

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

МИНИСТЕРСКИ СЪВЕТ

**НАЦИОНАЛЕН ПЛАН ЗА ДЕЙСТВИЕ
“ХРАНИ И ХРАНЕНЕ”**

2005 - 2010

СЪДЪРЖАНИЕ

Експерти, участващи и допринесли за разработването на Националния план за действие “Храни и хранене”	2
Използвани съкращения	4
I. Въведение	7
II. Защо е необходима национална политика за храни и хранене	8
III. Анализ на хранителната ситуация в България	
1. Хранене	11
2. Безопасност на храните	22
3. Устойчиво осигуряване на храни, достъпни за цялото население	26
IV. Изводи от ситуационния анализ - основни проблеми, свързани с храните и храненето	28
V. Основни фактори, допринасящи за нездравословния модел на хранене	30
VI. Цели и задачи на Националния план за действие “Храни и хранене”	31
VII. Стратегии за изпълнение на поставените цели и задачи	34
VIII. Дейности за изпълнение на целите и задачите	35
Цел 1. Да се извършат положителни промени в националния хранителен модел - за намаляване риска от хранителни дефицити и хронични заболявания, свързани с храненето	
Цел 2. Да се намали рискът за здравето, свързан със замърсители и добавки в храните	47
Цел 3. Да се подобри осигуряването на храни, допринасящи за здравословен модел на хранене, и да се увеличи достъпът до тях на цялото население.	53
Приложение 1. Храненето – ключова роля за качеството на живота	55
Приложение 2. Роля на безопасността на храните за здравето на населението	60
Приложение 3. Роля на устойчивото осигуряване на храни за здравето на населението	62
Приложение 4. Настояща политика по отношение на храните и храненето	63
Приложение 5. Фигури, свързани с анализа на състоянието на храненето на населението в България	66
Литературни източници	81

Експерти, участващи в разработването на Националния план за действие “Храни и хранене”

Ст.н.с. д-р Стефка Петрова, дм, ръководител Направление “Храни и хранене”, НЦООЗ

Д-р Снежана Алтънкова, директор Дирекция “Опазване и контрол на общественото здраве”, МЗ

Д-р Светлана Черкезова, главен експерт, Дирекция “Опазване и контрол на общественото здраве”, МЗ

Д-р Маша Гавраилова, началник отдел “Опазване на общественото здраве”, МЗ

Д-р Нелия Микушинска, държавен експерт, Дирекция “Опазване и контрол на общественото здраве”, МЗ

Д-р Нана Николова, главен експерт, Дирекция “Опазване и контрол на общественото здраве”, МЗ

Ст.н.с. д-р Румяна Вачкова, д.м.н., консултант към проекта

Ст.н.с. инж. Георги Георгиев, дх, консултант към проекта

Доц. д-р Радостина Георгиева, дм, директор на НЦРРЗ

Ст.н.с. д-р Никола Василевски, дм, НЦООЗ

Гл. асист. д-р Анета Попиванова, дм, СБАЛАГ ”Майчин дом”

Ст.н.с. д-р Людмила Иванова, дм, Лаборатория “Хранене”, НЦООЗ

Ст.н.с. д-р Донка Байкова, дм, Лаборатория “Хранене”, НЦООЗ

Ст.н.с. Констанца Ангелова, дм, Лаборатория “Хранене”, НЦООЗ

Н.с. I ст. д-р Веселка Дулева, дм, Лаборатория “Хранене”, НЦООЗ

Н.с. I ст. Дора Овчарова, Лаборатория “Хранене”, НЦООЗ

Н.с. I ст. д-р Красимира Ватралова, дм, Лаборатория “Хранене”, НЦООЗ

Ст.н.с. д-р Благой Йорданов, дм, Зав. Лаборатория “Хранене”, НЦООЗ

Ст.н.с. д-р Росица Еникова, Зав. Лаборатория “Микробиология на храните”, НЦООЗ

Д-р Кирил Киров, директор на ЦЛВСЕЕ, МЗГ

Васил Ганев, директор на ЦЛХИК, МЗГ

Ст.н.с. д-р Йордан Гогов, дм, НДНИВМИ, МЗГ

Д-р Илиян Костов, директор на Дирекция “Безопасност на храните и техният контрол”, МЗГ

Д-р Божидар Христов, главен експерт, ГУ на НВМС, МЗГ

Н.с. I ст. Виктор Бадулин, НЦРРЗ

Елка Йорданова, главен експерт, Дирекция “Политика в общото образование”, МОН

Гюлиан Адил, експерт, Дирекция “ПСС”, МТСП

Експерти, допринесли за разработването на Националния план за действие “Храни и хранене”

Ст.н.с. инж. Николай Ризов, дх

Лилия Василева, експерт в областта на хранителната токсикология, консултант по проекта

Анина Чилева, психолог, НЦОЗ

Д-р Мая Спиридонова – директор на РИОКОЗ-Перник

Д-р Фани Петрова – директор на РИОКОЗ-Пазарджик

Д-р Светлозара Илиева, Национална здравноосигурителна каса

Д-р Светлана Кирякова - СРИОКОЗ

Мария Натина – главен експерт, Дирекция “Политика в общото образование”, МОН

Йордан Арнаудов, експерт в областта на здравната информация, НЦЗИ

Използвани съкращения

АГ	Акушерство и гинекология
АЯР	Агенция за ядрено регулиране
БАИЗСЗ	Българска асоциация за изучаване на затлъстяването и съпътстващи го заболявания “Акад. Т.Ташев”
БАН	Българска академия на науките
БАХПИ	Българска асоциация “Хранителна и питейна индустрия”
БНДХД	Българско научно дружество по хранене и диететика
БПЦ	Българска православна църква
БСК	Българска стопанска камара
БТПП	Българска търговско-промишлена палата
БЧК	Български Червен кръст
ВМА	Военномедицинска академия
ГМО	Генно модифицирани организми
ДАМТН	Държавна агенция “Метрология и технически надзор”
ДВСК	Държавен ветеринарно-санитарен контрол
ДЗК	Държавен здравен контрол
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ДФЗ	Държавен фонд „Земеделие”
ИАРА	Изпълнителна агенция по рибарство и аквакултури
ИКК	Институт по контрол на качеството
ИКХТ	Институт по криобиология и хранителни технологии
КС	Комитет по стандартизация
КЗП	Комисия за защита на потребителите
МЗ	Министерство на здравеопазването

МЗГ	Министерство на земеделието и горите
МИЕ	Министерство на икономиката и енергетиката
МНМК	Мононенаситени мастни киселини
МОН	Министерство на образованието и науката
МРРБ	Министерство на регионалното развитие и благоустройството
МС	Министерски съвет
МТСП	Министерство на труда и социалната политика
МУ	Медицински университети
МФ	Министерство на финансите
НВМС	Национална ветеринарно-медицинска служба
НДНИВМИ	Национален диагностичен научно-изследователски ветеринарно-медицински институт
НМК	Наситени мастни киселини
НМТБ	Национална многопрофилна транспортна болница
НПО	Неправителствена организация
НСИ	Национален статистически институт
НСОРБ	Национално сдружение на общините в Р България
НСРЗ	Национална служба по растителна защита
НССЗ	Национална служба за съвети в земеделието
НЦЗИ	Национален център по здравна информация
НЦОЗ	Национален център по обществено здраве
НЦООЗ	Национален център по опазване на общественото здраве
НЦРРЗ	Национален център по радиобиология и радиационна защита
НЦХМЕХ	Национален център по хигиена, медицинска екология и хранене
ПНМК	Полиненаситени мастни киселини

РИОКОЗ	Регионална инспекция по опазване и контрол на общественото здраве
СИНДИ програма	Международна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести - Countywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) Programme
СЗХХ	Сдружение за здравословни храни и хранене
СЗО (WHO)	Световна здравна организация (World Health Organization)
СРБ	Съюз на работодателите в България
ССБ	Съюз на стоматолозите в България
УНИЦЕФ	Детски фонд на Организацията на обединените нации
УХТ	Университет по хранителни технологии
ФАО (FAO)	Организация по храни и селско стопанство - Food and Agriculture Organization (FAO)
ФПБ	Федерация на потребителите в България
ХЕИ	Хигиенно-епидемиологична инспекция
ЦЛВСЕЕ	Централна лаборатория по ветеринарно-санитарна експертиза и екология
ЦЛХИК	Централна лаборатория за химични изпитвания и контрол
НАССР система	Система за анализ на опасностите и критичните контролни точки - Hazard Analysis Critical Control Point (НАССР)
ICGFI	Международна консултативна група по облъчени храни -International Consultance Group for Food Irradiated (ICGFI)
ISO	Международна организация по стандартизация - International Standard Organization (ISO)

I. ВЪВЕДЕНИЕ

На Международната конференция по проблемите на храненето през 1992 г. в Рим и на световните срещи на високо равнище по продоволствието и храненето през 1996 г. и 2002 г. беше подчертано, че достъпът до безопасна, разнообразна и здравословна храна е едно от основните права на човека. Пълноценната, здравословна и безопасна храна е предпоставка за укрепване здравето на населението и намаляване на риска от голям брой заболявания.

Международният опит е показал, че проблемите, свързани с безопасността на храните, както и осигуряването на пълноценна и здравословна храна, достъпна за цялото население, намаляването на хранителните дефицити, на заболяемостта и смъртността от редица неинфекциозни болести - сърдечно-съдови заболявания, затлъстяване, захарен диабет, хиперлиппротеинемии, някои видове рак и др., могат да бъдат решени най-ефективно чрез приложение на единна национална политика по отношение на храните и храненето, с координирани междусекторни дейности. Чрез такава политика може да се намали тежестта на здравните проблеми и заболяванията, свързани с храните и храненето, както и да се намалят разходите и загубите за обществото, предизвикани от тях. Това беше основание Регионалното бюро на Световната здравна организация за Европа в Копенхаген, със съдействието на експерти от всички европейски страни, да разработи План за действие по отношение на храните и храненето за страните в Европейския регион за периода 2000-2005 година. Документът подчертава взаимно допълващата се роля на всички сектори с отношение към храните и храненето при разработването и прилагането на такава политика.

На Сесията на Европейския Регионален комитет, състояла се в Копенхаген през 2000 г. представители на правителствата на всички страни в Европа, включително и министърът на здравеопазването на България приеха Резолюция, че одобряват Европейския план за действие по отношение на храните и храненето и поемат ангажимента да разработят Национални планове за действие по храни и хранене, които да се прилагат съобразно националната специфика на хранителната ситуация във всяка страна.

През м. май 2004 г. на 57-та сесия на Общото събрание на СЗО (Световната Здравна Асамблея) всички страни-членки на Световната Здравна Организация, включително и България приеха Глобална Стратегия по отношение на храненето, физическата активност и здравето, в която е отразен положителният опит на различните страни в света, свързан с промоцията на здравословното хранене и физическата активност, за намаляване на риска от хронични заболявания на населението, както и за намаляване разходите и загубите, които те предизвикват за обществото.

II. ЗАЩО Е НЕОБХОДИМА НАЦИОНАЛНА ПОЛИТИКА ЗА ХРАНИ И ХРАНЕНЕ

През втората половина на 20-ти век се наблюдава значителна промяна в модела на заболяемостта на населението в света, включително в България. Същевременно през този период се установяват значителни промени в храненето и начин на живот, които допринесоха за епидемията от неинфекциозни заболявания като сърдечно-съдови болести (коронарна болест на сърцето, хипертонична болест, мозъчен инсулт), някои ракови заболявания, диабет тип 2, затлъстяване, остеопороза, кариес.

Основните неблагоприятни тенденции и характеристики на храненето на нашето население включват:

- Увеличаване общо консумацията на мазнини, до 35-45% от енергийната стойност на храната;
- Значително увеличаване приема на наситени мастни киселини, свързан главно с повишена консумация на червени меса (свинско, телешко, говеждо, овче и др.) и месни продукти;
- Висока консумация на растителни мазнини, източници на полиненаситени мастни киселини (ПНМК), която води до прием на ПНМК над препоръчителните стойности;
- Повишаване консумацията на маргарини и продукти, съдържащи хидрогенирани масла, източници на транс-мастни киселини;
- Традиционно ниска консумация на риба (4-10 г среднодневно);
- Нисък прием на сурови плодове и зеленчуци през зимата и пролетта;
- Висока употреба на готварска сол (1-3 пъти над препоръчителните стойности);
- Намаляване приема на растителни влакнини, свързано с понижаване консумацията на пълнозърнести зърнени храни, зеленчуци и плодове и увеличаване консумацията на хлебни и тестени изделия от бели брашна;
- Увеличаване консумацията на захар, захарни и сладкарски изделия от децата и юношите;
- Липса на достатъчно разнообразие на консумираните продукти;
- Средният дневен прием на много от витамините (тиамин, рибофлавин, витамин С и фолиева киселина) и минералите (желязо, цинк, калций, магнезий) са под референтните стойности за хранителен прием, особено при рисковите групи – лица с ниски доходи, деца, юноши, бременни жени и стари хора.

Заедно с други рискови фактори, включително все по-разпространената ниска физическа активност, този нездравословен модел на хранене значително допринася за рязкото увеличаване на честотата и тежестта на хроничните заболявания като коронарната болест на сърцето, хипертонията, мозъчния инсулт, редица ракови заболявания, затлъстяването, диабет тип 2 и др. Съгласно международната класация на Световната здравна организация, през последните десетилетия България поддържа висока смъртност, свързана със заболяванията на циркулаторната система, като е на едно от първите места в света по отношение смъртността от мозъчен инсулт.

Попадането на биологични, химични и радиоактивни замърсители в храните създава потенциален риск за здравето на потребителите. Замърсителите в храните могат да окажат непосредствен ефект (остри хранителни инфекции и интоксикации) или да имат хронично токсично въздействие и отдалечен здравен ефект (мутагенност, канцерогенност, влияние върху репродукцията, тератогенност и ембриотоксичност, алергенност). В храните попадат потенциално опасни за здравето вещества, в резултат на замърсяването на околната среда от индустрията и транспорта, както и при неспазване условията на добрата селскостопанска и производствена практика: тежки метали (олово, кадмий, живак), арсен (главно в екологично застрашените региони), пестицидни

остатъци, нитрати, микотоксини. След аварията в Чернобил възникна проблем и с радиоактивното замърсяване на селскостопанска продукция и на някои диворастящи плодове, дивеч и риба.

Преориентацията на страната от централно-планирана към пазарна икономика доведе през 1989-1990 г. до премахване на субсидиите за производство на селскостопански продукти и храни, до освобождаване на цените, намаляване реалните доходи на голяма част от населението и увеличаване на безработицата. В резултат на това се наблюдава увеличаване относителния дял на разходите за храна и изместване на консумацията при населението с ниски доходи в спектъра на по-евтините и най-често некачествени храни. Значителна част от населението не може да си позволи достатъчно и здравословно хранене, което е предпоставка за:

- хранителни дефицити в рискови популационни групи (деца, стари хора, бременни жени и безработни) и свързани с това неблагоприятни последици върху растежа, развитието и здравето;
- дисбалансиран характер на храненето и в резултат - запазване и дори увеличаване на съществуващите неблагоприятни тенденции в заболяемостта и смъртността от хронични заболявания.

Много проучвания показват връзка между здравето и доходите, като най-бедните слоеве на населението са най-уязвими. Неслучайно недохранването на значителна част от населението съществува редом с увеличаващата се като епидемия заболяемост и смъртност от хронични заболявания, свързани с храненето. Ето защо бедните групи от населението са приоритет за националните хранителни политики, за намаляване на риска не само от хроничните заболявания, свързани с храненето, но и от недохранване и хранителни дефицити.

Бързото преориентиране на страната към принципите на пазарната икономика и свързаното с този процес бурно развитие на частния сектор в земеделието, хранителната промишленост, търговията с храни и туризма, доведоха до навлизането на много и недостатъчно подготвени кадри, с което се повишиха рисковете от предлагането на пазара на некачествени и опасни за здравето храни. Трудно, с нежелание и неразбиране, производителите и търговците на храни приемат установения със Закона за храните принцип за поемане на пълната отговорност за осигуряване на безопасността на произвежданите и предлаганите от тях храни. Този принцип налага извършването на промени и в системата за контрол на качеството и безопасността на храните, като основен акцент се поставя върху разработването и практическото прилагане на ефективни системи за самоконтрол на производствената и търговската дейност с храни.

Либерализацията на производството и вноса на храни постави нови, по-високи изисквания към подготовката на кадри, както и към организацията и провеждането на държавния контрол върху безопасността на предлаганите на пазара храни.

Нов за страната е контролът на храните, обработени с йонизиращи лъчения. Целта е безопасно прилагане на радиационните технологии за производство на качествени храни, коректно етикетиране на тези храни, както и ограничаване на нелицензираното облъчване на храни в страната и на търговията с незаконно облъчена продукция, тъй като такава продукция е потенциален риск за потребителя.

Нови за страната ще бъдат и процедурите по разрешаване пускането на пазара на нови и генетично модифицирани храни и хранителни съставки, а също така извършването на контрол върху вноса и търговията с тези храни.

Нарушенията в хранителния статус, заболяванията свързани с небалансирано хранене, производството и предлагането на некачествени храни, както и замърсяването на хранителните продукти с биологични и химични агенти могат да бъдат предотвратени само чрез прилагането на единна координирана, многосекторна национална хранителна политика.

Индивидуалната отговорност за здравето играе важна роля в определяне на храненето. Практиката е показала, че е ***необходима национална политика, която да създава условия за здравословен индивидуален избор на храни.*** Това е особено важно за децата, които са все още с незатвърдени здравни навици. Също така много хора нямат достъп до здравословни храни по финансови и други причини, което налага специални стратегии за увеличаване възможностите на цялото население за достъп до здравословни храни.

В сегашните условия на променена общественно-икономическата система е абсолютно необходима хранителна политика, въпреки че нейната реализация ще бъде трудна, защото съществуват и редица други също така приоритетни задачи в икономиката ни, на фона на общ недостиг на финансови средства. Ако обаче този период се пропусне, неблагоприятните здравни тенденции ще се задълбочат и това би довело до забавяне на решаването на проблемите, свързани с храните и храненето.

Комплексният характер на продоволствената и хранителната политика изисква участието на много сектори от обществото: здравеопазване, образование, селско стопанство, икономика и финансиране, хранително-вкусова промишленост, търговия, обществено хранене. Необходимо е активното участие на различни правителствени и неправителствени организации, на масмедииите, както и на всеки потребител. Ключова роля в реализирането на хранителната политика има правителството, но тази политика би успяла само при поддръжката на цялото общество.

III. АНАЛИЗ НА ХРАНИТЕЛНАТА СИТУАЦИЯ В БЪЛГАРИЯ

1. ХРАНЕНЕ

Тенденции в консумацията на хранителни продукти средно на лице от населението в България

Данните, получени от ежегодните бюджетни проучвания на домакинствата в България, които се провеждат от Националния статистически институт върху представителна извадка от населението, са база за оценка на националния модел на хранене и на тенденциите за неговите промени. Икономическият преход в страната след 1989 г. доведе до много позитивни промени, но и до някои важни неблагоприятни тенденции в модела на хранене на населението.

Установява се *положителна тенденция за намаляване консумацията на добавени мазнини* – слънчогледово олио, млечно масло, мас, маргарин. През 2003 г. общата консумация на добавени мазнини е с 19% по-ниска в сравнение с тази през 1989 г. Съществена промяна се установява в структурата на консумираните добавени мазнини. Докато употребата на слънчогледово олио е намаляла само с 20%, консумацията на масло е по-ниска 5 пъти, а тази на свинска мас - 2 пъти. За сметка на това значително се е увеличила употребата на маргарин. Промените в консумацията на добавени мазнини са свързани главно с икономически проблеми, но и с промяна в предлагането на храни на пазара. Например, консумацията на маргарин се увеличава от една страна във връзка с по-ниската му цена в сравнение с тази на маслото, но също и поради рязко увеличеното предлагане на различни видове маргарини и тяхната агресивна реклама. Увеличената консумация на маргарин не може да се приеме еднозначно като положителна тенденция, тъй като голяма част от предлаганите на пазара маргарини са значителен източник на транс-мастни киселини, които имат атерогенно действие, аналогично на наситените мастни киселини, чийто основен източник са животинските мазнини.

Наблюдава се положителна тенденция за увеличаване консумацията на боб и леща (с 30% за периода 1989-2003 г.); увеличаване консумацията на пълнозърнест и други черни видове хляб.

Данните от бюджетните проучвания на домакинствата показват положителна тенденция и за намаляване консумацията на захар и захарни изделия, на газирани безалкохолни напитки и на алкохолни напитки средно на лице (вкл. на бира, вино и концентрирани спиртни напитки). Тази тенденция обаче трябва да се приеме с резерви, тъй като от 2000 г. в тези проучвания не се включва консумацията извън дома, а голяма част от тези храни и напитки се консумират в извъндомашни условия.

Консумацията на месо и месни продукти значително намалява през годините на икономически преход (Фиг.1). Потреблението на месо и месни продукти е най-високо през 1990 г., когато достига 100 г среднодневно на лице за месо и 49 г за месни продукти. След драстично намаляване на консумацията на месо и месни продукти през критичните 1996-97 г., през 2003 г. консумацията на месо достига 68 г среднодневно на лице, а на месни продукти – 32.6 г. Установява се твърде голяма разлика в консумацията на месо при различните социални групи, в зависимост от дохода.

Консумацията на мляко и млечни продукти значително намалява за периода 1989-2002 г. (Фиг.2). Особено драстично намалява потреблението на кисело мляко, което е традиционна българска храна - с 60% (1989 г. – 175 г, 2003 г – 70 г средно дневно на лице). Редукцията в консумацията на прясно мляко е с 49%, а на млечни продукти - с 10%. Тъй като тази група храни е

основен източник на лесноусвоим калций, такава съществена негативна тенденция поставя значителна част от населението в риск от недостатъчен прием на калций, което се установява при националните епидемиологични проучвания на храненето.

За периода след 1989 г., през критичните 1996-97 г. се наблюдава значително намаление в **консумацията на плодове и зеленчуци**, но през последните години се установява трайна положителна тенденция за увеличаване, като през 2003 г. консумацията общо на зеленчуци и плодове почти достига тази през 1989 г. (425 г/ден/лице през 2003 г., 464 г през 1989 г.) (Фиг. 3). Наблюдава се и положителна тенденция за редуциране на сезонната разлика в консумацията на плодовете и зеленчуците през последните няколко години, но независимо от това през 2002 г. потреблението общо на плодове и зеленчуци през зимно-пролетния сезон е по-ниско 1.5-3 пъти в сравнение с лятно-есения сезон (Фиг. 4). Особено голяма е сезонната разлика в консумацията на пресни плодове и зеленчуци, която е по-малка от 3 до 8 пъти през зимата и пролетта, а това прави нашето население рисково през тези сезони по отношение приема на витамини и минерали. През зимните месеци относителният дял на консумираните туршии от общото количество зеленчуци е висок (39% през м. декември и януари на 2002 г.), което е причина за значително увеличаване приема на сол.

Консумацията на риба е ниска (8-10 г среднодневно на лице, при препоръка поне 30 г) и тази тенденция се поддържа през последните 2 десетилетия, независимо от това, че България е морска страна. Причините са свързани както с относително високите цени на рибата, така и с липсата на традиция за редовна консумация на риба.

Наблюдава се **значителна разлика в консумацията на хранителни продукти, в зависимост от доходите на населението**. Сравняването на средното потребление на основни групи храни (месо и месни продукти, мляко и млечни продукти, пресни зеленчуци и плодове) при домакинствата, диференцирани по децилни групи на базата на доходите, показва значителна разлика в хранителната консумация между домакинствата с най-ниски доходи (1-ва децилна група – среден доход на домакинство/месец 215 лв.), домакинствата със средни доходи (5-та децилна група - среден доход на домакинство/месец 378 лв.) и тези с най-високи доходи (10-та децилна група - среден доход на домакинство/месец 1060 лв.) (Фиг. 5). Хранителната консумация на лицата в домакинствата с най-ниски доходи е средно 3 пъти по-ниска от тази в домакинствата с най-високи доходи.

При домакинствата с ниски доходи, при многочленните домакинства, при тези с повече деца и при домакинствата, в които главата на семейството е безработен се установява **по-ниска консумация на повечето от хранителните продукти в сравнение със средната консумация на глава от населението за страната** (Фиг. 6). Например през 2003 г. среднодневната консумация на мляко е 141 г на лице общо за страната, а на лице от домакинствата с 3 и повече деца - 86.6 г или с 32.3% по-ниска.

Сравнението на данните от среднодневната консумация на храни на лице за България и 9 Европейски страни – Гърция, Италия, Португалия, Испания, Франция, Норвегия, Белгия, Великобритания и Ирландия, получени от бюджетните изследвания на домакинствата през 1998 г. показват, че по отношение на потреблението на добавени мазнини ние се нареждаме на 6-то място (Фиг. 7). Сравнението на структурата на **добавените мазнини** показва по-благоприятен профил на българския хранителен модел в сравнение с половината от сравняваните страни (Фиг. 8). Установява се, че в България има най-висока консумация на слънчогледово олио, което е основната употребявана от населението хранителна мазнина. Зехтинът, който е основна растителна мазнина в

средиземноморските страни като Гърция, Испания и Италия, има предимства пред слънчогледовото олио, тъй като е значително по-устойчив към окисление. В тази връзка представляват интерес данните, че в САЩ е въведено отглеждането на нови сортове слънчоглед (NuSun Sunflower), чието масло съдържа завишено количество мононенаситени мастни киселини (МНМК), за сметка на намалено съдържание на ПНМК, и това го прави по-близко до зехтина по устойчивост към окисление.

По консумация на месо и месни продукти България се нарежда на последно място в сравнение с другите 9 Европейски страни (Фиг. 9), като тя е почти 2 пъти по-ниска от тази в страните с най-голяма консумация - Португалия и Ирландия. От друга страна в България относителният дял на субпродуктите от общото количество консумирани месо и месни продукти е най-висок в сравнение с всички Европейски страни (Фиг. 10), което е свързано не само с национални традиции, но вероятно и с по-ниската им цена.

Сравнението на средната **консумация на зеленчуци и плодове нарежда България на 3-то място след Гърция и Италия** (фиг. 11). Относителният дял на пресните плодове е по-нисък от този в повечето Европейски страни, докато относителният дял на консумираните пресни зеленчуци е близък до този на сравняваните страни (Фиг. 12). В сравнение с другите страни **относителният дял на консервираните зеленчуци е висок, а потреблението на консервирани плодове е с най-висок дял в България.**

България има най-ниската консумация на мляко в сравнение с останалите Европейски страни. Общата консумация на прясно и кисело мляко през 1998 г. среднодневно на лице е 141,4 г (същото количество се установява и през 2003 г.), докато в Ирландия е 465 г, Норвегия и Испания – 340-350 г, а при консумиращите най-малко мляко страни като Белгия (200 г/лице/ден) и Гърция (246 г/лице/ден), консумацията на сирена е значително по-висока от тази в България (България – 35 г, Белгия -55 г, Гърция – 53 г/лице/ден).

Хранителен прием, хранителен статус, рискови популационни групи в България

Проучванията на храненето и хранителния статус на населението осигуряват надеждна база за точна оценка на проблемите на храненето при отделните популационни групи и за идентифициране на рисковите групи.

Спецификата на храненето и хранителния статус на **бременните жени** изисква специален подход при проучването, поради което те не се включват в националните изследвания на храненето. Проведеното през 1994 г. проучване на репрезентативна група бременни жени от гр. София показва съществени проблеми в храненето, особено сред жените с ниски доходи. Установява се значително разпространение на дефицити при изследваните витамини и минерали, а 18% от жените са с анемия. Понастоящем липсват актуални данни, които да позволяват да се идентифицират основните проблеми на храненето и хранителния статус на бременните жени в страната и да бъдат база за взимане на решение относно необходимостта от масова профилактика на анемията и дефицита на фолиева киселина.

През последните 15 години се наблюдава тенденция за увеличаване **относителния дял на новородените с поднормено тегло**, което може да се свърже с недохранването и нездравословното хранене на бременните жени, по-специално на тези от социално слабите групи (Фиг. 13).

