

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

МЕНИДЖМЪНТ НА БЕЗОПАСНОСТТА НА ХРАНИТЕ
И ОБУЧЕНИЕ НА ОБЩЕСТВОТО ЗА ИНФОРМИРАН
ИЗБОР

Мария Николаева Пенева

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”
по научна специалност
„Социална медицина и организация на здравеопазването и
фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:
Проф. д-р Златица Петрова д.м.

София, 2016

С ъ д ъ р ж а н и е

Въведение	стр. 5
I. Глава. Литературен обзор	стр. 7
1. Безопасност на храните	стр. 7
1.1.Глобален аспект. Актуалност на проблема във всички точки на Света.....	стр. 8
1.2. Безопасност на храните на Европейско ниво.....	стр. 21
1.3. Безопасност на храните на Национално ниво	стр. 30
2.Актуални предизвикателства и тенденции пред политиката по безопасност на храните и опазване на общественото здраве	стр. 34
3. Основни констатации от литературния обзор	стр. 70
Глава II. Цел, задачи, материали и методи на изследванията	стр. 74
1. Цел	стр. 74
2. Задачи, свързани със изпълнението на така поставената цел	стр. 74
3.Обект на проучването	стр. 74
4.Предмет на проучването	стр. 75
5. Място, време и обхват на проучването	стр. 75
6. Методи на проучването.....	стр. 76
III. Глава. Политика за безопасност на храните. Законодателство, регулиращо безопасността на храните	стр. 77
1.Европейско и местно законодателство, регулиращо безопасността на храните и хранителните добавки	стр. 77
1.1.Законодателство на Република България отнасящо се до безопасността на храните	стр. 78
1.1.1.Закон за храните	стр. 78
1.1.2.Закон за Българската агенция по безопасност на храните	стр. 84
1.1.3.Закон за защита на потребителите	стр. 85

1.1.4. Наредба за изискванията за етикетирането и представянето на храните.....	стр. 86
1.1.5 Наредба № 5 от 25 Май 2006 г. за хигиената на храните	стр. 88
1.2. Регламенти на Европейския Съюз, отнасящи се до безопасността на храните.....	стр. 89
1.2.1. Регламент на Европейския парламент и на Съвета (ЕО) № 178/2002.....	стр. 90
1.2.2. Регламент (ЕС) № 1169/2011	стр. 92
1.2.3. Регламент (ЕС) № 432/2012	стр. 97
1.2.4. Стандарти за храни, основани на Регламент (ЕС) № 1151/2012.....	стр. 97
2. Държавни институции, занимаващи се с проблематиката по безопасността на храните и общественото здраве	стр. 102
2.1. Българска агенция по безопасност на храните	стр. 102
2.2. Национален център по обществено здраве и анализи	стр. 104
2.3. Регионална здравна инспекция (РЗИ – Софийска област)	стр. 107
3. Системи за безопасност на храните за предпазване на човешкото здраве. НАССР система като задължителна част в хранителната индустрия.....	стр. 108
IV. Глава. Информираност и обучение на обществото за информиран избор свързан с безопасността на храните	стр. 118
1. Епидемиологично проучване на пациенти с хранителни алергии.....	стр. 118
2. Анкетно проучване мнението на потребителите относно тяхната информираност по отношение на безопасността на храните	стр. 123
V. Глава. Програма за обучение на обществото за съзнателен информиран избор на хранителни продукти.....	стр. 137
1. Мениджмънт на Програма за обучение на обществото за съзнателен информиран избор	стр. 137

1.1.Разработване и мениджмънт на програма за обучение в областта на безопасност на храните на ниво Държава	стр. 137
1.2. Разработване и мениджмънт на програма за обучение в областта на безопасност на храните на ниво Производител	стр. 149
1.3. Разработване на програма за обучение на обществото за съзнателен информиран избор на хранителни продукти на ниво Потребител....	стр. 154
Изводи	стр. 157
Приноси	стр. 158
Списък на използваните аббревиатури	стр. 160
Приложения	
Приложение 1:Анкета.....	стр. 163
Приложение 2:Брошура.....	стр. 169
Библиография	стр. 173

Въведение

Съвременният начин на живот и забързаното ежедневие изискват бързо производство и бърза консумация на стоките и услугите, включително и на хранителните продукти. Консуматор от мегаполиса желае да консумира продукта тук и сега. Това налага и бума на така наречените „Фаст фууд“ храни. Глобализацията, настъпила с индустриалната революция, международните политики и социално икономическите условия се считат за основни предпоставки за промяната в стила на живот на съвременния човек. Само за последните 100 години населението на земята се е увеличило от 1,64 милиарда до над 7 милиарда до началото на XXI век. Средната продължителност на живота в развитите държави е нараснала с десетки години.

За поддържането на тази човешката популация, всеки един организъм се нуждае от ежедневен прием на хранителни вещества. Без храна спира обновяването на клетките на организма и той умира. Всеки организъм притежава индивидуален вътрешен регулаторен механизъм, определящ качеството и количеството на приетата храна в определен момент. Нарушаването на тези баланси води до заболяване на психиката и физиката на човека. Тези фактори определят необходимостта от постоянно увеличаване на производството на храни при запазване на разнообразието на състава им. С цел да отговори на тези изисквания земеделското производство коренно се промени през последните 50-60 години. Сега то е високо механизирано, химизирано и биологизирано. Рязко намаля производството на традиционните пресни земеделски продукти и те бяха заменени с промишлено преработени храни. Индустриалните храни изискват дълготрайно съхраняване, транспортиране на големи разстояния, прилагане на консерванти, оцветители, овкусители и множество други химически вещества за бързо производство и дълготрайно съхранение. На практика развитието на технологичното производство изпревари

познанията на потребителите какви храни да консумират, а на медицината - какви са дълготрайните последици на индустриалните храни върху здравето на човека.

Нарастването на населението и непрекъснато растящата нуждата от изхранването му е причината за създаването на нов тип храни. За тяхното производство се използва генното инженерство за създаване на познанията ни като ГМО храни – генетично модифицирани организми, които са с неясни последици върху човешкото здраве. През новото хилядолетие се наблюдава и бум на хранителните алергии. С урбанизацията и навлизането на нови материали в бита и хранителните продукти се повишава рискът от алергии и се появяват нови алергени. Това се изразява в повишена чувствителност на организма, обикновено към безвредни субстанции от околната среда и такива намиращи се в хранителните продукти. От друга страна увеличеният обем на производство доведе и до занижаване на контрола в предприятията, както и до замърсявания, неспазване на рецептури и добрите хигиенни и производствени практики, до влагане на некачествени или замърсени суровини, до производство на продукти, които са с ниско качество или дори не са безопасни за човешкото здраве.

Вземайки в предвид тези промени в сферата на производството на хранителни продукти, трябва да се обединят усилията и да се заложи един междусекторен подход за налагане не само на контрол, но и желание за производство и консумация на безопасни и висококачествени храни, които са полезни за здравето. Действащото законодателство в тази сфера да се прилага стриктно и да се развива следвайки нуждите на обществото. Организациите, опериращи в сферата на безопасност на храните, да провеждат проучвания и да развиват програми за повишаване на общественото здраве и информираността на обществеността. За постигането на тези цели държава, бизнес и потребител трябва да се обединят и фокусират към запазване здравето на обществото.

I. Глава. Литературен обзор

1. Безопасност на храните

Актуалният начин на живот в съвременния индустриализиран свят налага нови тенденции на забързана консумация на продукти и услуги. Тези тенденции се налагат не само от потребителите в сферата на консумацията, но логично и от опериращите в сферата на производството. Съвременните производители на индустриални храни се стремят към максимално бързо производство и реализиране на произведената продукция. За тази цел те използват нови механизирани технологии, както и различни химични и биологични агенти, водещи до занижена безопасност и влошаване на качеството на храните, често с неясни последици за човешкото здраве.

Консумацията на нискокачествени храни, непълното етикетиране и недостатъчната информираност на потребителя за това какво консумира са част от предпоставките за възникване на остри заболявания, ръст на социално значими заболявания, обостряне на хронични такива и влошаване качеството на живот на населението. Именно през последните десетилетия се заговори за нови болести и увеличаване на рядко срещаните такива в миналото, основно свързани с храненето – затлъстяване, метаболитен синдром, Бовинова енцефалопатия - т.нар. „луда крава“, хранителни алергии и други. Хранителните заболявания започнаха да възпрепятстват социално-икономическото развитие, да натоварват системите на здравеопазването и националните икономики. За да отговорят на всички тези предизвикателства, световните организации - Организацията по прехрана и земеделие, Световната здравна организация и други, националните правителства и икономическите организации започнаха да въвеждат определен ред при производството, преработката, съхраняването и търговията с храни. Задължително се въвеждат правила при производствения процес в развитите страни с тенденция те да се

въведат също така като задължителни и в развиващите се страни. Започнаха масирани кампании и медиен интерес относно безопасността на храните, състава им и последиците от дадени вещества съдържащи се в храните върху човешкото здраве. Фокусът на безопасността на храните да бъде съобразен с проблематиката касаеща влиянието на храните върху човешкото здраве за различните части на света. Наложиха се нови тенденции – консумация на промишлени храни по утвърден стандарт, био-производство, желание за консумация на традиционно произвеждани продукти от селските райони.

1.1.Глобален аспект. Актуалност на проблема във всички точки на Света

Само през 20-ти век населението в света е нараснало от 1,65 милиарда души на 6 милиарда и продължава да расте и днес в 21-ви век. Освен нарастването на броя на населението се наблюдава и тенденция за постоянно увеличаване на продължителността на живота на хората, както и миграция на населението от селските към градските райони. Делът на световното население, живеещо в градските райони се е увеличил от 36 на сто до 47 на сто. Броят на мегаполисите с население над 10 милиона души е нараснал от 5 на 18. Съответно, от една страна с нарастване на относителния брой на населението и увеличаване на продължителността на живота, нуждата от хранителни продукти за изхранване на това население стремглаво нараства, а от друга – обезлюдяването на селските райони намалява работната ръка за селскостопанска работа и натуралното производство на храни. Тези тенденции дават предпоставки за промяна в производството на храна, суровини и крайни продукти както в селското стопанство, така и при производство на преработени храни.

Безопасността на храните има различно значение и насоченост, в зависимост от разглеждания регион в Света и затова трябва да се отчете

разнопосочния фокус на тази проблематика.

Нови опасности за безопасността на храните възникват постоянно - промяна в производството на храна, дистрибуцията и консумацията; промени в околната среда, нови и разпространяващи се патогени, развитие на антимикробна резистентност, увеличаване на свободното движение на хора и стоки. Именно за това в някои части на Света се налагат органичения при вноса и износа на храни от животински произход, семена, млечни продукти и други.

СЗО като водеща световна организация има за цел да улесни глобалното превентиране, ранното откриване и навременно реагиране при заплахи за общественото здраве, свързани с опасни храни. Осигуряване на доверието на потребителите в овластените органи и доверие в безопасната доставка на храни е резултат, за постигането на който СЗО работи.

Световната Здравна Организация е разработила в Информационен формуляр следните ключови факти относно безопасността на храните, за да се информира населението на Земята по тази тема, а именно:

- Достъпът до достатъчно количество безопасна и питателна храна е от ключово значение за поддържането на живота и подкрепа за добро здраве;
- Опасните храни, съдържащи вредни бактерии, вируси, паразити или химически вещества, са причина за над 200 болести, вариращи от диария до рак;
- Според СЗО небезопасната храна е причина за смъртта на около 2 милиона души годишно – повечето, от които деца;
- Хранителните заболявания възпрепятстват социално-икономическото развитие, като натоварват системите на здравеопазване, вредят на националните икономики, туризма и търговията;
- Веригите за доставка на храните сега преминават множество

национални граници;

- Доброто сътрудничество между правителствата, производителите и потребителите помага да се гарантира безопасността на храните[91]

Тези ключови факти ясно описват глобалната ситуация относно безопасността на храните. Те нагледно показват, че на първо и основно място стои проблемът за Световния глад и недохранването в страните от третия свят. Това е и причината основният фокус на СЗО за безопасността на храните като организация на световно ниво е осигуряването на хранителни продукти за страни, които имат проблем с недохранването, както и обучение на населението за основни правила за безопасност като например да не се консумира вода от замърсени водоизточници. В тази връзка СЗО е разработила и една елементарна система за обучение на населението както в третия свят, така и на глобално ниво, като я нарича Петте ключа на СЗО за по-безопасна храна. Тя предлага практически насоки за потребители и търговци, за работа и приготвяне на храна с цел предлагане и консумация на по-безопасни храни:

Ключ 1: Пазете чистота

Ключ 2: Разделяйте суровата от приготвената храна

Ключ 3: Проготвяйте храната изцяло / гответе достатъчно храната

Ключ 4: Съхранявайте храната при безопасна за нея температура

Ключ 5: Използвайте безопасна вода и суровини [92]

Инициативата на СЗО за популяризиране на проблема за безопасност на храните достига и до нас. За пример на Фиг. 1 е показан плакат с информация за това как да се храним полезно, разпространяван от Регионалната здравна инспекция в Плевен, свързан със Световен ден на здравето 7.04.2015 и Глобалната стратегия за намаляване тежестта на хранителните заболявания, която е разработена от Световната здравна организация. [35]

Пет ключа към по-безопасна храна



1. Поддържайте чистота

- ✓ Мийте ръцете си преди приготвяне на храна и често по време на готвене.
- ✓ Мийте ръцете си, след като сте били в тоалетната.
- ✓ Мийте и дезинфекцирайте всички повърхности и посуда за приготвяне на храна.
- ✓ Предпазвайте храните и местата за готвене от насекоми, вредители и други животни.

Защо?

Повечето микроорганизми не причиняват заболявания, но опасните микроорганизми са широко разпространени в почвата, водата, животните и хората. Тези микроорганизми се пренасят върху ръцете, кърпите, изтриване и посудата, особено върху дъските за рязане. Най-малкият контакт може да ги пренесе върху храната и да предизвика хранително заболяване.



2. Разделяйте суровата от сготвената храна

- ✓ Разделяйте суровото месо, птици и морски храни от другите храни.
- ✓ Използвайте отделна посуда и прибори (ножове, дъски за рязане) за обработка на суровите храни.
- ✓ Съхранявайте храната в съдове, за да избегнете контакт между сурови и сготвени храни.

Защо?

Суровите хранителни продукти, особено месото, птиците и морските храни, и техните сокове, могат да съдържат опасни микроорганизми, които могат да бъдат пренесени върху други храни по време на приготвянето и съхранението им.

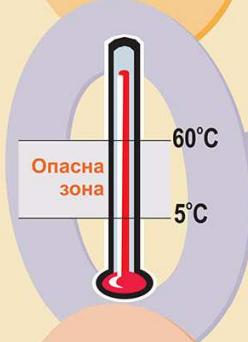


3. Гответе достатъчно храната

- ✓ Осигурявайте достатъчна топлинна обработка, особено на месо, птици, яйца и морски храни.
- ✓ Оставете ястията като супи и яхнии да заврат, за да сте сигурни, че е достигната температура от 70° C. Месните и птичите бульони трябва да са с бистър, а не с розов цвят. Най-добре използвайте термометър.
- ✓ Претопляйте сготвената храна до варене.

Защо?

Подходящата топлинна обработка убива почти всички опасни микроорганизми. Изследванията показват, че готвенето на храна при 70° C може да осигури безопасността ѝ за консумация. Специално внимание изискват храни като кайма (печени рула), големи парчета месо и цели птици.



4. Съхранявайте храната при безопасна температура

- ✓ Не оставяйте сготвена храна на стайна температура за повече от 2 часа.
- ✓ Съхранявайте в хладилник всичката сготвена и лесно разваляща се храна (за предпочитане под 5° C).
- ✓ Поддържайте прясно сготвената храна гореща (над 60° C) до сервиране.
- ✓ Не съхранявайте храна много дълго, дори и в хладилник.
- ✓ Не размразявайте замразена храна на стайна температура.

Защо?

Микроорганизмите се размножават много бързо, ако храната се остави на стайна температура. При температури под 5° C и над 60° C размножаването на микроорганизмите се забавя или спира. Някои опасни микроорганизми продължават да се размножават и под 5° C.



