, ХОББ отнема живота на над 3 милиона души всяка година или 6% от всички умирения, като над 90% от регистрираните случаи с летален изход са концентрирани в страните с нисък и среден доход^{35 36}. Хроничната обструктивна белодробна болест е заболяване с все по - нарастваща социална значимост и, според прогнозата на СЗО, се очаква до 2030 г. да се превърне в третата водеща причина за смърт в световен мащаб³⁷.

Европейският съюз не анализира поотделно данните за ХОББ, а ги представя като компонент на нозологията „Болести на дихателната система“. *Eurostat* сочи, че в Общността смъртните случаи, дължащи се на респираторни заболявания (общо, без

³⁵ [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

³⁶ Fromer L. et Cooper C. A review of the GOLD guidelines for the diagnosis and treatment of patients with COPD. Int J Clin Pract. 62 (8): 2008. Available at: http://www.blackwellpublishing.com/ijcp_enhanced/default.asp

³⁷ WHO. COPD Fact Sheet No 315. 2009. Available from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/e/index.html

конкретизация), съставляват 7.5% от всички умиралия за 2016 година³⁸, което превръща дихателните болести в третата най-честа причина за смърт в ЕС след ССЗ и злокачествените новообразувания³⁹. По този показател България показва стойности, под средните за ЕС (съответно за ЕС – 75‰, за България – 67.7‰).

По данни на СЗО към 2016 година 251 милиона души в света страдат от ХОББ, а прогнозите сочат увеличаване на разпространението на болестта през следващите години⁴⁰.

Официална статистика на Министерството на здравеопазването сочи, че през 2018 г. между 5 и 10% от българите са с ХОББ, а едва 75 000 от тях се лекуват. По неофициални данни броят на заболялите в страната е не по-малко от 500 000 души. Статистика на Европейското респираторно дружество разкрива, че в Европа всяка година от ХОББ умират 300 000 души. Специалистите смятат, че честотата на ХОББ у нас е значително над средната за Европа и обхваща повече от 10% от населението над 40-годишна възраст. През 2019 г. смъртността от ХОББ в страната е 18.5 на 100 000 души от населението.

Основна причина за възникване и развитие на хроничната обструктивна белодробна болест е цигареният дим. Влияние оказват също и замърсеният атмосферен въздух, както и този в домашни условия, наличието на прах и химически вещества на работното място, честите инфекции на дихателните пътища в детството. Предполага се, че ако не се вземат необходимите мерки за ограничаване на рисковите фактори, водещи до възникване на ХОББ, то в близките 10 г. смъртността от тази болест ще се увеличи с 30%⁴¹.

Новостите в класифицирането и лечението на ХОББ са отразени в препоръките на Глобалната инициатива за ХОББ (GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), ревизирани през 2014 г. В препоръките пациентите са класифицирани в четири групи А, В, С и D, с цел адекватен избор на терапия, като терапевтичният подход трябва да бъде индивидуализиран за всеки пациент⁴². Група А - пациентите имат малко симптоми и нисък риск за екзацербации; Група В - пациентите имат по-

³⁸ Eurostat Statistics Explained: Respiratory Diseases Statistics, Deaths from Respiratory Diseases (data extracted in August 2020), available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Respiratory_diseases_statistics&oldid=497079#Deaths_from_diseases_of_the_respiratory_system

³⁹ Eurostat Statistics Explained: Causes of Death Statistics (data extracted in June 2020), available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics#Causes_of_death_in_EU-27_Member_States_in_2017

⁴⁰ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Fact sheet, WHO (updated December 2017), available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

⁴¹ Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization 2011.

⁴² Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD updated, 2014, http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014_Feb07.pdf

изразени симптоми, но нисък риск за екзацербации; Група С - пациентите са с малко симптоми, но с висок риск от екзацербации; Група D - пациентите са с изразени симптоми и висок риск от екзацербации.

Основните цели в лечението на ХОББ са: да се подобри качеството на живот на пациентите, чрез контролиране на симптомите, редуциране на екзацербациите и забавяне на прогресията на заболяването, което ще доведе до намаляване и на смъртността. Въпреки че пълно оздравяване от хронична обструктивна белодробна болест не е възможно, съвременните терапевтични средства и стандарти за лечение могат да осигурят ефективна превенция и повлияване (особено в ранните стадии) на болестта. СЗО препоръчва да се повиши информираността на населението, да се създаде здравословна околна среда, да се ограничат факторите на риска, водещи до заболяването, особено на употребата на тютюневи изделия, ниската физическа активност и нездравословното хранене, което на свой ред ще доведе до намаляване на инвалидността и преждевременната смъртност, до повишаване качеството на живот на болните от ХОББ.

1.2. Основни рискови фактори

Делът на умираанията, дължащи се на поведенческите рискови фактори, се оценява на 51% от всички смъртни случаи в България, спрямо 39% в целия ЕС. Рисковете, свързани с хранителния режим, включително ниската консумация на плодове и зеленчуци и високата консумация на захар и сол, имат определена роля за 33 % от всички смъртни случаи през 2017 г., което е най-високият дял в ЕС и надвишава почти двойно средната стойност за ЕС (18%). Тютюнопушенето (включително активното и пасивно пушене) е допринесло за приблизително 21% от всички смъртни случаи, докато около 5% се дължат на употребата на алкохол, а 4% - на ниската физическа активност ⁴³.

Тютюнопушенето е сред основните поведенчески фактори на риска за здравето, водещ до възникването на хронични незаразни болести, сериозен медико-социален проблем и една от основните предотвратими причини за смърт и инвалидност в света.

⁴³ State of Health in the EU, Здравен профил на страната, 2019 г.
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

По данни на СЗО, всяка година в света от заболявания свързани с тютюнопушенето умират повече от 8 милиона души или 15.4 % от всички умирения през 2019 г.⁴⁴, като повече от 7 милиона от смъртните случаи настъпват сред настоящите и бивши пушачи, а над 1.2 милиона - сред изложените на пасивно тютюнопушене непушачи.

Употребата на тютюн значително повишава вероятността от преждевременна смърт при хроничните незаразни заболявания - 25% от умиренията от сърдечно-съдови заболявания, 43% - от рак и 63% - от заболявания на дихателната система при мъжете, и до 6%, 10%, 37% от съответните умирения при жените⁴⁵.

Резултатите от последното проучване на Европейската комисия, в рамките на Евробарометър 2017, сочат тенденция към намаляване на тютюнопушенето в Европа. Общият дял на настоящите пушачи в ЕС е 26% и е с 2 процентни пункта спад спрямо 2012 г., като най-голямо е намалението сред младите хора във възрастта 15-24 години. Над 80% от употребяващите тютюн живеят в страните с нисък и среден доход⁴⁶.

Установени са силно изразени регионални разлики в разпространението на употребата на тютюневи изделия, с постоянно по-високи нива на тютюнопушене в страните на Южна Европа, в т.ч. и България, където една трета от проучените лица са пушачи. България остава на второ място след Гърция (37%) по брой пушачи, като тенденцията за нарастване се запазва⁴⁷

По предварителни данни от Европейското здравно интервю през 2019 г.⁴⁸ броят на пушачите (пушещи ежедневно и понякога)⁴⁹ на възраст над 15 години в България се оценява на 2.06 млн. души (36.2%). Ежедневно пушат 29.1% от лицата, а 7.1% - понякога. В края на 2019 г. 45.9% от мъжете и 27.5% от жените са пушачи. Няма значителна разлика в относителните дялове на мъжете и жените, пушещи понякога, докато ежедневно пушещите мъже на възраст 15 и повече години са почти два пъти повече от жените в тази група. Не се наблюдават и съществени различия в

⁴⁴ GBD 2019 Risk Factors Collaborators, Global Burden of 87 Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, Lancet, 17 October 2020, vol 396: 1223-1249, available at: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30752-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30752-2.pdf)

⁴⁵ European Tobacco Use: Trends Report 2019, WHO Regional Office for Europe, 2019, available at: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf?ua=1

⁴⁶ Tobacco: Fact Sheet, WHO (updated May 2020), available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

⁴⁷ WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019: Offer Help to Quit Tobacco Use, WHO, 2019, Geneva, Switzerland, available at: https://www.who.int/tobacco/global_report/en/

⁴⁸ Европейско здравно интервю, България 2019 г. https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/EHIS2019_3MTAFLZ.pdf.