През 90-те години няма провеждани национални проучвания, съобразени с международно приетите от СЗО стандартизирани дефиниции, индикатори и методи, за определяне на честотата и продължителността на **кърменето** (изключително кърмене, доминиращо кърмене, смесено хранене, изкуствено хранене). Проведените локални проучвания сочат, че около 90% от новородените, изписвани от родилните домове, са кърмени, но не и хранени единствено с кърма. Няма национално проучване относно честотата и продължителността на **“изключителното кърмене”**, което означава хранене единствено с кърма, без да се дава вода, сокове и други течности. Нито майките, нито здравните работници са добре информирани относно неговите преимущества. Съществуващите практики в повечето родилни, неонатологични и детски отделения, както и организацията на работа в тях, не създават условия за ранно започване на кърменето и успешното му провеждане. Не без значение е и твърде голямата активност на производителите на адаптирани млека, включително практиката за предоставяне на безплатни мостри на здравните заведения. Поради това се установява, че едва 30% от децата на 6-месечна възраст все още са кърмени. Като една от причините за прекратяване на кърменето може да се посочи липсата на необходимата социална подкрепа с нейните конкретни емоционални и образователни компоненти, както от страна на семейството и обществото, така и от страна на здравните работници и здравните организации.

Практиката на **захранване на кърмачетата** в България не отговаря на международно приетите препоръки. Докато препоръките на СЗО са до 6-ия месец бебетата да са на **“изключително”** кърмене, у нас вода се дава още след раждането, а в края на 2-ия месец се въвеждат плодови сокове. Това намалява приема на кърма и оказва неблагоприятно действие върху хранителния статус и имунитета на кърмачето. Поради неинформираност или липса на средства, някои майки въвеждат рано краве мляко в храненето на кърмачето, което създава риск от алергия и желязодефицитна анемия.

При националните репрезентативни проучвания върху храненето и хранителния статус на цялото население над 1-годишна възраст, на учениците на 7-19 години и на жените в детеродна възраст (18-45 години), проведени през последните години от Националния център по хигиена, медицинска екология и хранене и ХЕИ, както и при проучвания, извършени от други институции, са установени следните основни проблеми:

При децата на 10-14 години, при младите жени (18-30 г.) и старите хора над 70 г. средната **енергийна стойност на приетата храна** е под средните потребности. С това е свързано наличието на **поднормено тегло**, което през 1998 г. се установява при 7.5% от момчетата и 6.3% от момичетата на 10-14 г. (Фиг.14), както и наличието на определено изоставане в растежа при част от децата. Наблюдават се съществени различия в разпространението на поднормено тегло при децата, като в някои области то е разпространено в по-висока степен - Ловешка област (13%), Бургаска област (9.8%). Националното проучване на храненето, проведено през 2004 г., показва, че поднорменото тегло при момичетата над 10-годишна възраст се е увеличило до 8% (Байкова, Д. и др., непубл. данни). Голяма е честотата на поднорменото тегло при младите жени на 18-30 години, която през 1997-98 г. е била 14-15%, а през 2004 г. достига 17.3%. Честотата на поднорменото тегло при младите жени е значително по-висока при жените от градовете в сравнение с тези от селата и е свързана главно със спазването на диети за отслабване.

Наред с увеличаване в някои възрастови и социални групи на относителния дял на лицата с поднормено тегло, във всички популационни групи се наблюдава значително увеличаване на **свърхтеглото и затлъстяването**. При националното проучване на храненето на населението през 2004 г. (Байкова, Д. и др., непубл. данни) се установява, че при възрастното население от 19 до 60

години със свръхтегло са 41% от мъжете и 34% от жените, а със затлъстяване – 22% от мъжете и 16.6% от жените. При жените на 60-75 години свръхтеглото и затлъстяването са с още по-голяма честота, съответно 39% и 32%. Представените от СЗО данни (2004) за разпространението на затлъстяването в Европа показват, че честотата на затлъстяването при мъжете в България е близка до тази във Великобритания, Германия, Финландия, Унгария, Румъния и Малта, но е около 2 пъти по-висока от тази на мъжете в Русия, Латвия, Италия, Франция, Швейцария, Холандия, Швеция, Дания и др. С по-висока честота на затлъстяване са единствено мъжете в Чешката република и Гърция. Честотата на затлъстяването при българските жени в трудоспособна възраст е близка до тази в Словакия, Латвия, Литва, Испания и Португалия, но е почти 2 пъти по-висока от честотата на затлъстяването при жените в Италия, Франция, Швейцария, Дания, Норвегия. По-висока честота на затлъстяването при жените е установена в Русия, Турция, Гърция, Малта, Израел, Германия, Великобритания, Финландия, Югославия, Унгария, Румъния и Чешката република.

Тревожно е, че и при децата и юношите в България се установява висока честота на свръхтеглото и затлъстяването. В националното проучване на храненето и хранителния статус на учениците (1998 г.) бе установено, че 19% от момчетата на възраст 7-18 г. са със свръхтегло, а 4.3% - със затлъстяване, 16% от момичетата са със свръхтегло и 3% - със затлъстяване (Фиг.16 и 17). Най-висок е относителният дял на децата със свръхтегло и затлъстяване в началото на пубертета – 13-годишна възраст при момчетата (25.6% със свръхтегло и 6.9% със затлъстяване) и 10-годишна възраст при момичетата (20.5% със свръхтегло, 4.6% със затлъстяване). При международно проучване на антропометричните индикатори на хранителния статус при ученици на 13 и 15 години от 32 страни (от Европа; САЩ, Канада и др.), проведено през 2001 – 2002 г., се установяват значително по-ниски стойности на средна честота на свръхтегло и затлъстяване в изследваните страни, както при момчетата, така и при момичетата на 13 и 15 години, в сравнение с данните от нашето проучване. Докато в България при момчетата на 13 години се установява 25.6 % свръхтегло, средната честота на свръхтеглото за всички страни в международното проучване е 12 %; затлъстяването е също с повече от 2 пъти по-голяма честота у нас в сравнение със средната, установена в международното проучване: 6.9% спрямо 2.4%. При момичетата на 13 години в България честотата на свръхтеглото и затлъстяването е със същия порядък по-висока от средната, установена в международното проучване: за България 17.7% със свръхтегло, 2.7% със затлъстяване, а при страните, включени в международното проучване – съответно 7.9% и 1.2%. От изследваните 32 страни разпространението на свръхтегло и затлъстяване при учениците на 13 години е по-високо само при тези от САЩ. При учениците на 15 години в България честотата на свръхтегло и затлъстяване също е по-голяма, отколкото средната честота за страните, включени в международното проучване, въпреки че разликата е по-слабо изразена. У нас при момчетата на 15 години честотата на свръхтеглото е 17.5%, а средната честота за изследваните страни е 12.2%, при момичетата съответно свръхтеглото е 12.8% спрямо 7.1% за 32-те страни. Докато затлъстяването при момчетата на 15 години в България е 3.1%, установеното при международното проучване е 2.3%, при момичетата съответно тези стойности са 3.4% спрямо 1.4% при международното изследване. Въпреки, че данните от проучването на храненето и хранителния статус от 2004 г. показват тенденция за намаляване на свръхтеглото и затлъстяването при децата в ученическа възраст, особено при момичетата над 14 години, цитираните по-горе данни демонстрират сериозността на проблема в България и необходимостта от спешни интервенции и ефективна профилактична програма.

Често наблюдаваната психо-социална дискриминация на децата със свръхтегло и затлъстяване е една от причините за широко разпространеното през последните години самоприлагане на драстични редуциращи диети. Неподходящите и прилагани без контрол диети за отслабване предизвикват хранителни дефицити, които се отразяват върху здравето, растежа и развитието на

децата. Такива диети също така крият рискове от разстройства в хранителното поведение като анорексия и булимия нервоза, свързани със сериозни здравни проблеми, даже смъртен изход.

Наднорменото тегло е свързано не само със свръхприема на храна с висока енергийна стойност, но и с установената ниска физическа активност сред голяма част от населението, включително и при децата в ученическа възраст.

Среднодневният белтъчен прием е намалял през последните години с 10-20%, за сметка на този от животински произход, но въпреки това е в границите на препоръчаните 10-15% от енергийната стойност на храната.

Независимо, че има тенденция за намаляване приема на ***мазнини***, той остава значително по-висок от препоръчаната горна граница - 30% от енергийната стойност на храната. В проучванията през последните години се установява 35-40 Е% прием на общи мазнини, като над горните рискови граници е приемът както на наситени мастни киселини, чийто основен източник са животинските мазнини, така и на полиненаситени мастни киселини, които постъпват в храната на българското население основно с широко употребяваното слънчогледово олио. Високият прием на наситени мастни киселини предизвиква повишаване на холестерола в кръвта и увеличава риска от сърдечно-съдови заболявания. Установява се, че населението от мъжки пол в България от 10 до 60-годишна възраст има среден дневен прием на холестерол над горната препоръчителна граница от 300 мг, което създава допълнителен риск за сърдечносъдови заболявания. От друга страна, високият прием на ПНМК крие също здравни рискове, поради лесното им окисление и вредното действие на липидните пероксиди върху клетките. Засега в България не се отглежда слънчоглед със завишено количество МНМК, за сметка на намалено съдържание на ПНМК.

Проучванията показват, че среднодневният прием на голяма част от ***витамините и минералите***, при всички популационни групи от българското население над 1-годишна възраст, е под съответните препоръчителни стойности за хранителен прием. Значителна част от нашето население е с риск за развитие на дефицитни състояния по отношение на тези важни хранителни вещества, особено през зимата и пролетта. Особено нисък е приемът на фолиева киселина и витамини В2, В1, В6, както и на минералите калций, желязо, цинк и магнезий (Фиг. 18 и 19). Приемът на витамин С е с по-ниски стойности през зимата и пролетта. Недостатъчният прием на витамини и минерали отразява ниската консумация на пресни зеленчуци и плодове през зимно-пролетния сезон, както и целогодишно на мляко и млечни продукти и на месо (последното при бедните социални групи). ***Особено рискови по отношение недостатъчния прием на витамини и минерали*** са групите на децата и юношите, младите жени, бременните жени, старите хора, лицата с ниски доходи. С най-нисък хранителен внос на фолиева киселина са групите от женски пол над 10-годишна възраст, което е предпоставка за фолиев дефицит в първите месеци на бременността и представлява риск по отношение вродени малформации на нервната тръба на плода. Най-рискови за дефицитен внос на калций са групите от женски пол в периода 10-60 години. Това създава условия за нарушаване натрупването на костна маса в периода на растеж при момичетата и младите жени и за по-голяма вероятност от остеопороза в периода на менопаузата. Среднодневният прием на желязо е особено нисък при децата до 6 години и момичетата на 10-18 години, което прави тези групи особено рискови по отношение развитието на желязодефицитна анемия.

Йодният дефицит е проблем за България поради геохимичните особености на значителна част от територията на страната. Стратегии за контрол на йодния дефицит са прилагани още в средата на миналия век, насочени основно към определени региони. Йодирана сол и суплементиране (даването на йод под формата на таблетки) на високорискови групи от населението са прилагани до

края на осемдесетте години в ендемичните региони на страната. Проучвания от този период показват, че профилактиката с йодирана сол намалява гушавостта от 55% на 12% сред ученици. Липсата на ефективен качествен контрол и мониторинг система за контрол на йодираната сол създава проблеми при определянето на устойчиви резултати. През 1994 г. се въвежда с постановление на Министерския съвет “универсално йодиране” на солта на цялата територия на страната, допълнително суплементиране в ендемичните региони на високорискови групи от населението (ученици и бременни жени) и се установява ефективна система за оценка и контрол, както върху качеството на солта, така и върху ефекта от тези профилактични стратегии върху населението. Националното проучване за оценка проблема с йодния дефицит, проведено през 2003 г., показва ефективен йоден прием на цялата територия на страната и под 5 % гушавост при ученици на възраст 6-11 години. При същото проучване се установява, че 97.8% от домакинствата консумират адекватно количество йодирана сол.

Сериозен проблем в храненето на населението в България е високият *прием на натрий* (до 2-3 пъти над допустимите дневни количества), особено през зимния сезон, което е рисков фактор за високо кръвно налягане и рак на стомаха. Основният източник на натрий в храната е готварската сол, която постъпва в най-големи количества от хляба и хлебните изделия (40-50% от общото количество), следвано от добавената сол към ястията (25-30%), месните продукти, туршиите, саламуреното сирене и други солени храни (Фиг.20).

Здравно значение има и *приемът на хранителни влакнини (целулоза, хемицелулоза, пектин и др.)*, които постъпват в организма с плодовете и зеленчуците, пълнозърнестия хляб, боба, лещата и други храни. Установено е, че високият прием на растителни влакнини е свързан с намаляване на риска от затлъстяване, сърдечносъдови заболявания, диабет тип 2, рак на дебелото черво и др. През 90-те години нашите проучвания показаха, че приемът на влакнини е под препоръчаните стойности, но през последните няколко години има увеличаване на техния прием, свързано с по-голямата консумация на пълнозърнест хляб, боб и леща.

Проучванията показват широко разпространение на консумацията на *алкохол* сред мъжете и висока алкохолна консумация при лицата, консумиращи алкохолни напитки. За умерена алкохолна консумация при мъжете е възприето количество 10-20 г среднодневно чист алкохол, а за неувреждащо здравето количество - 30 г алкохол дневно. При жените това количество е почти наполовина: съответно 10 г и 20 г среднодневно. При националното проучване на храненето на населението в България (1998 г.) се *установява*, че в деня на изследването алкохол са консумирали 49% от мъжете и 28% от жените на възраст 18-60 г., като средната консумация на чист алкохол е съответно 45 г и 19 г. При проучване на Националния статистически институт през 2001 г. се установява, че 16.6% от мъжете и 0.6% от жените над 15-годишна възраст консумират над 50 г среднодневно етанол. Наблюдава се тревожна тенденция за ранна консумация на алкохол при децата и юношите. Националното проучване на храненето на учениците (1998 г.) показва, че 10% от учениците на 7-9 години, 23% от момчетата и 14% от момичетата на 10 - 13 години, 61% от момчетата и 55% от момичетата на 14-17 години, 80% от момчетата и 72% от момичетата на 18-19 години консумират алкохол. Наблюдава се много тревожна тенденция за висока консумация на концентрирани напитки над 14-годишна възраст, както при момчетата, така и при момичетата. Например консумацията на концентрирани алкохолни напитки от момичетата на 14-17 години в Бургаска област е 340 мл/ седмица, а тази на момчетата на същата възраст от Ловешка област - 227 мл/ седмица.

Небалансираният характер на хранителния прием, недостатъчният прием на някои витамини и минерали, установен в проучванията на индивидуално ниво, се свързва с наблюдаваните

съвременни **негативни характеристики на консумацията на храни**: по-висок прием на добавени мазнини от препоръчаните максимални количества; ниска консумация на риба; ниска консумация на мляко, включително и на традиционното българско кисело мляко; недостатъчен прием на зеленчуци и плодове през зимата и пролетта, като особено ниска е консумацията на сурови плодове и зеленчуци; недостатъчна консумация на пълнозърнести зърнени храни; висок относителен дял на червени меса; висока консумация на алкохолни напитки при мъжете в зряла възраст.

В България за **оценка на хранителния статус** понастоящем се прилагат предимно антропометрични измервания, чрез които се определя наличието на поднормено тегло, свръхтегло и затлъстяване, изоставане в растежа на децата. Има разработени съвременни методи за определяне на минералния статус, както и на някои витамини, но те се прилагат рядко и при ограничен контингент, поради липсата на средства. Най-широко се използва определянето на хемоглобина за оценка на желязодефицитна анемия, но даже и тези изследвания са единични и са провеждани само при някои рискови контингенти. При проучване на храненето и хранителния статус на бременни жени от град София през 1994 г. е установен дефицит на рибофлавин при 60%, на тиамин - при 21% и на аскорбинова киселина - при 29% от изследваните жени. При значителна част от бременните се установяват серумни нива на изследваните минерали под референтните стойности: цинк при 43%, магнезий при 31% и калций при 25% от изследваните жени. Желязодефицитна анемия се установява при 18.6% от бременните. При проведено през 1999 г. национално проучване на институционализирани (от домове "Майка и дете") кърмачета и деца до 3-годишна възраст е установено широко разпространение на анемия. Честотата на анемията за цялата група е 32.3%, като при децата на възраст 6-12 месеца анемията е 49.5%. Проучване през 2004 г., в рамките на националния мониторинг на храненето, при 119 деца от 1 до 3-годишна възраст показва разпространение на анемията 23%, като не са установени тежки форми на анемия (стойности на хемоглобин под 7 g/dl). Понастоящем няма национални представителни данни за разпространението и тежестта на желязодефицитната анемия сред рисковите групи - малки деца, млади момичета, бременни жени.

Заболеваемост и смъртност от хронични заболявания, свързани с храненето

Заедно с други рискови фактори, нездравословният модел на хранене значително допринася за увеличаване на разпространението и тежестта на редица хронични заболявания, като коронарната болест на сърцето, хипертонията, мозъчния инсулт, някои ракови заболявания, затлъстяването, диабет тип 2 и др.

През последните десетилетия 62-65% от всички смъртни случаи в България се дължат на **заболявания на сърдечно-съдовата система (исхемична болест на сърцето (ИБС), сърдечен инфаркт, мозъчен инсулт)**. Докато в западноевропейските и средиземноморските страни през последното десетилетие смъртността от болести на кръвоносната система е стабилизирана на относително ниско ниво и продължава да намалява, то в България тя продължава да поддържа високи стойности (Фиг. 21 и 22). През 2002 г. стандартизираната смъртност от заболявания на циркулаторната система при мъжете в България е 873/100 000, докато при мъжете средно за страните-членки на Европейския съюз е 341/100 000. През последните години се наблюдава известна тенденция за намаляване смъртността от ИБС (Фиг.21), но тя остава почти 2 пъти по-висока от тази в страните на ЕС. България продължава да е на едно от първите места в света по смъртност от мозъчен инсулт. Докато смъртността от мозъчно-съдови болести през 2002 г. при мъжете в България е 204/100 000 лица, то при мъжете средно в страните на ЕС тя е 63/100 000 лица. Негативните характеристики на храненето на българското население, увеличаващи

сърдечносъдовия риск, включват висок прием на животински мазнини, ниска консумация на плодове и зеленчуци през голяма част от годината, широко разпространение на свръхтеглото и затлъстяването, висока употреба на готварска сол, висока консумация на алкохол при значителна част от мъжете в зряла възраст. Ниската физическа активност на голяма част от населението в България не само допринася за свръхтеглото и затлъстяването, но е и самостоятелен рисков фактор за сърдечно-съдовите заболявания.

Затлъстяването при възрастните хора се приема като отделно заболяване. То е широко разпространено у нас, както сред жените, така и сред мъжете (данните се представени по-горе). При мъжете значително по-често е централното затлъстяване, което се изразява в натрупване на мазнини в коремната област и е свързано със значително по-голям сърдечно-съдов риск.

Проведените в рамките на Програма СИНДИ изследвания на липидния статус показват значително разпространение на **дислипидемиите** - висок общ холестерол, висок холестерол в липопротеините с ниска плътност (ЛНП), нисък холестерол в липопротеините с висока плътност (ЛВП) и високи нива на триглицеридите в кръвта, които увеличават риска от атеросклероза и нейните последствия – сърдечен инфаркт и мозъчен инсулт. Дислипидемиите са свързани основно със затлъстяването и високия прием на наситени мастни киселини. Установява се висок общ холестерол при 27.5 – 34% от мъжете и при 23-38% при жените в България. Холестеролът в ЛНП е увеличен при 49-58% от мъжете и 43-63% от жените. Ниски нива на холестерола в ЛВП се установяват при 16-33% от мъжете и 6-16% от жените. Открива се широко разпространение и на повишени триглицериди в кръвния серум при мъжете (24-34%).

Раковите заболявания са втората по значение група заболявания относно смъртността на българското население (13-15% от общата смъртност). Смъртността от ракови заболявания е увеличена с 20% от 1990 до 2002 г. Особено увеличена е заболеваемостта от рак на гърдата при жените (Фиг. 23), рак на простатата при мъжете и рак на дебелото черво и при двата пола (Фиг. 24); висока е и честотата на рака на стомаха. Всички тези ракови заболявания са свързани с храненето – ниска консумация на плодове и зеленчуци, висок прием на мазнини, злоупотреба с готварска сол и др.

Честотата на **диабет тип 2** бележи тенденция за непрекъснато увеличение. За периода 1980 - 2002 г. заболеваемостта от диабет тип 2 се е увеличила с повече от 80% (Фиг. 25), паралелно с аналогично увеличаващата се честота на затлъстяването, което е един от основните рискови фактори за това заболяване. Ниската физическа активност, характерна за голяма част от нашето население, е допълнителен рисков фактор за диабета, независим от затлъстяването.

Остеопорозата стана сериозен проблем за българските жени през последните 10-15 години, като особено голямо е разпространението на заболяването при жените в менопауза, на възраст над 65 години. Наблюдава се рязко намаляване консумацията на кисело и прясно мляко - основни източници на лесно усвоим калций, като във връзка с това се установява нисък прием на този минерал, който е с важно значение за изграждането на костите. При момичетата и жените често се среща недостатъчен прием и на други хранителни вещества, които играят роля за структурата и минерализацията на костите (цинк, магнезий, витамин С, В6 и др.). Съществен проблем при жените е и ниската физическа активност, важен рисков фактор за развитието на остеопорозата.

Зъбният кариес е с много голяма честота сред всички възрастови групи на българското население. Проучванията показват, че при 90-95% от населението съществува този сериозен здравен проблем, като той се наблюдава още в периода на ранна детска възраст, когато при около 70% от децата се

установяват кариеси на млечните зъбчета. Ниското флуорно съдържание в питейната вода на много региони в страната допринася за тази ситуация. Оптималните количества флуор в питейната вода, които не създават риск от дефицит и предозиране на флуор са 0.7-1.5 мг/л. Съдържанието на флуор е под 0.5 мг/л за 87% от населението в България. В оптимални параметри (0.5-1.5 мг/л) е за 13% от населението. Само 0.3% от населението, предимно от областите Ловеч и Бургас, ползва вода с повишено съдържание на флуор, но в тези населени места, където флуорът във водата е в повишено количество, са намерени алтернативни водни източници, главно язовирна вода. Средното флуорно съдържание на водите в страната е 0.28 мг/л, като най-ниско е в София град, Смолянска и Габровска област – средно 0.10 мг/л. Ниско е съдържанието на флуор и в областите Видин, Кърджали и Ямбол. Това налага необходимостта от масова профилактика на кариеса за населението в страната и на първо място за населението в регионите с ниско флуорно съдържание на питейните води.

Общото недохранване и дефицитният прием на хранителни вещества, повлияващи неспецифичните защитни механизми на организма и имунните функции, което се наблюдава в популационните групи с нисък социално-икономически статус, се отразява и върху болестността от редица инфекциозни заболявания, като напр. **туберкулозата**, чиято честота също значително се увеличи през последните години. Докато регистрираните случаи на активна туберкулоза в България и страните, понастоящем членки на ЕС, през 1980 г. са били с почти еднаква честота, през 2002 г. честотата на туберкулозата у нас е 4 пъти по-висока от средната за ЕС (Фиг. 26).

Въпреки, че се установява тенденция за намаляване на **детската смъртност**, тя остава една от най-високите в Европа – през 2002 г. за България тя е била 13.2/1000 живородени деца, докато за страните на ЕС е 4.6/1000 (Фиг.27). Детската смъртност в значителна степен се свързва с поднорменото тегло, честотата и тежестта на инфекциозните заболявания, които от своя страна в голяма степен се повлияват от храненето.

Проблеми на организираното хранене при децата

Детските градини и училищата могат да играят решаваща роля в създаването на здравословен модел на хранене на децата, който ефективно да допринесе за общото подобряване на храненето и здравето им. Голямо значение има и адекватната информираност на децата по въпросите на храненето, което най-ефективно може да се реализира чрез въвеждането на специално обучение по здравословно хранене още от най-ранна възраст, включително въвеждането на подходяща информация чрез различни предмети на училищната програма и игрови занимания в детските градини.

За внедряване принципите на здравословното хранене в училищните столове и бюфети, през 2000 г. беше издадена Наредба № 26 от 21.11.2000 г. за здравословно хранене на учениците. Разработен и отпечатан е Сборник рецепти за училищните столове и бюфети, 2002 г. Тяхното приложение е база за подобряване на организираното хранене на учениците, въпреки че ежегодните проверки на ученическите столове, бюфети и кухненските блокове на детските заведения, извършвани от ХЕИ по разпореждане на МЗ показват, че тази дейност едва сега стартира. В най-неблагоприятна ситуация са учениците, като за тях в по-голямата част от регионите не е организирано столово хранене. Голяма част от ученическите столове са закрити, а останалите функционират като цехове за приготвяне на тестени закуски. Общините са закрили общинските предприятия ”Ученически столове”, което на практика ликвидира ученическото столово хранене. В някои региони са останали само по един стол в община и столове в училищата с интернатен тип на обучение. Столовете и бюфетите са отдадени под наем на различни фирми, които променят впоследствие обекта на дейност; храната се оскъпява поради липса или намаляване на режимните за

поевтиняването ѝ. Броят на желаещите да се хранят намалява и поради това, че предлаганата храна най-често не е вкусно приготвена и не отговаря на съвременните предпочитания на децата.

За всички групи деца от детските градини и училищата храненето е небалансирано, липсва разнообразие на предлаганите хранителни продукти, ястията в преобладаващата си част са постни. Наблюдава се тенденция за намаляване в менюто на основни хранителни продукти - месо, мляко, млечни продукти, риба, плодове и зеленчуци. Не се предлагат пълнозърнести видове хляб. Преобладават свинското месо и малотрайните колбаси. Пресни плодове и зеленчуци рядко присъстват в менюто дори и в сезоните, когато на пазара ги има в изобилие. Оценката на химическия състав на предлаганото меню в ученическите столове и детските градини показва, че мазнините са с 25-35% над препоръчителните стойности. Седмичните менюта са еднообразни, съставени ден за ден, съобразно наличните в склада продукти.

В домовете за деца и юноши храненето е непълноценно и небалансирано. Там се разчита на дарения, които са неритмични, обикновено само по празниците; често храните са със срок на годност, изтичащ в близко време, налагащо бързата им консумация – предпоставка за еднообразно хранене.

Предлаганите в училищните бюфети храни и напитки при по-голямата част от училищата не отговарят на изискванията за разнообразие, за присъствие на мляко (прясно или кисело), пресни плодове и плодови сокове, сандвичи с млечни продукти и зеленчукова плънка, постни меса и риба.

За приложение в детските градини на съвременните принципи за здравословно хранене, през 2004 г. бе разработен и публикуван “Сборник рецепти с наръчник за хранене на деца от 3 до 7 години”.

Информационна система за получаване на данни относно храненето, хранителния статус и здравните проблеми, свързани с храненето на българското население

В България от десетилетия съществува добре работеща здравна информационна система, която осигурява важна база данни, свързана с хранителната консумация и здравето на населението, включително и заболяванията, свързани с храненето. Специално отношение към проблемите на хранителната ситуация и политика имат ежегодното провеждане от Националния статистически институт бюджетни проучвания върху репрезентативна извадка на домакинствата в страната, както и информацията за заболяемостта и смъртността на населението, включително и от заболявания, свързани с храненето, която се осигурява от здравната информационна система. Тази информационна система обаче понастоящем не се използва пълноценно за получаване на информация, адекватна на потребностите на хранителната политика. Актуализирането на някои сега използвани индикатори и включването допълнително на подходящи, отговарящи на съвременните международни изисквания, индикатори за оценка на хранителната консумация, хранителния статус и здравето на населението свързано с храненето, може съществено да подпомогне осигуряването на съвременна и регулярна информация за оценка на хранителната ситуация в страната и тенденциите на промените в нея.

През последните 10 години бяха проведени 6 национални проучвания върху храненето и хранителния статус на цялото население над 1-годишна възраст и на рискови групи от населението. Чрез тези проучвания беше осигурена надеждна база данни за характеризирани на съвременния модел на хранене на населението в страната, за идентифициране актуалните проблеми на хранителния прием и хранителния статус, оценен на базата на антропометрични индикатори, както и за определяне на рисковите популационни групи и оценка на здравния риск, свързан с храненето. Такива национални проучвания трябва да се провеждат регулярно, през определен период от време, най-ефективно на базата на структурирана информационна система, всяко звено от която да има определени функции и отговорности. Мониторингът на храненето и хранителния статус на населението в България изисква разработване и възприемане на общ дизайн, еднакви

стандартизираните методични подходи за събиране на данните, общи индикатори за оценка на хранителния прием и хранителния статус, с цел сравняемост на получените резултати в отделните проучвания.

Оптималното използване на сега съществуващите информационни системи за събиране на адекватна съвременна информация за храненето (вкл. кърменето) и здравните проблеми, свързани с него, както и създаването на национална система за мониторинг на хранителния прием и хранителния статус на населението, ще отговорят на необходимостта от създаване на съвременна научна база за националната хранителна политика - важно условие за успешната реализация на тази политика.