5. Използвайте безопасна вода и сурови продукти

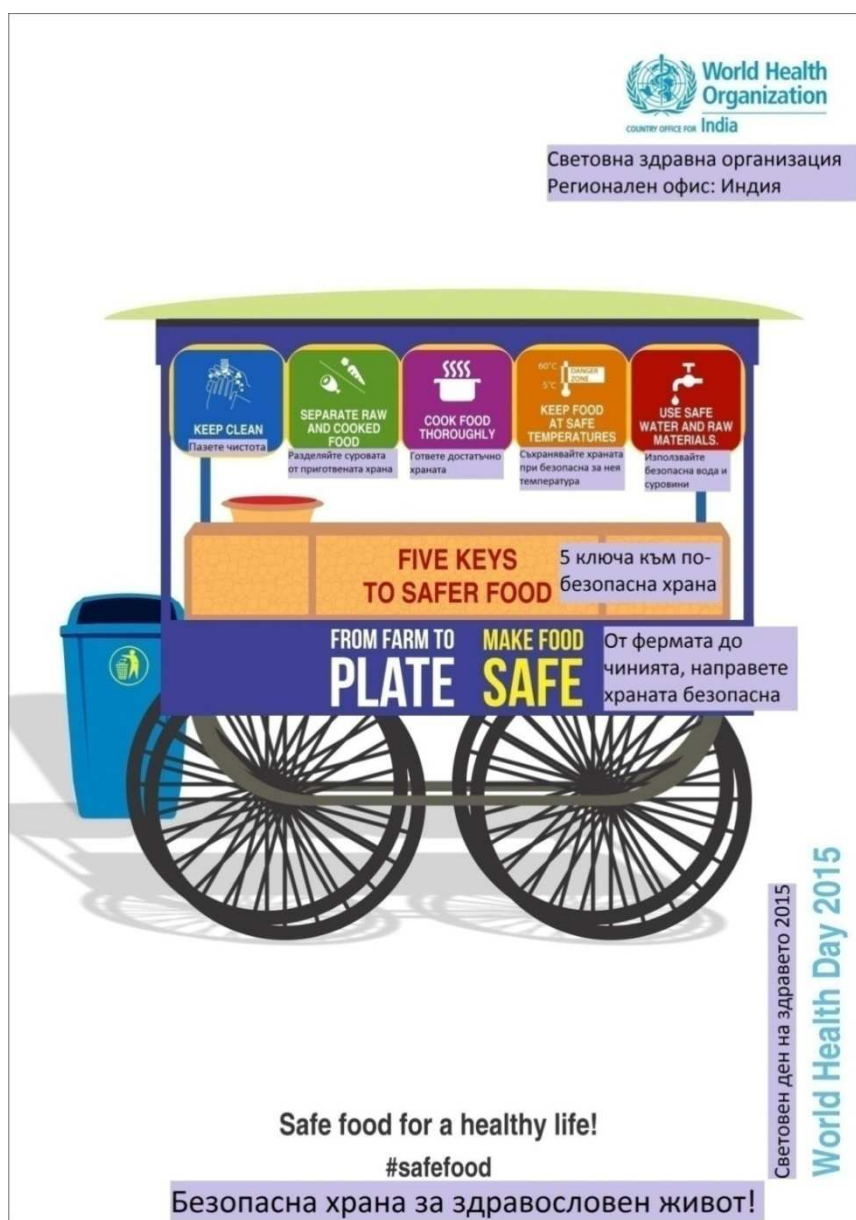
- ✓ Използвайте безопасна вода или я обработете, за да бъде безопасна.
- ✓ Подбирайте пресни и здрави хранителни продукти.
- ✓ Избирайте хранителни продукти, обработени за безопасност, например пастеризирано мляко.
- ✓ Измивайте плодовете и зеленчуците, особено ако ще се консумират сурови.
- ✓ Не консумирайте храни с изтекъл срок на годност.

Защо?

Суровите продукти, включително вода и лед могат да бъдат замърсени с опасни микроорганизми и химикали. В развалените и плесеняли храни могат да се образуват токсични химични вещества. Внимателното подбиране на суровите продукти и някои прости мерки, като миене и белене, могат да намалят риска.

Фиг. 1 Плакат „5 ключа за по-безопасна храна“

Изборът на тема за ежегодната кампания на СЗО за Световен ден на здравето е показателен за актуалността на проблема за безопасността на храните. Световният ден на здравето, който се състои на 7 Април, през 2015г. е посветен на темата за безопасността на храните. След като източниците на храна се глобализират и това ги прави достъпни от всяка точка на света, нуждата от повишаване на безопасността на храните на национално и международно ниво става все по-наложителна. По тази причина СЗО промотира повишаването на безопасността на храните, „от фермата до чинията”.



Фиг. 2 Постер на ООН, клон Индия за Световния ден на здравето 2015

На фиг. 2 е пример за постер, разпространяван от ООН, клон Индия за промотиране на инициативата „От фермата до чинията, направете храната безопасна“. Плакатът включва и петте ключа на СЗО за консумация на безопасна храна.

Световният ден на здравето 2015 за безопасността на храните цели привличането на вниманието на обществеността към проблема за безопасността на храните. „Хранителни заболявания възпрепятстват социално-икономическото развитие като изцеждат системите за здравеопазване и вредят на националните икономики, туризма и търговията“, казва СЗО. „Хранителните вериги сега пресичат множество национални граници.“ [170]

СЗО подпомага страните да превентират, установяват и реагират на огнища на заболявания свързани с безопасността на храните в съответствие с Codex Alimentarius, лист с международни стандарти за храни, препоръки и кодекси, покриващи всички основни храни и процеси, свързани с храната. Заедно с Организацията по прехрана и земеделие (FAO) на ООН, СЗО информира страните по отношение на спешни случаи свързани с безопасността на храните чрез интернационалната информационна мрежа.

Безопасността на храните е споделена отговорност. Важно е да се работи по цялата верига на производство на храни - от страна на фермерите и производителите до търговците и потребителите.

Безопасност на храните: приоритет на общественото здраве на световно ниво. Хранителни заболявания

Опасни храни поставят глобални заплахи за здравето, те застрашават всеки. Новородени, малки деца, бременни жени, възрастни хора и тези с хронични заболявания са особено уязвими.

Диарии от хранителен произход или от замърсена вода убиват около 2 милиона души годишно, най-вече децата и по-специално в развиващите се страни. Опасни храни създават порочен кръг от диария и недोхранване, застрашаващи хранителния статус на най-уязвимите. Когато хранителните доставки са несигурни, хората са склонни да преминат към по-нездравословно хранене и консумират повече "небезопасни храни", в които химични, микробиологични и други опасности, представляват риск за здравето.

Хранителните заболявания обикновено са инфекциозни или токсични в природата и са причинени от бактерии, вируси, паразити или химични вещества, които влизат в човешкия организъм чрез заразена/замърсена храна или вода.

Предаваните чрез храната патогени могат да причинят тежка диария или инвалидизиращи инфекции, включващи менингит. Химическите замърсители в храната могат да доведат до остро отравяне или тежки заболявания, като например рак. Заболяванията, причинени от храната, могат да доведат до трайни увреждания и смърт. Примери за опасни храни включват не сготвени храни от животински произход, плодове и зеленчуци, замърсени с фекалии, сурови миди, съдържащи морски биотоксини.

Бактерии:

Salmonella, *Campylobacter* и *Enterohaemorrhagic Escherichia coli* са сред най-често срещаните патогени в хранителните продукти, които засягат милиони хора всяка година - понякога с тежки последствия и дори с фатален изход. Симптомите са треска, главоболие, гадене, повръщане, коремни болки и диария. Примери за храни, включени в огнища на салмонелоза са яйца, птиче месо и други продукти от животински произход. Случаи на хранителни отравяния с *Campylobacter* са причинени главно от сурово мляко, сурово или недостатъчно топлинно обработено

птиче месо или питейна вода. Ентерохеморагичната Ешерихия коли се свързва с непастъоризирано мляко, недостатъчно топлинно обработено месо и пресни плодове и зеленчуци.

Инфекция с *Listeria* води до спонтанни аборти при бременни жени или смърт на новородени бебета. Въпреки, че случаите на инфекции с *Listeria* не са с голяма честота, тежките и понякога фатални последици за здравето, особено сред новородени, деца и възрастни хора, ги класират като едни от най-сериозните хранителните инфекции. *Listeria* се среща в непастъоризирано мляко и млечни продукти и различни готови за консумация храни и също така могат да се инокулират при хладилни температури.

Vibrio cholerae заразява хора чрез замърсена вода или храна. Симптомите включват болка в корема, повръщане и обилна водниста диария, която може да доведе до тежка дехидратация и евентуално смърт. Ориз, зеленчуци, просо и различни видове морски дарове са били замесени в огнищата на холера.

Антимикробните средства като антибиотици, са от съществено значение за лечение на инфекции, причинени от бактерии. Въпреки това, тяхната прекомерна употреба и злоупотреба във ветеринарната и хуманната медицина е свързана с появата и разпространението на резистентни бактерии, което прави лечението на инфекциозните заболявания неефективно при животни и хора. Някои резистентни бактерии влизат в хранителната верига чрез животните (например *Salmonella* чрез пилета). Антимикробната резистентност е една от основните заплахи за съвременната медицина.

Вируси:

Норовирусните инфекции се характеризират с гадене, експлозивно повръщане, водниста диария и болки в корема. Вирусът на хепатит А може да доведе до дълготрайно чернодробно заболяване и се

разпространява обикновено чрез сурови или недостатъчно термично обработени морски дарове или замърсена сурова продукция. Заразени товари на морски храни често са източник на замърсяването на храните.

Паразити:

Някои паразити, като например трематоди, пренасяни чрез риба, се предават само чрез храната. Други, например *Echinococcus* spp., могат да заразят хората чрез храни или директен контакт с животни. Други паразити, като *Ascaris*, *Cryptosporidium*, *Entamoeba histolytica* или *Giardia* влизат в хранителната верига чрез водата или почвата и могат да замърсят пресни продукти.

Прионите:

Прионите, инфекциозни агенти, състоящи се от протеини, са уникални по това, че са свързани със специфични форми на невродегенеративно заболяване. Бовин спонгиформната енцефалопатия (BSE, или болестта "луда крава") е заболяване на приони при говеда, свързано с вариант на болестта на Кройцфелд-Якоб (vCJD) при хората. Консумирането на говежди продукти (бовин), съдържащи специфичен рисков материал, напр мозъчна тъкан, е най-вероятният път на предаване на приони на хората.

Химикали:

От съществено значение за здравето са естествено продуцираните токсини и замърсители на околната среда.

Естествено продуцираните токсини включват микотоксини, морски биотоксини, цианогенни гликозиди и токсини, срещащи се в отровни гъби. Основни хранителни продукти като царевица или зърнени култури могат да съдържат високи нива на микотоксини, като например афлатоксини и охратоксини. А дългосрочната експозиция може да повлияе негативно на имунната система или да предизвика рак.

Устойчивите органични замърсители (УОЗ) са съединения, които се натрупват в околната среда и човешкото тяло. Известни примери са диоксини и полихлорирани бифенили (ПХБ), които са нежелани странични продукти от промишлени процеси и изгаряне на отпадъци. Те са широко разпространени в околната среда и се натрупват в хранителните вериги на животните. Диоксините са силно токсични и могат да предизвикат проблеми при репродуктивността и развитието на човека, да увредят имунната система, да повлияят негативно на хормоните и могат да причинят рак.

Тежки метали като олово, кадмий и живак причиняват неврологични и бъбречни увреждания. Замърсяването с тежки метали в храните основно се дължи на замърсяването на въздуха, водата и почвата.

Видно е, че посочените по-горе замърсители могат да попаднат в различни хранителни продукти и да станат сериозна заплаха за човешкото здраве. Храната може да бъде замърсена във всяка точка на производство и разпространение, като основната отговорност е на производителите на суровини и храни. И все пак, голяма част от хранителните болести са причинени от неправилно приготвени храни или неправилно съхранявани у дома, в предприятия, ресторанти или пазари. Не всички, работещи в сферата на храните, както и потребителите разбират личната си отговорност, като например прилагането на основни хигиенни практики при покупка, продажба и приготвяне на храна, за да се предпази личното здраве и това на по-широката общественост. Свободната търговия с храни е предпоставка хранителната верига да се увеличава и при проблем да се налага по-добра проследяемост и възможност за изтегляне на продукцията при необходимост. Именно глобализацията на производството на храни и търговията прави безопасността на храните по комплексна и от особена важност.

Замърсяванията на храните са причина за възникването на множество заболявания в Световен мащаб. Това се отразява по негативен начин в множество области на държавите като: увеличаване на разходите за здравеопазване, увеличаване на дните неработоспособност, негативен ефект в множество сектори като икономика, туризъм, търговия. Тези заболявания засягат милиони хора годишно. Само в следствие на диарийни заболявания загиват повече от 1,5 милиона деца всяка година.

Други примери за важната роля на безопасността на храните са замърсяването на храните за кърмачета с меламина през 2008 г. (засягащи 300 000 кърмачета и малки деца, 6 от които са починали, само в Китай), през 2011 г. – съобщаване за случаи, свързани със замърсени кълнове сминдух с ентерохеморагичната бактерия Ешерихия коли в Германия и в 8 други страни в Европа и Северна Америка, което води до 53 смъртни случая. Избухването на зараза с E.coli в Германия през 2011 г. коства 1,3 милиарда долара загуби за земеделските производители и индустрии и 236 000 000 долара за плащания за спешна помощ за 22 държави-членки на Европейския съюз. [91]

Всеки може да допринесе за превръщането на храните в безопасни. Поради мащаба на проблема, безопасността на храните е дейност, която трябва да се управлява на държавно и междудържавно ниво, да се стимулира и превентира на ниво световни организации, като *програмите и контролът* да достигат до всеки един от нас. Обхващането на проблема и управлението на безопасността на храните трябва да е комплексно и междусекторно усилие.

Политиците могат да окажат съдействие при:

- изграждане и поддържане на адекватни системи и инфраструктури (например лаборатории), да отговарят и да управляват рисковете за

безопасността на храните по цялата хранителна верига, включително по време на извънредни ситуации;

- насърчаване на многосекторното сътрудничество между общественото здраве, здравето на животните, селското стопанство и други сектори за по-добра комуникация и съвместна дейност;
- интегриране на безопасността на храните в глобалната политика и програми (например хранителната и продоволствената сигурност);
- да се мисли глобално и да се действа локално, за да гарантира производството на храни в страната да бъде безопасно в международен план.

Производители, снабдители и потребители на храни могат да спомогнат при:

- познаване на храната, която използват (чети етикетите върху опаковката на храните, направи информиран избор, запознай се с най-често срещаните опасности в храните);
- обработване и подготвяне на храна, безопасно, като практикуват петте ключа на СЗО за по-безопасна храна у дома или когато продават в ресторанти или на местните пазари;
- отглеждане на плодове и зеленчуци с помощта на Петте ключа на СЗО за отглеждане на безопасни плодове и зеленчуци, за да се намали микробното замърсяване.

Различните правителствени ведомства и агенции, обхващащи общественото здраве, селското стопанство, образованието и търговията, трябва да си сътрудничат и да комуникират помежду си и да се ангажират с гражданското общество, включително потребителски групи.

СЗО помага на държавите-членки да изградят капацитет за предотвратяване, откриване и управление на хранителните рискове чрез:

- осигуряване на независими научни оценки за микробиологични и химични опасности, които формират основата на международните стандарти за храните, насоки и препоръки, известна като Codex Alimentarius, за да се гарантира безопасността на храните, от където тя произхожда;
- оценяване на безопасността на новите технологии, използвани в производството на храни, като например генетична модификация и нанотехнологиите;
- подпомагане на подобряването на националните системи за безопасност на храните и правните рамки и прилагане на адекватна инфраструктура за управление на рисковете за безопасността на храните. Международната мрежа на властите за безопасност на храните (INFOSAN) е разработена от СЗО и Организацията на ООН за прехрана и земеделие (FAO) за бързо споделяне на информация по време на извънредни ситуации по безопасност на храните;
- насърчаване на безопасното боравене с храна чрез систематични дейности по превенция на болестите и програми по повишаване на информираността чрез СЗО Петте ключа до Послания за безопасни храни и материали за обучение;
- застъпването за безопасността на храните като важен компонент на здравната сигурност и за интегриране на безопасността на храните в националните политики и програми в съответствие с Международните здравни правила (МЗП - 2005 г.).

СЗО работи в тясно сътрудничество с ФАО, Световната организация за здравеопазване на животните (OIE) и други международни организации, за да се гарантира безопасността на храните по цялата хранителна верига от производството до потреблението.[161]

1.2.Безопасността на храните на Европейско ниво

Управлението на безопасността на храните в различните части на света има и различен фокус. Докато в страните от третия Свят главният проблем е недохранването и замърсените водоизточници, в развития Свят и в частност Европа обсегът се измества върху безопасност и качество на хранителните продукти и дълготрайните последствия от консумация на дадена субстанция върху здравето на индивида и на общността. За тази цел Европейският съюз като единна общност на държавите членки, имайки предвид свободното движение на хора, стоки, услуги и капитал, провежда единна политика.

Мениджмънт на безопасността на храните в ЕС

Политиката на ЕС за безопасност на храните обхваща всички продукти от фермата до трапезата. Тя има за цел да се гарантират:

- безопасни и питателни храни и фуражи;
- високи стандарти за здраве на животните, хуманно отношение към тях и защита на растенията;
- ясна информация за произхода, съдържанието/етикетирането и използването на храните.

Политиката на ЕС в областта на храните се състои от:

- цялостно законодателство за безопасността и хигиената на храните и фуражите;
- добре обосновани научни становища, на които да се основават решенията;
- прилагане и проверки.