⁴⁹ Имат се предвид всички видове тютюневи изделия - цигари, пури, пурети, лули, електронни устройства за нагриване на тютюн (напр. IQOS, GLO и др.). Изключват се електронни цигари.

разпространението на тютюнопушенето в страната - общо и по пол, в сравнение с 2014 година.

Най-големи са относителните дялове на пушачите сред мъжете и жените във възрастовите групи 25-44 и 45-64 години. С нарастване на възрастта се увеличава дялът на непушачите и сред населението на възраст 65 и повече години (27.3% от мъжете и 9.2% от жените на тази възраст пушат).

По данни на НСИ⁵⁰, проследени за десетгодишен период от 2010 до 2019 г., в страната ни се наблюдава нарастване на потреблението на цигари средно на лице от домакинство, като за последната година показателят е най-висок - 733 цигари. Увеличават се значително и паричните разходи за тютюневи изделия, като те не променят своето значение в структурата на разходите за разглеждания период.

През последните години в европейските страни все по-популярни са електронните цигари и други сходни изпаряващи устройства, при които течността се превръща в аерозол (пара). Предварителните данни показват, че през 2019 г. в България едва 2.0% от лицата на възраст 15 и повече години използват такива устройства (всеки ден или понякога).

Тютюнопушенето сред децата остава все така сериозен и приоритетен проблем на общественото здраве в България. Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България през 2014 г.⁵¹ посочва, че над 30% от учениците са правили опити да пушат цигари. Над 40.0% от учениците са запалили първата си цигара на 14-15 години. Настоящи пушачи са 27.9% от момчетата и 21.5% от момчетата, като тютюнопушенето е значително по-разпространено сред 15-19-годишните. Интензивни пушачи са 63.1% от момчетата и 51.3% от момчетата. Всеки четвърти ученик е бил изложен на пасивно пушене всеки ден. С нарастване на възрастта нараства и техният дял.

Данните от проучването GYTS през 2015 г сочат, че вниманието на децата на възраст 13-15 г. определено е насочено към новите тютюневи изделия. Към момента на анкетирането 10.8% от учениците употребяват електронни цигари, а 16.9 % пушат наргиле.

Според Доклад на СЗО от 2017 г. за глобалната тютюнева епидемия⁵², в повечето държави се прилагат политики и мерки за контрол на тютюна, включващи:

⁵⁰ Национален статистически институт, 2020, <http://www.nsi.bg>

⁵¹ Национално изследване на факторите на риска за здравето сред население на възраст 10-19 г. и над 20 г. МЗ, НЦОЗА, 2014.

⁵² СЗО, 2017, Доклад за глобалната тютюнева епидемия, http://www.who.int/tobacco/global_report

регулиране на тютюневите изделия на пазара (например, опаковки, етикети и съставки); ограничения за рекламирането на тютюневи изделия; създаване на среда без тютюнев дим; данъчни мерки и мерки срещу незаконната търговия с тютюневи изделия; кампании срещу тютюнопушенето. От гледна точка на общественото здраве мерките имат за цел защита на гражданите от вредните последици от тютюнопушенето и останалите форми на употреба на тютюневи изделия, включително от пасивното пушене.

Контролът върху тютюна е ключова част и от Програмата на ООН за устойчиво развитие до 2030 г. Програмата включва цели за укрепване на националното прилагане на Рамковата конвенция за контрол на тютюна на СЗО – единственият правно обвързващ международен договор в областта на здравето за XXI век, в който България, като страна от ЕС с представител в Европейската комисия, е активен партньор.

Злоупотребата с алкохол е една от проявите на нездравословен начин на живот и е проблем за повечето страни в света, включително и за България. СЗО посочва, че в световен мащаб злоупотребата с алкохол е довела до 3 милиона смъртни случая (5.3% от всички случаи) през 2016 г., от които 1.7 милиона се свързват с хроничните незаразни болести⁵³. Тези данни индикират, че влиянието на алкохолната консумация върху смъртността е по-голямо от това на туберкулозата (2.3%), ХИВ/СПИН (1.8%), диабет (2.8%), хипертония (1.6%), болести на храносмилателната система (4.5%), пътно-транспортни произшествия (2.5%) и насилие (0.8%).

Институтът за здравни показатели и оценка отчита, че алкохолът е причина за почти 1 на всеки 10 смъртни случая при хора на възраст между 15 и 49 години⁵⁴. Неприемливо високи са показателите за Европа във възрастовите групи 15-19 години (всеки пети смъртен случай) и 20-24 години (всеки четвърти смъртен случай).

Злоупотребата с алкохол е свързана с 132.6 милиона DALY's през 2016 г. (5.1% от всички DALY's през същата година). Процентът на всички смъртни случаи и DALY's, причинени от консумацията на алкохол, са най-високи в европейския регион - 10.1% от всички смъртни случаи и 10.8% от всички DALY's.

По данни на НСИ от 2019 г., на база МКБ-Х ревизия, злоупотребата с алкохол (включително алкохолна психоза) е причина за 0.9% от смъртните случаи при мъжете и

⁵³ Global Status Report on Alcohol and Health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/).

⁵⁴ GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016; 2016. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2931310-2>

0.1% от смъртните случаи при жените (при мъжете по-често във възрастта 50-54 г.; при жените - 65-69 г.).

Национално изследване на факторите на риска за здравето сред населението в България през 2014 г.⁵⁵ показва, че над 65% от анкетираните (на 20+ години) консумират алкохол (бира, вино, концентрати). Въздържатели са всеки пети мъж и всяка втора жена. Редовно консумират алкохол 40.8% от мъжете и 10.9% от жените. Мъжете регистрират средна употреба от 192.07 мл АА (абсолютен алкохол) на седмица, като най-високи стойности се отбелязват във възрастовите групи 45-54 и 55-64 години. При жените средното количество АА е 53.60 мл, с най-високи стойности на консумация при 20-24- и 45-54-годишните.

По данни на Европейското здравно интервю, 2019 г., 16.2% от мъжете и 42.0% от жените на възраст 15 и повече години нито веднъж не са употребявали алкохол. Поне веднъж месечно са употребявали алкохол 23.6% от мъжете и 22.3% от жените, а поне веднъж седмично, но не всеки ден - съответно 34.0% и 14.5% от тях⁵⁶. Всеки ден или почти всеки ден алкохол са употребявали 17.4% от мъжете и 3.6% от жените на възраст 15 и повече години.

Доклад на СЗО от 2019 год., обхващащ 30 държави в европейския регион, посочва, че не се отбелязва статистически значим спад на потреблението на алкохол за периода 2010-2016 г, като най-високи нива на потребление продължават да бъдат измервани в европейския регион, средно 9.8 литра АА на глава от населението (16 литра АА при мъжете и 4.2 литра АА при жените). България заема една от първите позиции в Европа, отчитайки 11.4 литра АА.