2. БЕЗОПАСНОСТ НА ХРАНИТЕ

На фона на настъпилите промени в българската икономика, насочена към пазарни механизми и либерализирана търговия, ясно се очерта необходимостта от законодателство в областта на храните, като база за производството на безопасни храни, за регламентиране дейността на контролните институции, както и за развитието на производството и търговията с храни, в съответствие с европейските и световните изисквания и стандарти.

Приети бяха редица закони, отнасящи се до безопасността: Закон за храните, Закон за ветеринарномедицинската дейност, Закон за защита на растенията, Закон за фуражите, Закон за защита от вредното въздействие на химичните вещества и препарати. В края на 2003 г. се направи изменение и допълнение на Закона за храните, с което в националното законодателство се въведоха основните принципи на действащото европейско право в областта на безопасността на храните, процедурите за регистрация на обектите за производство и търговия с храни, за извършване на облъчване на храни с йонизиращи лъчения, за пускане на пазара на нови и генетично модифицирани храни и хранителни съставки. Въведоха се и законовите изисквания за въвеждане на система за бързо реагиране в случай на поява на опасна храна на пазара, както и изискванията за осигуряване на проследимост на храните по цялата хранителна верига.

Към настоящия момент на основание на Закона за храните са приети редица наредби: за хигиенните изисквания към предприятията, които произвеждат и търгуват с храни и към условията за производство и търговия с качествени и безопасни храни; за условията и реда за вземане на проби от храни; за изискванията към етикетването и представянето на храните; за изискванията към използване на добавки в храните; за изискванията към използването на екстракционни разтворители при производството на храни и хранителни съставки; за хигиенните изисквания към материалите и предметите, предназначени за контакт с храни; за видовете храни, които могат да се обработват с йонизиращи лъчения и условията и реда за обработването им; за норми за максимално допустимите количества на остатъци от пестициди в храните и др. Наредби с вертикален характер регулират изискванията към определени видове храни - храни със специално предназначение, бързо замразени храни, какао и шоколад, захар, мед, плодови сокове, конфитюри, желета и мармалади, сухи млека, казеини, минерални води, екстракти от кафе и цикория и т.н. Всички тези документи са хармонизирани с изискванията на европейското законодателство.

Прилагането на приетите нормативни актове в областта на безопасността на храните среща трудности, свързани с необходимостта от повишаване професионалната квалификация на контролните органи на регионално ниво, прилагане на единни методи на контрол, обезпечаване на материално-техническа база и обучение на персонала, ангажиран в производството и търговията на храни.

С цел координиране на държавната политика по безопасност на храните, по силата на Закона за храните, през 2000 г. се създаде Национален съвет по безопасност на храните към Министерския съвет. Националният съвет се председателства от главния държавен здравен инспектор и включва по един заместник-министър на земеделието и горите и на икономиката, както и по един представител на Комисията по търговия и защита на потребителите и на Българска асоциация хранителна и питейна индустрия.

Съгласно Закона за храните официалният контрол върху безопасността на храните се извършва от органите на държавния здравен контрол към Министерството на здравеопазването и органите на държавния ветеринарно-санитарен контрол към Министерството на земеделието и горите. С приетите изменения на Закона за храните ясно се определиха отговорностите и функциите на тези органи при провеждането на контрола върху храните.

Съгласно препоръките, направени през ноември 2003 г. в регулярния отчет по отношение прогреса на България за присъединяване към ЕС, “по отношение безопасността на храните е необходимо подобряване на административния капацитет и координацията между институциите”.

Въпреки предприетите значими стъпки за осигуряване на безопасността на предлаганите на пазара храни, все още всяка година стотици български граждани заболяват от хранителни заболявания. Опасностите и рисковете са различни и в етиологичната структура на заболяванията те са салмонелни бактерии, стафилококус ауреус, условно патогенни микроорганизми, шигела и други. От паразитите трихинела спиралис е също често срещан причинител на инфекции. По отношение на мястото, където е приготвена храната - фактор за пренасяне на инфекцията, преобладават заведенията за обществено хранене, като се забелязва и тенденция за повишаване на инцидентите, възникнали вследствие на консумация на храна, приготвена в домакинствата. Най-често инфекцията се предава чрез следните видове храни: месо и месни продукти, яйца, сладкарски изделия, домашно приготвени консерви, пилешко месо.

Проблемите, свързани с микробиологичната безопасност на храните, включват и диагнозата на хранителни интоксикации и инфекции, причинени от *Campylobacter* и *Listeria*, както и недостатъчната ефективност на системата за съобщаване на установените случаи.

Лабораторен хигиенен контрол и анализи на храните за целите на държавния контрол се извършват в лабораториите на службите за контрол на храните към Министерството на здравеопазването и Министерството на земеделието и горите. Анализи се извършват на храни от местно производство и от внос и включват сензорни, химични и микробиологични изследвания, както и изследвания за наличие на добавки, замърсители (пестицидни остатъци, тежки метали, микотоксини) и мономери, мигрирали от материали за контакт с храни. Лабораториите са съоръжени със стандартно лабораторно оборудване – рН-метри, спектрофотометри, фотометри, аналитични везни, термостати, стерилизатори и др. Само единични лаборатории притежават съвременно лабораторно оборудване, включващо атомно-абсорбционен спектрофотометър, ултравиолетов спектрофотометър, газхроматографи. Необходимо е да се оборудват и дооборудват лабораториите със съвременна аналитична апаратура, както и да бъдат специализирани по отношение на изследванията.

Съгласно Закона за храните, лабораториите, в които могат да се извършват анализи и изследвания на храните за целите на държавния контрол, следва да бъдат акредитирани. Акредитацията на лабораториите, в съответствие с БДС EN ISO 17025 и изискванията на ЕС, е възможна при

осигуряване както на съвременно оборудване, въвеждане на съвременни методики, обучение на лабораторния персонал, така и на съответно финансово обезпечаване.

Необходима е още много работа за въвеждане в хранителната верига на HACCP системата за намаляване риска от замърсяване на храните.

Проблемът за *химичната безопасност* на храните в България се подчинява на три закона: Закон за храните, Закон за защита на растенията и Закон за защита от вредното въздействие на химичните вещества и препарати, както и на подзаконовите нормативни актове.

Повече от 25 години у нас се провеждат проучвания на съдържанието на тежки метали, основно в райони с интензивно развита промишленост, при което са установени 5 “горещи точки” (hot spots) в страната, като източници на замърсяване на околната страна с *тежки метали*: Металургичен комбинат (МК) “Кремиковци” - София (олово, манган, кадмий), Медодобивен комбинат - Средногорие (мед, арсен), Комбинат за цветни метали (КЦМ) - Пловдив (олово, мед), Оловно-цинков завод (ОЦЗ) - Кърджали и Медодобивен комбинат “Елисейна” (олово, кадмий, цинк). От токсичните метали най-често замърсители на храни са оловото и кадмият.

Основен фактор за замърсяването на селскостопанската продукция е трайното химично замърсяване на почвите с олово и кадмий. Проведените наблюдения в горепосочените райони за съдържание на олово в зърнени храни, плодове и зеленчуци показват, че замърсяването на тези продукти е най-силно в района на ОЦЗ - Кърджали, след това КЦМ – Пловдив и МК “Кремиковци”. Установено е, че с отдалечаване от предприятията, концентрацията на олово намалява, като се постига нормална концентрация на разстояние 10 км за зеленчуците и 20 км за плодовете. Изследваните за съдържание на кадмий проби от почва, зърнени храни, плодове и зеленчуци от района на ОЦЗ - Кърджали и КЦМ - Пловдив показват високи концентрации на кадмий, като натрупването му е най-високо в радиус от 3 км. Източник на замърсяване са и пътните магистрали, поради интензивното използване предимно на оловен бензин. Доказани са замърсявания на почвите и растителните селскостопански култури в непосредствена близост до реки, които са били замърсявани или продължават да се замърсяват от химически предприятия.

Въпреки предприетите мерки за ограничено засаждане в тези райони на хранителни селскостопански култури, които имат способността да натрупват тежки метали, населението често ги отглежда за лична консумация, като не са редки случаите, в които ги предлага на пазара и в други райони на страната. Публикуваната наскоро Наредба № 31 от 29.07.2004 г. за максимално допустимите количества замърсители в храни, включително за тежките метали олово, кадмий и живак, е хармонизирана с изискванията на Европейския съюз. Необходимо е изграждането на национална система за мониторинг на тежките метали в храните, както за оценка на съответствието с новата нормативна база, така и като предпоставка за оценка на риска от постъпването им в организма в приоритетни групи от населението, включително деца, в екологично застрашени райони.

В страната ни се провежда контрол и мониторинг върху *пестицидните остатъци* в храните. Мониторингът се извършва върху селскостопанската продукция, отглеждана на открито и в оранжерии, както и върху продукцията, предлагана за търговия на едро (борси, тържища и големи складове) и на дребно в търговската мрежа. Общото заключение е, че продукцията в оранжерии е значително по-често замърсена от тази, отглеждана на открито. В дългосрочен план замърсяването е било най-често от някои представители на фосфорорганичните, карбаматните и дитиокарбаматните пестициди. Това е наложило и оценка на риска от приоритетни представители на тези групи, които се откриват в околната среда и хранителните продукти, като ДДТ и

етилентиоурея. Промените в селското стопанство засилват отговорността на селскостопанските производители за спазване на условията на добрата селскостопанска практика. Често се нарушават условията като разходни норми, честота на третиране, карантинни срокове. Предстои разработването на специфични мерки за повишаване на ефективността на контрола върху спазването на добрата селскостопанска практика при употребата на продуктите за растителна защита. Новата действаща Наредба № 31 от 29.12.2003 г. за норми за максимално допустимите количества на остатъци от пестициди в храните е хармонизирана изцяло с изискванията на Европейския съюз. Тъй като в страната ни навлизат много нови високоефективни пестициди, необходимо е разширяване и усъвършенстване на лабораторната и методичната обезпеченост.

Поради климатичните и географските особености, в страната традиционно се използва широк спектър пестициди. Предмаркетинговата оценка на риска от пестицидните остатъци в храните поставя акцент върху редица потенциални вредни въздействия върху човешкия организъм: кумулативна токсичност, ефект върху хормоните, ендокринната и нервната система, отдалечени ефекти. Необходимо е изграждането на национална система за мониторинг на пестицидните остатъци в храните от растителен и животински произход, както във връзка с оценка на съответствието на определяните пестицидни остатъци с регламентираната нова нормативна база, така и като предпоставка за оценка на риска за населението от приоритетни пестициди и/или техни метаболити. Усъвършенстването на организационната и методична обезпеченост е важна предпоставка за присъединяването на страната ни към системата за мониторинг на пестицидните остатъци в храните, провеждан от Европейския съюз.

Много храни и питейната вода съдържат **нитрати**, но пресните зеленчуци са най-големият им източник за човешкия организъм. Повече от три четвърти от дневното постъпление на нитрати с храната е за сметка на зеленчуците. Някои видове зеленчуци като салатите и спанакът имат способността да натрупват големи количества нитрати. С приемането на Наредба № 31 от юли 2004 г. за максимално допустимите количества на замърсители в храните се въведоха норми за съдържанието на нитрати в храните, хармонизирани с нормите, приети в Европейския съюз. Необходимо е провеждането на системно наблюдение на съдържанието на нитрати в храните и създаването на база от данни, чрез които да се провежда оценка на експозицията и оценка на риска за здравето.

Добавките в храните са голяма група вещества (консерванти, емулгатори, оцветители и др.), част от които имат токсикологична значимост. Съществен здравен аспект на въвеждането им в практиката е определянето на дневното постъпление у консуматора на добавките и оценката на евентуалния риск, чрез сравнение със съответната дневна допустима доза. Такова проучване на среднодневния прием на добавки е проведено за периода 1986-90 г., като не е установен риск от употребата им включително и при “екстремните” консуматори. Понастоящем е в сила Наредба № 8 за изискванията към използване на добавки в храните, хармонизирана с изискванията на Европейския съюз. Разширен е списъкът на разрешените добавки, включително и на тези с регламентиран максимални нива на употреба. Влизането в сила на тази наредба налага ново проучване на дневното постъпление у населението и оценка на риска от употребата на добавки в храната. Изграждането на национална система за мониторинг на хранителните добавки е важно с оглед контрола по използването на добавките, в съответствие с регламентираните изисквания и като предпоставка за оценка на риска.

Радиоактивното замърсяване на територията на Европа след Чернобилската авария постави нов проблем – продължаващото замърсяване на някои видове дивеч, риба и диворастящи плодове и гъби с радиоактивен цезий-137. Въпреки изминалите 18 години след аварията, нивото на

замърсяване на някои от тези продукти надхвърля допустимите граници. Този факт наложи Европейската комисия през 1999 г. да въведе специални правила за внос на диворастящи гъби от редица страни, в т.ч. от България, а през февруари 2003 г. да издаде препоръки за защита на населението от облъчване, в резултат на продължаващото радиоактивно замърсяване на някои видове храни. Препоръчва се изграждането на система за мониторинг, с цел да не се допусне пускането на пазара на диворастящи плодове и гъби, дивеч и пресноводна (езерна) риба, замърсени над допустимите граници, както и да бъде информирано населението на съответните райони със замърсяване относно риска за здравето, свързан с консумацията на такива храни. В България предстои организирането и извършването на такъв мониторинг.

Необходимо е създаването на национална система за мониторинг на съдържанието на замърсители, пестицидни остатъци и остатъци от ветеринарномедицински препарати и антибиотици в храните, което ще предостави възможност за извършване на обективна оценка на ефективността на предприеманите мерки за решаване на съществуващите проблеми.

Приетото и действащо законодателство в областта на храните прилага трите основни принципа на безопасността на храните, приети в ЕС:

- “от фермата до масата”, т.е. прилагане на систематичен и всеобхватен хигиенен режим, който покрива всички сектори на хранителната верига, включвайки производството на фуражи и хранителни суровини, обработката, съхранението, транспорта на хранителните продукти и предлагането им в търговската мрежа;
- основната отговорност за осигуряване безопасността на храните се носи от производителите и търговците на храни, чрез прилагане на системи за самоконтрол, основани на принципите на системата HACCP;
- проследяемост на всички храни и съставки по хранителната верига, което изисква регистрация на всички производители и търговци на храни, съхранение на данни за доставчиците и купувачите на храните.

Българското законодателство установява стриктен разрешителен режим за пускане на пазара на нови и генетично модифицирани храни и хранителни съставки, който ще се прилага за всяка отделна храна. При този процес е предвидено и провеждането на обществено обсъждане.

Съгласно Закона за храните производителите на храни са длъжни в случай на поява на опасна за населението храна незабавно да предприемат мерки за изтеглянето ѝ от пазара, както и да предоставят информация за това на контролните органи и на обществеността.

Същевременно с прилагането на приетото законодателство в областта на безопасността на храните, следва да се въвежда съвременната методология за анализ на риска, включваща трите основни компонента: оценка на риска (научен анализ на информацията), управление на риска (законодателство и контрол) и комуникация на риска.

3. УСТОЙЧИВО ОСИГУРЯВАНЕ НА ХРАНИ, ДОСТЪПНИ ЗА ЦЯЛОТО НАСЕЛЕНИЕ

Селскостопанската продукция и броят на домашните животни в България значително намаляха за периода 1989 – 1997 г.: производството на зърнени храни намаля с 35%, на картофи - с 16%, на зеленчуци - с 43%, на плодове - с 25%. През 1998 г. броят на говедата е бил само 38%, а на птиците 35% от броя им през 1989 г. Независимо от тенденцията след 1998 г. за увеличаване на производството на селскостопанската продукция, в много области още не може да бъде достигнато нивото преди началото на икономическия преход.

В българското земеделие съществуват все още сериозни проблеми: голям относителен дял на дребно фермерство, липса на достатъчно и квалифицирани селскостопански работници, липса на съвременна селскостопанска техника, ограничаване на традиционните външни пазари и др. Тези проблеми в селското ни стопанство допринасят за елиминирането на здравните съображения при провежданата национална политика в тази област. В новата стратегия от 1999 г. за развитието на българското земеделие и селско стопанство липсва съобразяване с целите на хранителната политика.

Достатъчният и редовен прием **на зеленчуци и плодове** намалява съществено риска от сърдечно-съдови заболявания и някои видове ракови заболявания, които са причина за смъртността на почти 80% от населението в България. Консумацията на сурови зеленчуци и плодове е значително по-ниска от препоръчаните количества при всички възрастови групи от населението през голяма част от годината. Особено нисък е приемът на тези полезни за здравето храни през зимата и пролетта, когато поради относително високите цени те стават трудно достъпни за хората с ниски доходи. Липсата на адекватни условия за съхраняване на национално произведените зеленчуци и плодове през зимата и пролетта допринася от една страна за предлагането на пазара предимно на вносни зеленчуци и плодове, а от друга страна - за преобладаващата в България през тези сезони консумация на консервирани зеленчуци, туршии и плодови консерви, специално при населението с ниски доходи. Проучванията на храненето на населението в България показват наличие на връзка между количеството на консумираните зеленчуци и плодове и социално-икономическия статус на домакинствата.

В България от години е широко разпространено т.нар. “градското селско стопанство” - голяма част от населението в градовете отглежда зеленчуци, плодове, домашни птици и животни за собствени нужди. Тези, наречени преди години “парцели за самозадоволяване”, спасиха от глад нашето население през най-трудните години, но тази “градска селскостопанска дейност”, която се цитира по международните форуми като ефективен подход за решаване на продоволствените проблеми, не се подпомага от държавата.

В България консумацията на **риба** е 3 пъти по-ниска от препоръчаните количества при всички популационни групи. Рибата е един от продуктите, за които научно е доказано, че има подкрепящо здравето действие, като ефективно намалява риска от сърдечно-съдови заболявания. Цените на рибата у нас обаче са високи и тя е недостъпна или трудно достъпна за значителна част от населението с ниски доходи. Трудно достъпна е рибата и за хората, които живеят в отдалечени места, поради липса на предлагане на този продукт, свързана с проблеми в транспорта и съхранението. У нас не се провежда целенасочена политика за осигуряване на достатъчно риба и на цени, достъпни за цялото население.

България е известна по света с българското **кисело мляко**, заквасено с млечнокисели бактерии *Lactobacillus bulgaricus* и *S. thermophilus*. Киселото мляко е източник на лесноусвоим калций, на пълноценен белтък, на редица витамини, като същевременно е природна функционална храна, подобряваща функциите на храносмилателния тракт и имунитета. Има научни доказателства за антиканцерогенния ефект на *Lactobacillus bulgaricus*. По традиция, до периода на икономически преход, киселото мляко беше задължителна част от ежедневното хранене на българите. През последните 15 години консумацията на кисело мляко намаля драстично във връзка с намаляване доходите на значителна част от населението и понастоящем е само 40% от консумираното количество преди 1989 г. Особено ниска е консумацията на мляко при децата от семейства с ниски доходи, което прави тази група високорискова по отношение приема на достатъчно калций, с възможни негативни последици върху растежа и развитието. Практиката в някои страни показва, че

ежедневното безплатно осигуряване на чаша мляко за децата с нисък социално-икономически статус ефективно допринася за задоволяване на нуждите от калций при тях.

IV. ИЗВОДИ ОТ СИТУАЦИОННИЯ АНАЛИЗ - ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ, СВЪРЗАНИ С ХРАНИТЕ И ХРАНЕНОТО

1. ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ НА ХРАНЕНОТО НА БЪЛГАРСКОТО НАСЕЛЕНИЕ

Проучванията на храненето в периода на икономически преход показват следните основни проблеми:

- Свръхконсумация общо на мазнини; висок прием както на наситени, така и на полиненаситени мастни киселини;
- Повишаване консумацията на маргарини и други храни, съдържащи хидрогенирани масла, източници на транс-мастни киселини;
- Нисък прием на плодове и зеленчуци през зимата и пролетта;
- Висока употреба на готварска сол;
- Недостатъчна консумация на мляко и млечни продукти, особено на кисело мляко;
- Ниска консумация на риба;
- Недостатъчна консумация на пълнозърнести храни;
- Увеличаване разпространението на недохранването и поднорменото тегло, особено сред деца, юноши, млади жени и стари хора с нисък социално-икономически статус;
- Нисък хранителен прием на много от витамините и минералните вещества, особено на желязо, калций и фолиева киселина в детско-юношеската възраст, при младите жени, при бременни, при стари хора;
- Висок относителен дял на новородените с поднормено тегло, свързано в голяма степен с недохранване и нездравословно хранене при бременните жени;
- Ниско разпространение на “изключителното” кърмене (хранене на кърмачетата само с кърма), кратка продължителност на кърменето и неправилно захранване на кърмачетата;
- Широко разпространение на свръхтегло и затлъстяване сред възрастното население, както и на наднормено тегло сред децата и юношите, свързано с нездравословен модел на хранене и ниска физическа активност;
- Висока заболяемост и смъртност от хронични заболявания, свързани с храненето: сърдечно-съдови болести, диабет тип 2, ракови заболявания, остеопороза, кариес;

- Увеличаване при момичетата след пубертета и при младите жени на нарушенията в хранителното поведение (анорексия нервоза, булимия нервоза), свързани със сериозни здравни проблеми.

ГРУПИ ОТ НАСЕЛЕНИЕТО – ЦЕЛИ ЗА ИНТЕРВЕНЦИИ

Въз основа на разпространението, тежестта и спецификата на проблемите в храненето на отделни групи от населението, както и във връзка с влиянието на храненето върху здравето и развитието в различните периоди на живота, са определени основни групи от населението като цели за интервенции:

- **Лица с нисък социално-икономически статус (вкл. лица в социални заведения)** – при тях се установява най-широко разпространение на недоимъчното хранене и хранителните дефицити, наличие на увеличен риск от раждане на деца с поднормено тегло, както и увеличен риск от преждевременна смърт от хронични заболявания, свързани с храненето;
- **Жени в детородна възраст; бременни жени** – наличие на висок риск от дефицит на фолиева киселина, както и желязо-дефицитна анемия;
- **Кърмачета** – ниско разпространение на “изключителното” кърмене и практикуване на неправилни подходи за хранене, които оказват неблагоприятно влияние върху здравето, растежа и развитието на децата в кърмаческа възраст;
- **Деца и юноши** – наличие на непълноценно и небалансирано хранене, отразяващи се неблагоприятно върху растежа и развитието; наличие на висок риск от желязо-дефицитна анемия в някои групи; широко разпространение на свръхтегло, особено в пубертета; увеличена честота на разстройствата в хранителното поведение при младите момичета;
- **Възрастно население** – широко разпространение на нездравословен модел на хранене; свръхтегло и затлъстяване; широко разпространение на хронични заболявания, свързани с храненето;
- **Стари хора** – старите хора в България, които са почти една четвърт от общото население, са рискова група за наличие на непълноценно и нездравословно хранене и развитие на заболявания, свързани с храненето; особено уязвима група са самотно живеещите стари хора с хронични заболявания и с ниски доходи.

2. ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ, СВЪРЗАНИ С КАЧЕСТВОТО И БЕЗОПАСНОСТТА НА ХРАНИТЕ

Провеждането на единна и координирана държавна политика за производство и търговия с безопасни храни е от изключителна важност за опазване здравето на населението и защита интересите на потребителите. Извършеният анализ на състоянието на безопасността на храните и политиката в тази област очерта следните основни проблеми:

- Селскостопанската продукция продължава да бъде замърсявана в някои региони на страната главно с тежки метали от промишлеността и транспорта;

- Немалка част от обектите за производство и търговия с храни все още не могат да покрият съвременните международни хигиенни стандарти;
- Прилагането на основния принцип на политиката на Европейския съюз по отношение на пълната отговорност на производителите за безопасността на техните продукти, вече регламентиран и чрез нашето законодателство, среща сериозни затруднения, свързани с проблеми от страна на производителите;
- Необходимо е подобряване на координацията на инспекционната дейност на контролните органи към Министерството на здравеопазването и Министерството на земеделието и горите;
- Мониторингът на замърсителите и наблюдението на хранителните инфекции и заболявания се нуждаят от подобрене, както по отношение на обхвата, така и на организацията и методологията;
- Научната подкрепа на политическите решения и практическата контролна работа, свързани с безопасността на храните, са недостатъчни. Анализът на риска все още не се използва като основа на цялостната политика по отношение на безопасността на храните.
- Хармонизирането на националното законодателство с това на Европейския съюз по отношение безопасността на храните е почти приключила. Неговото приложение обаче се затруднява от липсата на достатъчен административен капацитет и обучен персонал.

3. ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ, СВЪРЗАНИ С УСТОЙЧИВО ОСИГУРЯВАНЕ НА ХРАНИ, ДОСТЪПНИ ЗА ЦЯЛОТО НАСЕЛЕНИЕ

- Установяват се трайни негативни тенденции за недостатъчна консумация на подкрепящи здравето храни като кисело мляко, риба, пресни плодове и зеленчуци през зимата и пролетта;
- Ниският социално-икономически статус на някои групи от населението оказва неблагоприятно влияние върху хранителния им модел и увеличава риска от хранителни дефицити и хронични заболявания, свързани с храненето;
- Аграрно-икономическата политика на страната не е съобразявана досега с препоръките за здравословно хранене.

V. ОСНОВНИ ФАКТОРИ, ДОПРИНАСЯЩИ ЗА НЕЗДРАВΟΣЛОВНИЯ МОДЕЛ НА ХРАНЕНЕ

- Социално-икономически – лицата с ниски доходи не могат да си позволят достатъчно и качествени храни;
- Неадекватна подкрепа на централната и местната власт за осигуряване достъпност на храните за цялото население;
- Недостатъчна информация на населението за принципите на здравословното хранене;
- Липса на обучение на децата на здравословно хранене при наличие на масирана реклама на нездравословни храни;

- Липса на законодателство относно маркетинга на хранителните продукти, специално при храните, предназначени за деца;
- Недостатъчна информация на медицинските специалисти по въпросите на храненето, недостатъчна роля при приложение на здравословното хранене за профилактика на болестите;
- Недостатъчно включване на хранителната индустрия за подобряване храненето на населението чрез създаване на по-здравословни хранителни продукти;
- Наличие на някои негативни традиции в хранителния модел на населението (висока консумация на сол, ниска консумация на риба).

VI. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ НА НАЦИОНАЛНИЯ ПЛАН ЗА ДЕЙСТВИЕ “ХРАНИ И ХРАНЕНЕ”

СТРАТЕГИЧЕСКАТА ЦЕЛ Е ДА СЕ ПОДОБРИ ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО В БЪЛГАРИЯ ЧРЕЗ ПОДОБРЯВАНЕ НА ХРАНЕНЕТО ЗА НАМАЛЯВАНЕ РИСКА ОТ ЗАБОЛЯВАНИЯ, СВЪРЗАНИ С ХРАНИТЕ И ХРАНЕНЕТО.

ОСНОВНИ ЦЕЛИ:

1. Да се извършат положителни промени в националния хранителен модел, за намаляване риска от хранителни дефицити и хронични заболявания, свързани с храненето;
2. Да се намали рискът за здравето, свързан със замърсители и добавки в храните;
3. Да се подобри осигуряването на храни, както и достъпът до тях на цялото население.

СПЕЦИФИЧНИ ЦЕЛИ КЪМ ОСНОВНА ЦЕЛ 1

1. Да се понижи средният прием на мазнини до 30 % от общата енергийна стойност на храната; да се понижи средният прием на транс-мастни киселини и на полиненаситени мастни киселини, за сметка на мононенаситени мастни киселини;
2. Да се намали консумацията на готварска сол с дългосрочна цел достигане до 5 г среднодневно на лице;
3. Да се увеличи консумацията на плодове и зеленчуци през зимата и пролетта до 400 г дневно на лице;
4. Да се намали консумацията на рафинирана захар до 10 Е%;
5. Да се намали най-малко с 10 % относителният дял на лицата с наднормено тегло (свръхтегло и затлъстяване);
6. Да се редуцира с 20 % относителният дял на кърмачета, деца и жени в детеродна възраст с поднормено тегло;
7. Да се поддържа устойчив адекватен прием на йод;

8. Да се увеличи с 20 % броят на кърмачетата до 6-месечна възраст, хранени само с кърма, както и да се увеличи с 15% броят на кърмените деца до 1-годишна възраст.

Основни задачи

1. Мониторинг на храненето и изграждане на информационна система за оценка на хранителния статус на населението;

2. Подобряване храненето на рискови групи от населението за намаляване риска от хранителни дефицити и хронични заболявания при тях:

- Лица с нисък социално-икономически статус;
- Жени в детеродна възраст, по време на бременност и кърмене;
- Кърмачета, деца и юноши;
- Стари хора;

3. Подобряване храненето на възрастното население, за намаляване риска от хронични заболявания, свързани с храненето;

4. Повишаване физическата активност на населението за намаляване риска от хронични заболявания;

5. Трайно елиминиране на йодния дефицит като социалнозначим проблем, чрез универсално йодиране на солта;

6. Подобряване храненето на контингенти от населението, изложени на специфични физически и психологически натоварвания (военнослужещи).