Когато е оправдана специфична защита на потребителите, може да има специални правила за:

- употребата на пестициди, хранителни добавки, оцветители, антибиотици или хормони;
- добавките в храни, като консерванти и аромати;
- веществата в контакт с храни, като например пластмасови опаковки;
- посочването на етикета на съставки, които могат да причинят алергии;
- здравните претенции, като например „с ниско съдържание на мазнини“ или „с високо съдържание на фибри“.

Именно „Гарантиране на висока степен на защита на човешкото здраве и интересите на потребителите“ и „От фермата до трапезата: безопасна и здравословна храна за всички“ са слоганите на Европейския съюз по отношение на безопасността на храните.

Защитата на здравето на хората, животните и растенията на всеки етап от процеса на производство на храни е основен приоритет на общественото здраве и икономиката. Целта на политиката на ЕС в областта на безопасността на храните е да се гарантира, че гражданите на Съюза консумират безопасна и питателна храна, произведена от здрави растения и животни, като в същото време се създават оптимални условия за работа в хранително-вкусовата промишленост — най-големия промишлен сектор в Европа, в който работят най-много хора. Същевременно социалната политика на ЕС в стратегически план включва характеристика на работната сила на държавите-членки с определяне значимостта на връзката „болест - здраве“. [105]

Една от основните цели на провежданата политика е да се гарантира наличието на достатъчна и прозрачна информация относно произхода, съдържанието, етикетирането и използването на храните. В този аспект St. Gandolf и L. Hirsch отбелязват, че гражданите изпитват остра нужда, глад за информация и имат право на нея. Те ще търсят тази информация извън

първата точка на контакт по отношение на тяхното здраве, а именно лекаря и здравната служба, дори ако тя им се отказва или се скрива. [93, 94]

Потребителите трябва да са уверени, че купуваните от тях в Европа храни са безопасни. Първите правила на ЕС за хигиена на храните са въведени през 1964 г. Оттогава насам те постепенно се превръщат в активен, последователен и широкообхватен инструмент за защита на здравето на хората, животните и растенията, както и на околната среда. Правилата помагат да се гарантира и гладкото протичане на търговията с храни и фуражи.

Основни принципи

Общото законодателство на ЕС за храните се основава на следните общи принципи, които трябва да се прилагат от всички страни членки:

- Защита на общественото здраве, здравето на растенията, здравето на животните и хуманното отношение към тях
- Анализ на риска и независими научни съвети
- Предохранителни мерки
- Трябва да е възможно да се проследи произходът на всички продукти
- Прозрачност и ясна, недвусмислена информация относно храните и фуражите
- Ясно определени отговорности на всички участници в агрохранителната верига. Основна отговорност на всички участници в нея е да доставят безопасни храни на пазара
- Строг контрол и редовни проверки
- Обучение и образование [38]

ЕС, освен политика по безопасност на храните в общността, е част от световното семейство за управление на безопасността на храните и

опазване здравето на хората. За тази цел ЕС си партнира със световните организации действащи в тази област на интернационално ниво.

СЗО - клон Европа работи в сътрудничество и координация с главния щаб на СЗО, основен партньор на регионалното прилагане на глобалната стратегия за безопасността на храните.

В случай на извънредни ситуации и епидемии от хранителни заболявания, СЗО предоставя съдействие и консултации за държавите. Партньори са Организацията по прехрана и земеделие (FAO) на ООН, Световната организация за здравеопазване на животните (OIE), както и националните партньори и Центровете по сътрудничество на СЗО. Глобалната мрежа за хранителни инфекции (GFN) е основен партньор за обучение в областта на наблюдението на хранителни заболявания.

СЗО - клон Европа също си сътрудничи с и подпомага работата на Европейския орган за безопасност на храните (ЕОБХ) и Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC), и двете създадени от Европейската комисия (ЕК) за по-нататъшно засилване и подобряване на координацията и хармонизирането на националните служби за безопасност на храните.

Европейски Орган за Безопасност на Храните (ЕОБХ)

ЕОБХ е създаден през 2002 г. и се намира в Парма, Италия. Той извършва оценки на риска преди издаването на разрешения за продажба в ЕС на някои храни. ЕОБХ предоставя научни становища на Европейската комисия и страните от ЕС, за да им помогне да вземат ефективни решения за защита на потребителите. Той играе и много важна роля за бързата реакция на ЕС при свързани с безопасността на храните кризи. [38]

Работата на ЕОБХ обхваща всички въпроси с пряко или косвено въздействие върху безопасността на храните и фуражите, включително

здравето на животните и хуманното отношение към тях, растителна защита и опазване здравето на растенията и храненето. ЕОБХ подкрепя Европейската комисия, Европейския парламент и държавите-членки на ЕС при вземането на ефективни и навременни решения за управление на риска, които да гарантират защитата на здравето на европейските потребители и безопасността по хранителната верига за хората и животните. ЕОБХ също контактува с обществеността по открит и прозрачен начин по всички въпроси от своята компетенция.

ЕОБХ развива различни дейности, с които да информира обществеността относно актуални теми, свързани с безопасността на храните и здравето на гражданите в ЕС. Няколко пъти в седмицата публикува новини с обществена значимост. Организира конференции, пленарни срещи, информационни сесии по различни тематики, неотменно свързани с безопасността на храните. Също така издава и журнал с научни тези, публикации, информационни материали. ЕОБХ дава становища, експертни мнения, предлага промени, допълнения и изменения в директиви и регламенти на Европейската комисия, Европейския парламент и държавите-членки на ЕС.

ЕОБХ е изградила нова научна кооперативна програма, която да засили колаборацията между държавите-членки до 2016 г. и да насочи фокуса към подобряване на обмяната на знания и употребата на интелектуалност, експертност и ресурсност. Със споделени отговорности и цели, държавите-членки и ЕОБХ са се споразумели за една обща визия: "да работят заедно по съвместни приоритети, за да се гарантира безопасността на храните".

Програмата определя препоръките за оценка на риска на общите приоритети с държавите-членки. Главните цели на програмата са да се споделят работни програми, създаване на възможности за научно сътрудничество и изграждане на един съгласуван международен глас.

Акценти на Програмата

- ЕОБХ да удължи обществените консултации до осем седмици, когато е възможно и да препоръча на държавите-членки да организират обществени консултации.
- Различните нужди и очаквания на държавите-членки да бъдат оценени, за да се определи дали са възможни научни "групи" по сътрудничество, които да използват различни инструменти за сътрудничество.
- Летни курсове, менторинг и регионални възможности за обучение, възможности за обучение, материали за хора от не научни сфери и съответни заинтересовани страни, които могат да допринесат за съществуващите дейности за обучение.
- Как през следващите години ЕОБХ ще работи съвместно с институциите и органите на ЕС с мандат за оценка на риска, за да се гарантира последователен подход за оценка на риска на равнището на ЕС и да допринесе за международна хармонизация.

ЕОБХ и алергени в храни

Наболял въпрос, по който ЕОБХ работи регулярно, е алергенният лист и правилата за етикетиране, включително етикетирането на алергените на хранителните продукти.

ЕОБХ актуализира регулярно и дава научни препоръки относно хранителните алергени. Научното становище на Органа разглежда подробно всички алергенни продукти и вещества, чието присъствие в храната трябва да бъде посочено на етикета, съгласно законодателството на ЕС. Те включват зърнени храни, съдържащи глютен, мляко, яйца, ядки, фъстъци, соя, риба, ракообразни, мекотели, целина, лупина, сусам, горчица и сулфити.

Становището на ЕОБХ се основава на преглед на всички публикувани данни за разпространението на хранителни алергии в Европа. За всеки хранителен продукт или вещество в списъка на ЕС за алергени, се дава информация за:

- разпространението на алергии в не подбрани популации;
- протеини, идентифицирани като хранителни алергени;
- кръстосана реактивност;
- ефектите от преработването на храната по време на технологичните процеси в хранително-вкусовата промишленост върху алергенните свойства на храните или веществата;
- методи за откриване на алергени и алергенни храни, включително мас спектрометрия и ДНК методи, както и по-често срещаният имунологичен подход;
- дози, при които се наблюдава предизвикване на нежелани реакции при индивиди с такава чувствителност;

Панелът на ЕОБХ по диетични продукти, хранене и алергии (NDA) посочва, че разпространението на хранителни алергии е трудно да се установи, поради недостиг на налични изследвания за някои географски райони и използването на различни методологии за събиране на данни за разпространението. Въпреки това, ако се използват реакциите към храната като критерий за поставяне на диагноза, разпространението на хранителни алергии в Европа се оценява на около 1% за възрастни и деца.

Около 75% от алергичните реакции при децата са причинени от яйца, фъстъци, краве мляко, риба и ядки. Около 50% от алергичните реакции при възрастни са от плодове от групата на латекс и от семейство Rosaceae (което включва ябълки, круши, череши, малини, ягоди и бадеми), зеленчуци на семейството Apiaceae (което включва целина, моркови и ароматни билки) и различни ядки и фъстъци.

Панелът NDA отбелязва, че желанието да се определят прагове за някои алергенни храни е привлякло вниманието на много от регулаторните органи, асоциации на потребителите и индустрията. Научното становище обобщава наличните подходи за оценка на риска, които биха могли да спомогнат за решения за управление на риска относно етикетирането на алергените. Това са: традиционна оценка на риска, като се използва (NOAEL) подход – не наблюдавани нива за нежелани реакции, както и фактори на несигурности; Бенчмарк доза (BMD) и подхода на марж на експозиция (MoE); и вероятностни модели. Панелът набляга на това, че целта на оценката на риска - например, освобождаване от задължението за етикетиране и нивото на риск, което може да бъде приемливо, са решения за управление на риска, и по тази причина са извън компетенциите на ЕОБХ. Панел препоръчва проучванията за консумацията на храни да се адаптират, така че да събират данни за моделите на потребление на храна при индивиди с хранителна алергия и да се проучи как това се свързва с общата популация, която не е алергична към храни.

Научно становище на ЕОБХ се отнася до имуномедиирани хранителни алергии, до цъолиакия и до нежелани реакции към сулфити в храните. То не се отнася до не-имунологични нежелани реакции към храни, често известни като хранителна непоносимост. Документът актуализира предишното становище на ЕОБХ относно алергени, което е публикувано през 2004 г. [122]

Ангажираност на ЕС по отношение на контрол на риска

Система за ранно предупреждение

ЕС разполага със система за ранно предупреждение (RASFF), за да защитава хората от храни, които не отговарят на европейските правила за безопасност на храните. Чрез тази система се следи също дали храните

съдържат забранени вещества или твърде големи количества високорискови вещества, като остатъци от ветеринарни медикаменти в месото или канцерогенни оцветители в храните.

Когато бъде забелязана опасност, предупрежденията се изпращат в целия ЕС. Може да е достатъчно да се спре само една единствена партида, но при необходимост могат да бъдат преустановени всички доставки на даден продукт от ферма, завод или входно пристанище. Продуктите, които вече са в складовете или по магазините, могат да бъдат изтеглени.

Ефективни системи за бързо предупреждение

Системата на ЕС за бързо предупреждение за храни и фуражи (RASFF) бе пусната в действие през 1979 г. Тя позволява бърз и ефективен обмен на информация за храни и фуражи между всички заинтересовани органи на национално равнище и на равнището на ЕС. Системата помага на правителствата да действат бързо и координирано, за да избегнат рискове за безопасността на храните, преди да са нанесени вреди на потребителите, например като изтеглят продукти от пазара. През 2012 г. с помощта на RASFF бяха предадени 3424 уведомления. Повече от половината от тях бяха уведомления за спиране на внос на продукти на външната граница, тъй като те не са отговаряли на стандартите на ЕС за безопасност на храните.

RASFF позволи на ЕС да реагира бързо в защита на потребителите например през 2011 г. в случая с E. Coli и през 2013 г., когато редица страни от ЕС откриха следи от конско месо в продукти, подвеждащо обозначени като говеждо месо. Проверките за проследяемост започнаха същия ден и след това ЕС предложи нов план за действие за борба с измамите с храни, включващ преглед на проверките и по-строги финансови санкции. [38]

Проследяемост и управление на риска

Когато избухне голяма епидемия по животните или много европейски потребители пострадат от хранително отравяне, властите в ЕС могат да проследят движението на хранителните продукти по целия път обратно по веригата на производство без значение дали става дума за живи животни, продукти от животински произход или растения.

Тези дейности по проследяване и управление на риска се извършват с помощта на TRACES (Експертна система за контрол на търговията) — електронна система за граничен контрол и сертифициране на стоките.

Също така Комисията прилага правото на ЕС в областта на храните, като проверява дали всички страни от Съюза са включили неговото законодателство в националното си право и дали го изпълняват;

1.3. Безопасност на храните на Национално ниво

Хранителната промишленост в ЕС е на годишна стойност 750 млрд. евро, като компаниите, работещи в сектора, са 17 милиона. Това прави безопасността на храните тема номер едно както в България, така и в цяла Европа, като тя засяга не само интереса на потребителите, но и на една огромна индустрия. [39]

България като държава членка на ЕС

Благодарение на тези правила европейските граждани се ползват от едни от най-високите в света стандарти за безопасност на храните. По цялата агрохранителна верига се извършват задължителни проверки, за да се гарантира, че растенията и животните са здрави и че храните и животинските фуражи са безопасни, висококачествени, подходящо етикетирани и отговарят на строгите стандарти на ЕС.

На съвременния световен пазар поддържането на тези стандарти е изправено пред много предизвикателства. Някои от тях са:

- Предотвратяване на навлизането и разпространението в ЕС на болести по растенията и животните.
- Предотвратяване на предаването на болести от животни на хора. В момента има над 200 болести, които могат да се предават от животни на хора чрез хранителната верига, например салмонела.
- Гарантиране, че в целия ЕС са в сила общи правила, за да се защитят потребителите и да се предотврати нелоялната конкуренция.
- Защита на хуманното отношение към животните.
- Гарантиране, че потребителите разполагат с ясна, недвусмислена информация относно съдържанието и произхода на храните.
- Допринасяне за продоволствената сигурност в световен мащаб и предоставяне на хората достатъчен достъп до безопасна и качествена храна: прогнозира се, че до 2030 г. ще трябва да бъдат изхранвани 8 млрд. души, като се очаква търсенето на месни храни да нарасне. Световното производство на храни трябва да се увеличи поне с 40 %, за да отговори на тези нужди, като 80 % от това увеличение ще трябва да бъде осигурено от по-интензивно производство на култури.

Според правилата на ЕС се извършват строги проверки, за да се гарантира, че всички продукти, влизащи в хранителната верига, отговарят на съответни стандарти. Те включват тестове за вредни остатъци от ветеринарни медикаменти, пестициди и замърсители като диоксини. [38]

Международният опит показва, че проблемите, свързани с намаляване на хранителните дефицити, на заболяемостта и смъртността от редица неинфекциозни болести (сърдечносъдови заболявания, затлъстяване, диабет тип 2, някои видове рак, зъбен кариес, остеопороза и др.), както и проблемите, свързани с безопасността на храните, осигуряването на пълноценна и здравословна храна, достъпна за цялото

население, могат да бъдат решени най-ефективно чрез приложение на единна национална политика по отношение на храните и храненето. [166, 167]

На национално ниво оперират различни държавни органи, занимаващи се с безопасността на храните и опазване на общественото здраве. Някои от тях са Национален център по общественото здраве и анализи, Българската агенция по безопасност на храните, Регионални здравни инспекции.

Национална Здравна стратегия 2014-2020

Националната здравна стратегия (2014 – 2020) е израз на очертавания се консенсус, както между експертите в областта на здравеопазването, така и между институционализираните и неформалните структури на гражданското общество относно необходимостта от рязък прелом в здравната политика за трансформиране на здравната система с акцент върху *промоцията на здраве и профилактиката на болестите*.

В резултат на такъв консенсус през миналия век бяха постигнати забележителни успехи в борбата с масово разпространени остри заразни болести като маларията, туберкулозата, детския паралич, дифтерията, скарлатината, коклюша, чревните инфекции и др. Ако в началото на XX век заразните болести са заемали едно от първите места сред причините за смъртността на населението у нас, през 2012 г. техният относителен дял в структурата на смъртността е едва 0.6% (8.6 на 100 хил. от населението). Тези и редица други полезни инициативи в областта на общественото здравеопазване и в социално-икономическата и културната сфери доведоха до увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на населението в България от 51.7 години през периода 1935 – 1939 година, на 74.0 години през периода 2010 – 2012 година.

В настоящия момент смъртността от инфекциозните и другите остро протичащи болести рязко намаля, но нараства значително относителният дял на смъртността от хронични незаразни болести – сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, диабет и хронични белодробни болести. Днес приблизително 66% от умиранията са за сметка на болестите на органите на кръвообращението. Ракът е отговорен за други 16.7%. Злополуките, в т.ч. транспортните, вземат не малък брой жертви, причинявайки смърт и неработоспособност, особено сред младите хора. Повечето от притискащите ни здравни проблеми могат да бъдат предотвратени. Здравословното хранене, регулярната физическа активност, избягването на тютюнопушенето, на прекомерния прием на алкохол, на злоупотребата с лекарствени средства, получаването на профилактични услуги и ваксинации, използването на предпазните колани в автомобилите са само някои от начините, с които хората могат да запазят своето здраве. Затова инвестициите в превенция допълват и подкрепят лечението и очакваните грижи. Профилактичните политики и програми могат да бъдат с висока ефективност, да намаляват разходите за здравеопазване и повишават продуктивността. Сърцевинната ценност на Националната здравна стратегия (2014- 2020) е, че българите могат да живеят по-дълго и в по-добро здраве чрез промоция на здравето и превенция на болестите.