По данни на НСИ⁵⁷ в периода 2001-2019 г. в страната ни се наблюдава значително нарастване (с 14.4 литра) на потреблението на алкохолни напитки средно на лице от домакинство, като с най-голям дял е бирата, следвана от виното. Най-малко се консумират ракиите и другите спиртни напитки. Увеличават се значително и разходите за алкохолни напитки.

Употребата и злоупотребата с алкохол представляват сериозно предизвикателство за здравето, социалното и икономическото развитие на държавата. Необходими са конкретни мерки за проследяване на тенденциите, свързани с алкохолната консумация, които да осигурят своевременната и надеждна информация за

⁵⁵ Национално изследване на факторите на риска за здравето сред население на възраст 10-19 г. и над 20 г. МЗ, НЦОЗА, 2014.

⁵⁶ Европейско здравно интервю, България 2019 г. https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/EHIS2019_3MTAFLZ.pdf

⁵⁷ Национален статистически институт, 2020, <http://www.nsi.bg>

ефективно и ефикасно приоритизиране на интервенциите, насочени към намаляване на злоупотребата с алкохол.

През последните години, както в целия европейски регион, така и в нашата страна се увеличава консумацията на алкохол сред подрастващите. Наблюдава се тенденция за постоянно намаляваща начална възраст на консумация на алкохол. При населението на възраст 10-19 години данните сочат, че 62.6% от анкетираните са опитвали алкохол (бира, вино, концентрат), без съществена разлика между двата пола. Средната начална възраст на алкохолна консумация е 13 години. Към момента на изследването 48.0% от децата консумират алкохол (48.2% от момчетата и 47.8% от момичетата), по-често във възрастта 15-19 години. От тях ежедневно го употребяват 1.7% от момчетата и 1.1% от момичетата, понякога - 46.6% от тях. Не употребяват алкохол 52.0% от децата.

Епизодичната злоупотреба с алкохол се определя като консумиране на пет или повече алкохолни напитки при децата. През 2015 г. повече от половината момчета на възраст между 15 и 16 години са съобщили за най-малко един случай на епизодична злоупотреба с алкохол през предходния месец, което е много над средното равнище за ЕС. Това е особено обезпокоително, като се имат предвид повишения риск от произшествия и злополуки, свързани с употребата на големи количества алкохол и ефектите от нея върху резултатите на юношите в областта на образованието и социалната реализация.

Глобалната стратегия за намаляване на алкохолната консумация на СЗО е общ ангажимент на държавите-членки, който изисква ефективно управление и предприемане на конкретни действия за ограничаване злоупотребата с алкохол. Дейностите, заложи в националните програми и стратегии, са ефективен механизъм в тази насока, водещ до цялостно въздействие върху здравословния начин на живот на населението в страната.

Здравословното хранене е един от ключовите аспекти на превенцията и един от ефективните начини за справяне с хроничните незаразни болести. Въздействието върху една от основните здравни детерминанти – храненето, по време на целия жизнен цикъл е предпоставка за здравословен начин на живот с положителен ефект върху личното и общественото здраве в дългосрочен план.

Проучването на Глобалната тежест на заболяванията (GBD) установява, че в Европейския съюз през 2017 г. над 950 000 смъртни случая и над 16 милиона DALY's се дължат на рискове, свързани с храненето, поради нездравословен хранителен модел, като всички те са в резултат от ХНБ, главно сърдечно-съдови заболявания (817 302), новообразувания (101 477), диабет и бъбречни заболявания (32 009).

Нездравословният хранителен модел директно се превръща в огромна тежест за здравето и бюджета. Само затлъстяването намалява продължителността на живота с до 4 години, оказвайки въздействие и върху растежа на brutния вътрешен продукт в ЕС, като същевременно консумира до 7% от здравните бюджети. Относителният дял на лицата със затлъстяване продължава да се увеличава както сред децата, така и сред възрастните⁵⁸.

Данните от проведеното в България през 2014 год. проучване на факторите на риска за здравето в рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 отчитат затлъстяване от 5% при децата на 1-4 год. и от 10.3% при децата от 5 до 18 години. Резултатите показват тенденция за намаляване на затлъстяването при децата на 7-9 и 14-18 г. в сравнение с нивата при проучване на хранителния статус на учениците през 2011 г., като затлъстяването при децата на 7-9 години е намаляло от 18.5% на 13.2%, а при учениците на 14-18 години от 7.9% на 5.6%. При децата на 10-13 години се наблюдава задържане в честотата на затлъстяването (14.1% през 2011 г., 15% през 2014 г.).

Запазва се висока честота на затлъстяване сред населението в активна възраст. Със затлъстяване на 30-59 год. са 29% от мъжете и 20.4% от жените, а при изследваните на възраст 60-74 г. - 29.3% от мъжете и 35.3% от жените.

При оценка на хранителния прием на населението се забелязват някои негативни тенденции. С нарастване на възрастта се увеличава енергийният дял на мазнините и относителният дял на лицата с прием на мазнини и наситени мастни киселини над горните граници за прием. Съществува риск от дефицит на витамини – А, В1, В2 и фолат, както и на минерали – калций, магнезий, цинк и желязо. Висок е относителният дял на лицата от всички възрастови групи със среднодневен прием на натрий над горна граница за нерисков хранителен прием. Анализът на данните за

⁵⁸ GBD Study (2017a) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet (2017) Volume 390, Issue 10100, 16–22 September 2017, Pages 1211-1259.

консумацията на отделните групи храни показва някои нездравословни аспекти на хранителния модел на населението в България⁵⁹.

Разработените през последните години европейски и национални стратегически документи подчертават необходимостта от съгласувани действия и мултисекторно сътрудничество за подобряване на храненето на населението и превръщането на здравословния избор в най-лесен. Европейската Комисия (ЕК) очертава основните дейности: подкрепа за здравословен старт в живота; насърчаване на здравословната среда, особено в детски колективи и училища; повишаване на възможностите за здравословен избор; насърчаване реформулирането на храните по отношение нивата на сол, мазнини, наситени и транс-мастни киселини, както и захар в тях; ограничаване на маркетинга и рекламата на храни за деца с високо съдържание на сол, захар и мазнини; повишаване информираността на семействата; мониторинг и оценка на хранителен прием и хранителен статус; подкрепа и увеличаване на научните изследвания в областта на храненето.

Заключенията на Съвета на Европейския съюз по заетост, социална политика, здравеопазване и потребителски въпроси (EPSCO)⁶⁰ по време на българското председателство на Съвета на Европейския съюз през 2018 г. поставят акцент върху опазване на здравето на младото поколение, което е най-добрата инвестиция в бъдещето на конкурентоспособна Европа и за постигането на Целите за устойчиво развитие на ООН.

Приетата от ЕК през 2020 год. „Стратегия от фермата до вилницата: - за справедлива, здрава и природосъобразна хранителна система“ (Farm to Fork Strategy: For a fair, healthy and environmentally-friendly food system)⁶¹ е в основата на Зелената сделка на Европа и Програмата за устойчиво развитие до 2030 г. Стратегията е от основно значение за постигане на Целите за устойчиво развитие на ООН и очертава политики и механизми в полза за здравето и за намаляване разходите за здравеопазване чрез увеличаване наличността и достъпността на здравословни храни, насърчаване на устойчива консумация и улесняване преминаването към здравословно хранене.