СПЕЦИФИЧНИ ЦЕЛИ КЪМ ОСНОВНА ЦЕЛ 2

1. Да се продължи хармонизирането на националното законодателството в областта на безопасността на храните, в съответствие с европейското законодателство и стандартите на Codex Alimentarius;

2. Да се укрепи административният капацитет за извършване на ефективен държавен контрол върху безопасността на храните;

3. Да се организира единна национална система за мониторинг на замърсителите и добавките в храните;

4. Да се укрепи научната база за взимане на решения по въпросите на безопасността - оценка, управление и комуникация на риска.

Основни задачи

1. Въвеждане на унифицирани процедури и методи за извършване на държавния контрол по прилагане на законодателството в областта на безопасността на храните;

2. Повишаване професионалната квалификация на контролните органи и на всички участници в хранителната верига “от фермата до масата”;
3. Реформиране организацията на съществуващите лаборатории за анализ и изследване на храни;
4. Намаляване опасността от замърсяване на храните чрез въвеждане при производството и търговията с храни на системи за самоконтрол, основани на принципите на анализ на опасностите и критичните контролни точки;
5. Изграждане национална система за мониторинг и контрол на замърсители в храните (биологични, химични и радиоактивни);
6. Национален мониторинг и контрол на храни, облъчени с йонизиращи лъчения;
7. Мониторинг и контрол върху използването на добавките в храните и ароматичните продукти;
8. Провеждане на контрол на нови и генетично модифицирани храни и хранителни съставки;
9. Прилагане анализа на риска при провеждането на политиката по безопасността на храните по цялата хранителна верига “от фермата до масата”;
10. Създаване на национална система за бързо съобщаване, за наличие на опасни храни на пазара;
11. Информирание на земеделските производители, производителите и търговците на храни, както и цялото общество по въпросите на безопасността на храните.

СПЕЦИФИЧНИ ЦЕЛИ КЪМ ОСНОВНА ЦЕЛ 3

1. Да се стимулира производството на храни подкрепящи здравето, в съответствие с националните препоръки за здравословно хранене;
2. Да се създадат условия на цялото население за по-голяма достъпност до храните, спомагащи за здравословен модел на хранене.

Основни задачи

1. Да се стимулира и подкрепя създаването на по-добри условия за производство и адекватно съхранение на зеленчуци и плодове, с оглед целогодишно осигуряване на достатъчни количества национално произведени плодове и зеленчуци;
2. Да се подкрепи внедряването в селското стопанство на слънчоглед със завишено съдържание на мононенаситени мастни киселини;
3. Да се стимулира и подкрепя рибовъдството;
4. Да се стимулира хранителната индустрия за производство на продукти, допринасящи за здравословен модел на хранене, в съответствие с националните препоръки за здравословно хранене

(месни продукти с намалено съдържание на мазнини, мляко и млечни продукти с намалено съдържание на мазнини, хляб и хлебни изделия с намалено съдържание на готварска сол и др.);

5. Да се увеличи достъпността до плодове, зеленчуци и мляко за децата в детските ясли, детските градини и училищата.

VII. СТРАТЕГИИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОСТАВЕНИТЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

1. Интегриран мултидисциплинарен подход при решаване на проблемите; при водеща и координираща роля на Министерството на здравеопазването, активно включване на министерствата и институциите с отговорности по отношение на политиката, свързана със селското стопанство, храните, търговията и индустрията, образованието, младежта и спорта, финансите, транспорта, социалната политика, околната среда и екологията, местната власт;

2. Национална координация на дейностите, свързани с Националния план за действие “Храни и хранене” - създаване на Изпълнителен комитет (Програмен съвет) към Министерството на здравеопазването, включващ експерти от водещи ведомства и институции (МЗ, МЗГ, МИ, МОН, НЦООЗ, РИОКОЗ и др.)

3. Използване на разнообразни и ефективни мерки за реализация и подкрепа на предвидените дейности – законодателство и контрол, информация и обучение, икономически мерки, използване на сега съществуващи структури и при необходимост създаване на нови и др.;

4. Изграждане на институционален капацитет за прилагане на Националния план за действие “Храни и хранене”;

5. Активно включване на секторите, занимаващи се със селско стопанство, производство и търговия на храни, обществено хранене;

6. Активно включване на професионални и непрофесионални неправителствени организации и сдружения;

7. Активно ангажиране на медиите, редовно информирание на обществото;

8. Приоритет на дейностите, които могат да имат положително влияние върху здравето на населението с ниски доходи и в неравностойно социално-икономическо положение;

9. Използване на научния подход, базиращ се на съвременни, научно доказани факти и концепции;

10. Извършване на мониторинг на хранителната ситуация и оценка ефективността на интервенционните програми;

11. Финансиране на Националния план за действие “Храни и хранене” от държавния бюджет и други финансови източници (национални и международни научни проекти и др.).

VIII. ДЕЙНОСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ЦЕЛИТЕ И ЗАДАЧИТЕ

ЦЕЛ 1. ДА СЕ ИЗВЪРШАТ ПОЛОЖИТЕЛНИ ПРОМЕНИ В НАЦИОНАЛНИЯ ХРАНИТЕЛЕН МОДЕЛ ЗА НАМАЛЯВАНЕ РИСКА ОТ ХРАНИТЕЛНИ ДЕФИЦИТИ И ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, СВЪРЗАНИ С ХРАНЕНОТО

Дейности	Групи, към които са насочени дейностите	Основни изпълнители	Срок (година)
1.1. Мониторинг на храненето и изграждане на информационна система за оценка на хранителния статус на населението			
<p>1.1.1. Мониторинг на хранителния прием и хранителния статус на представителна извадка от населението в България (на всеки 5 години).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Провеждане на курсове за обучение на специалистите от РИОКОЗ, включени в мониторинга на храненето; <input type="checkbox"/> Провеждане на проучването, анализ на данните, изготвяне на доклад; <input type="checkbox"/> Разпространение на данните от мониторинга на храненето на национално, регионално и локално ниво чрез семинари, работни срещи, публикации, интернет, масмедииите. 	Населението над 1-годишна възраст	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ	2005 - 2006 2009 - 2010
1.1.2. Внедряване в работата на всички РИОКОЗ на специализиран софтуер за оценка на храненето. Актуализиране на данните и софтуера.	РИОКОЗ	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ	2006 – 2007
1.1.3. Актуализиране на препоръчителните стойности за хранителен прием на населението в България. Разработване и публикуване на методично указание.	Цялото население	МЗ, НЦООЗ	2005 - 2006
1.1.4. Интегриране в здравната информационна система на специфични, международно приети индикатори за оценка на хранителния статус и на заболяванията, свързани с храненето, и изграждане на информационна подсистема за оценка на хранителната ситуация. Ежегоден анализ на данните.	Цялото население	МЗ, НЦЗИ, НЦООЗ, МОН, МУ	2007 - 2010

1.2. Разработване на национални препоръки за здравословно хранене, като база за положителни промени в хранителното поведение на населението			
1.2.1. Формулиране на национални хранителни цели, съобразявайки установените съвременни проблеми в храненето и хранителния статус, заболяемостта и смъртността от хронични заболявания, свързани с храненето.	Цялото население	НЦООЗ	2005
1.2.2. Разработване на Национални препоръки за здравословно хранене на населението в България.	Възрастното население	МЗ, НЦООЗ, БНДХД, СЗХХ, БАИЗСЗ, СЗО	2005 - 2006
1.2.3. Публикуване, промоция и редовно разпространение на Националните препоръки за здравословно хранене.	Възрастното население	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, БНДХД, СЗХХ, БАИЗСЗ	2006 - ежегодно
1.2.4. Разработване на Национални препоръки за здравословно хранене, насочени към рискови популационни групи.	Деца, стари хора	МЗ, НЦООЗ, МОН, МУ - Катедра по педиатрия, БНДХД, СЗХХ	2007 – 2008
1.2.5. Публикуване, промоция и редовно разпространение на Националните препоръки за здравословно хранене при рискови популационни групи.	Деца, родители, стари хора	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, МОН, МУ - Катедри по педиатрия, БНДХД, СЗХХ	2007 - 2008 ежегодно
1.3. Подобряване информираността на населението и компетентността на здравните работници за успешно начало, протичане и увеличаване на продължителността на кърменето			
1.3.1. Въвеждане на международните индикатори и стандарти за честота и продължителност на кърменето и разработване на методично указание за тяхното прилагане.	Здравни специалисти	МЗ, НЦООЗ, НЦЗИ, МОН, МУ – Катедри по педиатрия и АГ; УНИЦЕФ	2006 - 2007
1.3.2. Ежегоден анализ на получените данни за оценка ефективността на дейностите по кърменето.	Здравни специалисти	МЗ, НЦЗИ	2007 - ежегодно
1.3.3. Обучение на бременните и кърмачките по проблемите и преимуществата на кърменето - разработване и отпечатване на информационни материали за бременни и кърмещи жени, създаване на обществени групи “Майки подкрепят майки” .	Бременни и кърмещи жени	МЗ, НЦООЗ, МУ – катедри по педиатрия и АГ, НПО “Заедно за децата”, УНИЦЕФ	2005 - 2010
1.3.4. Информирание на населението по проблемите и преимуществата на кърменето. Създаване на Интернет страница по проблемите на кърменето, пропагандиране на Световната седмица на кърменето.	Жени в детеродна възраст, бременни и кърмещи жени.	МЗ, НЦООЗ, НПО “Заедно за децата”, УНИЦЕФ	2005 - 2010

1.3.5. Повишаване нивото на знанията и уменията на здравните специалисти за подкрепа, защита и насърчаване на кърменето – курсове и семинари за специалисти от РИОКОЗ, доболничната помощ; интегриране на адекватна информация в обучението на студентите по медицина, медицинските колежи; организиране на постоянни курсове за специалистите от лечебните заведения, работещи в областта на майчиното и детското здравеопазване.	Здравни специалисти	МЗ, НЦООЗ МОН, МУ – Катедри по педиатрия и АГ, Медицински колежи	2005 - 2010
1.3.6. Разработване и издаване на учебни помагала за следдипломната специализация на Консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене.	Здравни специалисти	МОН, МУ, Медицински колежи	2006 - 2007
1.3.7. Прилагане на международната система за оценка на болниците, за придобиване на статут “Болница приятел на бебето”; осъществяване на текуща оценка на болничните заведения, придобили този статут.	Здравни специалисти	МЗ, НПО “Заедно за децата”, УНИЦЕФ	2005 - 2010
1.3.8. Създаване на законодателни мерки за начина на разпространение на заместителите на майчина кърма, съобразени с Международния Кодекс за маркетинг на заместителите на майчина кърма и информиране на здравните специалисти, производителите и дистрибуторите за техните отговорности; информиране на обществеността.	Здравни специалисти, производители и търговци на заместители на майчина кърма, възрастното население	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, НПО “Заедно за децата”, УНИЦЕФ	2005 - 2007
1.4. Подобряване храненето на кърмачетата и малките деца			
1.4.1. Проучване на основните проблеми в храненето и хранителния статус на кърмачетата и деца до 5 годишна възраст. Проучване разпространението и тежестта на анемията и белтъчно-енергийното недохранване. Оценка необходимостта от обогатяване на храни, предназначени за деца, с желязо и други микронутриенти.	Кърмачета (0-1 години) Деца до 5 години	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, МУ- Катедри по педиатрия, УНИЦЕФ	2006 - 2007
1.4.2. Актуализиране на знанията на медицинските специалисти за храненето на кърмачетата съгласно международните препоръки: <input type="checkbox"/> Актуализиране на курсовете по педиатрия за медици и в медицинските колежи; <input type="checkbox"/> Актуализиране на следдипломното обучение по педиатрия за медици, акушерки и медицински сестри; <input type="checkbox"/> Разработване, публикуване и разпространение на обучителни материали, провеждане на курсове, семинари.	Здравни специалисти-педиатри, медицински сестри, акушерки	МЗ, НЦООЗ, МУ – Катедри по педиатрия, Медицински колежи, УНИЦЕФ	2007 - 2009

<p>1.4.3. Повишаване информираността на населението по въпросите на хранене на кърмачетата и малките деца:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Разработване, отпечатване и разпространение на информационни материали; <input type="checkbox"/> Включване на специално насочена информация по проблема към Интернет страницата на Националния план за действие „Храни и хранене“; <input type="checkbox"/> Използване на масмедии за популяризиране на информацията, организиране на ежегодни медийни кампании. 	<p>Жени в детеродна възраст, бременни жени, кърмачки</p>	<p>МЗ, НЦООЗ МОН, МУ - Катедри по педиатрия, Медицински колежи, УНИЦЕФ</p>	<p>2005 - 2010</p>
<p>1.4.4. Разработване на препоръки и индикатори за даване в ранната детска възраст на добавки към храната, съдържащи желязо.</p>	<p>Здравни специалисти</p>	<p>МЗ, НЦООЗ, МОН, МУ - Катедри по педиатрия</p>	<p>2007</p>
<p>1.4.5. Оценка на необходимостта от добавки към храната, съдържащи желязо (обогатени с желязо храни) за деца от високорискови популационни групи.</p>	<p>Деца от семейства с ниски доходи, малцинствени етнически групи</p>	<p>МЗ</p>	<p>2006 - 2010</p>
<p>1.4.6. Създаване на система за мониториране и контрол на желязо-дефицитната анемия и белтъчно-енергийното недохранване при кърмачета и малки деца.</p>	<p>Кърмачета и малки деца</p>	<p>МЗ, НЦЗИ, НЦООЗ, МОН, МУ - Катедри по педиатрия</p>	<p>2007 - 2010</p>
<p>1.4.7. Подобряване на храненето в детските ясли.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Национално проучване на храненето в детските ясли, идентифициране на основните проблеми в организираното хранене; <input type="checkbox"/> Разработване на Наредба на МЗ за изискванията за здравословно хранене в детските заведения за деца до 3-годишна възраст; <input type="checkbox"/> Разработване и публикуване на Сборник рецепти с наръчник по хранене за деца до 3-годишна възраст; <input type="checkbox"/> Разработване на унифицирани критерии за контрола на храненето, провеждан от РИОКОЗ в детските ясли <input type="checkbox"/> Провеждане на контрол на храненето на децата в детските ясли и оценка на храненето съгласно унифицираните критерии. 	<p>Деца до 3-годишна възраст в детски заведения</p>	<p>МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ</p> <p>МЗ, НЦООЗ, МОН, МУ- Катедри по педиатрия</p> <p>МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ</p>	<p>2007</p> <p>2007</p> <p>2006 - 2007</p> <p>2006</p> <p>2007 – регулярно, периодично</p>
<p>1.5. Подобряване храненето и физическата активност на децата и юношите в детските градини и училищата</p>			
<p>1.5.1. Разработване на Наредба за изискванията за здравословно хранене в детските градини.</p>	<p>Деца и юноши</p>	<p>МЗ, НЦООЗ</p>	<p>2006-2007</p>

1.5.2. Разработване на унифицирани критерии за контрола върху храненето, извършван от РИОКОЗ в детските градини и училищата.	Деца и юноши	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ	2006 - 2007
1.5.3. Разработване и публикуване на Методично указание за прилагане на унифицирани национални критерии за антропометрични показатели при оценка на хранителния статус на деца и юноши, съгласно международните стандарти.	Здравни специалисти	МЗ, НЦООЗ, МОН, МУ - Катедри по педиатрия	2006
1.5.4. Разработване на нормативна база за осигуряване на пълноценно и подходящо хранене в заведения за социални услуги за деца, лишени от родителски грижи и в специалните училища.	Училищен персонал, здравни специалисти	МЗ, НЦООЗ МОН, МТСП, НСО	2007 - 2010
1.5.5. Провеждане на курсове за обучение на специалистите от РИОКОЗ по актуални въпроси на храненето на децата и юношите.	Здравни специалисти	МЗ, НЦООЗ	2005 - 2010
1.5.6. Организиране на курсове и семинари за обучение по здравословно хранене на административния, учителския, медицинския и кухненския персонал в училищата и детските градини.	Училищен персонал, персонал в детските градини	МЗ, РИОКОЗ, МОН	2006 - 2010
1.5.7. Информирание на родителите по въпросите на здравословното хранене чрез разработване и отпечатване на информационни материали и организиране на срещи с медицинския персонал към училищата и детските градини – поне веднъж годишно.	Родители	МЗ, РИОКОЗ, МОН	2006 - 2010
1.5.8. Повишаване ролята на хранително-вкусовата промишленост, търговията с храни и общественото хранене за подобряване храненето на децата и юношите, чрез увеличаване производството и търговията на храни, подкрепящи здравословния модел на хранене.	Деца, юноши	БАХПИ, браншови организации, сдружения за обществено хранене	2005 - 2010
1.5.9. Периодичен анализ на данните от проучванията на храненето, извършени от РИОКОЗ в детските градини и училищата на национално ниво, за оценка внедряването и ефективността на интервенциите.	Здравни специалисти	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ	2006 - 2010
1.5.10. Проучване на ситуацията и разработване на мерки за намаляване на риска от зъбен кариес при децата и юношите.	Деца, юноши	МЗ, ССБ, НПО „Стоматологично здраве” Стоматологични факултети	2007 - 2010
1.5.11. Осигуряване и контрол на редовното провеждане на часовете по физическо възпитание в училищата и детските градини и на ефективността на физическата активност в тях.	Деца, юноши	МОН	2007 - 2010

1.5.12. Подобряване на условията за масов спорт и стимулиране практикуването му от децата и учениците.	Деца, юноши	МОН, ДАМС, НСО, Бълг. Асоц. “Спорт за всички”	2007 - 2010
1.6. Създаване на система за придобиване на знания и умения за здравословно хранене на децата и юношите			
1.6.1. Разработване и включване на модули по здравословно хранене в предмета ”Здравно образование” на учениците от 1-ви до 12-ти клас.	Ученици от 1-12-ти клас, учители	МОН, МЗ, НЦООЗ	2007 – 2009
1.6.2. Разработване и въвеждане на модули за обучение по здравословно хранене на учениците от 1-ви до 12-ти клас, чрез интегриране на съответна за възрастта информация в подходящи за целта предмети от учебната програма.	Ученици от 1-12-ти клас, учители	МОН, МЗ, НЦООЗ	2008 - 2009
1.6.3. Разработване и въвеждане на модул за здравословно хранене в детските градини - в програмите за обучение и възпитание, чрез включване на игри, нагледни материали, посещения на ферми и др.	Деца, педагогически персонал в детските градини	МОН, МЗ, НЦООЗ	2007 - 2009
1.6.4. Активно включване на мрежата от “Училища утвърждаващи здраве” в обучението на децата на здравословно хранене, за внедряването му в практиката.	Ученици	МОН, МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ	2007 - 2010
1.6.5. Разработване и въвеждане на модули по здравословно хранене в програмите за обучение в колежа и университетите, в специалностите “Педагогика”, “Предучилищна педагогика” и “Начална педагогика”.	Педагози	МОН, МУ, университети, колежи, МЗ, НЦООЗ	2008 - 2009
1.6.6. Промоция на здравословното хранене, насочена към децата, юношите и родителите, на национално и локално ниво чрез масмедииите. Специален аспект към основните проблеми на храненето и хранителното поведение в тази възраст – свръхтегло и затлъстяване, хранителни дефицити, хранителни нарушения (анорексия и булимия нервоза).	Деца, юноши, родители	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, женски дружества, НПО	2006 - 2010
1.6.7. Разработване на законодателни мерки за регламентиране рекламата и продажбата на нездравословни храни и напитки, предназначени за деца.	Деца, млади хора	МЗ, МЗГ	2008 - 2010
1.7. Подобряване храненето на жените в детеродна възраст и по време на бременност, включително на тези с ниски доходи и неравностоен социален статус			
1.7.1. Въвеждане на мониторинг на разпространението и тежестта на анемията при бременните жени в България чрез националната система за здравна информация.	Бременни жени	МЗ, НЦООЗ, НЦЗИ, НЗОК	2007 и ежегодно
1.7.2. Обучение чрез курсове и семинари на медицинските специалисти по проблемите на	Жени в детеродна възраст,	МЗ, НЦООЗ	2005 - ежегодно

здравословното хранене на жените в детеродна възраст и бременните жени. Разработване и публикуване на ръководство, предназначено за медицинските специалисти.	бременни жени		
1.7.3. Създаване на взаимодействие между специалистите по хранене, Здравната каса, националното дружество по акушерство и гинекология, медицинските университети и университетските болници по АГ за обучение на личните лекари и специалистите по акушерство и АГ по проблемите на храненето на бременната жена – работни съвещания, семинари, краткосрочни курсове.	Здравни специалисти	МЗ, НЦООЗ, НЗОК, МОН, МУ- Катедри по АГ, БНДХД Национално дружество по АГ	2007 – 2009
1.7.4. Повишаване информираността относно здравословното хранене на жените в детеродна възраст и бременните жени: <input type="checkbox"/> Разработване, отпечатване и разпространение на информационни материали; <input type="checkbox"/> Включване на специално насочена информация по проблема към Интернет страницата на Националния план за действие „Храни и хранене“; <input type="checkbox"/> Използване на масмедииите за популяризиране на информацията, организиране на ежегодни медийни кампании на национално и регионално ниво.	Цялото население, жени в детеродна възраст, бременни жени	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, БНДХД	2006 - 2010
1.7.5. Разработване на препоръки за обогатяване на основни храни с фолиева киселина.	Здравни специалисти	МЗ, НЦООЗ, МОН, МУ-АГ	2007-2008
1.7.6. Идентифициране на необходимостта от обогатяване на основни храни с желязо и други микронутриенти, предназначени за рискови популационни групи жени, на базата на данните за хранителния прием, и оценка разпространението и тежестта на анемията. Въвеждане при необходимост обогатяването на храни с други микронутриенти, освен с фолиева киселина.	Жени в детеродна възраст, бременни жени	МЗ, НЦООЗ, НЦЗИ, МОН, МУ-АГ, НЗОК	2007 - 2008
1.8. Подобряване храненето и физическата активност на възрастното население за намаляване на риска от хронични заболявания (сърдечно-съдови, затлъстяване, диабет тип 2, остеопороза, ракови заболявания и др.).(Физическата активност се включва в програмите за хранене по препоръка на СЗО)			
1.8.1. Разработване и прилагане на образователна програма за здравословно хранене на населението в България, с оглед информиране и изграждане на умения за здравословен избор на храни и здравословно хранително поведение: разработване и разпространение на информационни материали, включване на електронните медии, периодичния печат и популярните издания, използване на вече действащата Интернет страница. Организиране на обучителни кампании и изложби.	Цялото население	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, БНДХД, БАИЗСЗ, СЗХХ, НПО, БЧК, ИКХТ, масмедии	2006 - 2010

1.8.2. Подобряване информираността на производителите и търговците на хранителни продукти по въпросите на здравословното хранене - чрез информационни материали, беседи, курсове и др.	Производител и и търговци на храни	МЗ, РИОКОЗ, МОН, УХТ, БАХПИ, БТПП, СРБ, БСК	2007 - ежегодно
1.8.3. Повишаване знанията и уменията на професионалистите по хранене и диететика в болничните заведения, общопрактикуващи лекари и в РИОКОЗ, както и на специалисти от служби по трудова медицина и на бакалаври по здравни грижи, за консултиране по проблемите на здравословното хранене, чрез обучителни курсове и материали.	Здравни специалисти	МЗ, НЦООЗ, МОН, МУ	2007 - 2010
1.8.4. Осигуряване на образователни материали и консултации от здравните специалисти на лицата от рискови популационни групи с дислипидемии, глюкозен интолеранс, диабет тип 2, свръхтегло и затлъстяване, коронарна болест на сърцето, високо артериално налягане, остеопороза и др. Откриване на консултативни центрове по здравословно и диетично хранене.	Лица със здрав-ни проблеми и заболявания, свързани с храненето	МЗ, НЦООЗ, ДКЦ, болници МОН, МУ,	2006 - 2010
1.8.5. Разширяване обучителната програма по специалността "Хранене и диететика" по проблемите на храненето като рисков фактор за хроничните заболявания чрез допълнителни тематични курсове.	Специалисти по хранене и диететика	МОН, МУ, МЗ, НЦООЗ	2006 - 2010
1.8.6. Разширяване обучението на студентите в Медицинските университети относно принципите на здравословното хранене.	Студенти по медицина	МОН, МУ	2007 - 2009
1.8.7. Разширяване обучението по проблемите на здравословното хранене за студентите от УХТ, студентите по специалността "инструктори по хранене, ресторантьорство и хотелиерство" и учениците от техникумите по обществено хранене.	Студенти по специалности, свързани с храните и храненето	УХТ, МОН, Медицински колежи, техникуми по обществено хранене	2007 - 2009
1.8.8. Осигуряване на специалисти по хранене и диететика в лечебните заведения, за подобряване на храненето на пациентите и за обучението им да прилагат съвременните изисквания на здравословното и диетичното хранене.	Болни хора	МЗ, болници	2007 - 2010
1.8.9. Разработване на препоръки при производството на някои храни, за максимално съдържание на съставки, имащи отношение към здравето: общи мазнини, транс-мастни киселини, сол, захар.	Цялото население	МЗ, НЦООЗ БАХПИ, ИКХТ	2007 - 2008
1.8.10. Прилагане на фискални мерки спрямо храни с високо съдържание на сол, мазнини и други съставки, имащи неблагоприятно влияние върху здравето.	Производител и на храни	МЗ, МФ	2007 - 2008
1.8.11. Разработване на механизми за подкрепа и стимулиране на предприятия, фирми и учреждения за прилагане на програми за промоция на здраве при	Лица в трудоспособна на възраст	СРБ	2007 - 2010

работещите, с включено здравословно хранене, и за осигуряване на условия за физическа активност и спорт.			
1.8.12. Увеличаване строежа на спортни площадки, други съоръжения за масов спорт, както и обособяване на пътеки за велосипедисти и пътеки за здраве.	Цялото население	ДАМС, НСО, МРРБ	2007 - 2010
1.8.13. Специално насочени дейности за намаляване на свръхтеглото и затлъстяването сред населението: - Редовни обучителни кампании за подобряване информираността на населението за ползата от здравословното хранене и физическата активност и мотивиране на хората да възприемат по-здравословно хранене и по-активен начин на живот; - Разработване и внедряване на нови рецептури на храни, с оглед намаляване риска от затлъстяване; - Подкрепа производството и промоция на храните, съдействащи за намаляване риска от затлъстяване; - Обучение на медицинските специалисти относно съвременните подходи за превенция и третиране на затлъстяването.	Цялото население	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, МЗГ, ИКХТ, НЗОК, БАИЗСЗ, БНДХД, БАХПИ, ДФЗ	2006-2010
1.8.14. Промоция на физическа активност и консумация на подходящи храни за намаляване на риска от остеопороза.	Рискови популационни групи	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ	2007-2010
1.8.15. Провеждане на проучвания на ролята на храните и храненето за здравето, както и на факторите, определящи нездравословния модел на храненето и ниската физическа активност.	Цялото население, рискови групи	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, МОН, МУ	2007-2010
1.8.16. Подготовка и публикуване на нов ръководство/учебник по специалността "Хранене и диететика".	Специалисти по хранене и диететика	МЗ, НЦООЗ	2006-2007
1.8.17. Подготовка и публикуване на Таблици за химическия състав на Българските храни и хранителни продукти.	Здравни специалисти	МЗ, НЦООЗ, МЗГ, НВМС, НДНИВМИ	2005 - 2009
1.8.18. Взаимодействие с неправителствените организации на потребителите, за защита на населението от неадекватна и подвеждаща информация за храните и добавките към храните.	Цялото население	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, МЗГ, МИЕ, КТЗП, ФПБ	2005-2010
1.8.19. Разпространение на информация за съществуващи добри европейски и международни практики, за насърчаване на здравословен начин на хранене и физическа активност, вкл. инициативи на местните общности (общини, неправителствени организации и др.).	Цялото население	МЗ, БАХПИ, НСО	2006-2007
1.9. Осигуряване на адекватно и здравословно хранене на специални контингенти от населението, изложени на специфични физически и психологически натоварвания (военнослужещи)			