Правителствените здравни политики през следващите години трябва да бъдат насочени срещу рисковите фактори за общественото, семейното и индивидуалното здраве. Тези политики трябва да бъдат структурирани в посока към активна превенция на хронични заболявания, а не към действия, които са насочени единствено към ефективното им лечение, след като те вече са настъпили. [69, 71, 72]

2.Актуални предизвикателства и тенденции пред политиката по безопасност на храните и опазване на общественото здраве

Обществено здраве

В наши дни се налагат и утвърждават ценностите за опазване и промоция на общественото здраве. Обществено здраве е „науката и изкуството за превенцията на болести, удължаване на живота и промоция на здравето чрез организирани усилия и информиран избор на обществото, на организации - обществени и частни, на общности и индивиди.” [168, 169]

Фокусът на общественото здраве е предотвратяване и управление на заболявания, травми и други здравни състояния чрез наблюдение на случаи, промоция на здраве чрез насърчаване на здравословното поведение, наблюдение на общности и околна среда. Много заболявания могат да бъдат предотвратени чрез прости, немедицински методи. От друга страна, лечението на дадено заболяване или контролиране на патоген причинител на заболяване могат да бъдат от жизненоважно значение за предотвратяване на разпространението на заболяването.

Целта на общественото здраве е да се подобри здравето на населението и качеството на живот чрез превенция и лечение на заболявания и подобряване на физически и психични състояния, както и чрез насърчаване на здравословно поведение, което включва безопасно и здравословно хранене. Именно сферата на Обществено здраве трябва да се занимае с проблемите по безопасността на храните и информацията относно предлаганите на пазара храни, достигаща до различни части на обществото.

Исторически поглед на Общественото здраве

От 1980 г. нарастващото поле на популационното здраве разшири фокуса на общественото здраве от индивидуалното поведение и рисковите фактори към разглеждането на проблемите на ниво население. Съвременното и модерно обществено здраве често се занимава с определяне детерминантите на здравето в популацията, в общността. Признато е, че здравето се влияе от много фактори, включително, местоживеене, генетика, доход, образование, здравни услуги, производство и консумация на хранителни продукти, социални взаимоотношения и други. Те са познати като „Социалните детерминанти на здравето” и са нагледно показани на фиг. 3 и фиг. 4. [120]

Модел на детерминантите на здравето, създаден от Далгрен и Уайтхед



Източник: Dahlgren/ Whitehead: C3O Европа 2007 г.: „European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2” (Европейски стратегии за справяне със социалните неравенства по отношение на здравето: изравняване, част 2) Справка с D&G / предишен източник 1993 г.

Фиг. 3 Модел на детерминантите на здравето

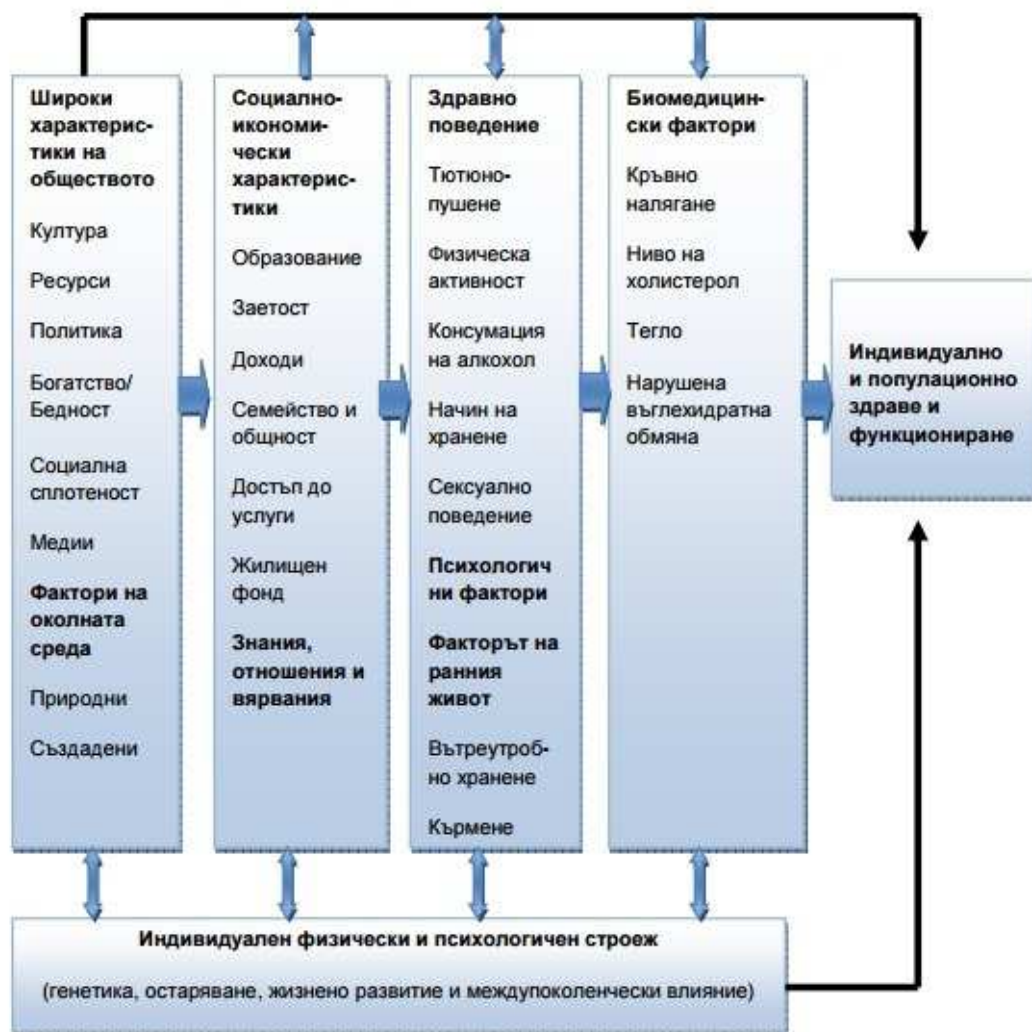
Най-съществено влияние върху здравето на гражданите имат социално-икономическите фактори на обкръжаващата ги среда (50%), следвани от начина на живот на отделните граждани, семейството, групите и обществото (20%). Социално-икономическите условия на живот силно влияят върху модела на хранене на населението в България и са свързани както с позитивни, така и с някои неблагоприятни тенденции в консумацията на храни. [49, 59, 70] Въздействието на здравната система върху индивидуалното, груповото и общественото здраве е в рамките на едва 10%. Трябва да се отбележи, че и самата здравна система изпитва допълнително външни въздействия, които оказват влияние върху нейната ефективност. Именно начинът на живот оказва два пъти по-голямо влияние върху здравето на човека в сравнение със системата на здравеопазването. Храненето е основна част от начина на живот на всеки един от нас.

Храненето като детерминанта за здраве и мениджмънтът на безопасността на храните имат ключова роля за запазване и подобряване на равнищата на общественото здраве. Според ЕС повечето хронични незаразни заболявания са свързани с четири рискови фактора:

- тютюнопушене
- небалансиран хранителен режим
- консумация на алкохол
- липса на физическа активност

Също така седем рискови фактора за преждевременна смърт са свързани с хранителни навици и навици, свързани с физическата активност. Това са високо кръвно налягане, високи стойности на холестерола, висок индекс на телесната маса, недостатъчна консумация на плодове и зеленчуци и злоупотреба с алкохол, тютюнопушене. [38, 40]

Концептуална рамка за детерминантите на здравето



Източник: AIHW: adapted from Australia's Health 2008

Фиг. 4 Концептуална рамка на детерминантите на здравето

От посоченото до сега става ясно, че небалансираният хранителен режим е един от четирите рискови фактора за възникването на повечето хронични незаразни заболявания и че седем от рисковите фактори за преждевременна смърт са свързани с хранителни навици и навици, свързани с физическата активност. [117] Съответно се очаква, че мениджмънтът на безопасността на храните и политики по подобряване на факторите свързани с храненето, които се определят като горепосочените рискови фактори, ще подпомогнат снижаването на някои видове хронични

неинфекциозни заболявания и намаляване нивото на преждевременна смъртност. Мениджмънтът на безопасност на храните цели подобряване на нивото на общественото здраве и здравното състояние на населението.

Взръката между храните и риск от възникването на заболявания. Епидемиологията като неразделна част от безопасността на храните

Когато говорим по проблематика, свързана с безопасността на храните и опазване на общественото здраве, неминуемо трябва да обърнем поглед към епидемиологията. Епидемиологията е наука, самостоятелен клон на медицинската наука, която изучава причините за възникването и разпространението на болестите в човешките общества и прилага получените знания за ограничаване и ликвидиране на тези болести, тоест в областта на общественото здраве. Можем да разделим причините за възникване на заболяванията на физични, химични и биологични, като с най-висока степен на тежест на риска са биологичните опасности.

С възникването на епидемиологията като наука започват да се изучават основните причинно-следствени връзки между дадено явление и заболяване, както и ефектите върху здравето. Именно с пионерската си работа в бактериологията, френският химик Луи Пастър и немският учен Робърт Кох създават методи за изолиране на бактерии, отговорни за дадено заболяване и разработват ваксини за защита в началото на 20-ти век. Британският лекар Роналд Рос идентифицира комара като носител на малария и положи основите за борба с болестта. Джоузеф Листър прави революция в хирургията чрез въвеждане на антисептични операции за предотвратяване на инфекцията. Френският епидемиолог Пол-Луис Симонд доказва, че чума се причинява от бълхи от гърба на плъхове и американците Уолтър Рийд и Джеймс Карол доказват, че комари носят вируса, отговорен за жълта треска. [121, 139, 151] Откриването на

причинители за даден вид заболявания, ни предоставя възможност за идентифициране на риска за заболяване, превенция и лечение с цел опазване на общественото здраве.

Като най-честите причини за смърт в ЕС, ЕК сочи :

- сърдечносъдови заболявания
- рак
- заболявания на дихателните пътища

Тези заболявания често са предотвратими, което означава, че наличието на надеждни данни за причините за смърт може да доведе до подобряване на здравните политики, насърчаване на доброто здраве и намаляване на здравните неравенства.

Сърдечно съдови заболявания

Около 2 - 2.5 млн. българи имат сърдечно - съдови заболявания. ССЗ са с най-високата смъртност в Европа, включително и в България - 62% - 65%. Близко 50 хиляди души годишно страдат от сърдечен инфаркт, от тях около 18 хиляди умират вследствие на това. 30% от инфарктно болните загиват преди настъпване на лекарска помощ. 25 хиляди души годишно страдат от инсулт (мозъчен удар), от тях около 5 хиляди умират, а мнозина продължават живота с трайни увреждания. Сърдечно съдовите заболявания са причина за загуба на работоспособността Ви.

Днес е напълно доказана ролята за сърдечно - съдовите заболявания на фактори като тютюнопушене, употреба на алкохол, рафинирани храни (бяло брашно, захар, готварска сол в големи количества и т.н.), животински мазнини, липса на достатъчно движение, прекомерен стрес в ежедневните дейности. Тази съвкупност от фактори нарушава обмяната на веществата /на първо място мастната/, започва повишено отлагане на холестерин по кръвоносните съдове, образуване на тромби. Натрупаните токсини в черния дроб, бъбреците, далака не позволяват на органите да филтрират и пречистват кръвта докрай, това води до втвърдяване на артериалните

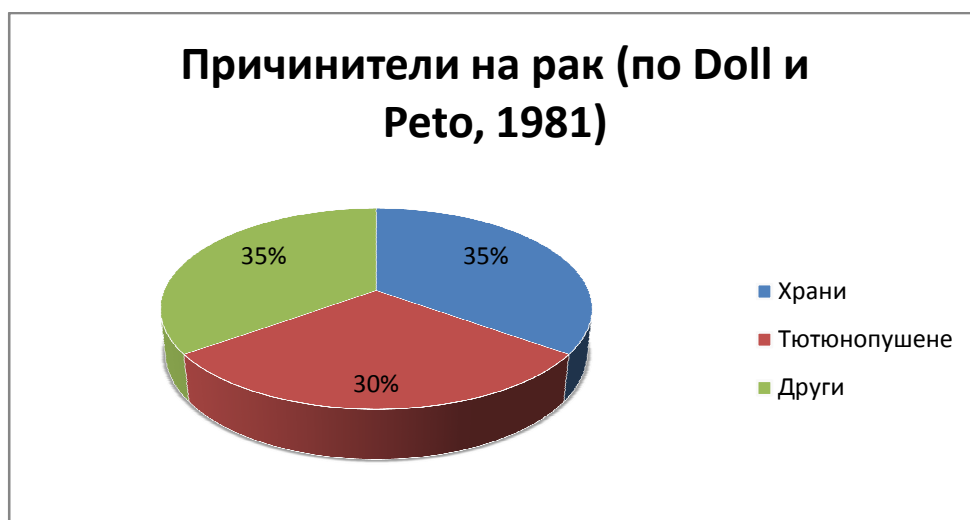
стени, поява на хипертония. Две трети от хората са с прекаран инсулт или инфаркт. Те представляват основен дял от заболяванията на населението във всички страни в света и са основна причина за смърт през последните десетилетия. [88]

Ракови заболявания

Хранителни фактори за канцерогенезата - хранителните фактори могат да повлияят на всеки от различните стадии на развитие на рака - инициация, промоция и прогресия или превенция на генетичните алтерации. Световният фонд за изследвания на рака оценява, че над 30% от всички неоплазми в Европа и САЩ са свързани с хранителни фактори.

Рискът за възникване на ракови процеси може значително да бъде намален при положителна промяна в хранителното поведение. Счита се, че средно при 32-35% от случаите на рак може да се постигне превенция чрез модифициране на храненето, като протективният ефект за различните видове рак варира от 10% за рака на белия дроб, 50% за рак на гърдата, до 75% за колоректален рак и рак на стомаха. [67]

Още през 1981 Дол и Пето правят проучване за причинителите на рак. [103] Те разкриват, че делът на храненето заема над 35% като причина за възникване на ракови заболявания, представени на фиг. 5



Фиг. 5 Причинители на рак

Значението на храната за съществуването на индивида

Говорейки за риска от консумация на хранителни вещества и други такива, намиращи се в хранителните продукти, не бива да пренебрегваме и ползите от други хранителни вещества и ползотворното им влияние върху човешкото здраве.

Храненето само по себе си е основно биологично явление, което се е зародило на земята заедно с появата на първата жива клетка. У човека, най-висшето и съвършено същество, също става непрекъсната обмяна на веществата от външната среда с живия организъм.

Функционирането на човешкия организъм е невъзможно без храненето - основен жизнен процес, свързан с приемането, преработването и усвояването на храна от околната среда, необходима за изграждане и обновяване на клетките и тъканите, осъществяване и регулиране на жизнените функции на организма, както и компенсиране на изразходената от него енергия. Храната влияе върху химическия състав на тъканите и върху обмяната на веществата.[50] Правилното хранене осигурява здрав и работоспособен организъм, повишава неговите защитни сили и му дава възможност да се приспособява по-лесно към разнообразните влияния на околната среда.

Храната на човека представлява сложно съчетание на различни хранителни продукти, които съдържат разнообразни по количество и качество хранителни вещества, вода и витамини. Познаването на химическия състав на храната дава възможност да се определи нейната биологична стойност. Човек, във всички възрасти, се нуждае от подходяща храна. Съставът на храната трябва да зависи не само от възрастта, но и от климатичните особености, от бита и характера на труда, от индивидуалните особености на организма, от пола, а също и от вкусовите навици на дадения народ. Това определя основното биологично значение

на храненето, както за здравия, така и за болния човек. (Акад. Т. Ташев – 1979 г.)

Храната има двуполюсна същност: от една страна храната е рисков фактор, а от друга храната е предпоставка за здраве.

Здравето се определя като "състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто отсъствие на болест или недъг", както е определено от Световната здравна организация, Организацията на обединените нации".[131]

От гледна точка на мениджмънта на безопасност на храните ще разглеждаме храната като рисков фактор с цел опазване на общественото здраве чрез информираност на обществото.

Предизвикателства пред политиката по безопасност на храните

Гарантиране на безопасната употреба на пестициди

Синтетичните пестициди са широко използвани в индустриалното селско стопанство в целия свят от 1950 г. насам. С течение на времето, много от тези химикали са станали изключително широко разпространени в нашата околна среда в резултат на широката им повтаряща се употреба и, в някои случаи, на тяхната устойчивост към средата. При някои от тях, времето, в което силата им на действие намалява, е изключително дълго. Затова, дори и да са били забранени преди десетилетия, например ДДТ (дихлоро-дифенил-трихлоретан) и неговите вторични продукти, периодично биват намирани в околната среда днес.