⁵⁹ В. Дулева, Л. Рангелова, С. Петрова, П. Димитров Хранене, хранителен статус и рискови фактори, свързани с тях, при населението от 1 до 75+ години. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести, 2014-2020, Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р.България, III част, "Българско списание за обществено здраве", 2017 г., том 9, кн. 2: 4-78

⁶⁰ Council of the European Union, Council conclusions Healthy nutrition for children: The healthy future of Europe, Brussels, 22 June 2018 (OR. en)

⁶¹ EC, DG SANTE/Unit 'Food information and composition, food waste', ROADMAP Farm to Fork Strategy, Ref. Ares(2020)1008142 - 17/02/2020

Ниската физическа активност е сред основните причини за възникване на хроничните незаразни болести – 21 и 25% от случаите на рак на гърдата и дебелото черво, 27% от тези на диабета и приблизително 30% от случаите на исхемична болест на сърцето. Тя е четвъртият рисков фактор за глобалната смъртност (6% от смъртните случаи в света)⁶². Според СЗО хиподинамията обуславя 10-15% от общата смъртност в Европейския регион и 3.5% от бремето на болестите (9.7% в съчетание с нездравословно хранене).

С недостатъчна физическа активност в света са над 60% от населението. Не практикуват никакъв спорт около 50% от европейците, като водещо място заема България (82%), следвана от Гърция (79%), Унгария (71%), Румъния (69%), Италия (67%), Полша (66%) и Латвия (65%). Ниската физическа активност на децата в училищна възраст също е проблем, който съществува от много десетилетия в световен мащаб.

Ниската физическа активност има съществен принос за влошаването на популационния здравен статус и в нашата страна. Той е причина за 7.7% от всички смъртни случаи и формира 4.3% от глобалното бремене на болестите (по DALY's).

По данни на Националното изследване за факторите на риска за здравето 2014 г., над 70.0% от населението на 20 и повече години е с недостатъчна физическа активност през свободното време, включително лицата, които не я извършват поради болест или инвалидност. От 2 до 3 пъти седмично практикуват физически упражнения или спорт 14.3% от мъжете и 9.5% от жените; ежедневно, до 4-6 пъти седмично извършват физическа активност едва 12.8% от тях, предимно по-младите. При 2/3 от изследваните физическата натовареност на работното място е “много лека” или “лека“. При 38.1% от лицата, среднодневната продължителност на времето, прекарано в седнало положение, е повече от 300 минути, малко по-често при жените и лицата на възраст 55-64 и 45-54 години⁶³.

В България е сериозен и проблемът с ниската физическа активност при децата на възраст 10-19 г. Резултатите от проведеното изследване показват, че почти всеки ден през свободното време са физически активни 48.2% от момчетата и 25.5% от момичетата, 2-3 пъти в седмицата спортуват 33.8% от тях. Всеки трети ученик спортува веднъж седмично или по-рядко, или пък въобще не се занимава със спорт, като делът на момичетата е близо два пъти по-висок от този на момчетата (съответно 38.6% срещу

⁶² Physical-activity, WHO 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

⁶³ Евробарометър, 2017, Special Eurobarometer 472: Sport and physical activity <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/82433>

20.0%). Всеки пети ученик спортува около 30 минути, което е крайно недостатъчно и не отговаря на препоръките на СЗО . Децата не спортуват основно поради липса на желание, близко и подходящо място за това, липса на компания. Нисък е дялът на неспортуващите поради финансови и здравословни причини.

Данните от периодично проучване на общественото мнение в страните-членки на Европейския съюз Евробарометър за спорт и физическа активност 2017⁶⁴, показват, че процентът на европейците, които понастоящем не практикуват физически упражнения и спорт, продължава да се увеличава. Почти половината от тях (46%) никога не са практикували спорт или друга физическа дейност. В сравнение с 2013 г., дялът на този показател е нараснал с 4%. България е една от малкото страни, които бележат благоприятно намаляване на показателя (от 78% през 2013 г. на 68% през 2017 г.), но дялът на редовно спортуващите продължава да бъде нисък - едва 7%. Ходенето пеша в продължение на 10 и повече минути е сред предпочитаните форми на физическа активност у нас. Едва 2% от българите спортуват редовно през 2017 г. Ангажираността в спорта и физическата активност е по-слабо разпространена сред хората с по-ниски нива на образование и сред хората с финансови затруднения.

Тенденциите и промените в нивото на физическата активност на населението през последните десетилетия се влияят от развитието на технологиите, икономиката и социалната структура. Ограниченията във времето са основна причина за българите да не правят упражнения или да не спортуват редовно. Липсата на финансови възможности е също причина за ниската физическа активност на населението.

В рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 са извършени значителен по обем дейности, свързани с промоция на физическата активност. Използвани са различни образователни методи и форми: беседи, лекции, дискусии, тренинги, ТВ и радиопредавания, аудио и видеоклипове, видеопокази, изложби, викторини, тематични дни, празници на здравето, спортни състезания, конкурси, кампании и други.

Според Глобалният план за действие за физическата активност 2018-2030⁶⁵ редовната физическа активност е основен фактор за превенция и лечение на водещите незаразни болести - сърдечносъдови заболявания, инсулт, диабет и рак на гърдата и

⁶⁴ Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020. Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в България – 2014 г. Поведенчески фактори на риска за здравето. Физическа активност. Българско списание за обществено здраве, 2016, том 8, кн.4, 82-93

⁶⁵ World Health Organization. (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272722>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

дебелото черво. Тя допринася и за профилактиката на други важни рискови фактори, такива, като хипертония, наднормено тегло и затлъстяване, подобрява психичното здраве, качеството на живот и общото благополучие.

Реализирането на дейности за повишаване на физическата активност на населението в България, интегрирани в политиките на здравеопазването, икономиката, образованието, финансите, околната среда и др. ще дадат възможност за подобряване здравето на нацията и постигане на Целите за устойчиво развитие до 2030 г.

1.3. Основание за разработване на програма

От няколко десетилетия глобалните усилия за контрол на епидемията от ХНБ бележат успех и вече има значими резултати в много развити страни. **Практиката показва, че редуцирането на основните рискови фактори води до намаляване на смъртността и заболяемостта от тези болести, съответно и на тяхното бреме за обществото.** 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 болелите, както и осигуряване на здравословна среда за живот и дейност.

НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ХРОНИЧНИТЕ НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ 2014-2020

Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести е приета с Решение № 538 от 12.09.2013 г. от МС.

В рамките на Програмата е проведено Национално изследване на факторите на риска за здравето сред 3978 лица с цел установяване нивото на факторите на риска за ХНБ, знанията, уменията и актуалното поведение на населението, свързано със здравето и др. Резултатите му са използвани за разработване на политиката на програмата, приоритетите, целите, задачите, стратегиите и конкретните дейности за постигане на целите, показателите за мониторинг и оценка на резултатите. Изградени са Програмни съвети, работни групи по проблеми, Обществени коалиции за здраве.

След 2016 г. се разгръщат интервенционните мероприятия за промоция на здраве и ограничаване на факторите на риска за най-честите хронични незаразни болести. Основните стратегии на програмата са насочени към: здравно образование на населението за контрол на основните фактори на риска за здравето и ХНБ; изграждане на капацитет за работа у медицинските специалисти и партньорите по програмата; участие на общностите и институциите в дейностите по програмата; разработка на ръководни принципи и ръководства за добра практика на професионалистите и партньорите, както и на информационни материали за населението.

В рамките на програмата ежегодно се извършва огромна образователна и обучителна дейност на ниво популация и високорискови групи. Само за 2019 г. са реализирани значителен брой дейности по промоция на здраве и профилактика на болестите, насочени към ограничаване на рисковите фактори, свързани с начина на живот (тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност, употреба на алкохол и др.) и към биологичните фактори на риска за хроничните незаразни болести – повишено артериално налягане, затлъстяване и други. Използвани са различни образователни методи и форми на обучение: беседи, лекции, дискусии, тренинги, ТВ и радиопредавания, аудио и видеоклипове, видеопокази, изложби, викторини, тематични дни, празници на здравето, спортни състезания, конкурси, конференции, кампании и др.