1.9.1. Проучване на храненето и хранителния статус на военнослужещите, оценен на базата на антропометрични индикатори.	Военнослужещи	МО, ВМА	2007
1.9.2. Разработване на практически препоръки за адекватно и здравословно хранене на военнослужещите.	Военнослужещи	МО, ВМА, ИКХТ	2008
1.9.3. Осигуряване на мониторинг на храненето и хранителния статус на военнослужещите.	Военнослужещи	МО, ВМА	2008 - ежегодно
1.10. Подобряване храненето и физическата активност на старите хора.			
1.10.1. Разширяване на социалния патронаж за стари хора, специално за тези с хронични заболявания и за самотните стари хора.	Самотни стари хора, с хронични заболявания, с увреждания	НСО, МТСП	2007 - 2009
1.10.2. Провеждане на социална и финансова политика за подобряване храненето на старите хора на социален патронаж, в домовете за стари хора и домовете за възрастни хора с увреждания.	Стари хора на социален патронаж, в домове за стари хора, с увреждания	МТСП, МФ	2006 - 2010
1.10.3. Разработване, публикуване и внедряване на ръководство със сборник рецепти за организирано хранене на стари хора, включващо и диетично хранене.	Стари хора	МЗ, НЦООЗ	2008 - 2009
1.10.4. Взаимодействие на общините, НПО, Българската православна църква и други религиозни общности за подкрепа на съществуващите и откриване на нови трапезарии за социално слаби стари хора.	Бедни стари хора	НСО, НПО, БПЦ, Религиозни общности	2007 - 2010
1.10.5. Осигуряване адекватно снабдяване с храни на стари хора, живеещи в отдалечени села в страната.	Стари хора	Общини, НПО, БЧК	2007 - 2010
1.10.6. Разработване и прилагане на механизми за стимулиране на хранително-вкусовата индустрия, за производство на подходящи за стари хора готови и полуготови храни.	Производител и на храни	МИЕ, МЗГ, МФ, БАХПИ, Браншови организации	2006 - 2010
1.10.7. Информирание на старите хора по отношение принципите на здравословното хранене: беседи, информационни материали; включване на електронните масмедии; публикации в периодични издания, особено в тези, специализирани за хората в третата възраст.	Стари хора	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, НПО, БЧК, масмедии	2007 - 2010
1.10.8. Обучение на лицата, осигуряващи грижи за старите хора в рамките на формални и неформални сдружения, относно принципите на здравословното хранене в старческа възраст.	Лица, грижещи се за стари хора	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ	2007 - 2010
1.10.9. Подкрепа на организирането на групи хора в напреднала възраст, за упражняване на подходяща за възрастта и здравния им статус физическа активност.	Стари хора	ММС, НПО, Домове за стари хора	2007 - 2010

1.10.10. Регламентиране чрез нормативна уредба ползването от безимотни хора в пенсионна възраст на поземлени участъци в крайградските зони, подходящи за земеделско обработване.	Безимотни стари хора	Областни управи, НСО	2008 - 2010
1.11. Трайно елиминирание на йодния дефицит като социално-значим проблем чрез универсално йодиране на солта			
1.11.1. Акредитация на Националната лаборатория за контрол на йодния дефицит, за превръщането ѝ в регионален център за биомониторинг и обучение по въпросите на йодния дефицит за страните от Балканския регион.		МЗ, НЦООЗ	2007
1.11.2. Поддържане на ефективна национална мониторингова и информационна система за контрол на йодираната сол в търговската мрежа.	Цялото население	МЗ, РИОКОЗ	2005 - 2010
1.11.3. Провеждане на обучение на общопрактикуващите лекари по проблемите на йодния дефицит.	Здравни специалисти	МЗ, МОН, Медицински университети	2006 - 2008
1.11.4. Включване на информация по проблемите на йодния дефицит в предмета "Здравно образование" на ученици от средния курс.	ученици	МОН	2007 - 2008
1.11.5. Повишаване информираността на населението чрез разработване и отпечатване на информационни материали и провеждане на промотивни кампании.	Цялото население, рискови групи	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, УНИЦЕФ	2005 - ежегодно
1.11.6. Провеждане на допълнителна профилактика с йоден препарат на бременни и кърмещи жени.	Бременни и кърмещи жени	МЗ, лечебни заведения	2005 - 2010
1.12. Стимулиране прилагането на Националния план за действие "Храни и хранене"			
1.12.1. Създаване на лого на Националния план за действие (НПД) "Храни и хранене", за удостоверяване на информация и дейности, които са в съответствие с НПД.	Цялото население	МЗ	2006
1.12.2. Създаване на експертна група за разработване на критерии при използване на логото и периодично оценяване на дейности и продукти за правото на ползване на логото.	Цялото население, производители	МЗ	2006 - 2010
1.12.3. Пропагандиране на логото като знак за здравословни храни и дейности, подкрепящи Националния план за действие "Храни и хранене".	Цялото население	МЗ	2006 - ежегодно
1.12.4. Осигуряване на технически лица за подпомагане изпълнението на Националния план за действие "Храни и хранене".		МЗ	2006 - ежегодно
1.12.5. Създаване на Интернет страница на Националния план за действие „Храни и хранене“ и постоянно ѝ обновяване с актуална информация.	Цялото население	МЗ	2006 - ежегодно

ЦЕЛ 2. ДА СЕ НАМАЛИ РИСКЪТ ЗА ЗДРАВЕТО, СВЪРЗАН СЪС ЗАМЪРСИТЕЛИ И ДОБАВКИ В ХРАНИТЕ

Дейности	Основни изпълнители	Срок (година)
2.1. Укрепване административния капацитет за извършване на официалния контрол върху храните		
2.1.1. Въвеждане на унифицирани процедури и методи за извършване на официален контрол за прилагане на законодателството в областта на безопасността на храните – разработване и отпечатване на две методични ръководства в помощ на държавните инспектори.	МЗ, МЗГ	2005 - 2007
2.1.2. Подобряване организацията на лабораторния контрол върху храните – оборудване на лабораториите със съвременна аналитична апаратура и специализирането им по отношение на извършваните изследвания.	МЗ, МЗГ	2005 - 2010 постоянно
2.1.3. Повишаване на професионалната квалификация на лабораторните специалисти за висококачествено прилагане на методите в областта на контрола на храните.	МЗ, МЗГ	2006 - 2010 постоянно
2.1.4. Подобряване ефективността на контролните дейности на национално и локално ниво.	МЗ, МЗГ	2005 - 2010
2.2. Повишаване професионалната квалификация на държавните инспектори, провеждащи контрол върху храните и на производителите и търговците на храни		
2.2.1. Създаване на Учебен център по безопасност на храните на базата на НЦООЗ за обучение на експерти, ангажирани с разработване на законодателството в тази област, служители от контролните органи по безопасност на храните, оператори в хранителната индустрия и търговия и др. (Проект, финансиран от Холандското правителство) <input type="checkbox"/> Разработване на обучителни програми/пакети на модулен принцип, които да позволяват адаптивност към различните потребности на обучавания контингент и ежегодна актуализация на обучителните материали; <input type="checkbox"/> Разработване на помощни обучителни материали за държавните инспектори при провеждане на държавния контрол върху храните; <input type="checkbox"/> Обучение на лектори за провеждане на курсовете.	МЗ, НЦООЗ, МЗГ, НВМС, НСРЗ	2005 - 2010
2.2.2. Провеждане на основни и опреснителни курсове за държавни инспектори, производители и търговци на храни, в съответствие с приеманото законодателство по храните.	МЗ, МЗГ, МИЕ, БАХПИ	2005 - 2010

2.3. Намаляване опасностите за замърсяване на храните и фуражите чрез въвеждане при производството и търговията с храни и при производството и търговията с фуражи на системи за самоконтрол, основани на принципите на анализ на опасностите и критичните контролни точки		
2.3.1. Въвеждане на добра производствена практика (ДПП) и добра хигиенна практика (ДХП) при производството и търговията с храни: <input type="checkbox"/> Разработване по подотрасли на ръководства за ДПП и ДХП; <input type="checkbox"/> Експертно информиране и консултиране на производителите при разработването на ръководства за прилагане на ДПП и ДХП; <input type="checkbox"/> Участие на държавните експерти в дейността на Експертните съвети на браншовите организации на производителите; <input type="checkbox"/> Обучение на инспекторите от контролните органи и на производителите за прилагане на ДПП и ДХП.	МЗ, МЗГ, БАХПИ, Браншови организации на производителите и търговците на храни, Сдружения на потребителите	2005-2007
2.3.2. Разработване и прилагане на планове за анализ на опасностите и критичните контролни точки (НАССР) в предприятията за производство на храни, както и за веригите заведения за обществено хранене.	БАХПИ, Предприятията за производство на храни; Вериги заведения за обществено хранене	2005-2007
2.3.3. Разработване и прилагане на системи за самоконтрол, с елементи на НАССР, за малките предприятия за производство на храни, заведенията за обществено хранене и за търговия с храни.	Малки предприятия за производство на храни, заведения за обществено хранене и за търговия с храни	2005-2007
2.3.4. Разработване и прилагане на процедури, основани на принципите на НАССР при производството на фуражи.	Предприятията за производство на фуражи	2006 – 2007
2.4. Изграждане на национална система за мониторинг и контрол на замърсители в храните <input type="checkbox"/> Микробиологични и микотоксикологични; <input type="checkbox"/> Химични замърсители – тежки метали, пестициди, нитрати, ветеринарно-медицински препарати; <input type="checkbox"/> Радиоактивни замърсители.		
2.4.1. Определяне на лабораториите, които ще извършват анализите.	МЗ, МЗГ	2005
2.4.2. Определяне на замърсителите, които да бъдат мониторираны и видовете храни, които ще бъдат изследвани.	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, ИКХТ, МЗГ, НСРЗ, НВМС, ЦЛВСЕЕ, НЦРРЗ, ЦЛХИК, НДНИВМИ	2005 - 2006

2.4.3. Въвеждане при необходимост на нови методи за анализ.	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, ИКХТ, МЗГ, НСРЗ, НВМС, ЦЛВСЕЕ, НЦРРЗ, ЦЛХИК, НДНИВМИ	2006-2010
2.4.4. Оборудване на лабораториите, включени в мониторинга на различните замърсители (където е необходимо).	МЗ, МЗГ	2006-2008
2.4.5. Обучение на лабораторния персонал за извършване на мониторинга.	МЗ, МЗГ	2006-2008
2.4.6. Ежегоден анализ на храните по план за съдържание на замърсители: <input type="checkbox"/> оценка на съответствието със законоустановените норми; <input type="checkbox"/> определяне на храните, изложени на риск от замърсяване; <input type="checkbox"/> определяне на критичните места при производството/съхранението на храните, към които да се насочат интервенционните мерки.	Лабораториите, включени в мониторинга	2006 – ежегодно
2.4.7. Създаване на Национална информационна система за съдържание на замърсители в храните като основа за оценка на риска за здравето на потребителите.	МЗ, МЗГ	2007-2009
2.4.8. Определяне на орган и механизми за координация и управление на Националната мониторинг система на замърсителите в храните.	МЗ, МЗГ	2007
2.5.Национален мониторинг и контрол на храни, облъчени с йонизиращи лъчения		
2.5.1. Осигуряване на безопасността на облъчени храни: А. Събиране на данни и доклад за безопасността на храните, облъчвани с йонизиращи лъчения; Б. Създаване на програма за изследване на храните, облъчвани с йонизиращи лъчения <input type="checkbox"/> определяне на видовете храни, показатели, технически режими на облъчване; <input type="checkbox"/> извършване на изпитания по стандартни методи; <input type="checkbox"/> разработване на нови методи за идентификация на облъчени храни и стандартизация.	МЗ, НЦРРЗ, МЗГ, ИКХТ	2005 2005-2010 2006 2007-2008 2009-2010

<p>2.5.2. Контрол на радиационните технологии за облъчване на храни и облъчвателните съоръжения в България</p> <p>А. Метрологично осигуряване на контрола на радиационните технологии и на облъчвателните съоръжения</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Създаване на вторичен еталон за измерване на високи дози; <input type="checkbox"/> Стандартизация на дозиметрични системи за измерване на погълнатата доза при облъчването на храни; <p>Б. Създаване на национални стандарти за добра производствена практика при облъчване на храни</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Издаване на наръчник по качество за добра производствена практика съгласно Codex Alimentarius и ICGFI; <input type="checkbox"/> Обучение във водещи лаборатории на ЕС на инспектори по контрол на радиационните технологии за облъчване на храни и облъчвателните съоръжения; <input type="checkbox"/> Изготвяне на национален план за организация на контрола и сертифициране на облъчвателни съоръжения. 	<p>МЗ, НЦРРЗ, АЯР, ДАМТН, ИКХТ</p>	<p>2005-2008</p> <p>2006</p> <p>2007-2008</p> <p>2006</p> <p>2005</p> <p>2007</p>
<p>2.5.3. Идентификация на облъчени храни</p> <p>А. Оборудване на лаборатория за идентификация на облъчени храни</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Усвояване и валидиране на стандартизираните методики за откриване на облъчени храни; <input type="checkbox"/> Акредитиране на лаборатория за контрол на облъчени храни; <p>Б. Обучение на експерти в акредитирани лаборатории на ЕС</p> <p>В. Извършване на контрол на националната търговия с облъчени храни.</p>	<p>МЗ, НЦРРЗ, РИОКОЗ, МОН, БАН, ИКХТ, ИКК</p>	<p>2005-2008</p> <p>2005-2007</p> <p>2005-2008</p> <p>2008-2010</p> <p>2008-2010</p>
<p>2.6. Мониторинг и контрол върху използването на добавки и ароматизанти в храните и тяхното етикетиране</p>		
<p>2.6.1. Извършване контрол при вноса и съхранението на добавките в храните:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Контрол за идентичност и чистота на внесените добавки в храните съгласно Наредба 8 на МЗ/2002 г. по документация на производителя преди използването им в храните; <input type="checkbox"/> Събиране на навременна информация за вида и количеството на внесените добавки за влагане при производство на храните на базата на компютърна връзка между Агенция “Митници” и РИОКОЗ; <input type="checkbox"/> Контрол на етап съхранение в складовете за търговия на едро. 	<p>МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ</p>	<p>2005</p> <p>2005</p>
<p>2.6.2. Извършване на контрол на използването на добавки в храните и ароматизанти при производството на храни, както и на тяхното етикетиране.</p>	<p>МЗ, РИОКОЗ, МЗГ, НВМС</p>	<p>2005- ежегодно</p>

2.7. Прилагане анализ на риска при провеждането на политиката по безопасност на храните и при контрол на фуражите, включващ оценка на риска, управление на риска и комуникация на риска		
<p>2.7.1. Оценка на риска</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Създаване на междуведомствен Експертен съвет с правата да провежда и/или възлага оценките на риска; <input type="checkbox"/> Разработване на унифициран подход за получаване на научни становища; <input type="checkbox"/> Извършване на оценка на риска по цялата хранителна верига, на базата на данните от мониторинга за съдържание на замърсители в храните; <input type="checkbox"/> Оценка на експозицията и оценка на риска за здравето на рискови групи от населението от прием на храни с повишено съдържание на замърсители; <input type="checkbox"/> Оценка на риска за здравето на потребителите от приема с храната на добавки към храненето. 	<p>МЗ, НЦООЗ, НЦРРЗ, ИКХТ, РИОКОЗ, МЗГ, ЦЛХИК, НВМС, ЦЛВСЕЕ, НДНИВМИ, НСРЗ, независими експерти</p>	<p>2006</p> <p>2006</p> <p>2007- 2010</p> <p>2007- 2010</p> <p>2007 – 2010</p>
<p>2.7.2. Управление на риска</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Актуализиране на нормативни актове в областта на безопасността на храните и фуражите; <input type="checkbox"/> Предприемане на бързи и ефективни предпазни мерки по хода на цялата хранителна верига при установяване на опасност за здравето на потребителите; <input type="checkbox"/> Прилагане принципа на предпазването при наличие на недостатъчни доказателства за настъпване на вредни ефекти върху здравето на потребителите; <input type="checkbox"/> Провеждане на ефективен контрол върху храните, предлагани на пазара, от органите, определени съгласно Закона за храните. 	<p>МЗ, НЦООЗ, НЦРРЗ, РИОКОЗ, МИЕ, МЗГ, ЦЛХИК, НВМС, ЦЛВСЕЕ, НДНИВМИ, НСРЗ</p>	<p>2005 – 2010</p>
<p>2.7.3. Комуникация на риска</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Информирание и обсъждане на установена опасност, свързана с храните и фуражите, със заинтересованите ведомства и институции в страната; <input type="checkbox"/> Информирание на компетентните международни организации; <input type="checkbox"/> Взаимодействие с професионалните организации и сдружения на производители и търговци на храни и с неправителствените организации на потребителите; <p>Информирание на потребителите за приеманото законодателство и за установени опасности, свързани с храните и фуражите.</p>	<p>МЗ, МИЕ, МЗГ, Масмедии</p>	<p>2005-2010</p>
2.8. Контрол на нови и генетично модифицирани храни и хранителни съставки, както и на суровини и фуражи, произведени от ГМО		
<p>2.8.1. Контрол за предлагане на пазара само на разрешени от МЗ нови храни и хранителни съставки.</p>	<p>МЗ</p>	<p>2005</p>
<p>2.8.2. Контрол върху етикетирането на нови храни или нови хранителни съставки, произведени от генетично модифицирани организми.</p>	<p>МЗ</p>	<p>2005- ежегодно</p>

2.8.3. Мониторинг на евентуални неблагоприятни ефекти върху здравето на потребителите от употреба на нови храни и хранителни съставки.	МЗ	2007- ежегодно
2.8.4. Контрол за предлагане на пазара само на разрешени от МЗГ суровини и фуражи, произведени от ГМО.	МЗГ	2006
2.9. Създаване на национална система за бързо съобщаване за наличие на опасни храни на пазара		
2.9.1. Определяне на функциите и отговорностите на различните звена на системата.	МЗ, МЗГ	2005
2.9.2. Разработване на процедури за работа.	МЗ, МЗГ	2005
2.9.3. Създаване на организация и координация на дейността на системата.	МЗ, МЗГ	2005-2006
2.9.4. Обучение на специалисти.	МЗ, МЗГ	2006-2010
2.9.5. Стартиране функционирането на системата.	МЗ, МЗГ	2007
2.10. Информирание на земеделските производители, производителите и търговците на храни, производителите и търговците на фуражи и обществото по въпросите на безопасността на храните		
2.10.1. Регулярно включване на съответна информация в Интернет страниците на МЗ и МЗГ.	МЗ, МЗГ, МИЕ	2006
2.10.2. Взаимодействие с професионалните сдружения на производителите и търговците на храни.	МЗ, МЗГ, БАХПИ, МИЕ	Ежегодно
2.10.3. Сътрудничество с неправителствените организации на потребителите и взаимна информация по въпросите на безопасността и качеството на храните.	МЗ, МЗГ, КЗП, ФПБ	Ежегодно, регулярно
2.10.4. Информирание и консултиране на земеделските производители за спазване на правилата за добра земеделска практика при производството на безопасни храни.	МЗГ, НССЗ	Ежегодно
2.10.5. Организиране на пресконференции по актуални проблеми.	МЗ, МЗГ, МИЕ	Ежегодно
2.10.6. Разширяване на консултантската дейност за правилно земеползване и производство на безопасна земеделска продукция в стопанства от райони с почвено замърсяване.	МЗГ	2006-2007

ЦЕЛ 3. ДА СЕ ПОДОБРИ ОСИГУРЯВАНЕТО НА ХРАНИ, ДОПРИНАСЯЩИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВЕН МОДЕЛ НА ХРАНЕНЕ, И ДА СЕ УВЕЛИЧИ ДОСТЪПЪТ ДО ТЯХ НА ЦЯЛОТО НАСЕЛЕНИЕ.

Дейности	Основни изпълнители	Срок (година)
3.1. Стимулиране и подкрепа създаването на по-добри условия за производство и подходящо съхранение на плодове и зеленчуци, с оглед осигуряване целогодишно на достатъчни количества национално произведени плодове и зеленчуци		
<p>3.1.1. Стимулиране и подкрепа на местното (селско и градско) производство на плодове и зеленчуци</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Стимулиране и подкрепа създаването на нови овощни градини; <input type="checkbox"/> Стимулиране и подкрепа развитието на оранжерийното производство на зеленчуци; <input type="checkbox"/> Подпомагане намирането на пазар за реализация, достъп до борси; <input type="checkbox"/> Осигуряване на разсад, информация, безплатна консултантска помощ; <input type="checkbox"/> Създаване на местни мрежи за разпределение на произведените плодове и зеленчуци – директни продажби от производителя на място, построяване на пазари за местни производители; <input type="checkbox"/> Организиране договорирано изкупуване на хранителни продукти за нуждите на училища, детски градини и ясли, болници, предприятия, съгласно изискванията на Закона за обществените поръчки. 	МЗГ, НСО, Национална/ областна служба за съвети в земеделието	2005-2010
<p>3.1.2. Стимулиране и подкрепа осигуряването на подходящо съхранение на зеленчуци и плодове през зимата</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Построяване на местни хранилища за зеленчуци и плодове и улесняване достъпа на дребните фермери до тях; <input type="checkbox"/> Отпускане на микро-кредити за селскостопански производители и сдружения, за построяване на местни хранилища за зеленчуци и плодове; <input type="checkbox"/> Осигуряване на консултиране за правилно съхраняване/ построяване на местни хранилища. 	МЗГ, Общините	2005- 2010

3.2. Стимулиране и подкрепа на рибовъдството		
3.2.1. Преференциално кредитиране на дейностите, свързани с рибовъдството.	МЗГ	2005- 2010
3.2.2. Подпомагане развитието на аквакултурите.	ИАРА	2005-2010
3.2.3. Създаване на подобрени условия за пласмент на продукцията.	Общините	2006-2010
3.3. Стимулиране на хранителната индустрия за производство на храни, допринасящи за здравословен модел на хранене, в съответствие с националните препоръки за здравословно хранене		
3.3.1. Подкрепа предлагането и рекламирането на продукти, допринасящи за здравословен модел на хранене в съответствие с националните препоръки за здравословно хранене – продукти с намалено съдържание на мазнини, наситени мастни киселини, транс-мастни киселини, холестерол, сол (особено хляб и тестени изделия, които са основен източник на натрий за българското население) и др.	НСО, МЗГ, БАХПИ, МЗ	2005-ежегодно
3.3.2. Преференциране на такива храни при снабдяване на болници, училища, детски градини и ясли, предприятия.	Общините, БАХПИ	2005-ежегодно
3.4. Увеличаване достъпността на плодове, зеленчуци и мляко за децата в детските ясли, градини и училищата.		
3.4.1. Строг контрол по осигуряване в училищните бюфети на сурови плодове и зеленчуци според сезона, прясно/кисело мляко/ млечни напитки, съгласно Наредба 26 на МЗ/2000 г. за изискванията за здравословно хранене на учениците; санкциониране на виновните лица.	МЗ, РИОКОЗ, МОН, Фирми производители	2005 -ежегодно
3.4.2. Строг контрол по ежедневното включване в храната, предлагана в училищните столове на пресни зеленчуци и плодове, както и намаляване на мазнините, солта и захарта, съгласно Наредба 26 на МЗ/2000 г. за изискванията за здравословно хранене на учениците; санкциониране на виновните лица.	МЗ, РИОКОЗ, МОН	2005 -ежегодно
3.4.3. Въвеждане с наредби на МЗ на съвременни изисквания за здравословно хранене с ежедневно включване на плодове и зеленчуци, на прясно/кисело мляко и млечни продукти в храненето на децата от детските градини и ясли. Строг контрол за тяхното прилагане.	МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ	2007 - 2010

ХРАНЕНОТО – КЛЮЧОВА РОЛЯ ЗА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТА

Съвременната дефиниция за здраве вече не се ограничава с отсъствието на болест, а включва физическото, умственото и социалното благополучие на човека. **Храната** е нужна не само за развитието, растежа и поддържането функциите на организма, но също така играе **ключова роля** за качеството на живота. Както недоимъчното, така и свръххраненето и небалансираното хранене оказват неблагоприятен ефект върху функциите на организма и здравето **в хода на целия живот**.

Например, **недостатъчният прием на енергия**, който често се среща заедно с дефицитен прием на белтък, води до изоставане в развитието на децата, до нарушаване на имунитета във всички възрасти и до увеличаване риска от остри заболявания на горните дихателни пътища и туберкулоза.

Железният дефицит предизвиква анемия, нарушаване на имунитета, намалена интелектуална и физическа работоспособност. **Йодният дефицит** по време на бременност предизвиква оставащи за цял живот нарушения във физическото и мозъчното развитие на плода, а в най-тежките случаи - кретенизъм. Наличието на йоден дефицит в ранното детство води до изоставане в растежа и интелектуалното развитие, а при възрастните - до намалена физическа и умствена работоспособност.

Витаминът фолиева киселина има решаваща роля за нормалното развитие на плода по време на бременността. **Фолиевият дефицит** е особено опасен в първите два месеца на бременността на жените, тъй като даже умерено изразеният му недоимък увеличава значително риска от нарушения в развитието на нервната тръба на плода и вродени малформации, най-често т.нар. спина бифида; също така преждевременно отделяне на плацентата, аборт. Ето защо, за избягване на фолиев дефицит в критичните първи месеци на бременността и намаляване риска от вродени малформации на новородените, на жените в детородна възраст, които планират да забременяват, се препоръчва да взимат допълнително фолиева киселина чрез обогатени с витамини основни храни (най-често хляб) или като хранителна добавка.

Определени храни и хранителни вещества са **рискови фактори за развитието на хронични заболявания** (сърдечно-съдови, ракови, диабет 2 тип, затлъстяване, остеопороза и др.), а други имат **протективен ефект**.

Приемът на мазнини силно повлиява риска от **сърдечно-съдови заболявания**, като коронарна болест на сърцето и мозъчен инсулт, чрез ефекта си върху липидите в кръвта, тромбозата, кръвното налягане, артериалната функция, възпалителните процеси и др. Качественият състав на мазнините в храната играе основна роля при модифициране на сърдечно-съдовия риск. Високата консумация на наситени мастни киселини, чийто основен източник са животинските мазнини, повишава нивата на общия холестерол и ЛНП-холестерола, които имат атерогенно действие и увеличават риска от атеросклероза и нейните последици. Високият прием на транс-мастни киселини (постъпващи главно с маргарините и други маслопродукти на база частично хидрогенирани растителни масла) има подобен ефект, като допълнително намалява протективния ЛВП-холестерол.

Свръхприемът на енергия и ниската физическа активност водят до свръхтегло и затлъстяване, които увеличават съществено риска от сърдечно-съдови заболявания.

Високият прием на натрий, чийто най-важен източник в храненето на човека е готварската сол, както и недостатъчният прием на калий са свързани с повишаване на кръвното налягане, което е основен рисков фактор за мозъчния инсулт.

Високата консумация на алкохол също увеличава риска от мозъчен инсулт.

Дефицитът на витамин А (фолиева киселина) увеличава риска от сърдечно-съдови заболявания и по-специално от коронарна болест на сърцето. Това се свързва с настъпващото при фолиев дефицит повишаване на нивото в кръвта на хомоцистеина (метаболит на сяра-съдържащите аминокиселини), който има атерогенен ефект.

Редица хранителни съставки обаче имат протективно действие по отношение на сърдечно-съдовите болести и могат да намалят риска от възникването им. n-6 полиненаситените мастни киселини и мононенаситените мастни киселини, чиито основни хранителни източници са растителните мазнини, понижават нивото на холестерола в кръвта и намаляват риска от коронарна болест на сърцето. n-3 полиненаситените мастни киселини, намиращи се в най-големи количества в рибните мазнини, намаляват триглицеридите, понижават възпалителния отговор и подтискат агрегацията (слепването) на тромбоцитите, поради което намаляват риска от образуване на тромби и ефективно редуцират смъртността от сърдечно-съдови заболявания.

Категорично е установен протективният ефект на зеленчуците и плодовете.

Хранителните влакнини, главно разтворимите (пектин), могат да понижават плазмената концентрация на холестерола и също да намаляват риска от атеросклероза.

Възможност за протективно действие проявяват пълнозърнестите зърнени храни; ядките (несолени); храните, богати на флавоноиди, които са растителни биоактивни субстанции с мощно антиоксидантно действие. Счита се, че обогатяването на основни храни с фолиева киселина ефективно намалява риска от исхемична болест на сърцето и мозъчен инсулт.

Храненето е свързано и с редица локализации на **ракови заболявания**. Установена е връзка между общия прием на мазнини и рака на гърдата и дебелото черво, между съдържанието на наситени мастни киселини в храната и рака на гърдата при жени след менопауза.

Затлъстяването е рисков фактор за рак на хранопровода, на правото и дебелото черво, на гърдата при жени в менопауза, на матката, бъбреците, панкреаса, жлъчния мехур.

Свръхконсумацията на алкохол увеличава риска от рак на устната кухина, фаринкса и ларинкса, хранопровода, черния дроб, гърдата.