А "пестициди" е нещо, което пречи, унищожава или контролира вредител (pest означаващо вредител) или заболяване, или защитава растенията, или растителните продукти по време на производство, съхранение и транспорт .

Продуктите за растителна защита, наричани най-често пестициди, се използват предимно за защита на културите от щети, нанесени от

вредители и болести. В ЕС тяхното използване е строго регламентирано, за да се гарантира, че съдържащите се в тях химикали нямат нежелани странични ефекти върху хората или околната среда.

“Под влиянието на пестицидите, с които обикновено се обработват зърнените култури, се намалява срокът на бременността и се раждат деца с тегло под нормата”, твърдят експерти от Детската болница във Ванкувър (Канада) след направено проучване при 300 бременни жени.

Изследвания също така свързват по-високи излагания на пестициди с повишена честота с няколко типа рак (рак на простатата, белите дробове и други), както и невро-дегенеративни заболявания като Паркинсон и болестта на Алцхаймер. Налице са и доказателства, според които някои пестициди могат да нарушат нормалните ендокринни функции и имунната система на организма. Макар механизмите на такива въздействия да не са добре разбрани, ясно е, че в някои случаи, ензимните функции и някои важни механизми за сигнализация на нивото на клетките могат да бъдат нарушени. [34]

Последиците от попадане на пестициди в човешкото тяло се свързват с:

- § Негативен ефект върху нервната система
- § Проблеми с кожата, очите и белите дробове
- § Вреден ефект върху хормоналната система
- § Канцерогенност

Продуктите за растителна защита не се използват или продават в ЕС, докато тяхната безопасност не бъде щателно оценена съгласно предписаните условия за използване. Активните вещества, използвани в продуктите за растителна защита, преминават строг процес на одобряване, който изисква щателна оценка от ЕОБХ на тяхното въздействие върху здравето на хората и животните и върху околната среда. Въз основа на оценката на ЕОБХ Европейската комисия решава дали дадено вещество

може да бъде одобрено за използване на равнището на ЕС. Като се има предвид голямото разнообразие от земеделски нужди и климатични и екологични условия в ЕС, окончателната отговорност за разрешаването и контрола на пускането на пазара на продукти за растителна защита, които съдържат одобрени активни вещества, е на страните членки.

В правилата на ЕС за пестицидите са определени също така „максимално допустими стойности на остатъчни вещества“, които определят максималното количество остатъци от пестициди, позволено в храни и фуражи. [38]

Отговор/Регулации:

- Министерство на Здравеопазването, Наредба № 2 от 23 януари 2015 г. за максимално допустимите количества на остатъци от пестициди във или върху храни [54]
- Регламент за изпълнение (ЕС) № 400/2014 на Комисията от 22 април 2014 година относно координирана многогодишна контролна програма на Съюза за 2015, 2016 и 2017 г. за гарантиране спазването на максимално допустимите граници на остатъчни вещества и пестициди и върху храни от животински и растителен произход и за оценка на потребителската експозиция на тези остатъчни вещества[80]
- Регламент (ЕО) № 396/2005 на Европейския парламент и на Съвета от 23 февруари 2005 г. относно максимално допустимите граници на остатъчни вещества от пестициди във и върху храни или фуражи от растителен или животински произход [79]

Генетично модифицирани организми

Развитието на човешките знания позволиха в края на XX век за първи път изкуствена намеса на хората в гените на бактерии, вируси, растения и животни. Бяха създадени изкуствено генетично модифицирани

организми (ГМО). Съгласно Директива 2001/18/ЕС „генетично модифициран организъм е този, при който има генетично изменен материал по начин, който не настъпва естествено при чифтосване и/или естествена рекомбинация.”

При генетично модифицираните организми гените са умишлено променени от човека, без това да е настъпило при естествени условия. Генетично модифицираните организми (ГМО) са създадени, за да им се придаде ново свойство. Това могат да бъдат например растения или култури, устойчиви на суша, издържащи на хербициди или на определени насекоми или притежаващи подобрена хранителна стойност. За сега генетична модификация на организми най-често се прилага при генетично модифицирани храни, суровини и при някои лекарства. ГМО могат да бъдат растения, животни или микроорганизми, като бактерии, паразити и гъбички.

Създателите на ГМО твърдят, че те са по-устойчиви на болести и вредители спрямо конвенционалните и дават по-големи добиви с по-малко разходи. След 1990 г. с генетично модифицирани земеделски растения се засяват все по-големи площи. През 2007 г. те заемат 1200 милиона декара обработваема площ, като 90% от тях са на територията на четири държави – САЩ, Аржентина, Бразилия и Канада. През последните години в Индия и Китай също се разширяват земеделските площи с генетично модифицирани растения. В Европа засаждането и отглеждането на генетично модифицирани земеделски растения е поставено под строг контрол и регулации. В Европейския Съюз са приети редица Регламенти и Директиви относно генетично модифицираните храни и фуражи. Според Регламент (ЕС) No 1831/2003, всички хранителни или фуражни продукти, включително тези, предназначени директно за преработка, са предмет на задължението за етикетиране, когато те се състоят, съдържат или са произведени от ГМО [86]. Само следи от ГМО, могат да бъдат освободени

от това задължение, ако те не надвишават прага от 0,9% и ако тяхното присъствие е случайно и технически неизбежно. Също така държавите-членки осъществяват мерки за инспекция и контрол на продукти, включително вземане на проби и извършване количествени и качествени анализи на храни и фуражи. Тези мерки водят до възможност на държавите-членки да оттеглят от пазара продукт, който не съответства на тези условия.

Най-много земеделски площи, засяти с генетично модифицирани култури в Европа, има във Франция, Испания и Чехия. Над 50 страни, включително всички страни членки на ЕС, както и голяма част от страните в Азия изискват етикетиране на генетично инженераните храни. [43]

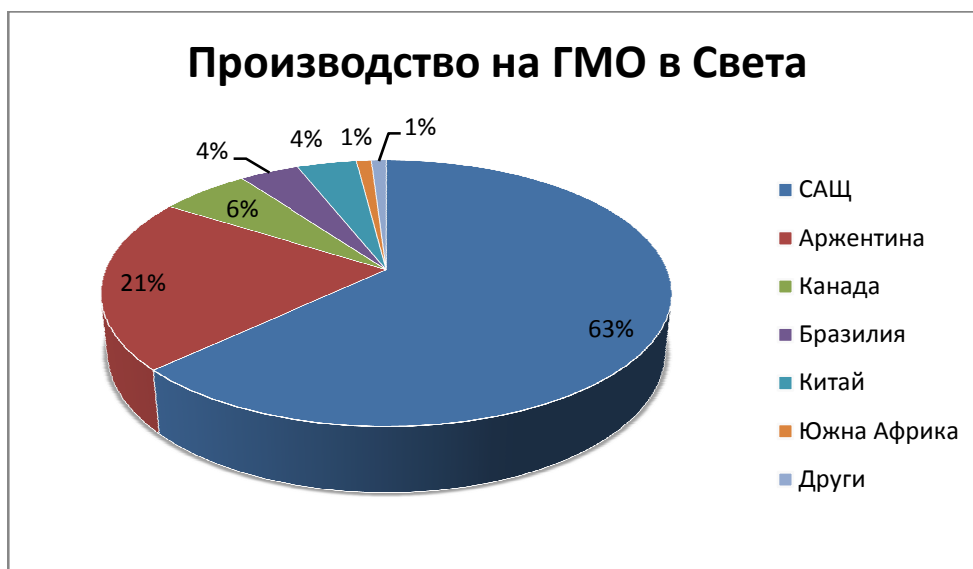


Фиг. 6 Карта на страните със и без задължително етикетиране на ГМО

Все по-наболял проблем в съвременното е създаването и консумацията на генетично манипулирани храни и организми. Не случайно в Съединените щати и десетки страни по света се състояха протести през 2013 г. срещу компанията за генно модифицирани семена Monsanto – най-

голямата в света. Организаторите на така наречения "Марш срещу Monsanto " заявяват, че с проявата в 250 града искат да привлекат вниманието на хората към опасността, която представляват генно модифицираните храни и фирмите производителки. [143, 144, 145]

Докато има само няколко изследвания за безопасността от консумиране на ГМ животни, за вредата от ГМ културите има планини от доказателства и следва да се проведат още тестове. Плъхове, хранени с ГМ царевица, развили проблеми с деленето на кръвни клетки. Тези, хранени с ГМ соя, развили проблеми с деленето на чернодробните клетки, а дробовите на тези, хранени с рапица, стават по-тежки. Прасета, угоявани със ГМ царевица, развиват псевдобременност или стерилитет. Крави, хранени с ГМ царевица в Германия, загиват мистериозно. При пилетата, след хранене с ГМ царевица, броят на загиналите е 2 пъти по-голям в сравнение с периоди, когато пилетата се хранят с немодифицирана царевица. [132]



Фиг. 7 Процентно разпределение на производството на ГМО в Света

Пускането на ГМО на пазара в ЕС се контролира стриктно. Те могат да се използват в ЕС само ако са получили предварително разрешение. ГМО получават такова разрешение, ако се смятат за безопасни за хората, животните и околната среда. След като бъдат разрешени, те трябва да

бъдат контролирани по подходящ начин за всякакви непредвидени въздействия. ГМО могат да бъдат разрешени за храни и фуражи и/или за отглеждане. Заявленията се управляват на равнището на ЕС съгласно процедурата, определена в съответното законодателство на Съюза. Това включва оценка на заявлението от Европейския орган за безопасност на храните (ЕОБХ), както и от националните органи на страните членки. Комисията може да предложи даден ГМО да бъде разрешен само когато има благоприятна оценка на риска от ЕОБХ. Страните членки гласуват в регулаторен комитет по предложеното от Комисията решение за даване на разрешение.

След като даден ГМО бъде разрешен на равнището ЕС, страните членки могат да приемат предпазни клаузи на национално равнище, ако бъде открит сериозен риск за здравето или околната среда.

Ако даден продукт съдържа, състои се от или е произведен от разрешен ГМО, това трябва да бъде посочено на етикета освен ако не става дума за неизбежно и непреднамерено наличие на ГМО под 0,9 %. Правилото за етикетиране не важи за продукти, които са получени от животни, хранени с ГМО. Комисията извършва проучвателно изследване относно схемите за етикетиране за липса на ГМО, за да оцени евентуалната нужда от хармонизация в тази област. [38]

За отличаване на продуктите свободни от ГМО на етикетите компаниите производители поставят лесно разпознаваеми знаци за отличаване на тези продукти. Някои от тях са:



Фиг. 8 Лесно разпространяеми знаци на продукти свободни от ГМО

Трябва да се отбележи, че осем страни от ЕС - България, Франция, Германия, Люксембург, Австрия, Унгария, Гърция и Полша, поддържат предпазни клаузи, които забраняват на тяхна територия отглеждане на култури от ГМО царевица, разрешени за отглеждане в ЕС.

Прибързаното, без достатъчно наблюдения и опит, широко въвеждане на генетично модифицираните организми създава предпоставка за поредното голямо човешко разочарование в опитите да бъде коригирана природата. През 1939 година със същите на пръв поглед разумни доводи беше въведен първият модерен за това време пестицид ДДТ. След 20 години той беше забранен в целия свят заради многобройните му странични и токсични ефекти. Независимо, че тази забрана съществува десетки години, изследвания показват наличие на ДДТ в много растения, животни, почви и води. В целия Свят има отрицателни последици за живата материя. Последиците от прибързаното и недостатъчно добре проучено въвеждане на генетично модифицираните организми заплашва да бъде значително по-тежко от това на пестицидите. На този етап от човешките познания при генното инженерство няма разработени достатъчно сигурни методи и средства за точно имплантиране на новите гени. Създава се възможност за получаване на нови непознати живи организми, различни от първоначалния замисъл. Това най-добре се вижда при микроорганизмите. Една от основните задачи при ГМО е промяната на гените така, че новите организми да бъдат резистентни на определени вируси, бактерии или вещества, отделяни от тях. При хранене с новите генетично променени храни микроорганизмите в дебелото черво на човека или животните приемат тези нови резистентни гени. Резултатът е създаването на нови супербактерии в дебелото черво резистентни на съществуващите антибиотици и други лекарства. Новите супербактерии подтискат развитието на останалите естествени микроорганизми, произвеждащи витамини и други биологично активни вещества. При

отслабена имунна система или при дисбактериоза новите супербактерии не се повлияват от известните лекарства. Заболяванията започват да протичат тежко, появяват се нови симптоми и цели болести, лечението е трудно, продължително или завършва фатално. Създава се постоянна дисбактериоза, увеличава се образуването на ендотоксини и канцерогени, зачестяват раковите, имунните и сърдечно-съдовите заболявания. Особено бързо нараства броят на хората с алергични заболявания. Освен установените причини за тях от дисбактериозата, химическите вещества или медикаменти, тук се включва и нов момент. Протеините на генетично модифицираните организми са с нов състав, непознат на организма до сега. Тези нови протеини се явяват антигени, организмът започва да образува спрямо тях антитела в голямо количество и се стига до алергични реакции спрямо новите генетично променени земеделски и други продукти.

Промяната в състава на храните през последните два века и използването на пестициди, ГМО, различни подобрители в храните без ясна представа за последствията върху човешкото здраве водят до бум на нов тип болести свързани с храненето.

Алергени в храни и хранителна алергия

В последните десетилетия с урбанизацията, навлизането на нови материали в бита и промишлената преработка на храните се повишава рискът от хранителни алергии и се появяват нови алергени. Алергичните болести са с нарастваща честота във всички възрастови групи, като една от най-разпространените алергии е хранителната алергия.

Хранителната алергия е обществено здравен проблем, който засяга деца и възрастни и чието разпространение се увеличава. В момента не съществува лечение за хранителна алергия, но последните изследвания показват, че началото на въвеждането на някои хранителни алергени може

да доведе до намаляване на развитието на хранителна алергия.

Думата „алергия” произлиза от гръцките думи *allos* – друг, различен и *ergos* – дейност. Тя е използвана за първи път през 1906 г. от Виенския педиатър Барон Клеменс Фон Пирке. Той пише, че понякога човешкият организъм реагира на безвредни вещества от околната среда „антигени” по необичаен начин, възприема ги за врагове и образува имунни антители срещу тях. В този случай антигените са известни под името алергени и свръхчувствителността след предшестващ контакт с тях е в резултат на прекомерна защитна реакция на имунната система.

Хранителната алергия е състояние, което засяга 5% от децата и 4% от възрастното население на САЩ. Алергичната реакция към храна може да варира от лек сърбеж до анафилактичен шок, тежка и животозастрашаваща алергична реакция. Към момента, единственият начин за превенция на алергична реакция е чрез избягване на храни причиняващи хранителната алергия.

Националният институт по алергология и инфекциозни заболявания, САЩ е посветен на оказването на подкрепа за по-добро разбиране, превенция и управление на хранителни алергии. Последните проучвания са установили, че почти 1 от 20 малки деца на възраст под 5 години и почти 1 от 25 възрастни са алергични към най-малко една храна. [146]

Какво е хранителна алергия?

Хранителната алергия се дефинира като имунологично медирана реакция на свръхчувствителност към хранителни протеини, които са безвредни, но чужди на имунната система на човека. Основни рискови фактори за поява и развитие на хранителна алергия са фамилната обремененост и факторите на околната среда, от които особено важен е приемът на чуждородни протеини, като например краве мляко, яйца, риба, соя. [75]

Най-често срещаните алергии включват алергени като ядки, мляко, яйца, черупкови плодове, риба, морска храна, соя и зърнени култури - тези храни се считат за причинители на над 90% от алергичните реакции. [129] Най-често срещаната хранителна алергия при възрастните е от морски дарове, фъстъци, черупкови плодове, риба, яйца. Най-честите хранителни алергии при децата са към мляко, яйца, фъстъци и черупкови плодове. Шест до осем процента от децата под тригодишна възраст и почти четири процента от възрастните имат хранителни алергии. [127, 138, 157]

В Централна Европа, по-често срещана е алергията към целина. В Япония - алергия към брашно от елда, което се използва за приготвянето на соба юфка. Алергия към месо се среща изключително рядко в общата популация, но географско струпване на хора, алергични към месо е било наблюдавано в Сидни, Австралия. [142, 159] Изглежда, че има вероятност да се направи връзка между локална реакция към ухапване от кърлеж и развитието на алергия към месо.

Съществуват алергии към плодове като цитрусови плодове, ябълки, праскови, круши, плодове от хлебно дърво, ягоди и др. Смята се, че това е асоциирано с алергия към полени, но също така може да се дължи и на други фактори. Реакциите могат да бъдат тежки. [116]

Алергия към царевица също може да бъде широко разпространена в много популации, въпреки че може да бъде трудно да се разпознае в области като Съединените щати и Канада, където царевични производни са често срещани в доставките на хранителни суровини. [148, 149]

Алергията представлява реакция на свръхчувствителност на имунната система в отговор на определени чужди за организма вещества. Реакцията се определя като свръхчувствителна, защото тези чужди вещества обикновено се възприемат като безобидни от здравия организъм и не предизвикват реакция. У алергични хора същите тези вещества се наричат алергени и предизвикват бурна реакция от страна на имунната

система.