Сред населението до 19 г. са организирани и проведени 202 кампании, отбелязани са 165 световни, международни и тематични дни, празници и са проведени 159 други масови прояви. Излъчени са: 141 ТВ предавания, 169 радиопредавания, 1322 аудио и видеоклипове, видеопокази, 125 други медийни изяви; публикувани са 387 материала в местни и централни ежедневници, други 770 - в интернет; организирани са 7 пресконференции с журналисти; изнесени са 2761 лекции и беседи; проведени са 538 дискусии; 12 обучителни курса, 98 семинара; 125 тренинга; 1225 индивидуални обучения и консултации. Проведени са и 19 проучвания. Разработени и отпечатани са 43 здравно-образователни материала с тираж 41222 бр. Разпространени са 98905 бр. материали (методични помагала, дигитални, плакати, стикери, календари и др.). Активна е дейността на разкритите в училищата и извън тях центрове и клубове: клуб „Млад здравен експерт“, клуб „Млад кулинар“, Клуб на непушача“, клуб „Здраве за всички“, клуб „Здраве“, клуб „Посланици на здравето“ и др. Продължава дейността на конкурса „Посланици на здравето“, който се провежда за единадесета поредна година.

Извършената дейност *сред населението над 20 години* също е значителна. Организиран и проведен са 118 кампании и 94 масови прояви, отбелязани са 126 тематични, световни и международни дни и празници. Излъчени са: 117 ТВ предавания, 133 радиопредавания, 577 видео- и аудиоклипове и видеопокази; публикувани са 265 материала в местни и централни ежедневници, в интернет – други 282; организирани са 2 пресконференции с журналисти; проведени са 24 обучителни курса, изнесени са 1350 лекции и беседи; проведени са 177 семинари, 384 дискусии, 11 тренинга; извършени са 2 211 индивидуални обучения и консултации. Проведени са 7 проучвания. Разработени и отпечатани са 30 здравно-образователни материали с тираж 17 024 броя. Разпространени са общо 44 477 броя материали (методични помагала, дигитални, плакати, стикери, календари и др.).

Изключително полезна е дейността на разкритите в някои общини кабинети за измерване на артериално налягане, тегло и ръст. Безплатно измерване се извършва и в някои аптеки, читалища и пенсионерски клубове. Добра практика са и действащите клубове, като „Клуб на непушачите“, „Клуб на хора със здравословни проблеми“, „Клуб на работодателите, подкрепящи работна среда без тютюнев дим“, на прекаралите инфаркт на миокарда, мозъчно-съдова болест и други хронични болести.

Активна е дейността на Консултативните кабинети за отказване от тютюнопушенето (ККОТ) при РЗИ. На преминалите през кабинетите пациенти е оказана консултативна помощ за отказване от тютюнопушене. Извършени са функционални изследвания на дишането (спирометрия); измервания на артериалното налягане; раздадени са здравнообразователни материали за ползата от спиране на цигарите и вредата от тютюнопушенето, справяне с абстинентните симптоми и стреса, здравословно хранене, полза от движението и др. Пациентите са информирани за възможностите за профилактични прегледи и консултации. Дейността на кабинетите за отказване от тютюнопушене е популяризирана сред населението чрез: изготвяне и разпространение на афиши, дигитални, излъчване на реклама на кабинета и др. Практиката за позициониране на кабинетите извън РЗИ, която се провежда от няколко години, показва добри резултати.

По отношение на дейностите, насочени към ранното откриване на водещите ХНБ, през 2019 г. в областите Пловдив и Плевен е организиран и проведен скрининг за рак на гърдата, рак на маточната шийка и рак на дебелото и право черво.

Профилактичен преглед е извършен на 3900 лица на възраст 18 - 86 години. От извършените 1281 прегледа с мамография 549 показват промени в структурата на

млечните жлези. Тези лица са насочени за различен тип допълнителни изследвания, консултации и лечение. От 1297 гинекологични прегледи с цитонамазка, 1288 са с отрицателен резултат и 9 с изменения, включително възпалителни, дегенеративни, дисплазии и др. Насочени за допълнителни прегледи, изследвания и лечение са 44 лица. От извършените 1300 прегледи с тестове за окултни кръвоизливи са се позитивирали 51 теста. Насочени за допълнителни изследвания са 51 лица. Изпълнението на дейностите по скрининга на онкологични заболявания включва обучителни дейности и информационни кампании, проведени от изпълнителите, насочени както към обществеността, така и към медицинските специалисти.

Проведена е и кампания за безплатни скринингови прегледи на активни и пасивни пушачи, иницирана от сдружение „Национална асоциация за профилактика на белодробните болести“. Извършен е преглед на 815 лица от Благоевград, София и още 5 населени места от област Враца. По собствена инициатива са се записали 618 лица, допълнително прегледани са още 293. Прегледите и флуорографските изследвания показват, че при 243 души е налице ХОББ, недиагностицирана до момента. При 57 души са намерени флуорографски изменения на белите дробове, които налагат извършването на компютърна томография за определяне на окончателната диагноза. Със съмнение за астма са 16 човека, за специфичен процес - туберкулоза - 8 човека, като на 6 от тях са открити калцификати от преживян процес, 5 случая са с пневмония и по 1 случай с азбестоза, остър бронхит и сърдечносъдова болест. Всички случаи със съмнение за болестни изменения на белите дробове при проведения скрининг са насочени към кабинети по белодробни болести за провеждане на допълнителни изследвания и лечение.

През отчетния период е извършена значителна дейност за повишаване на капацитета на медицинските и немедицински специалисти, както и на партньори, ангажирани с програмата. Проведени са 170 обучителни курса и семинара с общо 4665 участници и 3041 индивидуални обучения и консултации за разпространението на хроничните болести, факторите на риска за тях, развиването на умения за прилагане на добра профилактична и терапевтична практика и др.

Доброто сътрудничество между административните структури и изградената мрежа от професионалисти, експерти и представители на различни заинтересовани групи позволява постигане на стратегическите цели на програмата при запазване на консенсуса между органите на местната власт, държавните и общинските структури, НПО, бизнес средите и медиите.

**Смъртност от четирите основни ХНБ и разпространение на факторите,
които ги обуславят, през периода 2012-2019 г.**

Смъртност ⁶⁶	2012 г. (‰)	2019 г. (‰)	Резултат (‰)
Преждевременна смъртност от БОК (%)	14.6	13.6	1.0↓
ИБС	189.6	188.1	1.5↓
МСБ	298.1	296.2	1.9↓
АХ	25.8	20.3	5.5↓
ЗН	248.5	260.7	12.2↑
ХОББ	18.1	18.5	0.4↑
Диабет	23.0	21.8	1.2↓

Рискови фактори (15+ години)	2014 г.(%) ⁶⁷	2019 г. (%) ^{68 69}	Резултат (%)
ТП	32.3	29.1	3.2↓
Алкохол	23.2	10.2	13.0↓
Физическа активност	71.0	68.0	3.0↓
Артериална хипертония	25.7	29.7	4.0↑
Наднормено тегло/ затлъстяване	54.3	53.4	0.9↓

* Поради различните методики, използвани в проучванията за разпространението на факторите на риска, сравнението на данните е условно.