Зеленчуците и плодовете обаче могат да намаляват риска от редица ракови заболявания. Съобщава се за намален риск от някои локализации на рака при консумиране на храни богати на каротеноиди. Цитрусовите плодове (богати на витамин С) имат протективна роля при рак на хранопровода, устната кухина, стомаха и др.

Докато дефицитът на калций и витамин D при децата предизвиква нарушения в развитието на костите и зъбите, при жените в менопауза се увеличава рискът от **остеопороза**. Неадекватният прием на още редица минерали и витамини -магнезий, цинк, витамин В₆, витамин С - също има важно значение за увеличаване на риска от остеопороза.

Съществуват убедителни доказателства, че големите количества и високата честота на консумация на свободни захари, както и ниският прием на флуор повишават риска от **зъбен кариес**. Има данни, че млякото, сиренето и пълнозърнестите зърнени храни оказват протективен ефект по отношение на кариеса.

Някои популационни групи са особено рискови по отношение въздействието на храненето.

Бременните жени са рискова популационна група по отношение на храненето, тъй като хранителните им потребности, особено от някои хранителни вещества, са увеличени значително в сравнение с тези на жените преди бременността. Недоимъчното, небалансирано хранене на бременните жени се отразява неблагоприятно не само върху тяхното здраве, но и върху развитието на плода и изхода на бременността (раждането на здраво и доносно бебе). Плодът е изключително чувствителен към ограничения внос на енергия и хранителни вещества, който може да се прояви със забавен вътреутробен растеж; ниско тегло на новороденото; увеличена заболеваемост и смъртност на новородените; изоставане във физическото и психическото развитие на детето. Ниското тегло при раждане под 2500 г е свързано с увеличен риск за коронарна болест на сърцето, мозъчен инсулт, диабет и хипертония в по-късна възраст. Периодът на бременността създава най-сериозни рискове за развитието на дефицити от фолиева киселина и желязо, които имат решаващо значение за развитието на плода, изхода на бременността и здравето на новородените и малките деца.

Най-рискови са бременните жени с нисък социално-икономически статус, като в тази група с особен риск са жените от ромското малцинство, поради ранните и многобройни бременности.

Правилното хранене на новородените и кърмачетата е един от важните фактори, обезпечавачи правилното им развитие и добро здравословно състояние.

Оптималната храна за децата през първата година от живота е майчината кърма, чиито физико-химични и биологични свойства отговарят най-добре на бързо променящите се нужди на развиващия се детски организъм.

Кърменето е поведенчески фактор с изключително благоприятни здравни последици. То създава условия за по-тесен контакт между майката и детето, формира изключително близки, запазващи се дълги години отношения между тях. Кърменето влияе благоприятно върху намаляване на детската смъртност и има голямо значение за понижаване на честотата на най-широко разпространените в детската възраст заболявания – респираторни и гастроинтестинални инфекции, възпаления на средното ухо, инфекции на пикочните пътища. Намалява риска, както от развитие на атипични състояния при наличието на фамилна обремененост, така и от развитие на някои автоимунни заболявания /диабет/. Повишава интелигентността /когнитивното развитие/, не само при родени в срок, но и при преждевременно родени деца. Кърменето влияе много положително върху здравословното състояние на детето, като това влияние се запазва години след прекратяването му. Кърменето също така влияе благоприятно и върху здравето на майката, като намалява риска от развитие на пременопаузален рак на гърдата, някои форми на овариален карцином и фрактури на

бедрената шийка в по-късна възраст. Липсата на кърмене, ранното хранене с краве мляко и неправилното въвеждане на немлечни храни преди 4-6 месец след раждането създават предпоставки за хранителни дефицити при кърмачетата, което допринася за изоставане във физическото и психоемоционалното им развитие; създава риск за развитие на хранителни алергии и здравни проблеми в последващите периоди на живота им.

Малките деца на възраст 1-3 години са една от най-рисковите групи по отношение на храненето. Темпът на растежа през този период е висок и затова непълноценното хранене води до увеличен риск от забавяне на растежа. Имунната система не е развита напълно, поради което лошото хранене води до риск от чести и тежки инфекции. В тази възраст е особено висок и рискът от развитие на желязо-дефицитна анемия. Тъй като този период при детето е много важен за развитието на интелектуалния, емоционалния и социален потенциал, хранителните дефицити може да доведат до забавяне на тяхното развитие и до трайни нарушения, като проблеми в поведението и социалните умения, в концентрацията, вниманието и запаметяването.

Децата в ученическа възраст са също рискова популационна група по отношение на храненето. Това е свързано с продължаващия им растеж (с особено високи темпове в периода на пубертета) и относително по-големите им потребности от незаменими хранителни вещества спрямо енергийната стойност на храната. Общото недохранване и хранителните дефицити водят до изоставане в растежа и физическото развитие на децата, както и до неблагоприятно повлияване на когнитивния им потенциал. Недостатъчният прием на хранителни вещества, които играят роля за увеличаване на костната маса - калций, белтъци, магнезий, цинк, витамин D и др.- води до увеличаване на риска от остеопороза в по-късна възраст. При децата, особено в периода на пубертета, се установява и голяма честота на свръхтегло и затлъстяване. Небалансираното хранене, свръхтеглото и затлъстяването съществено увеличават риска от хронични заболявания в зряла възраст. Сериозни рискове за здравето създават и разпространените през последните години при момичетата над 10-годишна възраст разстройства на хранителното поведение, свързани с храненето - анорексия нервоза и булимия нервоза. Разстройствата в поведението, свързани с храненето, водят до сериозни нарушения на физическото здраве и психосоциалните функции. Те типично се явяват при момичетата през или скоро след пубертета. Обикновено тези хранителни разстройства започват като спазване на диета за отслабване в резултат на модно увлечение или подражаване на известни манекенки или кинозвезди. Впоследствие се стига до ред функционални и органични разстройства.

Хората в зряла възраст са подложени на сериозен риск за развитие на хронични заболявания като сърдечно-съдови болести, редица ракови заболявания, диабет 2 тип, затлъстяване, остеопороза. **Мъжете в зряла възраст** са особено рискова група по отношение на развитието на сърдечно-съдови заболявания, свързано с полово детерминираната по-голяма честота на централното затлъстяване. Честотата на сърдечно-съдовите инциденти – сърдечен инфаркт и мозъчен инсулт е най-голяма в тази популационна група. **Жените в менопауза** са високорискова група за развитие на остеопороза.

Старите хора са с по-висок риск в сравнение с младите и възрастните хора към маргинални (гранични) хранителни дефицити, особено в периоди на напрежение или наличие на заболявания. От друга страна, повечето хронични заболявания са с голяма честота в тази възраст. Коронарната болест на сърцето бележи пик в този период, също така диабет тип 2 и някои видове рак. Счита се, че рисковите фактори за здравето, свързани с храненето, са обратими във всяка възраст и има възможност чрез пълноценно и здравословно хранене в старческа възраст продължителността на активния живот в добро здравословно състояние да се увеличи с много години.

Тези рисковни групи са основен обект на внимание и интервенции за подобряване на храненето и хранителния статус.

Цели за постигане на здравословно хранене от населението (над 18-годишна възраст)

Хранителен фактор	Количество
Белтък (% от общата енергийна стойност на храната)	10 - 15
Общи мазнини (% от общата енергийна стойност на храната)	15 - 30
Наситени мастни киселини (% от общата енергийна стойност на храната)	< 10
Полиненаситени мастни киселини (% от общата енергийна стойност на храната)	6 - 10
<i>транс</i> -мастни киселини (% от общата енергийна стойност на храната)	< 1
Мононенаситени мастни киселини (% от общата енергийна стойност на храната)	Разлика*
Холестерол (mg/ден)	< 300
Общи въглехидрати (% от общата енергийна стойност на храната)	55 - 75
Хранителни влакнини (g/ден)	>25
Добавени захари (отн. енергиен дял, %)	< 10
Натриев хлорид (натрий) (g/ден)	< 5 (2)
Витамини и минерални вещества	Препоръчителен хранителен прием
Зеленчуци и плодове (g/ден)	□ 400

* Разликата се изчислява: общи мазнини – (наситени мастни киселини + полиненаситени мастни киселини + транс-мастни киселини)

РОЛЯ НА БЕЗОПАСНОСТТА НА ХРАНИТЕ ЗА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО

Храната е опасна, когато може да увреди здравето или когато е неподходяща за консумация поради развала или замърсяване. Приоритетни опасности в храната на съвременния човек са: 1. Биологични; 2. Химически; 3. Радиоактивни.

Безопасната храна има първостепенно значение за реализацията на цялостната система за предпазване на човешкото здраве и обезпечава ефективна платформа за развитието на обществото и намаляването на бедността в световен мащаб. През 2002 г. Световната здравна организация отбелязва, че всяка година от остри хранителни заболявания страда до една трета от населението на развитите страни, като проблемът е вероятно много по-сериозен в развиващите се страни. Тези заболявания се причиняват от *Salmonella* sp., ентерохеморагичната *Escherichia coli* и др. Диарията е най-честият симптом на хранителното заболяване, като другите сериозни последици включват бъбречна и чернодробна недостатъчност, мозъчни и нервни разстройства, летален изход. Отдалечени усложнения на хранителните заболявания са реактивен артрит и парализа.

Мерките в областта на микробиологичната безопасност на храните предпазват населението от проявата на остри заболявания, водещи до временна нетрудоспособност, а понякога – до летален изход.

Мерките в областта на химическата безопасност на храните предпазват населението от продължителното въздействие на ниски количества химични вещества с различен произход: натурален, антропогенен. В тази област все още няма отговор на редица проблеми, най-важният от които на съвременния етап е възможността за синергизъм и кумулиране (увеличаване) на едностранните ефекти. Обсъждат се не само проявите на остра, краткосрочна и дългосрочна токсичност, но и евентуалното въздействие върху следващите поколения.

Мерките в областта на радиационната безопасност гарантират предлагане на храни, отговарящи на принципите и нормите за радиационна защита. По този начин се избягва кумулирането (натрупването) на радионуклиди с естествен и/или техногенен произход в човешкия организъм и се намалява рискът от отдалечени (късни) ефекти, дължащ се на необосновано облъчване.

Мерките в областта на облъчването на храни гарантират безопасното и ефективно прилагане на радиационните технологии, с което се повишава микробиологичната и химическата безопасност на храните, без да се получават странични ефекти. Детайлното изследване на всички храни, подложени на въздействието на йонизиращи лъчения, за потребителските им качества, както и за токсикологичното и генетичното им въздействие върху хората, дава възможност за безопасното прилагане на тези методи. Контролът на търговията с облъчени храни намалява риска за потребителите от нелицензирано облъчване на местни и вносни храни.

Новите предизвикателства пред безопасността на храните са свързани с интеграцията и консолидацията на селскостопанската и хранителната индустрии, както и на глобализацията на търговията с храни. Към това се прибавя и процесът на урбанизация, който налага по-високи

изисквания по отношение на транспорта, съхранението и приготвянето на храната. Производството на храни се концентрира в ръцете на окрупняващи се хранителни предприятия. В развитите страни около 50% от бюджета за храна се изразходва за хранителни продукти, произведени извън дома. В развиващите се страни успоредно с това се развива и уличната търговия. Тези обстоятелства създават условия за развитието на известните и на нови заболявания, свързани с храните, а също така и за тяхното глобално разпространение.

Световната здравна организация, както и страните-членки на Европейския съюз отговориха на тези нови предизвикателства, поставяйки безопасността на храните в центъра на вниманието и като съществена функция на здравеопазването. Важни съвременни тенденции са следните: 1. Политиката по безопасността на храните трябва да се базира на всестранен и интегриран подход, което означава по цялата хранителна верига “от фермата до масата”, по всички хранителни сектори, вътре в страните и по външните граници; 2. Стълбовете на политиката по безопасността на храните са: експертно научно становище, събиране и анализ на данните, регулаторни и контролни аспекти, информация за потребителя; 3. Световната здравна организация, както и Европейският съюз, поставят акцент върху анализа на риска като основа на цялата политика по безопасността на храните, като включват неговите три компонента: оценка на риска (научен съвет и анализ на информацията), управление на риска (законодателство и контрол) и комуникация на риска; 4. През последните години Комисията Кодекс Алиментариус и Европейският съюз поставят акцент върху принципа на предпазване. Той се прилага при управлението на риска и означава вземането на решение за предпазни действия за запазване здравето на човека и околната среда при наличието на правдоподобно доказателство, че увреждането се е случило или че е вероятно да се случи, дори в случаите, когато точната му природа и размер са все още недостатъчно изяснени. Той включва и прилагането на дългосрочни предпазни и възстановителни мерки, когато щетите са проявени. Вземането на предпазни мерки в значителна част от случаите би предотвратило неблагоприятните последици върху здравето на човека и околната среда, както и върху икономиката, от едно закъсняло решение в очакване на неопровержими доказателства. Необходимо е да се вземат под внимание всички други законосъобразни фактори, имащи отношение към предпазването на човешкото здраве и стимулирането на честните практики в търговията, които се разработват главно от Codex Alimentarius. Такива фактори са: опазването на околната среда, отглеждане на животните в добро здраве и при благоприятни условия на живот, устойчивото земеделие, очакванията на потребителите относно качеството на продукта, честната информация и определение на съществените характеристики на продуктите, методите на тяхната обработка и производство.

РОЛЯ НА УСТОЙЧИВОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА ХРАНИ ЗА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО

Устойчивото осигуряване на населението с достатъчно качествени и безопасни храни, допринасящи за създаването на здравословен модел на хранене, които да са достъпни за цялото население, може да помогне за профилактика на болестите и за подобряване на здравето, като едновременно подпомага развитието на селското стопанство и подобрява социалното положение на населението, занимаващо се с тяхното производство.

С увеличаването на урбанизацията се налага необходимостта от хранителна политика, която да осигури най-добрия и устойчив начин за изхранване на градското население. От друга страна, необходимо е селскостопанската и хранителната политика да имат в съображение целите, поставени за постигане на здравословно хранене и да подкрепят производството на храни, които съдействат за здравословния модел на хранене: зеленчуци и плодове, зърнени и бобови храни, риба, мляко и млечни продукти, месо и месни продукти с ниско съдържание на мазнини и др.

Въпреки че производството на храни и тяхната дистрибуция не са в рамките на дейността на здравния сектор, влиянието на храните върху здравето на населението е основание за включване на този аспект в националните хранителни политики.

НАСТОЯЩА ПОЛИТИКА ПО ОТНОШЕНИЕ НА ХРАНИТЕ И ХРАНЕНОТО

Въпреки, че до този момент България няма официално приета единна национална политика по отношение на храните и храненето, в тази област вече са направени значителни стъпки.

Безопасност на храните

Министерството на здравеопазването (МЗ) и Министерството на земеделието и горите (МЗГ) разработиха **Национална стратегия за безопасността на храните**, която беше приета през 2001 г. Тя включва координацията по провеждане на държавната политика по безопасността на храните, осъществявана от създаден към Министерския съвет **Национален съвет по безопасност на храните**; разработване на **законова и подзаконова нормативна уредба** в тази област, регламентираща изискванията към храните, задълженията на производителите на храни, преработвателите, търговците, както и реда за извършването на държавния контрол върху цялата хранителна верига. Разработи се и влезе в сила Закон за храните, който е хармонизиран с европейските изисквания. Актуализирани са Законът за ветеринарномедицинската дейност и Законът за защита на растенията. На основание цитираните закони са издадени и продължават да се издават по определен график подзаконовни нормативни актове - наредби, с които се детайлизират изискванията в съответните области, хармонизирани с директивите на Европейския съюз.

МЗГ изпълнява мониторингова програма за контрол на микробиологичните опасности, на остатъци от ветеринарно-медицински продукти и замърсители от околната среда в живи животни, както и в суровини и продукти от животински произход, в съответствие с изискванията на Директива 96/23/ЕС. В рамките на същото министерство стартира мониторинг на суровини и продукти от растителен произход за съдържание на пестициди и тежки метали.

Министерството на здравеопазването провежда мониторинг на замърсители в храни от неживотински произход и на добавки в храни, в рамките на годишни планове и програми, които се реализират от Националните центрове и РИОКОЗ (бившите Хигиенно епидемиологичните инспекции). В съответствие с препоръките на Европейската комисия 2000/473/Euratom от 8 юни 2000 г., ежегодно се провежда и радиационен мониторинг на храните от търговската мрежа с цел оценка на облъчването на населението, както и специализиран контрол на радиоактивното замърсяване на обекти от околната среда в 17 пункта от района на АЕЦ Козлодуй.

Наредба № 6 на МЗ за видовете храни които могат да се обработват с йонизиращи лъчения и условията и реда за обработването им е приета през 2002 г. и МЗ респективно НЦРРЗ започна изграждането на лаборатория за контрол на облъчени храни.

Програмите и дейностите след 1990 г., свързани с безопасността и качеството на храните включват и разработване и стартиране приложението на Национален План за Действие "Околна среда и здраве" през 1998 г., който включва аспекта на безопасността на храните;

В областта на храненето стартираха и успешно се прилагат няколко програми, предприеха се редица структурни реформи и законодателни мерки:

□ **Национална програма за елиминиране на йодния дефицит и заболяванията, свързани с него**

Универсалното йодиране на солта, като национална стратегия за контрол на йодния дефицит, стартира през 1994 г. и се прилага последователно и ефективно. Програмата включва разработване и прилагане на нов стандарт за солта; задължително йодиране на трапезната сол за населението и употребата на йодирана сол при производството на хранителни продукти; задължителен внос само на йодирана сол; лабораторен контрол от ХЕИ на съдържанието на йод в солта на пазара; осигуряване безплатно на таблетки, съдържащи йод за бременните и учениците, контрол на ефективността на програмата чрез мониторинг на приема на йод от населението на базата на определяне на съдържанието му в урината на репрезентативни извадки от рискови популационни групи. Освен това за населението се провеждат информационни кампании за разяснение на здравния риск от йодния дефицит (особено в ранния стадий на бременността) и значението на йодираната сол за профилактика на заболяванията, свързани с него. Резултатите от проучванията, направени през 2000-2003 г. говорят за успешното приложение на националните стратегии за контрол на йодния дефицит.

□ **Програма СИНДИ (Национална интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни заболявания)**

Ръководи се от Националния център по общественото здраве (понастоящем Национален център по опазване на общественото здраве). Стартира през 1994 г. и вече се прилага в 8 региона на страната. На локално ниво са създадени програмни съвети, обществени коалиции за здраве, клубове и други формации, които съдействат за реализацията на програмата. Извършва се обучение на медицинския персонал, на местната изпълнителна власт и неправителствените организации за начините на промоция на здравословен начин на живот, включващ храненето и физическата активност. С активното участие на ХЕИ (понастоящем РИОКОЗ) се извършват редица информационни и обучителни кампании за населението с цел хората да придобият мотивация и умения за здравословен начин на живот, включително и здравословно хранене. Работи се и с производителите на храни за подобряване на качеството на хранителните продукти и за производство на здравословни храни с намалено съдържание на сол, мазнини и пр.

□ **Националната профилактична програма “Борба със сърдечно-съдовите заболявания” 1999-2005 г.** също включва аспекта на хранителната профилактика.

□ Разработен е проект за **Национална програма за профилактика на остеопорозата**, като вече се извършват изследвания за разпространението и тежестта на това заболяване у нас. Провеждат се семинари за обучение на здравните работници по отношение на стратегиите за намаляване на риска от това заболяване, разработени са и редица информационни материали по темата.

□ От 1997 г. НЦХМЕХ (понастоящем Национален център по опазване на общественото здраве – НЦООЗ) проведе **2 национални проучвания на храненето** и хранителния статус на цялото население над 1-годишна възраст. Съвместно с ХЕИ са проведени национални проучвания на рискови групи: ученици от 7 до 19-годишна възраст, жени в детородна възраст, кърмачета и малки деца от домовете “Майка и дете”, деца от Заведенията за деца и юноши в неравностойно социално положение. Резултатите осигуряват съвременна научна база за разработване на националната политика по хранене и за оценка на нейната ефективност. Разработи се специална компютърна програма за изчисляване на количеството на консумираните храни и приема на енергия и хранителни вещества на индивидуално и популационно ниво.

- Предприеха се **мерки за подобряване на храненето на учениците**. Публикувана е Наредба № 26 от 2000 г. за здравословно хранене на учениците (издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр.97 от 28.11.2000 г.), която регламентира изискванията за здравословно хранене на учениците в ученическите столове и бюфети. Разработен и публикуван е “Сборник рецепти за ученическите столове и бюфети”, който представлява съвременно ръководство с конкретни практически указания за прилагане на изискванията за здравословно хранене, с голям брой рецептури, съобразени с новите физиологични норми за хранене на децата и юношите на възраст 6-19 години, с примерни сезонни менюта.

- Елемент от политиката по хранене в страната са и направените актуализации на **Физиологичните норми за хранене на населението** (1994, 2005), които са база за оценка на хранителния прием на населението и за създаване на практически насоки за здравословно хранене.

- Елемент на политиката по хранене у нас е и дейността в **подкрепа на кърменето**, която се осъществява със съдействието на УНИЦЕФ и СЗО. Вече 11 болници работят по програмата “Болница приятел на бебето”, където новороденото се поставя в контакт с майката веднага след раждането му и майките се обучават на правилни техники за стимулиране на кърменето. След специална акредитация 5 болници са придобили статут на “Болница приятел на бебето”, отговарящ на международните стандарти. Провеждат се специални семинари за обучение на лекари и сестри, разработват се информационни материали по темата. Сред кърмещите жени се изграждат групи “Майки подкрепят майки”. Тези дейности се извършват по инициатива и с активното участие на Комитета по кърмене, НПО “Заедно за децата” и УНИЦЕФ.

- Специална наредба на Министерството на здравеопазването (2001) регламентира изискванията към **млеката за кърмачета** и забранява всякакви дейности на фирмите-производителки за реклама на тези млека като "равностойни заместители на майчината кърма".

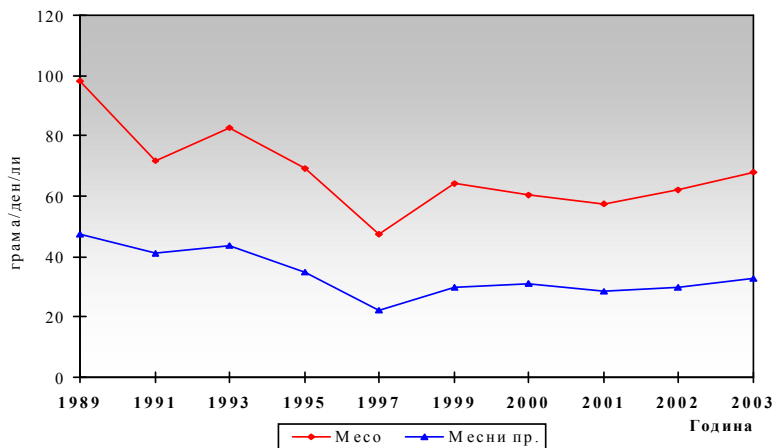
- РИОКОЗ (бившите ХЕИ), както и Националният център по хигиена, медицинска екология и хранене и Националният център по обществено здраве, обединени понастоящем в Национален център по опазване на общественото здраве, провеждат целенасочена дейност за **разпространение на знания за принципите на здравословното хранене сред населението** – регулярно се публикуват информационни материали във вестниците и списанията, дават се интервюта в електронните медии, публикуват се диплянки, насочени към цялото население и рисковите популационни групи, изнасят се лекции в училища, пред медицински работници, провеждат се курсове със специалистите по хранене и медицинските сестри.

ФИГУРИ, СВЪРЗАНИ С АНАЛИЗА НА СЪСТОЯНИЕТО НА ХРАНЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО В БЪЛГАРИЯ

- Фиг. 1 Консумация на месо и месни продукти от населението в България
- Фиг. 2 Консумация на мляко и млечни продукти от населението в България
- Фиг. 3 Консумация на зеленчуци и плодове от населението в България
- Фиг. 4 Консумация на зеленчуци и плодове през различните месеци на 2002
- Фиг. 5 Консумация на храни от населението през 2003 г. (г/ ден) по доходни групи
- Фиг. 6 Консумация на храни в зависимост от броя на децата в домакинството (<18 години), 2002
- Фиг. 7 Средна консумация на добавени мазнини в България и някои европейски страни, 1998 г.
- Фиг. 8 Относителен дял на различните видове мазнини от общото консумирано количество (%)
- Фиг. 9 Средна консумация на месо и месни продукти в България и някои европейски страни, 1998 г.
- Фиг. 10 Относителен дял (%) на различните видове месо от общото количество в България и някои европейски страни
- Фиг. 11 Средна консумация на зеленчуци и плодове в България и някои европейски страни, 1998 г.
- Фиг. 12 Относителен дял на различните видове зеленчуци и плодове от общото количество (%) в България и някои европейски страни
- Фиг. 13 Новородени с ниско тегло при раждане (под 2500 г)
- Фиг. 14 Поднормено тегло при момчета на 10-14 години (Национално проучване на храненето на учениците, 1998 г.)
- Фиг. 15 Свърхтегло и затлъстяване при възрастно население (Национално проучване на храненето на населението в България, 2004 г.)
- Фиг. 16 Свърхтегло и затлъстяване при момчета на 10-18 години (Национално проучване храненето на учениците, 1998 г.)
- Фиг. 17 Свърхтегло и затлъстяване при момичета на 10-18 години (Национално проучване храненето на учениците, 1998 г.)
- Фиг. 18 Среднодневен прием на виталин А, рибофлавин и фолат от ученици, (Национално проучване храненето на учениците, 1998 г.)
- Фиг. 19 Среднодневен прием на калций, желязо и цинк при ученици, (Национално проучване храненето на учениците, 1998 г.)
- Фиг. 20 Хранителни източници на натрий при момчета 14-18 години, Национално проучване на храненето на учениците в България, 1998.
- Фиг. 21 Смъртност от исхемична болест на сърцето на мъже в България и в Европейския съюз
- Фиг. 22 Смъртност от мозъчно-съдови болести на мъже в България и в Европейския съюз
- Фиг. 23 Регистрирани случаи на рак на гърдата в България
- Фиг. 24 Регистрирани случаи на колоректален рак в България
- Фиг. 25 Регистрирани случаи на диабет при населението в България
- Фиг. 26 Регистрирани случаи на активна туберкулоза в България и страните на Европейския съюз
- Фиг. 27 Детска смъртност в България и страните на Европейския съюз

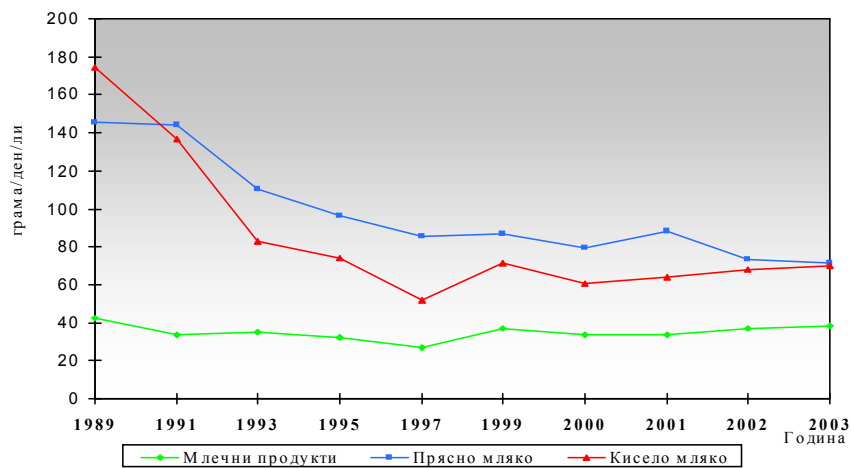
Фиг.1 КОНСУМАЦИЯ НА МЕСО И МЕСНИ ПРОДУКТИ ОТ НАСЕЛЕНИЕТО В БЪЛГАРИЯ

Източник: НСИ, 2004



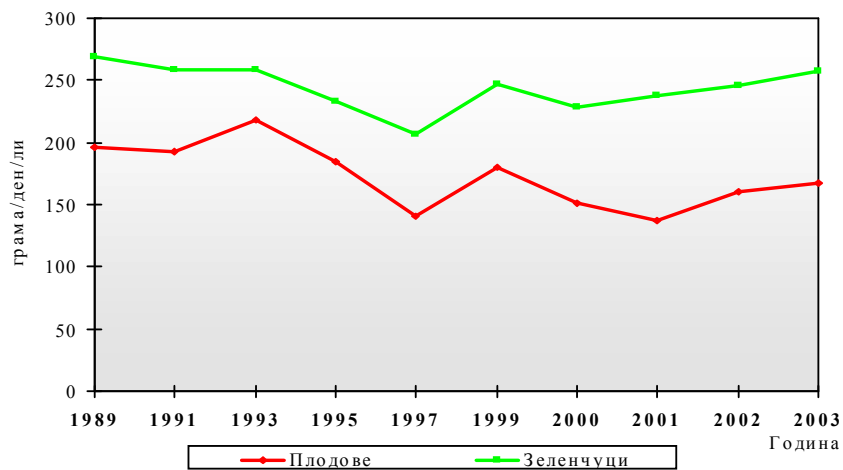
Фиг. 2 КОНСУМАЦИЯ НА МЛЯКО И МЛЕЧНИ ПРОДУКТИ ОТ НАСЕЛЕНИЕТО В БЪЛГАРИЯ

Източник: НСИ, 2004



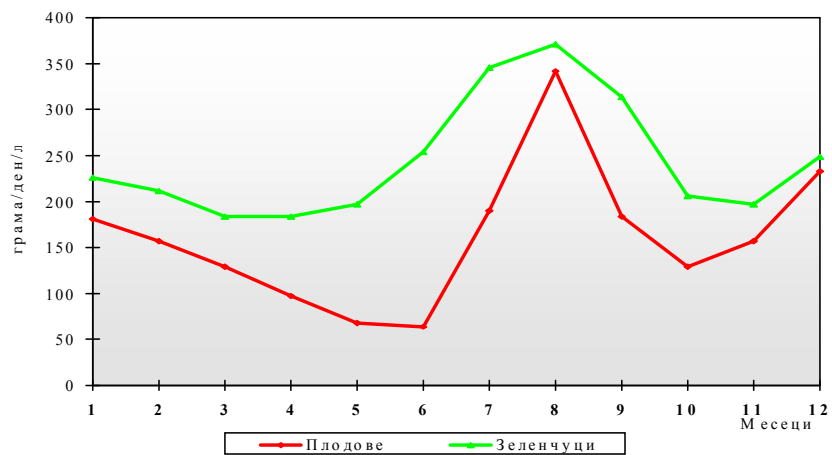
Фиг. 3 КОНСУМАЦИЯ НА ЗЕЛЕНЧУЦИ И ПЛОДОВЕ В БЪЛГАРИЯ

Източник: НСИ, 2004

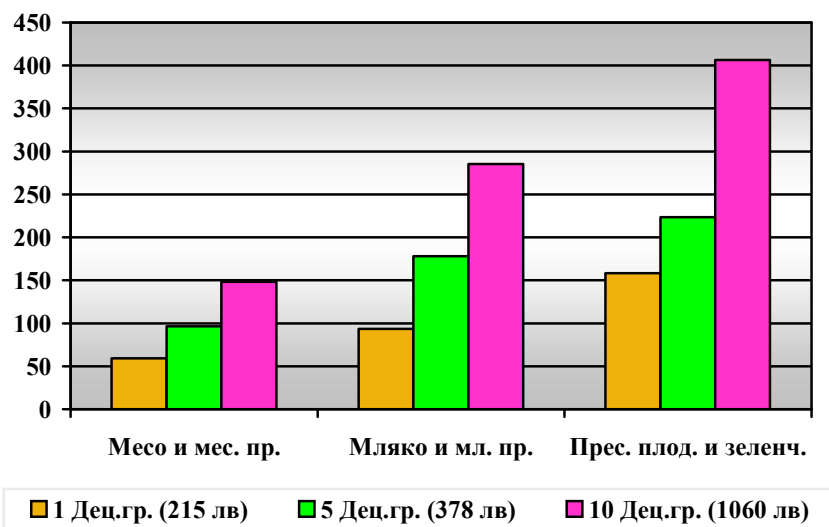


Фиг. 4. КОНСУМАЦИЯ НА ЗЕЛЕНЧУЦИ И ПЛОДОВЕ ПРЕЗ РАЗЛИЧНИТЕ МЕСЕЦИ НА 2002 Г.