Реакцията на свръхчувствителност представлява силно завишено активиране на определени бели кръвни клетки, известни като мастоцити и базофили. Това активиране се предизвиква от определени антитела от клас IgE.

Хранителната алергия е неблагоприятен за здравето ефект, произтичащ от специфичен имунен отговор, който се проявява при излагане на дадена храна. Хранителни алергени са частите на храни или съставки в храните (обикновено протеини), които се разпознават от имунните клетки. Когато имунна клетка се свърже с хранителен алерген, настъпва реакция, която причинява симптоми на хранителна алергия.

Повечето хранителни алергени предизвикват реакции, дори и след като са сварени или храносмелени. Някои масла или олиа като соево, царевично, фъстъчено, сусамово могат или не могат да бъдат алергени (да причинят алергия), в зависимост от това как те се обработват.[138, 141]

"Алергия" и "алергично заболяване" се отнасят до състояния, които включват промени в имунната система. Промените в имунната системата, а именно имуноглобулин Е (IgE) опосредствани-симптомите, са резултат от взаимодействие между даден алерген и тип антитяло известен като IgE, което се счита, че играе важна роля в алергичните реакции.

Ако сте с повишена чувствителност към хранителен алерген, това означава, че тялото ви е направило специфично IgE антитяло към тази храна алерген, но вие може да имате или да нямате симптоми на хранителна алергия. Някои от тези симптоми са показани на Таблица 1.

Табл. 1 Симптомите на алергични реакции, предизвикани от храна според Национален институт по алергология и инфекциозни заболявания, САЩ

Засегната част на организма	Симптоми, проявяващи се веднага	Симптоми с отложена проява
Кожа	Зачервяване; Сърбеж; Уртикария; Ситни обриви; Оток	Също като симптомите, които се проявяват веднага + Обрив, подобен на екзема и зачервяване
Очи	Сърбеж; Сълзотечение; Зачервяване; Отоци около очите	Също като симптомите, които се проявяват веднага
УНГ	Запушване на носа; Сърбеж; Кихане; Храма; Отоци; Дрезгав глас; Суха кашлица; Оток на езика, устните, небцето	Също като симптомите, които се проявяват веднага
Дихателна система	Кашлица; Стягане в гърдите; Недостиг на въздух; Хрипове; Експекторация	Също като симптомите, които се проявяват веднага
Стомашно-чревни	Гадене; Колики; Болки в стомаха; Рефлукс; Повръщане; Диария	Също като симптомите, които се проявяват веднага + кръв в изпражненията +раздразнен стомах +отказ от храна и загуба на тегло (при малки деца)
Сърдечно-съдова система	Ускорена сърдечна дейност; Ниско кръвно налягане; Виене на свят; Припадък; Загуба на съзнание	Също като симптомите, които се проявяват веднага
Други	Маточните контракции; Чувство за "предстояща гибел"	

Трябва да се направи разлика между хранителна алергия и хранителна непоносимост. Хранителни непоносимости са вредни последици за здравето, причинени от храни. Те не включват директен орговор от имунната система. Например, при непоносимост към лактозата, липсва ензимът лактаза, който разгражда лактозата, захар намираща се в млякото. [134, 153, 154]

Класическата алергия към храни е качествен процес. Тя може да настъпи след прием на изключително малки частици от съответната храна.

Често алергични реакции се получават и след прием на храни, за които се знае, че не са алергени за определен пациент, но те са били приготвени по начин, който е позволил да бъдат смесени, макар и в незначителни количества с храни, които са алергени. Това не е отбелязано от производителите на такива храни и създава риск от възникване на тежки анафилактични реакции. В тези случаи е затруднено и поставянето на етиологична диагноза. Хранителни белтъци биха могли да предизвикат алергична реакция и по инхалаторен начин – при варене на такива продукти и контакт с изпаренията. Това е не особено познат начин за възникване на хранителна алергия. Интересни проучвания сочат, че пациенти с алергия към соя и фъстъци биха могли без проблем да приемат олио от тези продукти. Предполага се, че при студеното пресоване се елиминират основните протеини, водещи до алергия. [27, 118, 136]

Рискови фактори за развитие на хранителна алергия са[122]:

- Фамилна обремененост с алергични заболявания – ако в семейството има членове с алергични заболявания, вероятността пациент от такова семейство да има хранителна алергия е по-висока.
- Клиника за хранителна алергия в ранна детска възраст. Много често симптомите на хранителната алергия изчезват с израстването. Но вероятността да се появят отново е реална и честа.
- Други алергични заболявания. Ако пациент има алергия към битови алергени, полени, атопичен дерматит, бронхиална астма, вероятността да получи хранителна алергия нараства.
- Възраст. Хранителната алергия е много по-честа в детска възраст.

Независимо, че алергията може да бъде към всякаква храна, следните 8 храни обхващат 90% от алергичните реакции (фиг. 9):

✓ мляко

- ✓ яйца
- ✓ фъстъци
- ✓ ядки (като орехи и кашу)
- ✓ риба
- ✓ ракообразни
- ✓ соя
- ✓ пшеница



Фиг. 9 Осем храни обхващат 90% от алергичните реакции

В периода 2007-2013 г. честотата на хранителната алергия в детска възраст е нараснала приблизително с 50%. [137]

Именно поради зачестяване на броя на хората с хранителни алергии се налага актуализация в нормативните актове и задължаване на производителите да информират потребителите за налични съставки в хранителните продукти, за които се счита, че предизвикват хранителни алергии най-често. Тези вещества са разписани в Регламент (ЕС) № 1169/2011 на Европейския Парламент и на Съвета от 25 октомври 2011 година за предоставянето на информация за храните на потребителите и др., в Приложение II: Вещества или продукти, причиняващи алергии или непоносимост.

Съгласно Закона етикетиране на алергени и Закона за защита на потребителите от 2004 на САЩ (Публично право 108-282), компаниите са задължени да оповестяват на етикета дали продуктът съдържа основен хранителен алерген на ясен и разбираем език. Алергените трябва да бъдат наименовани ясно в списъка със съставките на продукта. Повечето компании излагат алергенния си лист в изявление отделено от съдържанието на продукта. [128, 130]

Често срещани храни, причина за появата на хранителна алергия, включват краве мляко, фъстъци, яйца, ракообразни, черупкови плодове, ориз и плодове. [146, 156]

Интересен факт е, че според медицинските наблюдения хората с висок жизнен стандарт и по-активна имунна профилактика страдат по-често от алергични заболявания. А именно, повишаването на жизнения стандарт на населението предопределя увеличаване на случаите на хранителни алергии и нетолерантността към храни. Съответно, хранителните алергии са все по-значим проблем, който може да засегне всеки член на обществото и всеки един от нас трябва да се замисли дали той или някой негов близък не страда от неустановена хранителна алергия (фиг. 10)



Фиг. 10 А вие имате ли хранителна алергия?

Промоция на здравето чрез мениджмънт на безопасност на храните и подходящ стил на живот

Промоция на здравето е качествено нов подход, нова философия, нова стратегия за подобряване на личното и общественото здраве. Тя се стреми да преодолее тесния медицински детерминизъм и да ангажира широк спектър от личностни и социални фактори за стимулиране и укрепване на здравето. Най-често използваната дефиниция за промоция на здравето е заложената в Хартата от Отава 1986: „процес, който прави възможно хората да повишат контрола над тяхното здраве, както и неговото подобряване и заздравяване”. [163] ЕС насърчава здравословния начин на живот, труд и бит като особено държи на задължителните условия, посочени в Отавската харта "Здраве за всички" на СЗО: отказ от тютюнопушене, намаляване злоупотребата с алкохол, добър двигателен режим и балансирано хранене. [104]

Промоция на здравето е създаване на възможности (шансове) на хората да подобрят здравето си чрез саморегулиране на своето здравно поведение. В контраст, над 60% от българите са с ограничена здравна грамотност. Това сочат данните от изследване по темата проведено в осем европейски държави. Проучването отчита, че у нас хората на възраст над 55 години имат трудности дори с това да разберат какво им казва лекарят. От българска страна то е направено от Медицинския университет-София, в него са участвали 1002 българи над 15-годишна възраст. От всички осем страни, сред които Германия, Гърция и Полша, България се нарежда на първо място по ниска здравна грамотност. На всеки трима българи двама са здравно неграмотни, съобщи проф. Кънчо Чамов от Медицинския университет. Това означава, освен липса на профилактика, неразбиране и неспазване на назначената терапия от личния лекар или специалист. Като причина за ниската здравна грамотност изследването отчита слабата образованост и социален статус на населението. Ниската грамотност води

до влошено здравно състояние на населението, до увеличаване на риска от пациентски и лекарски грешки, до увеличаване на хоспитализациите и до нарастване на публичните и личните разходи за здравеопазване. Най-висока степен на здравна грамотност е установена в Холандия, Ирландия и Полша. [107]

Успоредно с това редица изследвания, сред които и Bulgarian Heart Study 1998/99 и трите проучвания на популационно ниво CINDI Health Monitor през периода 1997-2007 по програма CINDI на СЗО, показват, че значителна част от населението на страната ни е носител на сериозни поведенчески рискови фактори, които кореспондират преди всичко с болестите на органите на кръвообращението и дихателната система, раковите новообразувания, травмите и др. [111, 119]

Масщабни изследвания в няколко страни показаха, че главните фактори на здравето имат следната сила (принос) и относителна тежест:



Фиг. 11 Фактори на здравето и относителна тежест

Фиг. 11 ясно показва, че факторът с най-голяма тежест на влияние върху здравето на обществото е стилът на живот.

Тези и редица други научни данни послужиха за основа на разработката на СЗО на концепция за промоция на здравето. Първостепенната и стратегическата задача на здравната реформа е да се преустанови по-нататъшно влошаване на здравето на нацията и да се създадат необходимите предпоставки за неговото подобряване. [61]

Особено важно е не човекът да се приспособи, да „прилепне” към здравеопазването и здравните програми, а по скоро здравеопазването, здравните програми и програмите за опазване на общественото здраве да подпомогнат човека да реализира по най-добрия начин своя потенциал в опазване, възстановяване и укрепване на собственото си здраве и здравето на другите в общността. В този именно смисъл фокусът на здравната дейност преминава от „здраве за хората” към „здраве чрез хората”. [22]

Стилът на живот като интегрален социален фактор на здравето.

Понятието стил на живот отразява типичните повтарящи се поведенчески стереотипи на личност или дадена социална група, които дават спецификата на тази дадена личност или група и ги правят уникални. Стилът на живот е конкретна изява и синтез на многообразни социални фактори. От гледна точка на социалната медицина, стилът на живот може да бъде здравословен или нездравословен. На начина на живот се отреждат около 50% от уврежданията на здравето в развитите страни, което показва, че голяма част от заболяванията са предотвратими.

„Стилът на живот” е личностният избор на индивида, какъв начин на живот да води и отразява широкия спектър на социалните и личностните ценности, поведение и индивидуални дейности, включващ определени културални и поведенчески характеристики и пожизнени лични навици (напр. употреба на алкохол, тютюнопушене, рационално хранене, спорт, почивка и др.). Индивидът развива определен стил на живот в процеса на социализацията си и при заучаване чрез социалното взаимодействие с

родители, приятели, роднини, училище, масмедии.[72]

Може да се направи паралел между информацията за водене на здравословен стил на живот, което включва и информирания избор по отношение на консумираните продукти, и медицинската информация, която се предоставя на пациента, съответно на неговия родител, настойник или попечител. Информацията трябва да бъде своевременно представена и в подходящ обем и форма, даващи възможност за свобода на избора. [5, 15, 21]

Именно информационното общество, в което живеем, предполага широко използване и разпространение на информацията. Практиката на медицината ежедневно продуцира нова информация, която е жизнено важна, както за обществото като цяло, така и за отделния човек. Едно от основните права на гражданите в качеството им на пациенти е да бъдат информирани, да имат гарантиран достъп до информация за своето здравословно състояние, за възможните здравни решения и последствия. Европейската харта за правата на човека посочва правото на информация като номер три от 14-те права на пациента. [37]

Ключово значение за пълноценното личностно присъствие в медицината придобива въпросът за отговорността на човека за неговото здраве, за здравословния му начин на живот, за разгръщане на самобитното му житейско творчество или с други думи, всичко онова, което отразява личността на съвременника като мобилизиращ силите на организма фактор, необходим за неговото благополучие, за намаляване ъгъла на ножицата, разтворена между адаптивните възможности на човешкия организъм и динамичните промени в околната среда, между потребността от здраве и степента на нейното задоволяване.

Всеки човек е длъжен:

1. да цени собственото си здраве и това на другите в семейството и общността

2. да търси информация, свързана с превенция на болестта и промоция на здравето
3. да възприема здравословен начин на личен живот навсякъде, където има тази възможност
4. да приема факта, че съществуват възможности да моделира собственото си здраве и да повлиява здравето на другите в общността
5. да търси и поддържа активно отношение към живота и да проявява уважение към достойнството на другите
6. да съдейства активно на медицинските специалисти в лечебните дейности в лечебните заведения за възстановяване на индивидуалното му здраве
7. да приеме факта, че има възможност да прави избор като личност, като потребител и партньор, с който избор определя собственото си здраве в бъдеще, както и това на другите в общността

Личната отговорност за здравето има ключово значение в процеса на демократизация и хуманизация на клиничната практика и практиката на общественото здраве. Съществува обаче неувереност от страна на съвременния човек да поеме отговорностите, свързани с опазване и укрепването на своето здраве. Зад тази неувереност се наблюдават такива явления, като:

- недостатъчно познаване на правата и дължимото поведение по отношение на здравето
- липса на убеденост на големия потенциал и ефективност на стратегиите за справяне с рисковете за здравето в сравнение с ползата, която носят другите видове здравни дейности
- липса на критичен интерес и загриженост към собственото здраве и рисково поведение

- уязвимост на човека, породена от наличието на заболяване, и особено на хронични заболявания

Стратегиите за поемане на лична отговорност за здравето се основават на принципа за самопомощ и принципа за социална подкрепа. По своята същност стратегиите са образователни. [11]

Стратегиите осигуряват:

- ✓ Информация за здравето и за поведенческите фактори, които му влияят
- ✓ Обучение на личността за формиране на умения за справяне с трудни житейски ситуации
- ✓ Обучение на личността за формиране на умения за идентифициране на личните ограничения и за справяне с личните грешки
- ✓ Обучение на личността за формиране на умения, който подкрепят промяната на рисковото за здравето поведение
- ✓ Обучение на личността за свободно и рационално вземане на решения, свързани със здравето [17, 22]

Стратегиите за стимулиране на личната отговорност за здравето могат да се разглеждат като целенасочени въздействия от страна на държава, неправителствени организации и движения в обществото с цел подобряване на общественото здраве чрез качествена промоция на темата за безопасност на храните и достигане на информацията за безопасността на храните до всеки един потребител. При управление на качеството основен принцип е „в дългосрочен план постоянно подобряване на качеството посредством фокусиране върху потребителите, като същевременно се постигне баланс в потребностите и нуждите на всички останали заинтересовани страни“. [62] За тази цел се налага и обучението в нов професионален стил на мислене и мениджърски умения на

специалистите провеждащи политика по безопасност на храните.

Основните критерии за здравословен стил на живот са:

1. Антирисково поведение – наличие на позитивни здравни навици при отсъствие на поведенчески рискови фактори като стрес, хиподинамия, тютюнопушене, алкохолизъм, нерационално хранене и др.
2. Здравна активност, основана на адекватна здравна информираност – адекватно отношение към усвояване на здравни знания и умения, системен контрол на собственото здраве.
3. Здравна самопомощ и взаимопомощ – основни умения за първа помощ, за обслужване на болни членове на семейството, за диетично хранене и др.
4. Психологическа нагласа (мотивация) за обществена ангажираност и партньорство по проблемите на здравето, за участие в оздравителни програми и др.

Здравословният стил на живот се анализира на индивидуално ниво, на нивото на социалната група и обществото като цяло. Така, в общество, където човешкото здраве е приоритетна ценност, закономерно може да се срещне позитивна лична здравна мотивация. Не случайно първите три международни конференции по промоция на здравето бяха проведени в Канада, в Австралия и в Швеция. Оценката на дейностите по промоцията на безопасността на храните за рационализиране стила на живот е мултидисциплинарен процес, въз основа на който могат да се вземат научно обосновани и базирани на доказателства решения в областта на здравната политика, клиничната практика. [4]

Макроусловие за формирането на здравословен стил на живот е наличието на политически и социален консенсус, че общественото здраве е сред приоритетните цели и ценности в дадена страна.