Получените данни (за лица над 15 години) показват следното:

- Макар и незначително, е намаляла смъртността от основните болести - обект на програмата (ИБС, МСБ, АХ, диабет). Известно повишаване се наблюдава в показателите за смъртност при ЗН и ХОББ.
- Нивото на редовното (ежедневно) тютюнопушене е намаляло с 3.2%.
- С 13% е намаляла ежедневната консумация на алкохол.
- С 3 процентни пункта е намалял дялът на лицата, които не практикуват физическа активност или я практикуват рядко.
- С 0.9% е намалял дялът на лицата с наднормено тегло/затлъстяване.
- Дялът на лицата с артериална хипертония е нараснал с 4 процентни пункта.

⁶⁶ НЦОЗА, 2020

⁶⁷ Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България – 2014 г. Българско списание за обществено здраве, том 8, кн.4, 2016.

⁶⁸ Европейско здравно интервю, България 2019 г. https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/EHIS2019_3MTAFLZ.pdf

⁶⁹ Евробарометър, 2017, Special Eurobarometer 472: Sport and physical activity

<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/82433>

Стойностите на пръв поглед са незначителни, но като резултати са удовлетворяващи, защото поведението на населението като цяло изисква продължително и системно въздействие за постигане на измерими промени. Програмата реално разгръща интервенционната си дейност през 2016 г. Трябва да се отбележи и фактът, че част от предвидените по програмата дейности не са се провели поради недостатъчно финансиране.

Промените, настъпили до момента в по-голямата си част са положителни и това се дължи на адекватната политика на програмата, както и на големите усилия на МЗ, НЦОЗА, РЗИ и структурите на програмата, участието на общините, Обществените коалиции за здраве, НПО и други, т.е. на работата на много партньори.

През месец ноември 2020 г. стартира Национално изследване на факторите на риска за здравето сред населението на Р България, с което по-конкретно ще се установят промените, настъпили в поведението, свързано със здравето, на населението в Р България.

Цялостното развитие на програмата през годините показва, че това е работеща програма, която постига резултати в трудните условия на хроничен недостиг на средства, затрудняващ и ограничаващ реализирането на планираните дейности.

Натрупаният опит на програмата трябва да бъде използван и нейните дейности да продължат и през периода 2021-2025 г. С цел подобряване на здравето на населението и на показателите за здраве и в бъдеще.

ПРЕДПОСТАВКИ ЗА ПРОДЪЛЖЕНИЕ НА ПРОГРАМАТА ПРЕЗ 2021-2025:

1. Програмата е с доказал ефективността си международен модел за профилактика на хроничните неинфекциозни болести. Повечето страни в Европа развиват този модел, като голяма част от тях са постигнали определени успехи по отношение на целите ѝ. Програмата съчетава дейности за профилактика на болестите и промоция на здраве в съзвучие с новото обществено здравеопазване и постиженията на медицината.

2. Програмата предоставя апробирана рамка за политика и методология за използване на натрупаните знания и опит в света за профилактиката на най-честите хронични болести и у нас - проблем с най-голяма тежест за обществото. Тази политика

е и в основата на програми на ЕС, на Глобалната и Европейската стратегии на СЗО за профилактика на ХНБ.

3. За изминалите години реализирането на програмата успя да постигне положителни резултати в поведението на населението, свързано със здравето, с редуциране нивото на редица фактори на риска за здравето, да предизвика промени в показателите за здравното състояние на населението, значителни за вложените в нея средства, ограничаването на които не позволи провеждането на всички планирани дейности по програмата. Тези промени следва да се задържат и продължат. Дейностите трябва да се разширят.

4. Програмата натрупа опит, който показва, че профилактиката е възможна и в нелеките условия в страната, който може и трябва и занапред да бъде използван за подобряване на здравето на населението.

Въз основа на постигнатите при досегашното изпълнение на Програмата резултати, на анализа на съществуващите предизвикателства за здравето на населението и изброените по-горе предпоставки бяха определени целите на Програмата за периода 2021-2025 година.

2. ЦЕЛИ НА ПРОГРАМАТА

2.1. Стратегическа цел

Да продължи подобряването на здравното състояние на населението чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и дългосрочни последствия за здравето от най-често срещаните хронични незаразни болести.

2.2. Основна цел

Да продължи редуцирането на нивото на общите за хроничните болести най-често срещани фактори на риска: поведенчески, биологични, психосоциални и на околната среда. Активизиране на дейностите по ранна диагностика на основните ХНБ.

2.3. Основни подцели

а) Надграждане и развиване на утвърдената национална политика за ограничаване на употребата на всички тютюневи изделия, промоция на здраве и профилактика на заболяванията по причина употреба на всички тютюневи изделия.

б) Оптимизиране на дейностите в рамките на национална политика до степен на саморегулация за ограничаване на злоупотребата с алкохол, промоция на здраве и профилактика на заболяванията по причина на алкохола.

в) Затвърждаване на постигнатите положителни промени в националния хранителен модел, постигане на нови такива за намаляване риска от хранителни дефицити и хронични заболявания, свързани с храненето, подобряване на осигуряването с храни, допринасящи за здравословен модел на хранене, както и осигуряване на широк достъп до тях.

г) Активизиране на дейностите за повишаване на физическата активност на населението за постигане на по-добро здраве, дееспособност и дълголетие. Създаване на условия и възможности за достъп на населението до практикуване на физически упражнения, спорт и туризъм, организиран на възрастов, териториален, ведомствен и отраслов принцип.

д) Укрепване на капацитета на първичната здравна помощ в сферата на превенцията и ранната диагностика на основните хронични незаразни болести.

3. ПРИНЦИПИ И СТРАТЕГИИ НА ПОЛИТИКАТА НА ПРОГРАМАТА

- Интегриран мултидисциплинарен подход на междуинституционално равнище при водеща и координираща роля на Министерство на здравеопазването.

- Реализиране на дейности по промоция на здраве, профилактика на болестите, прилагане на модули за интервенция за намаляване факторите на риска при всички възрастови и професионални групи и др. с използване на различни стратегии при създаване на система за координация на профилактичната дейност на специалистите и работата им в екип.

- Междусекторно сътрудничество чрез развиване на координирани съвместни дейности за здраве между обществените сектори, формиране на междусекторни съвети, работни групи и др.

- Изграждане на диалог и партньорство с всички заинтересовани страни, активно включване на професионални и неправителствени организации и сдружения, медии и др.

- Преориентиране на структурите на Националната система за здравеопазване (РЗИ, РЗОК, амбулатории за първична и специализирана медицинска помощ, МЦ, ДКЦ, здравни кабинети в детските градини и училищата, болници, центрове за профилактични дейности – медицина и спорт, и др.) към профилактични дейности, промоция на здраве и успешни резултати от тях.
- Ефективно управление и координация на дейностите на национално и регионално ниво; изграждане на институционален капацитет за прилагане на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести.
- Приоритизиране на специфичните дейности; използване на разнообразни принципи и ефективни мерки за реализация на дейностите.
- Използване на научния подход, базиращ се на съвременни, научно доказани факти и концепции; използване на съществуващото научно познание и опит в областта на профилактиката, създаване на модели за профилактика, развитие на нови изследвания в тази насока, предоставяне на нови знания за практиката, оценка и контрол на резултатите и др.
- Международно сътрудничество за хармонизиране на националната политика с политиката на Европейския съюз при реализиране на националните дейности, свързани с международни инициативи; обмяна на опит, резултати, интервенционни модули, квалификация на кадри, оценка на резултатите и др., като се уточнява най-добрата политика и подходи за профилактика на ХНБ.
- Мониториране на прилагането на Програмата и изпълнението на отговорностите на ангажираните институции.
- Адекватно финансиране на всички изпълнители по Програмата, ефективно и целесъобразно разпределяне на ресурсите за реализиране на дейностите.