Източник: НСИ, 2003

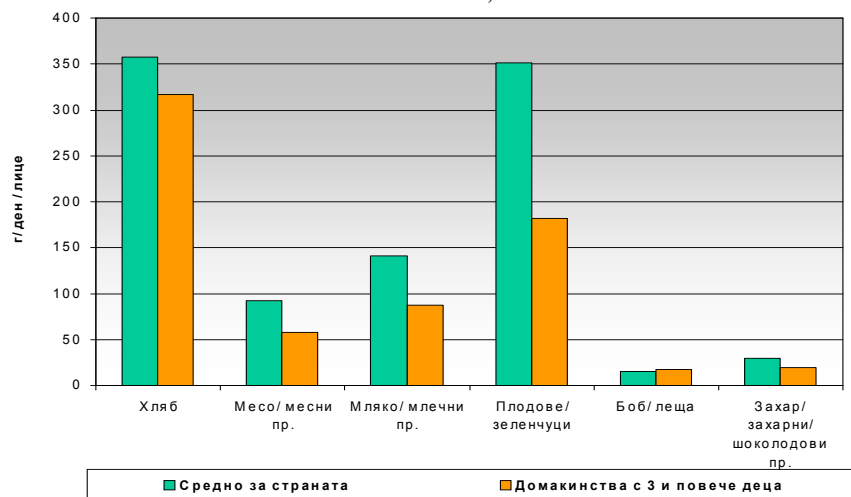


Фиг.5 ХРАНИТЕЛНА КОНСУМАЦИЯ НА НАСЕЛЕНИЕТО (грама/ ден) през 2003 ГОД. В ЗАВИСИМОСТ ОТ ДОХОДИТЕ , Източник: НСИ, 2004



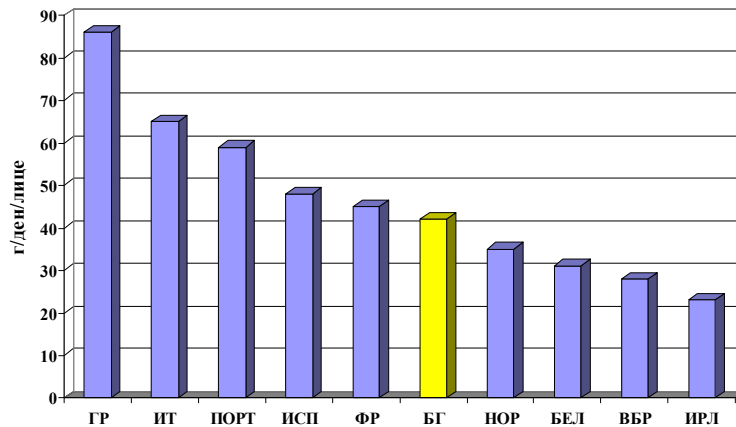
Фиг.6. КОНСУМАЦИЯ НА ХРАНИ В ЗАВИСИМОСТ ОТ БРОЯ НА ДЕЦАТА В ДОМАКИНСТВОТО (< 18 ГОДИНИ), 2002

Източник: НСИ, 2003



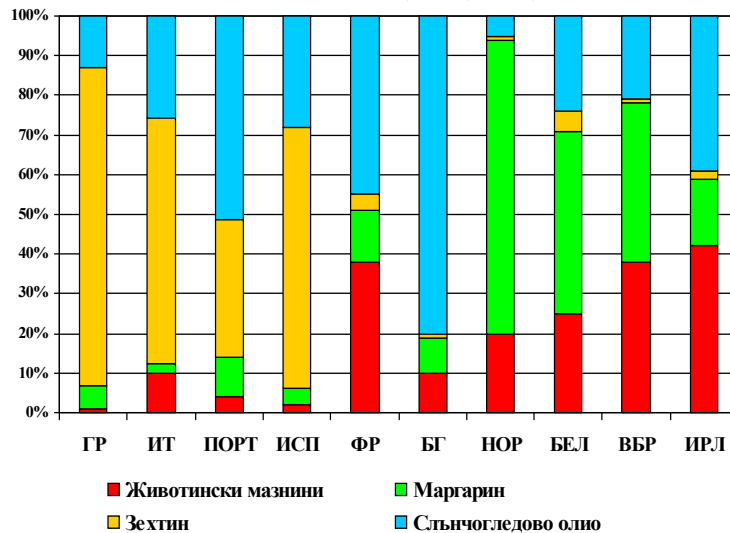
**Фиг.7 СРЕДНА КОНСУМАЦИЯ НА ДОБАВЕНИ
МАЗНИНИ В БЪЛГАРИЯ И НЯКОИ ЕВРОПЕЙСКИ
СТРАНИ, 1998 г.**

Източници: DAFNE III, 2001; НСИ, 2003

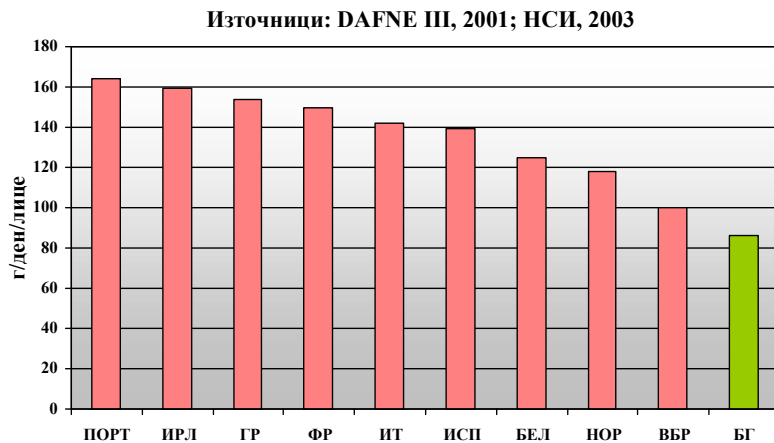


**Фиг. 8. ОТНОСИТЕЛЕН ДЯЛ НА РАЗЛИЧНИТЕ
ВИДОВЕ МАЗНИНИ ОТ ОБЩОТО
КОНСУМИРАНО КОЛИЧЕСТВО (%)
В БЪЛГАРИЯ И НЯКОИ ЕВРОПЕЙСКИ СТРАНИ**

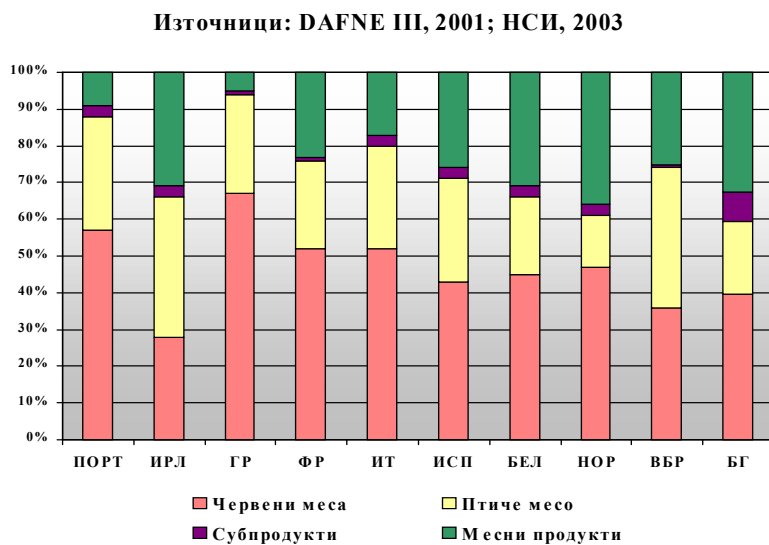
Източници: DAFNE III, 2001; НСИ, 2003



Фиг. 9 СРЕДНА КОНСУМАЦИЯ НА МЕСО И МЕСНИ ПРОДУКТИ В БЪЛГАРИЯ И НЯКОИ ЕВРОПЕЙСКИ СТРАНИ, 1998 Г.

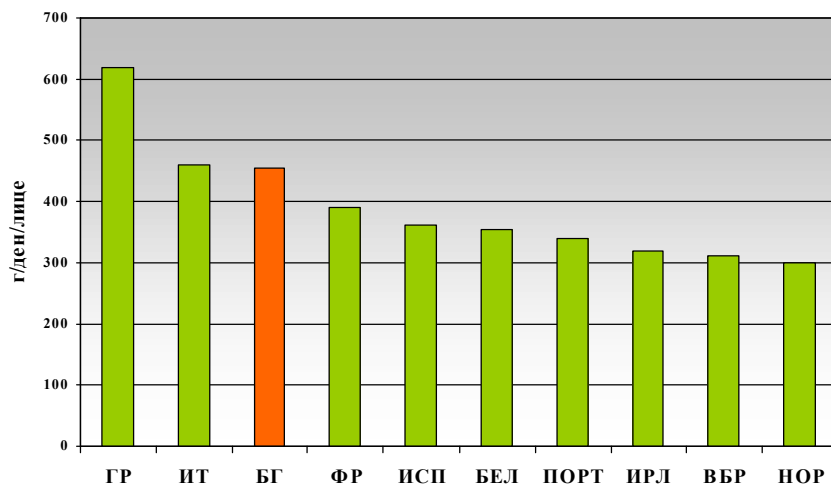


Фиг.10 ОТНОСИТЕЛЕН ДЯЛ (%) НА РАЗЛИЧНИТЕ ВИДОВЕ МЕСО ОТ ОБЩОТО КОЛИЧЕСТВО В БЪЛГАРИЯ И НЯКОИ ЕВРОПЕЙСКИ СТРАНИ



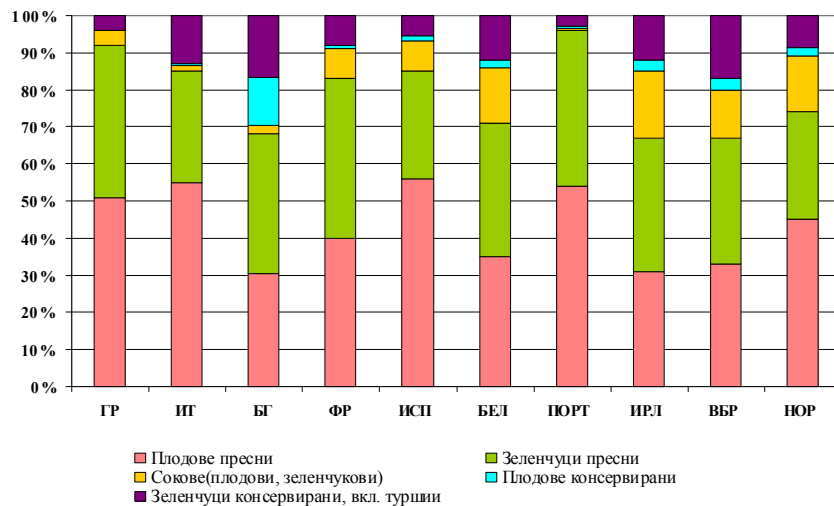
Фиг. 11 СРЕДНА КОНСУМАЦИЯ НА ЗЕЛЕНЧУЦИ И ПЛОДОВЕ В БЪЛГАРИЯ И НЯКОИ ЕВРОПЕЙСКИ СТРАНИ, 1998 Г.

Източници: DAFNE III, 2001; НСИ, 2003



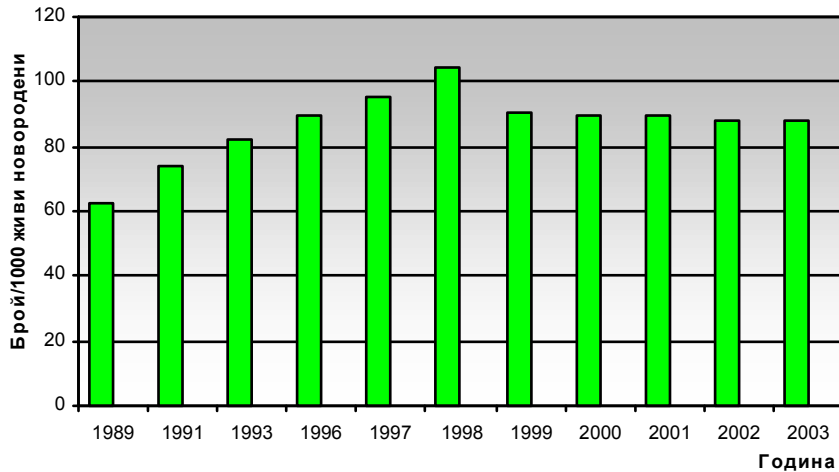
Фиг. 12. ОТНОСИТЕЛЕН ДЯЛ НА РАЗЛИЧНИТЕ ВИДОВЕ ЗЕЛЕНЧУЦИ И ПЛОДОВЕ ОТ ОБЩОТО КОЛИЧЕСТВО (%) В БЪЛГАРИЯ И НЯКОИ ЕВРОПЕЙСКИ СТРАНИ

Източници: DAFNE III, 2001; НСИ, 2003



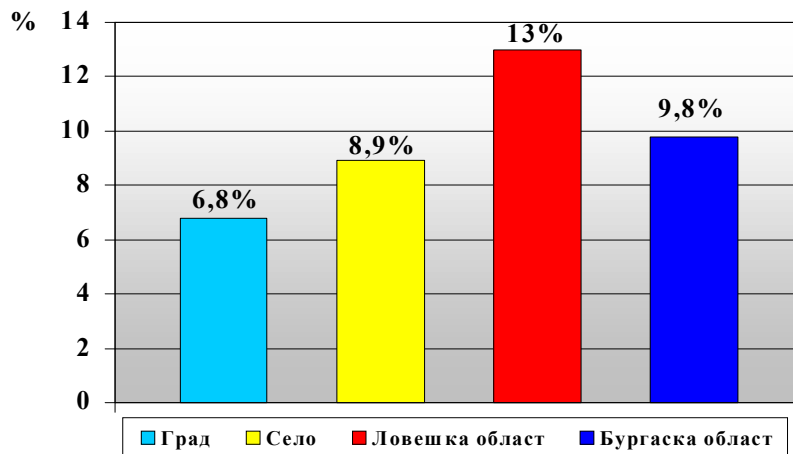
**Фиг. 13 НОВОРОДЕНИ С НИСКО ТЕГЛО ПРИ
РАЖДАНЕ (под 2500 г)**

Източник: НЦЗИ, 2003

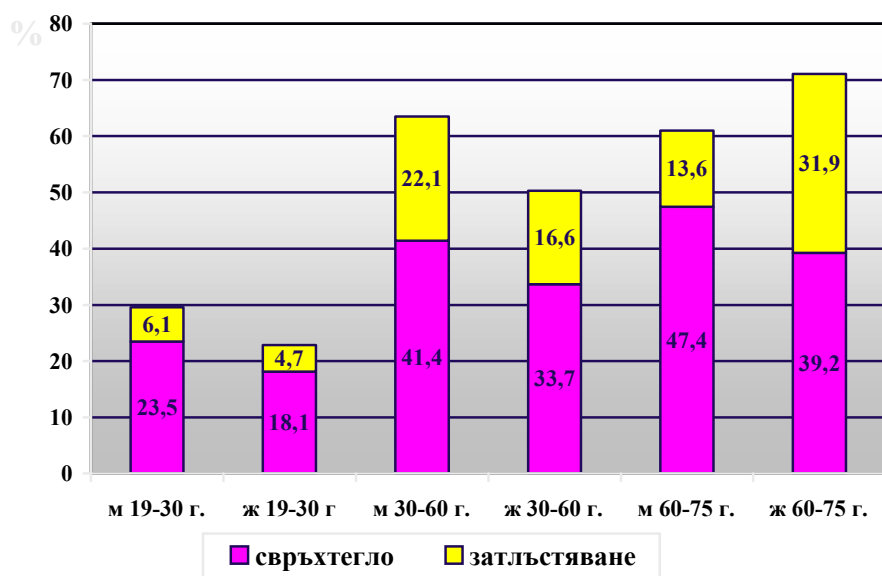


**Фиг.14 ПОДНОРМЕНО ТЕГЛО ПРИ МОМЧЕТА
НА 10-14 ГОДИНИ**

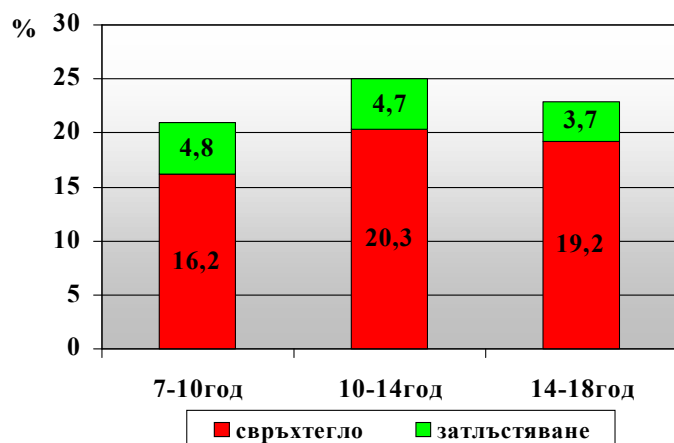
(Национално проучване на храненето на учениците, 1998 г.)



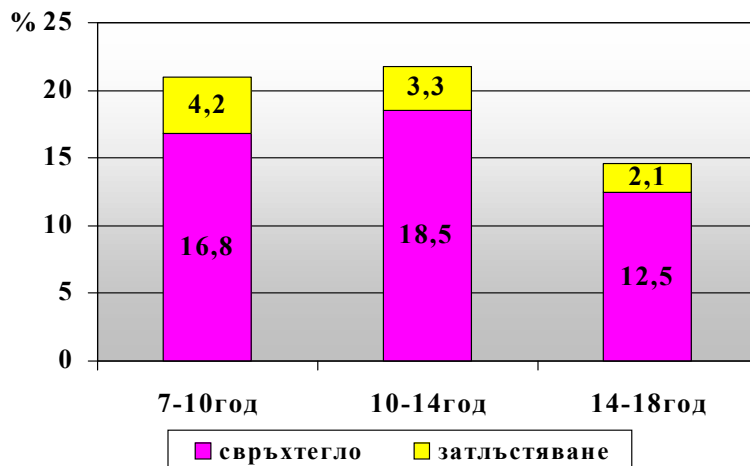
Фиг. 15 СВРЪХТЕГЛО И ЗАТЛЪСТЯВАНЕ ПРИ ВЪЗРАСТНО НАСЕЛЕНИЕ
(Национално проучване храненето на населението, 2004 г.)



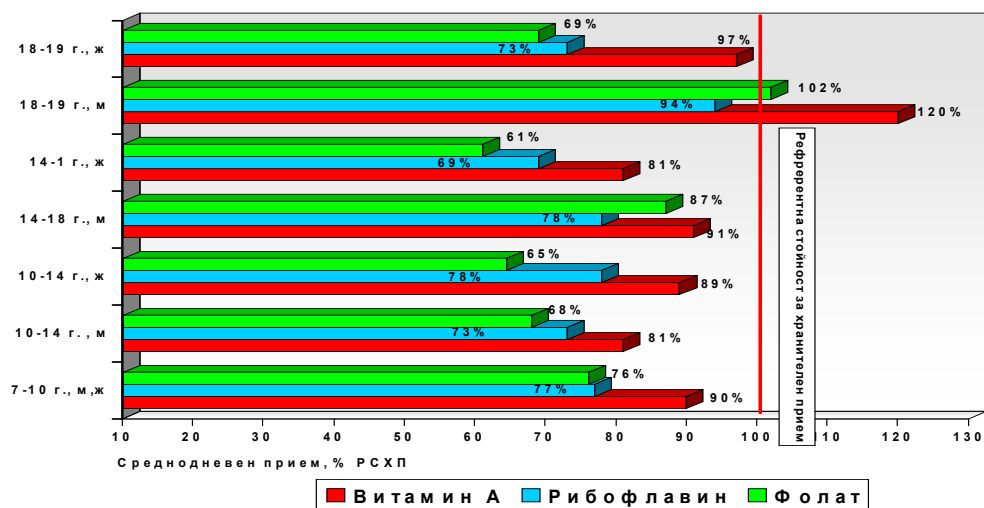
Фиг.16 СВРЪХТЕГЛО И ЗАТЛЪСТЯВАНЕ ПРИ МОМЧЕТА НА 10-18 ГОДИНИ
(Национално проучване храненето на учениците, 1998 г.)



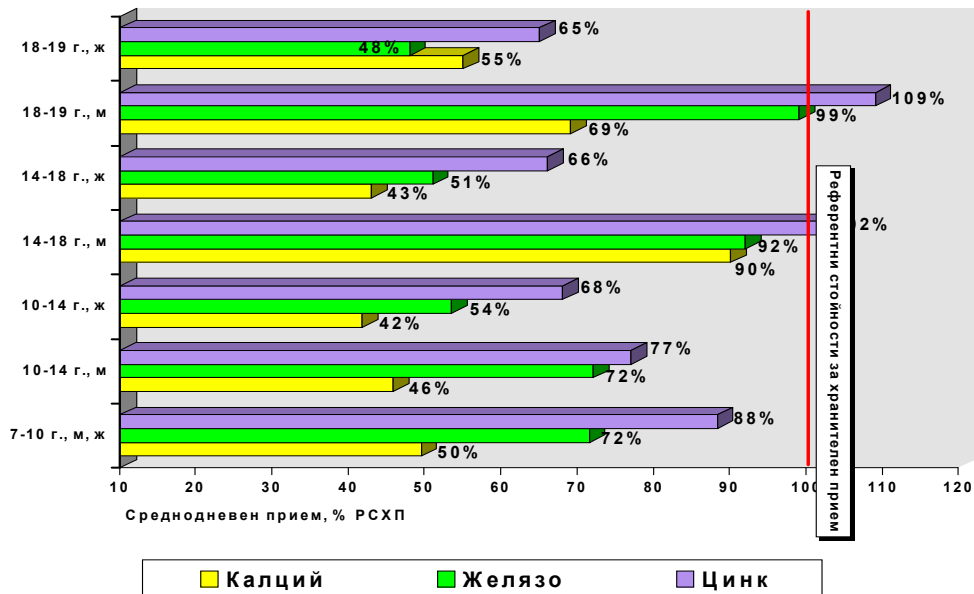
Фиг.17 СВРЪХТЕГЛО И ЗАТЛЪСТЯВАНЕ ПРИ МОМИЧЕТА НА 10-18 ГОДИНИ
(Национално проучване храненето на учениците,1998 г.)



Фиг.18 СРЕДНОДНЕВЕН ПРИЕМ НА ВИТАМИН А, РИБОФЛАВИН И ФОЛАТ ОТ УЧЕНИЦИ, Национално проучване, 1998 г.



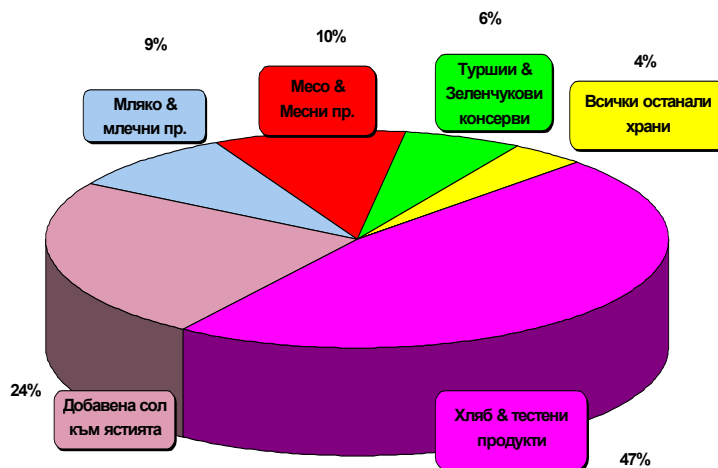
Фиг.19. СРЕДНОДНЕВЕН ПРИЕМ НА КАЛЦИЙ, ЖЕЛЯЗО И ЦИНК ПРИ УЧЕНИЦИ, Национално проучване, 1998 г.