СЗО (2006) представя стратегия за подобряване и повишаване здравето на обществото и борбата с хроничните неинфекциозни заболявания, основана на три тези:

- Всяко широко разпространено социално значимо заболяване се дължи (изцяло или частично) на обществените и поведенческите процеси, които могат да допринесат за неговото разпространение и лечение
- Всички поведенчески и обществени процеси подлежат потенциално на промяна
- Успешната намеса, с която се целят обществени и поведенчески промени, може да намали значително световното бремене от заболявания, инвалидност и преждевременна смъртност [111, 112, 113]

Здравословният стил се разглежда като синтезиран израз на типичните човешки жизнени дейности, целенасочени към подобряване здравето на отделната личност или група, стереотипи на позитивното здравно поведение, основано на позитивна здравна култура. В съвременните здравни условия пациентът става активен участник и фактор в промоцията на здравето и в превенцията на болестта. [71]

Стил на живот и стимулиране на информиран избор при чувствителни групи от населението като деца, възрастни, хора с хронични заболявания, хора с увреждания

Чувствителните групи от населението като възрастните хора, хората с хронични заболявания и хората с увреждания имат нужда от засилена комуникация с медицинския специалист за правилен и информиран избор за стил на живот, съобразен с тяхното здравословно състояние и възможности да водят този стил на живот. Нужно е фокусиране върху потребителите чрез индивидуален подход. Основната цел е да се задоволяват изискванията, нуждите и очакванията на пациентите или

потребителите за водене на здравословен начин на живот. Това поставя специфични изисквания към здравната система по отношение на структурата, организацията на дейността и медицинските специалисти и е истинско предизвикателство към сега съществуващите методи за въвличане, изслушване и информиране на пациента. Нужно е осигуряване на достъпна, достатъчна и качествена информация на регулярен принцип чрез мултидисциплинарен подход - въвличане на всички участници в процеса: работещите на всички нива на здравната система трябва да бъдат включени в дейностите по осигуряване и развитие на качеството. Националната система за развитие на качеството следва да има една обща цел: всички изпълнители на здравна помощ да развият ефективна система за качество в собствените си заведения от всички равнища и профили. От друга страна повишаването на качеството и осигуряването на сигурност/безопасност за пациентите е процес, от който все повече ще зависят репутацията, финансовите резултати и развитието на здравните професионалисти.[65]

Връзката лекар-пациент е от жизнено важно значение за тези чувствителни групи от обществото, поради вече настъпилата промяна в здравословното им състояние. Те имат много по-чест и близък контакт с лекаря, поражда се довереност на връзката.

Медицината и професионалните етични стандарти се обуславят от особените отношения на доверие и респект, които се установяват между лекаря и неговия пациент. Тези отношения обаче не са функция само на квалификацията и опита на лекаря, но и на неговите морални ценности, принципи и добросъвестност. Много е важно пациентът да е уверен, че специалистът, към който се е отнесъл, ще действа в негов интерес. [32]. Именно хронично болните изискват системно наблюдение, лечение и профилактика на усложненията, но остават нерешени проблемите на рехабилитацията и професионалното им ориентиране. [24]

Друга чувствителна социална група е възрастното население. В последните десетилетия на XX век и в началото на XXI век е налице отчетлива тенденция за застаряване на населението в световен мащаб. През 2001 г. населението над 65 години у нас е било 16,8%, а през 2011 г. – 18,5%. Очаква се през 2035 г. то да достигне 24,9%. В редица случаи при възрастни болни със затруднена комуникация лекарят е принуден да бъде наставник и съветник. Проблемът за подобряването и оптимизирането на грижите за възрастните хора е отразен и в специален документ на Световната медицинска асамблея /1989г./. В декларацията се казва, че е недопустимо стереотипното отношение към възрастните пациенти, към тях е необходимо да се спазва принципът за индивидуален подход. [110]

Следва внимателно да се отчита и да се има предвид социалният и психологически статус на стария човек, както и неговото място в семейството и обществото. Материално-икономическата му зависимост често го прави безпомощен. Налагат се някои нравствени критерии и предимно морална подкрепа за стария човек, оставен почти сам в края на живота си.

В наши дни се въвежда понятието „активен живот на възрастните хора” (active ageing). Един аспект от дефиницията за “активен живот на възрастните хора” принадлежи на СЗО и се отнася освен до продължаване на физическа активност и участие на пазара на труда и до необходимостта от комплексно участие на възрастните в социалния, икономически, културен, духовен и граждански живот. [101]

Като биосоциална личност старият човек е пряко зависим от своето психосоматично здраве и от промените, които настъпват в неговия интимен свят на ценностна ориентация и мотиви за поведение.

Старееенето на организма е свързано с постепенно нарастващи функционални, морфологични, обменни и регулаторни нарушения. С напредване на възрастта при старите хора нараства силно необходимостта

от социална закрила и медицински грижи, поради загуба на физическа дееспособност, нарастваща патология и висока смъртност сред тези хора. Нарастват потребностите на старите и възрастните хора от социално-медицинска помощ при адаптацията към новата жизнена ситуация и усвояването на новите за тях социални роли.[33]

Това означава да се насочи вниманието към изграждане и усъвършенстване на съвременен, компетентен мениджмънт, още повече, че сега съществува кадрови потенциал за това.

Пред общественото здравеопазване и наука е поставен подценяван до сега проблем – да разработи нови методи за изучаване на механизмите на физиология в късната възраст, патогенезата на заболяванията у възрастните хора и да постави на публична преоценка отношението и поведението за превенция на социално значими болести и свързаните с тях усложнения, инвалидизация и качество на живот.[14]

Децата се разглеждат също като чувствителна група от социума. Децата и стилът на живот на децата е пряко дирижиран от родителите и семейството, от детското заведение, от училището и от обкръжаващата среда на детето. Именно през последното десетилетие многобройни проучвания доказват, че промоцията на кърменето е в състояние да подобри здравния статус, както на децата в кърмаческа възраст, така и на майките.

Стартовото състояние на новородените е изходна база за тяхното по-нататъшно физическо развитие.[100] Стилът на живот на бебето, който майката диктува, при възможност подпомага по-здравословното хранене на бебето. При децата кърменето понижава риска от редица заболявания, сред които: атопичен дерматит, астма, инфекции на долните дихателни пътища и на гастро-интестиналния тракт, възпаление на средното ухо, некротизиращ ентероколит, високо кръвно налягане и повишени нива на серумния холестерол в зряла възраст, диабет тип 1 и тип 2 и левкемия [133,

152]. Необходимо е да се обърне внимание, че част от изброените заболявания (напр. астма, диабет, повишено артериално налягане) са социално значими за нашето общество. Ползите за кърмещата жена се изразяват в отлагане на следваща бременност, по-бързо възстановяване на теглото от периода преди бременността, понижен риск от следродилна депресия, понижен риск от пременопаузен рак на гърдата и рак на яйчника, понижен риск от фрактура на бедрената кост [133, 152]. Ползите от естественото хранене за семейството и общността включват по-рядко отсъствие от работното място, поради намалена заболеваемост в семейството, намаляване на разходите за храна и здравни грижи, ползи за околната среда, поради намалена употреба на горива, лекарства, пластмаси и отпадъци, свързани с изкуственото хранене. [152] В съответствие с тези доказателства Световната здравна организация (СЗО) и УНИЦЕФ изработват Глобална стратегия за хранене на кърмачето и малкото дете, в която утвърждават 3 главни препоръки по отношение на естественото хранене: 1/ ранно начало на кърменето (през първия час след раждането); 2/ изключително само кърмене през първите шест месеца от живота на бебето и 3/ продължаващо кърмене до 2 години и след това в съответствие с желанието на майката и детето. [162, 164]

В България са проведени редица Национални проучвания през годините за установяване на храненето и хранителния статус на населението.[2,3] Тази информация допринася за целенасочено стимулиране на здравословен стил на живот и избор на храна и здравословно хранене с цел промоция на индивидуалното и общественото здраве. За постигане на по-добро обществено здраве от съществено значение е мултидисциплинарният подход.

Важна роля се отрежда на междусекторното сътрудничество при предприемане на действия за намаляване честотата на заболяванията и на здравните проблеми сред населението, в това число чрез:

1. Здравна информираност за намаляване честотата на рисковото за здравето поведение;

2. Намаляване действието на рисковите за здравето фактори, свързани със социалната среда

3. Действия към прицелни високо рискови групи.

Европейската практика показва, че здравните системи, които прилагат комплексни модели за мениджмънт на хроничните състояния имат тенденция да се асоциират с по-ниски разходи, както и с по-добри здравни резултати и по-добра удовлетвореност на пациента.

Идентифицирането на високо рисковите групи и прилагането на подходящ терапевтичен подход на индивидуално ниво са едни от най-ефективните начини, чрез които общопрактикуващите лекари могат да намалят разширяващото се несъответствие между увеличена продължителност на живота и незадоволителни здравни резултати.

Намаляването на разходите в здравеопазването, особено при нарастването на средната продължителност на живота, е възможно да настъпи тогава, когато се осъществи превенция на неблагоприятното развитие и настъпването на усложнения при пациентите с хронични заболявания. [51]

3. Основни констатации от литературния обзор

Развиващия се свят и безопасност на храните

Новата политическа рамка на Европейския регион на СЗО – "Здраве 2020" и на Европейския съюз, подкрепя разширяването на действията за здраве и благополучие отвъд правителството към ангажиране на обществеността и подчертава ролята на доброто здраве за осигуряване на икономическо и социално развитие. Подчертава се също така, че участието на всеки човек допринася за подобряване не само на личното здраве, но стимулира и ефективния диалог с медицинските професионалисти и

създава механизми за нарастваща безопасност и повишаване съпричастността с превенцията на заболяванията и с интервенциите на здравното обслужване. [22]

Безопасните хранителни запаси подпомагат националните икономики, търговията и туризма, допринасят за сигурността на храната и храненето и са в основата на устойчивото развитие. Урбанизацията и промените в навиците на потребителите, включително пътуване, са увеличили броя на хората, които купуват и ядат храна, приготвена на обществени места. Глобализацията предизвиква нарастващо потребителско търсене на по-голямо разнообразие от храни, което води до все по-сложна и по-голяма глобална хранителна верига. Локалните инциденти могат бързо да се превърнат в международна опасност, дължаща се на скоростта и обхвата на разпространение на продукта. Сериозни епидемии от хранителен произход са избухвали на всеки континент през последните десет години, често увеличени от глобализираната търговия.

С нарастването на населението на света, засилването и индустриализацията на селското стопанство, производството на хранителна продукция се стреми да посрещне нарастващото търсене на храни. Това създава възможности, а също така и предизвикателства за безопасността на храните. [91]

Тези предизвикателства поставят отговорност пред държавниците, разработващи политики в сферата на безопасността на храните, пред производителите и доставчиците на храни, с цел да се гарантира безопасността на храните и опазване общественото здраве. Необходимо е да се култивира чувство за неизбежността на ограниченията, да се намерят пътища за поставяне на нашите аспирации в една по-широка перспектива, включваща целия обseg от индивидуални и социални потребности. [17, 18]

Основно предизвикателство пред безопасността на храните е налагане на базисни правила за консумация на незаразена и незамърсена храна в глобален аспект чрез спазване на хигиенни практики. Интернационални компании като СЗО, ОПЗ и други разработват редица кампании за популяризиране на проблематиката по безопасност на храните с цел подобряване здравето на населението. ЕОБХ работи на територията на Европейския съюз за подпомагане създаването на правила под формата на регламенти и директиви налагащи единна политика по безопасност на храните в ЕС.

Правителствата трябва да направят безопасността на храните приоритет за общественото здраве, тъй като те играят ключова роля в разработването на политики и регулаторни рамки, създаване и прилагане на ефективни системи за безопасност на храните, които гарантират, че производителите на храни и доставчиците по цялата хранителна верига действат отговорно и доставят безопасни храни на потребителите.

България като държава членка на ЕС е въвела в националното законодателство политиките за безопасност на храните, въведени чрез различни регламенти на ЕС. Основна част от действащата Национална здравна стратегия е промоция на общественото здраве. Говорейки за опазване здравето на населението трябва да се отбележи ключовата роля на хранителните съставки по отношение на най-разпространените заболявания с най-висока смъртност – заболявания на сърдечно-съдовата система и ракови заболявания.

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. Основни регламенти са регламент (ЕС) № 1169/2011 за предоставянето на информация за храните на потребителите, както и други, регулиращи използването на пестициди, влагането, контрола и етиктирането на ГМО.

Именно регламент 1169/2011 въвежда и задължителното етикетиране на алергени при наличие на такива съобразно списък на алергените в храните. Именно с оглед прилагането на безопасността на храните трябва да се следват най-добрите европейски практики в прилагането на високи стандарти при контрола в областта на безопасността и качеството на храните, хранителните добавки и напитките, ветеринарната медицина и хуманното отношение към животните, растителната защита и торовете, фитосанитарния контрол, фуражите, граничния контрол и др., както и осъществяването на стриктен контрол по цялата хранителна верига – от полето и фермата до масата.

От друга страна, единствено политиките налагащи правила и контрол не са достатъчно. Чрез промоция на здравето трябва да се популяризира проблема за безопасност на храните, да се ангажира общественото внимание и да се стимулира личната отговорност за здравето по отношение на това какво консумира всеки един потребител.

Времето за задълбочен анализ и преосмисляне на отношението към здравето и здравеопазването, времето на новите решения, които трябва да бъдат взети с усилията на всички институции – това време е дошло!

А както е казал Виктор Юго: "В света няма нищо по-силно от идеята, чийто час е настъпил". [53]

Глава II. Цел, задачи, материали и методи на изследванията

1. Цел на настоящия дисертационен труд е чрез проучване на нагласите в обществото да се анализират и оценят познанията относно безопасността на храните и избора на храни и обучение на обществото относно проблематиката на безопасността на храните.

2. Задачи, свързани с изпълнението на така поставената цел бяха :

Задача1 Да се анализира систематично правната и регулаторна рамка на безопасността на храните и системата за безопасност на храни.

Задача2 Провеждане на епидемиологично проучване посредством Документален метод и Наблюдение на пациенти с установени хранителни алергии и анализ на получените резултати.

Задача 3 Да се проучи, анализира и оцени общественото мнение, като се проведе анкетно проучване на български граждани на случаен принцип. Резултатите да се оценят и анализират.

Задача 4 Да се разработи програма за обучение на заинтересовани страни по отношение безопасност на храните.

3.Обект на проучването бяха:

3.1. Нормативна уредба по отношение на безопасността на храните на Национално и Европейско ниво.

3.2. Епидемиологично проучване проведено в МЦ Евроздраве при 58 пациента с хранителни алергии.

3.3. Анкетно проучване на тема „Знаем ли какви храни консумираме?“ при 582 български граждани избрани на случаен принцип.

3.4. Програми за обучение на обществото за безопасност на храните.

4. Предмет на проучването:

4.1 Законодателни и нормативни актове за безопасност на храните, официални източници на публикувани нормативни документи (печатни и електронни правни издания - Държавен вестник; „Апис” и др.) - закони и подзаконови нормативни актове- наредби, инструкции, заповеди и информационни бюлетини; както и актове и официално публикувани документи на държавни институции, имащи отношение към безопасността на храните, ползвани са и публикации и източници от научна периодика, имащи отношение към безопасността на храните.

4.2. Здравни карти на 58 пациента с хранителни алергии

4.3. Данни от попълнени анкетни карти на 582 български граждани

4.4. Данни от публични програмни документи на държавни и международни институции, както и материали от периодичния печат по посочената тематика.

5. Място, време и обхват на проучването

5.1. Закони и подзаконови нормативни актове издадени от Български и Европейски законодателни органи за периода до 2015г.

5.2. В проучването са участвали 58 пациента, диагностицирани за 19 групи хранителни алергени в МЦ Евроздраве за периода 2009 – 2014 г. Пациентите са на възраст от 3 до 81 години. От тях 6 са деца на възраст от 3 до 9 години. 29 от тях са жени на възраст от 22 до 81 години, а 23 са мъже на възраст от 24 до 71 години. На всички пациенти са създадени здравни карти.

5.3. Машабно анкетно проучване от проспективен тип, проведено сред 582 български граждани, чрез специално създадена анкетна карта, състояща се от 27 въпроса, свързани с информираността на анкетираните по отношение на безопасността на храните и нагласата им спрямо обучение по същата тема. Анкетното проучване се състоя в периода Декември 2014 – Юли

2015г. в гр. София и с. Златна Панега, Обл. Ловеч. Резултатите са обработени в МЦ Евроздраве.

6. Методи на проучването

6.1. Методи на историческия анализ, позволяващи обобщения, които са допустими на основата на факти от миналото.

6.2. Методи на правния анализ за оценка на различни компоненти на нормативната уредба по отношение на безопасност на храните.

6.3. Клинико-диагностични методи

6.4. Епидемиологичен метод

6.5. Социологични методи - социологическата анкета:

6.6. Методи на графичен анализ – за визуализация на получените резултати

III. Глава. Политика за безопасност на храните. Законодателство, регулиращо безопасността на храните

1.Европейско и местно законодателство, регулиращо безопасността на храните и хранителните добавки

Безопасността на храните и защитата на интересите на потребителите представляват нарастваща грижа за широката общественост, неправителствените организации, професионалните сдружения, международните търговски партньори, търговските организации и основно на държавните институции. За това е необходимо обединяване на усилията за провеждане на единна политика с цел гарантиране безопасността на храните и опазване и подобряване на общественото здраве. Водеща роля в опазване на общественото здраве има държавата, защото нейната главна цел е осигуряването на съществуването на всеки член на обществото. Тя е тази, която взима дългосрочни стабилни решения, за да гарантира здравното благополучие на населението и в частност по отношение безопасността на храните като непрекъснато следва обществените явления и отразява това в законодателството като обновяване и синхронизиране на нормативни актове, за да отговори на обществените потребности.