4. ПРИОРИТЕТИ ЗА ИНТЕРВЕНЦИОННИТЕ ДЕЙНОСТИ В РАМКИТЕ НА ПРОГРАМАТА

Приоритетни болести и състояния: сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, диабет, хронични белодробни болести.

Приоритетни поведенчески и биологични фактори на риска за здравето: тютюнопушене, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол, повишено артериално налягане, повишен холестерол, повишен индекс на телесна маса.

5. ЦЕЛИ В ОБЛАСТТА НА ПРЕВЕНЦИЯТА НА ХНБ ДО 2025 Г.

В средносрочен план целите са свързани със задържане на нивата за показателите (в сравнение с базовите данни от 2020) за заболяемост, инвалидизация, смъртност, честота на разпространение на рисковите фактори.

В дългосрочен план целите (в сравнение с базовите данни от 2020) са както следва:

5.1. Сърдечносъдови заболявания:

- а) Намаляване на смъртността от исхемична болест на сърцето с 5 %.
- б) Намаляване на смъртността от мозъчно-съдова болест с 5%.
- в) Намаляване честотата на артериалната хипертонията във възрастовата група 25-64 г. с 5%.
- г) Намаляване на преждевременната смъртност (смъртност преди 65-год. възраст) от сърдечно-съдови заболявания с 10%.
- д) намаляване на заболяемостта от сърдечна недостатъчност с 10%.
- е) намаляване на смъртността от сърдечна недостатъчност с 5%.

5.2. Злокачествени новообразувания:

- а) Намаляване на заболяемостта от злокачествени новообразувания.
- б) Увеличаване с 30% на случаите със злокачествени новообразувания, открити чрез преглед или скринингово изследване при локализациите, подлежащи на скрининг (рак на гърдата, рак на маточната шийка, рак на дебелото и правото черво).
- в) Намаляване с 30% на случаите с напреднало злокачествено новообразувание при локализациите, подлежащи на скрининг (рак на гърдата, рак на маточната шийка, рак на дебелото и правото черво).
- г) Стационаране на смъртността от злокачествени новообразувания.

5.3. Хронични болести на дихателната система:

5.3.1. Хронична обструктивна белодробна болест

- а) Намаляване на смъртността от ХОББ с 5%.
- б) Намаляване на процента на пациенти с ХОББ, които са с ограничения в ежедневните дейности поради заболяването.

в) Намаляване честотата на екзацербациите/хоспитализациите посредством имунизации с противогрипни и пневмококови ваксини.

5.3.2. Подобрене на грижите за пациентите с астма и на пациентските резултати

- а) Постигане на добър контрол на симптомите на бронхиална астма и нормално ниво на физическа активност
- б) Минимализиране на риска за свързана с астмата смъртност, екзацербации, персистираща лимитация на въздушния дебит и странични явления.

5.3.3. Ранно откриване и лечение на идиопатична белодробна фиброза и прогресиращи фиброзиращи интерстициални белодробни заболявания

- а) Намаляване на годишния спад вна белодробната функция
- б) Намаляване на смъртността

5.4. Диабет тип 2

- а) Относително намаляване на болестността/разпространението на диабет тип 2 (определен като повишено ниво на глюкозата в кръвта ≥ 7.0 mmol/L или лица на лечение за диабет) сред лицата на възраст над 25 години с 10%.
- б) Намаляване на честотата на острите и хронични усложнения на диабет тип 2.
- б) Стационаране на инвалидизацията от диабет тип 2.

6. ЦЕЛИ В ОБЛАСТТА НА ОСНОВНИТЕ ФАКТОРИ НА РИСКА ЗА ХНБ ДО 2025 Г.

6.1. Употреба на тютюневи и свързаните с тях изделия (посочени от специалист)

- а) Намаляване равнището на разпространение на тютюнопушенето сред населението с 5%;
- б) Намаляване равнището на разпространение на пропушването на цигари при деца до 13 г. с 50%;
- в) Намаляване интензитета на тютюнопушенето при пушачи – мъже и жени на 25-64 г. с 20%;
- г) Увеличаване на броя на пациентите-редовни пушачи, получили консултация от ОПЛ да откажат употребата на тютюневите изделия до 20%;
- д) Намаляване броя на бременните жени, които пушат по време на бременността с 20%.

6.2. Злоупотреба с алкохол

- а) Намаление на средната консумация на алкохол на човек от населението с 5%.
- б) Намаление с 10% на относителния дял на лицата, злоупотребяващи с алкохол.
- в) Намаление на консумацията на алкохол при деца до 18 год. с 20%.
- г) Увеличаване на броя на пациентите, злоупотребяващи с алкохол, консултирани от ОПЛ за ограничаване на консумацията му.

6.3. Физическа активност

- а) Увеличаване на относителния дял на лицата, практикуващи физическа активност с умерена интензивност най-малко 30 минути, 5 дни в седмицата.
- б) Увеличаване на относителния дял на децата, практикуващи ежедневно физическа активност с умерена до висока интензивност най-малко 60 минути.
- в) Намаление с 10% относителния дял на лицата, практикуващи физически упражнения, спорт и туризъм веднъж седмично и по-рядко.
- г) Увеличаване на относителния дял на лицата, консултирани от ОПЛ за редовно практикуване на физически упражнения, спорт и туризъм.

6.4. Хранене (посочени от специалист)

- а) Преустановяване на тенденцията за увеличаване честотата на затлъстяването при възрастното население.
- б) Запазване без увеличение на относителния дял на децата със затлъстяване.
- в) Ограничаване използването на наситените мастни киселини и на частично хидрогенираните растителни масла в хранителната промишленост.
- г) Относително намаление с 30% на средния прием на сол от населението с цел постигане на препоръчителното ниво за прием на по-малко 5 грама сол на ден.
- д) Стимулиране консумирането на 5 порции (400 грама) общо плодове и зеленчуци на ден.
- е) Намаление на въздействието върху децата на маркетинга на храни и безалкохолни напитки с високо съдържание на наситени мазнини, транс-мастни киселини, захар и сол.

7. ЦЕЛЕВИ ГРУПИ ЗА ИНТЕРВЕНЦИИ

- Деца

- Млади хора
- Жени в детородна възраст, бременни и кърмещи жени
- Население в трудоспособна възраст
- Възрастни и стари хора
- Медицински специалисти и асоциирани медицински специалисти/здравни професионалисти
- Немедицински специалисти

8. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА НА ДЕЙНОСТИТЕ. ИНДИКАТОРИ ЗА ОЦЕНКА

За проследяване на процеса на реализация на програмните дейности и тяхната ефективност са определени индикатори за мониторинг и оценка. Събирането на всички данни ще се извършва чрез стандартизирани процедури.

Индикатори за мониторинг и оценка:

- възрастово-полов състав на населението;
- разпространение на факторите на риска, свързани с начина на живот (тютюнопушене, употреба на алкохол, ниска физическа активност, нездравословно хранене);
- разпространение на биологичните фактори на риска (повишено артериално налягане, повишено ниво на общия серумен холестерол, повишен индекс на телесна маса (ИТМ));
- заболяемост/болестност на населението по причини, пол и възраст;
- смъртност на населението по причини, пол и възраст;
- инвалидизация на населението по причини, пол и възраст.

Оценката на програмата се извършва на основата на данните от мониторинга. Към компонентите на оценката се отнасят: значимост, адаптивност, степен на изпълнение, ефективност, резултативност, въздействие, ефикасност (съпоставка на вложените ресурси - финансови, човешки и др., с получените резултати).