Фиг. 20 ХРАНИТЕЛНИ ИЗТОЧНИЦИ НА НАТРИЙ

Момчета 14-18 години,

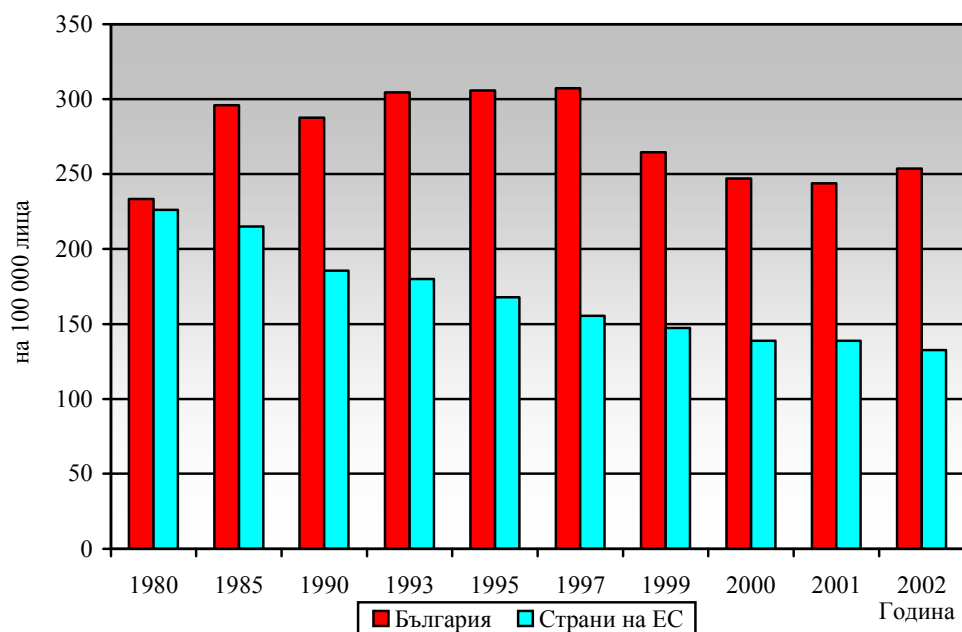
Национално проучване на храненето на учениците в България, 1998



Среден дневен прием на натрий: 4410 mg

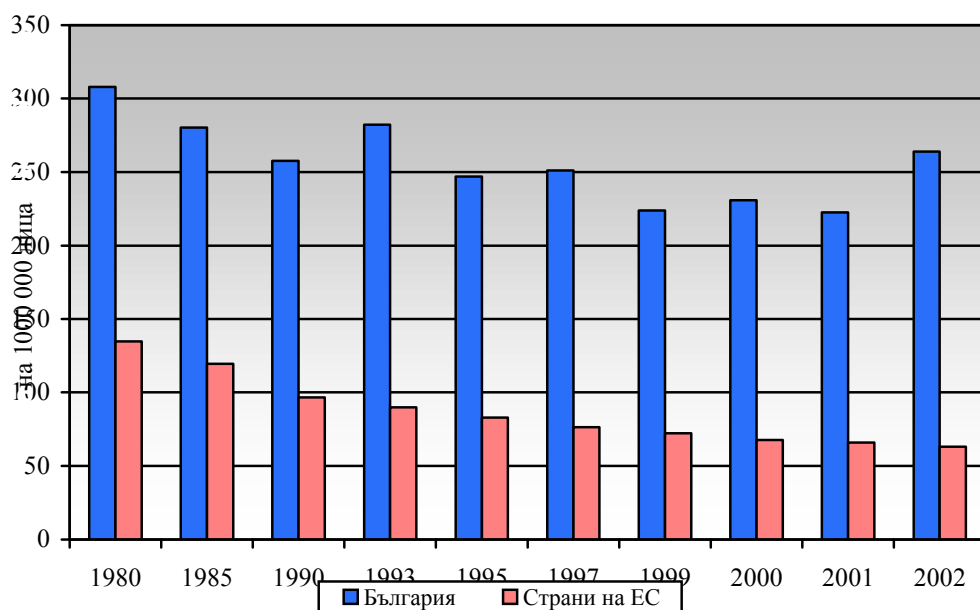
Фиг. 21 СМЪРТНОСТ ОТ ИСХЕМИЧНА БОЛЕСТ НА СЪРЦЕТО ПРИ МЪЖЕТЕ В БЪЛГАРИЯ И СТРАНИТЕ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

Източник: WHO, 2003



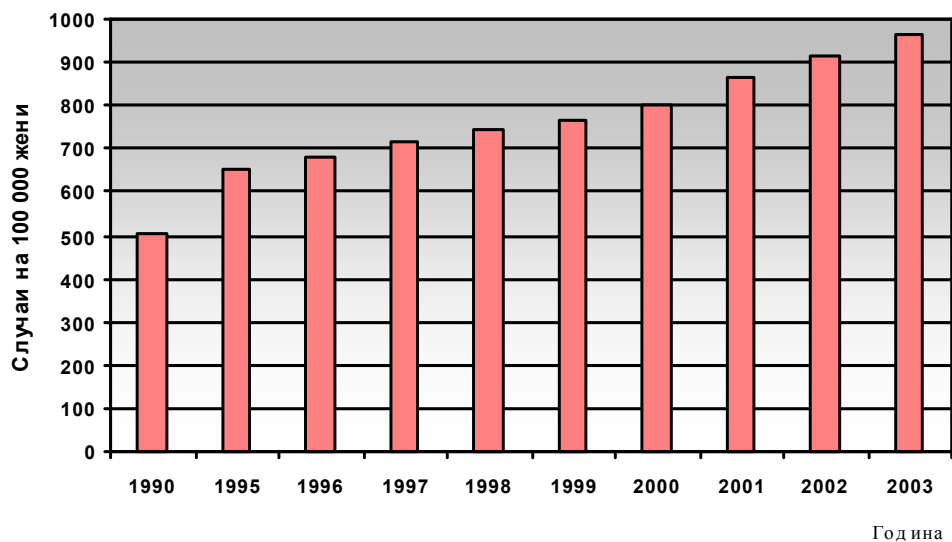
Фиг.22 СМЪРТНОСТ ОТ МОЗЪЧНО-СЪДОВИ БОЛЕСТИ ПРИ МЪЖЕТЕ В БЪЛГАРИЯ И СТРАНИТЕ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

Източник: WHO, 2003



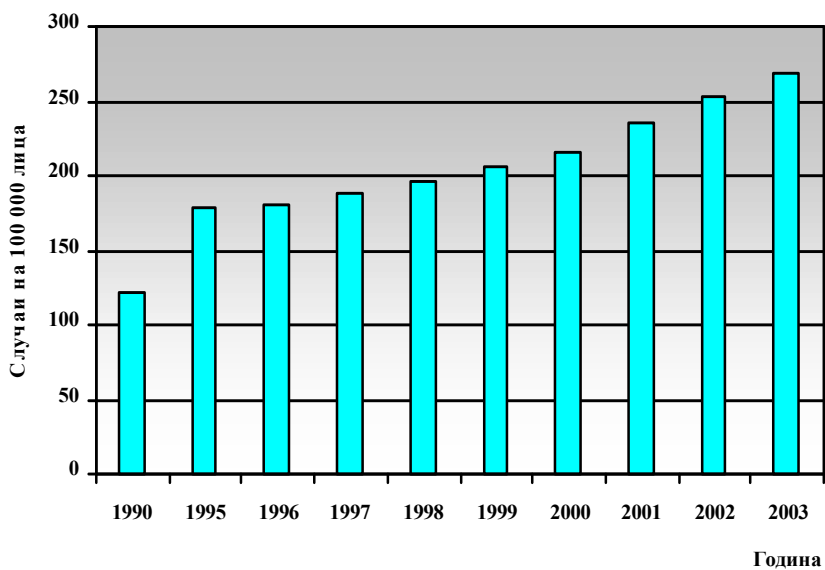
Фиг. 23 РЕГИСТРИРАНИ СЛУЧАИ НА РАК НА ГЪРДАТА В БЪЛГАРИЯ

Източник: НЦЗИ, 2004

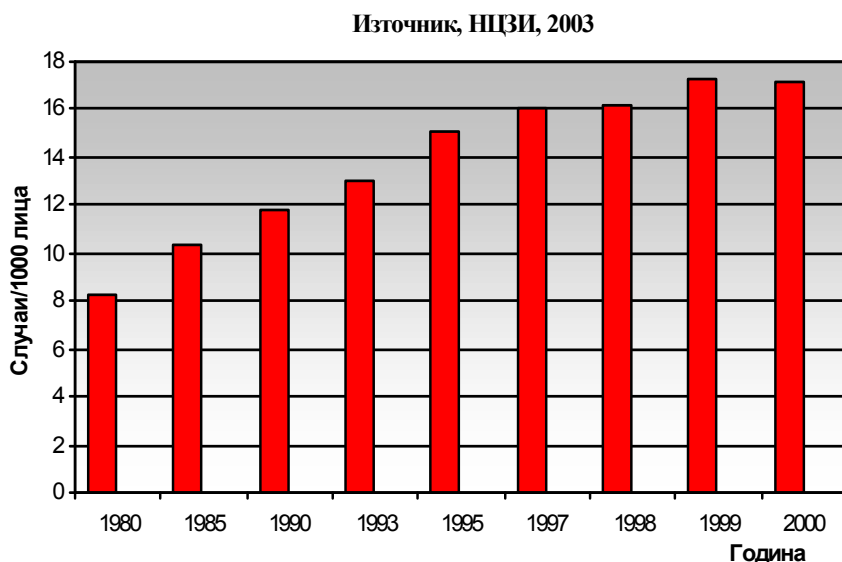


Фиг. 24 РЕГИСТРИРАНИ СЛУЧАИ НА КОЛОРЕКТАЛЕН РАК В БЪЛГАРИЯ

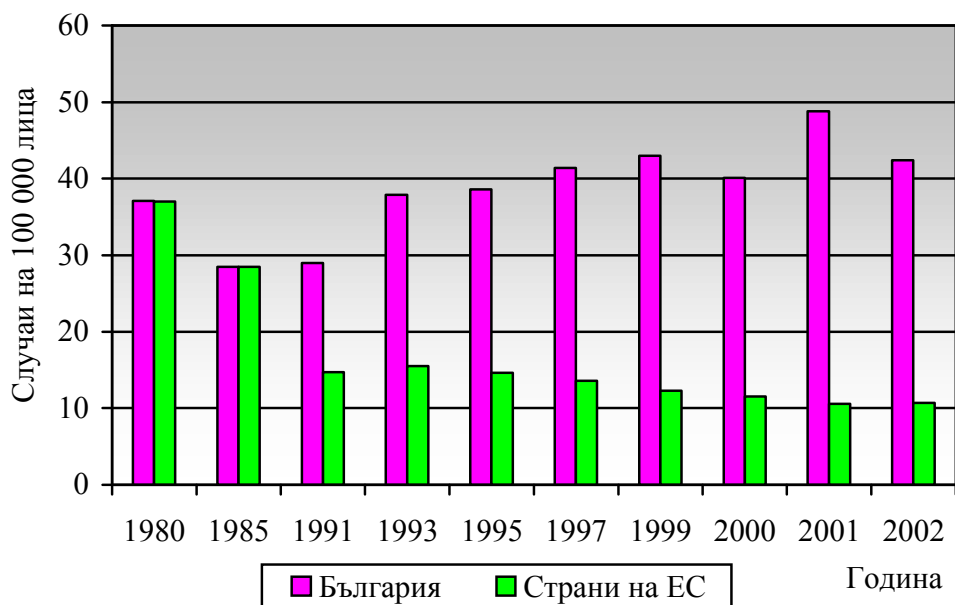
Източник: НЦЗИ, 2004



Фиг. 25 РЕГИСТРИРАНИ СЛУЧАИ НА ДИАБЕТ ПРИ НАСЕЛЕНИЕТО В БЪЛГАРИЯ



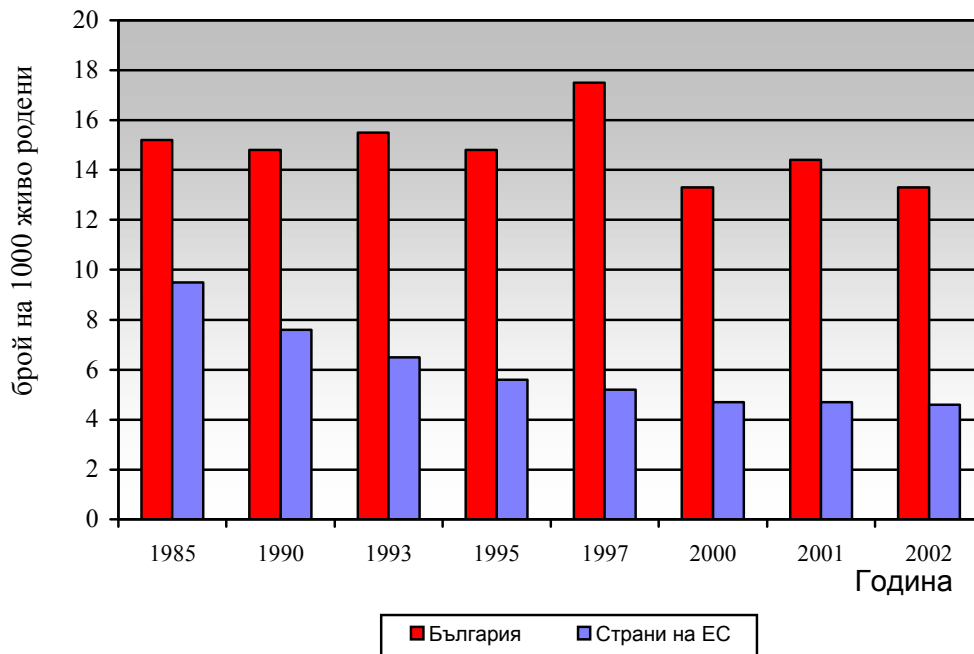
Фиг. 26 РЕГИСТРИРАНИ СЛУЧАИ НА АКТИВНА ТУБЕРКУЛОЗА В БЪЛГАРИЯ И СТРАНИТЕ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ



Източник: WHO, 2003

Фиг. 27 СМЪРТНОСТ НА ДЕЦА ДО 1 ГОД. В БЪЛГАРИЯ И СТРАНИТЕ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

Източник: WHO, 2003



Литературни източници

1. Ангелова, К., С. Петрова, Д. Байкова и съавт. (2000) Енергиен хранителен прием на населението в България. Хигиена и здравеопазване, XLIII, 1: 26-28.
2. Ангелова, К., В. Дулева, С. Петрова и съавт. (2000) Антропометричен хранителен статус на населението в България. Хигиена и здравеопазване, XLIII, 1: 46-47.
3. Байкова, Д., С.Петрова, К.Ангелова и съавт. (2000) Национално проучване на хранителния прием и хранителния статус на населението в България, 1998 година - Прием на белтък, Хигиена и здравеопазване, XLIII, 3-4: 10-14.
4. Байкова, Д. (2004) Характеристика на хранителния прием и антропометричния хранителен статус на децата и юношите в периода на преход към пазарна икономика. В: Науката за хранене в опазване на човешкото здраве. Под ред. Б. Попов, София: 96-101.
5. Байкова, Д., Бл. Йорданов, С. Петрова, К. Ангелова, Л. Иванова, В. Дулева, Кр. Ватралова, Д. Овчарова, Пл. Димитров и др. (непубл. данни) Национално проучване на храненето и хранителния статус на населението в България, 2004 г. Бюджети на домакинствата в България (2004) Национален статистически институт.
6. Василевски, Н. (2002) Консумация на алкохол в зоните на програма СИНДИ. Социална медицина, 3: 24-28.
7. Василевски, Н. (2001) Дислипидемията – фактор на риска за здравето в зоните на програма СИНДИ – България. Стратегии за интервенция. Хигиена и здравеопазване, XLV, 2-3: 21-29.
8. Василевски, Н. (1998) Национална програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни заболявания. Социална медицина, 4: 25-26.
9. Ватралова, К., С. Петрова, К. Ангелова и съавт. (2000) Национално проучване на храненето и хранителния статус на населението в България, 1998 година - Антропометричен хранителен статус, Хигиена и здравеопазване, XLIII, 3-4: 51-54.
10. Вачкова-Петрова, Р. (2002) Токсикологични аспекти на химическата безопасност на храните, Социална медицина, 3: 21-24.
11. Вачкова-Петрова, Р., Г. Милев, Л. Василева, М. Ставрева (1991) Оценка на реалното дневно постъпление на хранителни добавки у българския консуматор, Проблеми на храненето, София, МА: 3-15.
12. Дулева, В., С. Петрова, К. Ангелова и съавт. (2000) Национално проучване на храненето и хранителния статус на населението в България, 1998 г. Прием на мазнини, мастни киселини и холестерол. Хигиена и здравеопазване, XLIII (3-4): 14-21.
13. Здравеопазване (2004) Национален център за здравна информация.
14. Иванов, Л., Н. Василевски, П. Цонов (2004) Адаптивни стратегии на общественото здравеопазване за здравословно хранене. В: Науката за хранене в опазване на човешкото здраве. Под ред. Б. Попов, София: 190-197.
15. Иванова, Л. (2004) Стратегии за контрол на микронутриентните дефицити. В: Науката за хранене в опазване на човешкото здраве. Под ред. Б. Попов, София: 204-213.
16. Иванова, Л., С. Петрова, К. Ангелова и съавт. (2000) Национално проучване на храненето и хранителния статус на населението в България. Прием на макроелементи. Хигиена и здравеопазване, XLIII (3-4): 41-45.
17. Иванова, Л., С. Петрова, К. Ангелова и съавт. (2000) Национално проучване на храненето и хранителния статус на населението в България. Прием на микроелементи - желязо и цинк. Хигиена и здравеопазване, XLIII (3-4): 46-50.
18. Йорданов, Б., В. Дулева, К. Ангелова, Л. Иванова, Д. Байкова, Д. Овчарова, С. Петрова, К. Ватралова, М. Куртишева, З. Дунева, П. Дойчева (2000) Национално проучване на храненето при институционализирани деца на възраст 7-16 години. Проблеми на хигиената, 3: 22-27.

19. Йорданов, Бл., В. Дулева, К. Ангелова и съавт. (2000) Национално проучване на храненето и хранителния статус на населението в България, 1998 г. Прием на въглехидрати и хранителни влакнини. Хигиена и здравеопазване, XLIII, 3-4: 22-26.
20. Национален план по "Околна среда и здраве" на България (1998), Министерски съвет.
21. Овчарова, Д., С. Петрова, К. Ангелова и съавт. (2000). Национално проучване на храненето и хранителния статус на населението в България, 1998 година – Социално-икономически статус и хранителен прием. Хигиена и здравеопазване, XLIII, 3-4: 62-67.
22. Петрова, С., Л. Иванова, Д. Байкова и съавт. (2005) Компютърна програма за анализ на данни за хранителен прием, София, Изд. Деметра.
23. Петрова, С., Д. Байкова, К. Ангелова, Л. Иванова, Бл. Йорданов, В. Дулева, Д. Овчарова, Кр. Ватралова, и съавт. (2005) Национално проучване на храненето и хранителния статус на учениците в България, София, Изд. Деметра.
24. Петрова, С. (2004) Съвременни проблеми на храненето на населението в България. В: Науката за хранене в опазване на човешкото здраве. Под ред. Б. Попов, София: 88-95.
25. Петрова, С., Сн. Алтънкова (2004) Национална политика по храни и хранене – настоящи проблеми и предизвикателства на бъдещето. В: Науката за хранене в опазване на човешкото здраве. Под ред. Б. Попов, София: 198-203.
26. Петрова, С., Д. Байкова, К. Ангелова и съавт. (2000). Хранителна консумация на населението в България. Хигиена и здравеопазване, XLIII (1): 22-25.
27. Петрова, С., К. Ангелова, Л. Иванова и съавт.(2000) Национално проучване на храненето на населението в България, 1998 г. 6. Прием на витамини А, Е и С. Хигиена и здравеопазване, XLIII (3-4): 26-30.
28. Петрова, С., К. Ангелова, Л. Иванова и съавт. (2000). Национално проучване на хранителния прием и хранителния статус на населението в България, 1998 г. Прием на витамини от група В. Хигиена и здравеопазване, XLIII (3-4): 31-40.
29. Петрова, С., Д. Байкова, Л. Иванова и съавт. (1998). Методично указание за приложение на Физиологичните норми за хранене на населението в България, МЗ, София.
30. Ризов, Н. (2004) Химическите замърсители в храните и оценка на експозицията. В: Науката за хранене в опазване на човешкото здраве. Под ред. Б. Попов, София: 31-35.
31. Статистически справочник (2003), Национален статистически институт, София.
32. Стратегия на Република България по безопасност на храните (2000), Министерски Съвет.
33. Физиологични норми за хранене на населението в България (1994). Наредба № 16, ДВ, бр. 64.
34. Физиологични норми за хранене на населението в България (под печат). Наредба на МЗ.
35. Шипковенска, Е., Л. Георгиева, Г. Генчев (2002) Съвременни тенденции в разпространението на заболяемостта и смъртността от сърдечно-съдови заболявания. Социална медицина, 2: 29-32.
36. Юруков, Х., С. Петрова, Д. Байкова и др. (2002) Сборник рецепти за ученическите столове и бюфети. София: Техника.
37. Юруков, Х., С. Петрова, Д. Байкова и др.(2004) Сборник рецепти с наръчник за хранене на децата от 3 до 7-годишна възраст. София: Техника.
38. European Commission Recommendation of 19 August 2002 concerning a coordinated Community monitoring programme for 2003 to ensure compliance with maximum levels of pesticide residues in and on cereals and certain other products of plant origin, Official Journal L 225 of 22.08.2002.
39. European Commission Recommendation of 14 April 2003 on the protection and information of the public with regard to exposure resulting from the continued radioactive caesium contamination of certain wild food products as a consequence of the accident at the Chernobyl nuclear power station (2003/274/Euroatom), Official Journal L 99 of 17.4.2003.
40. EU Regular Report on Bulgarian Progress Towards Accession (2003).

41. EUR/RC52/R3 (2002). Recommendations of the FAO/WHO Pan-European Conference on Food Safety and Quality, 25–28 February 2002.
42. FAO (1997) Food and Nutrition Paper 62. Nutrition education for the public, Rome.
43. Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a Global Perspective (1997) World Cancer Research Fund, American Institute of Cancer Research.
44. FAO/WHO (1992). Assessing, analysing and monitoring nutrition situations.
45. Health for All Data Base (2004), European Region, WHO, Regional office for Europe.
46. International Nutritional Anemia Consultative Group, World Health Organization and UNICEF (1998). Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. Washington, DC, International Life Sciences Institute.
47. Ivanova L.(2003) IDD status in Bulgaria. *Journal of Endocrinological Investigation* Vol. 26, Suppl. to No 9: 11-12.
48. Ministry of agriculture, forestry and agrarian reform, Bulgaria, FAO of UN, Strategy for agricultural development and food security in Bulgaria, TCP/ BUL/ 7821 A, 1999.
49. Modern Aspects of Nutrition. Present Knowledge and Future Perspectives (2003). Edit. I. Elmadfa, E. Anklam, J. S. König, IUNS, Joint Research Center, EC, Karger, Basel – NY.
50. Mulvihill C., A. Nemeth, C. Vereecken (2004) Body image, weight control and body weight. In: Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Edit. C. Currie, C. Roberts, A. Morgan et al., WHO Europe: 120-129.
51. Network for the Pan-European Food Data Bank based on the Household Budget Surveys, (DAFNE III) (2000), WHO Collaborating Centre, Department of Hygiene and Epidemiology, Medical School, University of Athens.
52. Petrova S, L.Ivanova, D. Baikova, K.Angelova, K.Vatralova, D.Ovcharova, V. Duleva, B. Jordanov, Z. Duneva (2003). Current Problems in Nutrition of Bulgarian Schoolchildren. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 47;319-666:501.
53. Petrova S, L Ivanova, et al.(1999). Surveys for rapid nutrition assessment as backbone of the current Bulgarian nutrition policy. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 43 (2s): 36s.
54. Petrova S. (1997) Nutritional Surveillance Program of Bulgaria, In: *Implementing Dietary Guidelines for Healthy Eating*, Ed. W. Wheelock, Blackie Acad. & Professional, London: 47-58.
55. Petrova S. (1997). Nutrition Policy: Bulgaria, In: *Implementing Dietary Guidelines for Healthy Eating*, Ed. W. Wheelock, Blackie Acad. & Professional, London: 61-85.
56. Petrova S.(1997) Dietary assessment in Bulgaria and strategy for its improvement. *American Journal of Clinical Nutrition*, 65, 4s: 1323s.
57. Regulation of EC No 882 (2004) for official controls to ensure the verification of compliance with Feed and Food Law.
58. Regulation of EC No 178 (2002) laying down the general principles and requirements of food law, establishing the European Food Safety Authority and laying down procedures in matters of food safety.
59. Report of the UNICEF/WHO Regional Consultation (1999) Prevention and Control of Iron Deficiency Anaemia in Women and Children. (Ed) G. Glisson. United Nations Children's Unit, Geneva.
60. Resolution EUR/RC52/R3 (2002) of the fifty-second of the WHO Regional Committee for Europe about the implementation the recommendations of the FAO/WHO Pan-European Conference on Food Safety and Quality.
61. Sekula W., K. Babinska, S. Petrova (1997). Nutrition Policies in Central and Eastern Europe. *Nutrition Reviews*, 55 (11): S58-73.
62. WHO (2004) Active Aging: from Evidence to Action.

63. WHO (2003) Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. TRS 916, WHO, Geneva.
64. WHO (2003) Active Aging: A Policy Framework. 2nd UN World Assembly on Aging Madrid 2002. (Document WHO/NMH/NPH/02.8.)
65. WHO (2002) Keep Fit for Life. Meeting the Nutritional Needs of Older Persons. Tufts University School of Nutrition and Policy, WHO.
66. WHO (2002) A Global Food Safety Strategy. Safer Food for Better Health.
67. WHO (2002) Iodine deficiency control – WHO/UNICEF strategy.
68. WHO (2002) The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. A systematic Review. (Eds.) M.S.Kramer, R. Kakuma (WHO/NHD/01.08).
69. WHO (2001) Iron Deficiency Anaemia, Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers (WHO/NHD/01.3).
70. WHO (2001) Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination. Geneva (WHO/NHD/01.1).
71. WHO (2000) Nutrition for Health and Development: A global agenda for combating malnutrition. Geneva, (WHO/NHD/00.6).
72. WHO (1999) Progress towards the elimination of Iodine Deficiency Disorders. Geneva (Document WHO/NHD/99.4).
73. WHO (1998) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. (WHO/NUT/NCD/98.1), Geneva.
74. WHO (1998) Report of a Joint FAO/WHO Consultation. Preparation and use of Food-based Dietary Guidelines. TRS 880, WHO, Geneva.
75. WHO (1996) Recommended iodine levels in salt and guidelines for monitoring their adequacy and effectiveness. Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO/NUT/96.13).
76. WHO Regional Office for Europe (2004) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. 57th World Health Assembly 2004. WHA 57.17.
77. WHO Regional Office for Europe (2004). Food and health in Europe: a new basis for action.
78. WHO Regional Office for Europe (2003). Infant and young children feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes.
79. WHO Regional Office for Europe (2003) WHO&UNICEF Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.
80. WHO Regional Office for Europe (2003) Comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States (Document EU/03/5035226A).
81. WHO Regional Office for Europe (2002) Development of food and nutrition action plans in countries of South-East Europe. Report on a Third Workshop, Briuni, Croatia, 12 Sept. 2002 (EUR/02/5041545).
82. WHO Regional Office for Europe (2002) Final report of the Pan-European Conference on Food Safety and Quality, Budapest, Hungary 25-28 Febr. 2002.
83. WHO Regional Office for Europe (2001) Improved coordination and harmonization of national food safety control services. Report on a Joint WHO/EURO-FSAI Meeting, Dublin, Ireland, 19-20 June 2001.
84. WHO Regional Office for Europe (2001) Intersectoral Food and Nutrition Policy Development. A Manual for Decision-makers.(EUR/01/5026035).
85. WHO Regional Office for Europe (2001) Urban and Peri-Urban Food and Nutrition Action Plan.

86. WHO Regional Office for Europe (2000) Development of the First Food and Nutrition Action Plan for the WHO European Region. Report on a WHO Consultation, Malta, 1999. (EUR/CP/LVNG 01 02 10).
87. WHO Regional Office for Europe (2000) The First Action Plan for and Nutrition Policy. WHO European Region 2000-2005.
88. WHO Regional Office for Europe (2000) Feeding and Nutrition of Infants and Young Children. WHO Reg. Publ. Eur. Ser. 87.
89. WHO Regional Office for Europe (2000) CINDI Dietary Guide (EUR/OO/5018028).
90. WHO Regional Office for Europe (1998) European food and nutrition policies in action. WHO Reg. Publ. Eur. Ser. 73.
91. WHO Regional Office for Europe (1998) Elimination of iodine deficiency disorders (IDD) in central and eastern Europe, the Commonwealth of Independent States, and the Baltic States. (WHO/EURO/NUT/98.1).
92. WHO Regional Office for Europe (1996, rev. 2000) Assistance to national authorities in developing and strengthening national food safety programme, WHO-European Centre for Environment and Health, Rome.
93. White Paper on Food Safety (2000) Commission of the European Communities, Brussels.
94. Vachkova-Petrova R (1995) Approaches to chemical food safety assessment. Dietary exposure to contaminants and additives: risk assessment in Europe (Eds. A.F.M. Kardinaal, M.R.H. Lovik and D.G. van der Heij), TNO Topics in Nutrition and Food Research 2: 122-123.