В Работната програма (приложение 1) са представени конкретните действия за мониторинг и оценка на Програмата.

9. УПРАВЛЕНИЕ НА ПРОГРАМАТА

Управлението на програмата се осъществява от *Национален програмен съвет* (НПС), който се ръководи от заместник-министър на здравеопазването.

Националният програмен съвет включва представители на: МЗ, НЦОЗА, МРРБ, МИ, МОН, МОСВ, МЗХГ, МТСП, МВР, ММС, НЗОК, БЛС, НПО и др. Поименният състав и Правилникът за дейността на Съвета се определят със заповед на министъра на здравеопазването. НПС съдейства при вземането на решения по хода на развитието и реализацията на програмата и финансирането и, при оценяване на резултатите, внася предложения към различните обществени структури по програмни въпроси. При реализацията на дейностите съблюдава Протокола за развитие на програмата.

Национални координатори на програмата

Двама национални координатори се определят със заповед на министъра на здравеопазването и отговарят за реализацията на политиката на програмата и постигането на целите ѝ; ръководят и участват в разработката на програмните документи и плановете за работа, съобразно стратегиите на програмата, нейните цели и задачи; разпределят финансовите средства, предоставени по програмата; координират дейностите в областите; при поискване и по други поводи представят резултатите от дейностите на МЗ, НПС, координаторите на програмата в областите; изготвят ежегодна информация за дейността по програмата.

Координатори по факторите на риска

Координаторите по факторите на риска координират дейностите, свързани с отделните рискови фактори.

На областно ниво управлението на програмата се осъществява от Областен програмен съвет (ОПС).

Областен програмен съвет

Включва представители от: общинската администрация, РЗИ, МБАЛ, РЗОК, Районна колегия на БЛС и др. Поименният състав се определя със заповед на директора на РЗИ, който е и председател на Съвета. ОПС взема решения по хода на развитието и реализацията на отделните дейности на програмата, оценката и резултатите; грижи се за допълнително финансиране на дейностите; внася предложения към различните обществени структури по програмни въпроси; съблюдава препоръките на НПС и Координатора по развитието на програмата.

Областен координатор в съответната област

Определя се със заповед на директора на РЗИ. Координаторът отговаря за реализацията на политиката на програмата и постигането на целите ѝ на регионално

ниво; ръководи и участва в разработката на плановете за работа, съобразно стратегиите на програмата, нейните цели и задачи; разпределя финансовите средства, предоставени по програмата; при поискване и по други поводи представя резултатите от дейностите на координатора на програмата на централно ниво, НПС, ОПС; изготвя ежегодна информация за дейността по програмата.

Областни работни групи

Определят се със заповед на директора на РЗИ. Работната група планира и участва в практическото реализиране на дейностите по програмата, съгласно приетите стратегии, цели, задачи и дейности; извършва оценка на резултатите от дейностите по ключовите фактори на риска за болестите; предоставя информацията на ръководните органи на програмата, на координатора на програмата на централно ниво и други структури при поискване; допълва създадената информационна база данни за здравето състояние на населението в зоната на програмата, честотата и разпространение на факторите на риска, резултатите от проучванията.

10. УЧАСТВАЩИ ИНСТИТУЦИИ И ОРГАНИЗАЦИИ (ВОДЕЩА -- МЗ) И ПАРТНЬОРИ ПО ДЕЙНОСТИТЕ НА ПРОГРАМАТА

- Министерство на здравеопазването
- Министерство на образованието и науката
- Министерство на младежта и спорта
- Министерство на вътрешните работи
- Министерство на земеделието, храните и горите
- Министерство на финансите
- Министерство на икономиката
- Министерство на труда и социалната политика
- Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията
- Регионалният офис на СЗО в България
- Национален център по обществено здраве и анализи
- Регионални здравни инспекции
- Български лекарски съюз
- Общопрактикуващи лекари, медицински специалисти
- Научни медицински дружества
- Медицински специалисти от здравните кабинети в училищата и детските градини

- Лечебни заведения за първична или специализирана извънболнична и болнична помощ
- Национална здравнооигурителна каса
- Детски ясли, детски градини и училища
- Висши училища с медицински и педагогически направления
- Национална спортна академия
- Български лекарски съюз
- Национален статистически институт
- Българска агенция по безопасност на храните
- Държавна агенция за закрила на детето
- Комисия за защита на потребителите
- Агенция “Митници”
- Регионалните управления на образованието
- Българският червен кръст
- Изпълнителна агенция по лозата и виното при Министерството на земеделието и храните
- Изпълнителна агенция „Главна инспекция по труда”
- Изпълнителна агенция „Автомобилна администрация“
- Държавен фонд „Земеделие“
- Експертен съвет към министъра на здравеопазването по медицинската специалност „Хранене и диететика“
- Общини
- Професионални организации
- Браншови организации на производители на храни и напитки
- Средства за масова информация
- Спортни клубове, туристически дружества, федерации
- Неправителствени организации

11. РЕСУРСНО ОСИГУРЯВАНЕ НА ПРОГРАМАТА

Програмата се финансира от държавния бюджет чрез бюджета на Министерството на здравеопазването и останалите ведомства-партньори по Програмата. Финансовите средства, които са необходими за реализиране на предвидените в програмата дейности, се планират за всяка бюджетна година и са в рамките на утвърдените със Закона за държавния бюджет на Република България

разходи по бюджета на Министерството на здравеопазването и останалите ведомства-партньори по Програмата. Предвид дългосрочното действие на програмата, планираните финансови средства са в съответствие с параметрите на бюджетната прогноза за съответния тригодишен период. При възможност, някои от дейностите се финансират/съфинансират от национални и/или международни проекти, донорски и оперативни програми.

12. РАБОТНА ПРОГРАМА (Приложение № 1)

13. ФИНАНСОВ РАЗЧЕТ НА НЕОБХОДИМИТЕ СРЕДСТВА ЗА РЕАЛИЗАЦИЯ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО ПРОГРАМАТА (Приложение № 2)

14. ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БЛС – Български лекарски съюз

БНД – Българско научно дружество

ДКЦ – Диагностично-консултативен център

ЕС – Европейски съюз

РОСЗОБ – Регионален офис на Световната здравна организация в България

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

МВР – Министерство на вътрешните работи

МЗ – Министерство на здравеопазването

МЗХГ – Министерство на земеделието, храните и горите

МИ – Министерство на икономиката

МОН – Министерство на образованието и науката

МОСВ – Министерство на околната среда и водите

МРРБ – Министерство на регионалното развитие и благоустройството
МТСП – Министерство на труда и социалната политика

ММС – Министерство на младежта и спорта

МЦ – Медицински център

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НПС – Национален програмен съвет

НЦОЗА – Национален център по обществено здраве и анализи

ОПС – Областен програмен съвет

ПИМП – първична извънболнична медицинска помощ

РЗИ – Регионална здравна инспекция
РЗОК – Районна здравноосигурителна каса
СЗО – Световна здравна организация
БЧК - Български червен кръст
РУО - Регионално управление на образованието
ИААА - Изпълнителна агенция „Автомобилна администрация“
СМИ – Средства за масова информация
СИМП – Специализирана извънболнична медицинска помощ
БО – Браншови организации
ССЗ – Сърдечно-съдови заболявания
ХНБ – Хронични незаразни болести
ХОББ – Хронична обструктивна белодробна болест
DALY's – Disability-adjusted life years
ИБХ - Ишемична болест на сърцето
МСБ - Мозъчно-съдова болест
АХ - Артериалната хипертония
ИБФ - Идиопатичната белодробна фиброза
ЛК – .Лява камера
ФВК - Форсиран витален капацитет