Законодателството се базира на правно формулирани етични, морални и деонтологични норми, които са общоприети и трябва да се спазват от обществото. То е съвкупност от правни норми, регулиращи взаимоотношенията в обществото по въпросите в дадена област.

Необходимо е да се гарантира доверието на потребителите и търговските партньори чрез открито и прозрачно разработване на законодателство в областта на храните. Свободното движение на безопасна и здравословна храна представлява съществен аспект на

вътрешния пазар и значително допринася за здравето и благосъстоянието на гражданите и за техните социални и икономически интереси.

С оглед постигане на високо равнище на защита на здравето на потребителите и зачитане правото им на информация, следва да се гарантира, че потребителите са подходящо информирани относно консумираните от тях храни, както и предприемането на подходящи действия от страна на обществените органи за информиране на обществеността, когато са налице основателни причини да се предполага, че дадена храна може да представлява опасност за здравето. За постигане на тази цел е необходимо да се извърши системен анализ на обхвата на законодателството, регулиращо проблематиката по безопасност на храните. Да се направи оценка и популяризират основни права и задължения по отношение безопасността на храните спрямо заинтересованите страни: потребители, производители, контролни органи и законодателни органи.

1.1.Законодателство на Република България отнасящо се до безопасността на храните

Законодателството, регулиращо безопасността на храните в България, е главно разписано в Закона за храните, като за регулирането и контрола в тази сфера е създадена специализирана агенция – Агенция по безопасност на храните, която е учредена със закон. В допълнение действат и подзаконови нормативни актове като наредби регулиращи безопасността на храните.

1.1.1.Закон за храните, Обн. ДВ. бр.90 от 15 Октомври 1999г., изм. ДВ. бр.14 от 20 Февруари 2015г., доп. ДВ. бр.56 от 24 Юли 2015г.

Основен закон, действащ в областта на безопасност на храните, е Закона за храните. Той е създаден с цел да регулира всички аспекти на

производство, преработка и дистрибуция на храни и да ги контролира. Той урежда изискванията към храните, мерките и условията за осигуряване хигиена на храните и тяхната безопасност, опаковането, етикетирането, представянето, включително рекламирането им. Също така, той урежда изискванията към всички етапи на производство, преработка и дистрибуция на храни, условията и реда за производство и търговия с храни и правата и задълженията на лицата, които произвеждат или търгуват с храни. От друга страна, урежда правилата за извършване на официален контрол, включително за верифициране на съответствието с нормативните изисквания, правомощията на органите за официален контрол на производството и търговията с храни и функциите и правомощията на професионалните организации на производителите на храни и на Българската асоциация хранителна и питейна индустрия (БАХПИ), възложени им с този закон.

Законът има за цел да гарантира спазването на нормативните изисквания за производство и търговия с храни с оглед *защита на здравето и интересите на потребителите* и да осигури прилагането на законодателството на Европейските общности в областта на храните и тяхната безопасност на национално ниво.

Храна е всяко вещество или продукт, който е предназначен или може да бъде използван за консумация от човека, независимо дали е преработен, частично преработен или непреработен. Храни са и напитките, дъвката и всяко вещество, включително и водата, вложена в храната при нейното производство, приготвяне или обработка, както и бутилираните натурални минерални, изворни и трапезни води.

Министърът на земеделието и храните и министърът на здравеопазването провеждат държавната политика в областта на безопасността на храните.

Основните изисквания към храните са на пазара да се предлагат само храни, които отговарят на изискванията на Закона за храните, имат хранителна стойност не по-ниска от тази, произтичаща от утвърдения им състав, и са безопасни за човешкото здраве. Министърът на здравеопазването съгласувано с министъра на земеделието и храните определя с наредби максимално допустимите количества замърсители и остатъци от пестициди в храните. Забранява се производството и търговията с храни, които съдържат замърсители и остатъци от пестициди над максимално допустимите количества. При производството на храни не се разрешава влагането на семена, предназначени за посев, когато са обработени с продукти за растителна защита. Законът за храните регулира и опаковането, етикетирането, представянето и рекламата на храните.

Законът за храните регулира и Генетично модифицираните храни, генетично модифицираните организми (ГМО) за използване във или като храна и храните, съдържащи съставки, произведени от ГМО. Те не трябва да имат неблагоприятни последици върху човешкото здраве или околната среда, да заблуждават потребителя, да се различават от храните или хранителните съставки, които са предназначени да заместят, до такава степен, че обичайната им консумация да доведе до неблагоприятни последици за потребителя по отношение на хранителната им стойност. Забранява се влагането на продукти и съставки, които се състоят, съдържат или са произведени от ГМО при производството на детски храни.

Влагането на добавки и ароматизанти и употребата на разтворители и други спомагателни вещества при производството на храни се допуска, когато е доказана необходимостта от използването им за постигане на определен технологичен ефект и те не са опасни за здравето на потребителите в количествата, в които се използват, като са определени видовете добавки, ароматизанти, разтворители и други спомагателни

вещества, които могат да се използват при производството на храни, и допустимите максимални нива за някои от тях в готовите храни.

Законът за храните регулира също така и изискванията към опаковането, етикетирането, представянето и рекламата на храните. За опаковането на храни и за контакт с храни се използват само материали и предмети, произведени в съответствие с добра производствена практика по такъв начин, че при нормални и предвидими условия за употреба не пренасят в храната свои съставни части в количества, които представляват опасност за човешкото здраве или водят до неприемливи промени в състава на храната или до влошаване на органолептичните характеристики на храната.

Производителите и търговците на храни са длъжни да предлагат на потребителите в страната храни, етикетирани на български език. При етикетирането на храната се включват данни за наименованието, под което храната се продава, списък на съставките на храната и количество на някои от тях, количествено съдържание на ГМО и уникалният му код, срокът на трайност на храната и условията, при които трябва да се съхранява, нетното количество на предварително опакованите в отсъствие на потребителя храни, име/фирма, седалище и адрес на производителя или на лицето, което пуска храната на пазара, държавата на произход при храни от внос, маркировка за обозначаване на партидата, към която принадлежи храната, указания за употреба, ако е необходимо, както и действителното обемно алкохолно съдържание за напитки, съдържащи повече от 1,2 % vol. Забранява се рекламирането на генетично модифицирани храни чрез реклами или други форми на търговски съобщения, в които като изпълнители участват деца или които представят деца, употребяващи тези храни, и/или са предназначени за детска аудитория.

Особено строго е етикетирането на ГМО в храните, а именно размерът на буквите в обозначението за съдържание на ГМО в продукти съгласно Регламент (ЕО) № 1830/2003 и изменението на Директива 2001/18/ЕО трябва да бъде два пъти по-голям в сравнение с останалата част на надписа и с цвят и шрифт, различни от основния. В случай, че храната съдържа или се състои от ГМО в съотношение над допустимата прагова норма, определена в Регламент (ЕО) № 1830/2003, видът, количественото съдържание, уникалният идентификатор на ГМО и думите "Съдържа ГМО" задължително се изписват на опаковката с размер не по-малък от 25 на сто от опаковката, с главни букви, с контрастен на останалата част от текста цвят.

Производство и търговия с храни в страната се извършва само в обекти, регистрирани по реда на закона, които отговарят на хигиенните и/или на ветеринарно-санитарните изисквания, определени с нормативен акт и имат разработена технологична документация за групите храни, които ще се произвеждат в обекта или прилагат национални стандарти или стандарти, разработени от браншови организации и одобрени от компетентен орган. Обектите трябва да имат въведени добри практики за производство и търговия с храни и система за анализ на опасностите и критични контролни точки или процедури в съответствие с нейните принципи, когато цялостното внедряване на системата е неприложимо, както и система за управление на безопасността на храните, т.е. разработен НАССР план. Регистрацията на обект за производство или за търговия с храни, с изключение на обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води, се извършва от областната дирекция по безопасност на храните (ОДБХ) по местонахождението на обекта. Производителите и търговците осигуряват и контролират спазването на нормативните изисквания към храните, произвеждани или предлагани под техен контрол. Производителите и

търговците на храни, включително лицата, които осъществяват първично производство и свързани с него дейности, са длъжни да спазват хигиенните изисквания и да прилагат добри практики на всички етапи на производството, преработката и дистрибуцията на храните. Производителите и търговците носят отговорност за спазването на нормативните изисквания за хигиена на храните по време на всеки етап на производството, преработката и дистрибуцията на храни. Производителите и търговците на храни внедряват, прилагат и поддържат система за управление на безопасността на храните (СУБХ) или система за анализ на опасностите и критични контролни точки (НАССР), а когато цялостното внедряване на система е неприложимо - процедури в съответствие с принципите на системата за анализ на опасностите и критични контролни точки. Производителите и търговците извършват преглед на системата и я актуализират в случаите на извършени промени в продукта, процеса като цяло или в който и да е негов етап. Когато производител или търговец на храни предполага или установи, че храните, които е внесъл, произвел, преработил, приготвил или разпространил, не отговарят на изискванията за безопасност, той незабавно предприема мерки за изтеглянето им от пазара, в случай че храните не се намират под непосредствения му контрол, и информира компетентните органи за това.

Според Закона за храните на официален контрол подлежат всички етапи на производство, преработка и дистрибуция на храни; състоянието и начинът за използване на площадките, сградите, инсталациите и прилежащото им пространство, техническото и материалното оборудване, транспортните средства, свързани с производството и търговията с храни; суровините, съставките, добавките и другите продукти, които се използват за производство на храни; технологичните процеси за производство на храни; миешите, почистващите, дезинфекционните, дезинсекционните и дератизационните препарати и процеси; материалите и предметите,

предназначени да влязат в контакт с храните; полуготовите и готовите храни; етикетирането, представянето и рекламата на храните, включително съответствието им с Регламент (ЕО) № 510/2006 на Съвета от 20 март 2006 г. относно закрилата на географски указания и наименования за произход на земеделски продукти и храни и Регламент (ЕО) № 509/2006 на Съвета от 20 март 2006 г. относно селскостопански и хранителни продукти с традиционно специфичен характер; методите и средствата за съхраняване и консервиране на храните; хигиената на лицата, които влизат в контакт пряко или косвено с материалите и продуктите; добрите практики за производство и търговия с храни, системата за управление на безопасността на храните, системата за анализ на опасностите и критични контролни точки или съответните процедури, основани на нейните принципи, а също технологичната документация. Контролът се отнася както за храните, които се произвеждат и продават на територията на страната, така и за храните, предназначени за износ.

1.1.2.Закон за Българската агенция по безопасност на храните, в сила от 25.01.2011 г., изм. ДВ. бр.61 от 25 Юли 2014г.

С този закон се създава Българска агенция по безопасност на храните (БАБХ) към министъра на земеделието и храните. Българската агенция по безопасност на храните е юридическо лице на бюджетна издръжка, със седалище град София. Българската агенция по безопасност на храните се състои от централно управление, двадесет и осем областни дирекции по безопасност на храните, специализирани структури за научноизследователска и лабораторно-диагностична дейност и Център за оценка на риска (ЦОР).

БАБХ е компетентният държавен орган за осъществяване на официален контрол в Република България по смисъла на законодателството на Европейския съюз, регламентиращо изискванията

към дейностите в сферата на хранителната индустрия. БАБХ осъществява официален контрол по отношение на изискванията към суровините и храните с изключение на бутилираните натурални минерални, изворни и трапезни води; материалите и предметите, предназначени за контакт с храни; съответствието на качеството на пресните плодове и зеленчуци със стандартите на Европейския съюз за предлагане на пазара.

Българската агенция по безопасност на храните осъществява и оценка на съответствието на качествените характеристики на храните с изискванията на национални стандарти, стандарти, разработени от браншови организации и одобрени от компетентния орган, и технологични документи; лабораторно-диагностична и научноизследователска дейност; оценка и комуникация на риска; обучение и квалификация.

1.1.3.Закон за защита на потребителите, в сила от 10.06.2006 г., изм. и доп. ДВ. бр.61 от 25 Юли 2014г.

Този закон урежда защитата на потребителите, правомощията на държавните органи и дейността на сдруженията на потребителите в тази област. Целта на този закон е да осигури защита на следните основни права на потребителите: право на информация за стоките и услугите; право на защита срещу рискове от придобиването на стоки и услуги, които могат да застрашат живота, здравето или имуществото им; право на защита на икономическите им интереси при придобиването на стоки и услуги при нелоялни търговски практики и способи за продажба, неравноправни договорни условия и предоставянето на гаранции за стоките; право на обезщетение за вреди, причинени от дефект на стоки; право на достъп до съдебни и извънсъдебни процедури за разрешаване на потребителски спорове; право на образование по въпроси, отнасящи се до защитата им; право на сдружаване с цел защита на интересите им; право

на представителство пред държавните органи, вземащи решения по въпроси, които ги засягат.

1.1.4. Наредба за изискванията за етикетирането и представянето на храните, приета с ПМС № 383 от 4.12.2014 г., обн., ДВ, бр. 102 от 12.12.2014 г., в сила от 13.12.2014 г

С наредбата се определят изискванията за етикетирането, представянето и рекламирането на храните с цел гарантиране на правото на потребителите на информация; представянето на хранителна информация при етикетирането на храните, включително и в случаите на предявяване на хранителни претенции.

Храните се етикетират в съответствие с изискванията на Регламент (ЕС) № 1169/2011 за предоставянето на информация за храните на потребителите. Информацията на етикета се представя на български език. При обявяването на хранителната стойност при етикетирането на храните задължително се посочва маркировка, позволяваща идентифициране на партидата, към която принадлежи храната.

Хранителните и здравните претенции и условията за предявяването им се определят съгласно Регламент (ЕО) № 1924/2006 относно хранителни и здравни претенции за храните.

Използването на генерични обозначения (наименования) на храни се извършва в съответствие с Регламент (ЕО) № 907/2013 за определяне на правила относно заявленията във връзка с използването на генерични обозначения (наименования)

При етикетирането на храни, съдържащи оцветители, посочени в Приложение V на Регламент (ЕО) № 1333/2008 относно добавките в храните, се включва допълнителната информация, определена в това приложение.

При етикетирането на нови храни и хранителни съставки се спазват и изискванията на чл. 8 от Регламент (ЕО) № 258/97 относно нови храни и нови хранителни съставки.

При етикетирането на храни и хранителни съставки, които съдържат или са съставени от генетично модифицирани организми (ГМО), или са произведени, или съдържат съставки, произведени от ГМО, се спазват и изискванията на Регламент (ЕО) № 1829/2003 относно генетично модифицираните храни и фуражи.

При етикетирането, представянето и рекламирането на храни, предназначени за хора, които имат непоносимост към глютен, се спазват и изискванията на Регламент (ЕО) № 41/2009 относно състава и етикетирането на храни, подходящи за употреба от хора, които имат непоносимост към глютен.

Партидата на дадена храна се определя във всеки отделен случай от производителя или от лицето, което опакова тази храна, или от първия търговец, установен в рамките на Европейския съюз. Маркировката се предхожда от изписването на латинската буква "L" освен в случаите, когато тя е ясно различима от другите означения на етикета. На етикета се поставя срокът на минимална трайност или обозначението "ИЗПОЛЗВАЙ ПРЕДИ".

При етикетирането, представянето и рекламирането на храни, които не са храни със специално предназначение по смисъла на Наредбата за изискванията към храните със специално предназначение, приета с Постановление № 249 на Министерския съвет от 2002 г. се забраняват използването на думите "диетична" или "диета" самостоятелно или в съчетание с други думи, определящи тези храни, както и всички други означения или всяко представяне, които създават впечатление, че храната е със специално предназначение.

1.1.5 Наредба № 5 от 25 Май 2006 г. за хигиената на храните, издадена от Министерство на здравеопазването и Министерство на земеделието и горите, в сила от 01.09.2006 г., обн. ДВ. бр.55 от 7 Юли 2006г.

С тази наредба се определят хигиенните изисквания към производителите и търговците на храни, включително към лицата, които осъществяват първично производство на храни и свързани с това производство дейности, към първичното производство на храни, към обектите за производство и търговия с храни и към условията за производство и търговия с храни.

Наредбата се прилага на всички етапи на производство, преработка и дистрибуция на храни, включително първичното производство на храни, освен ако не са определени специални изисквания към хигиената на храните в друг нормативен акт.

Лицата, които осъществяват първично производство на храни и/или свързани с него дейности, са длъжни да предприемат мерки, гарантиращи защита на продуктите от замърсяване, мерки за контрол на замърсяването, произтичащо от въздуха, почвата, водата, фуража, торовете, ветеринарномедицинските продукти, продуктите за растителна защита и биоцидите, както и от съхраняването, боравенето със и изхвърлянето на отпадъци. Те предприемат мерки, свързани със защита на растенията и здравето на животните, които косвено влияят на здравето на човека, включително програмите за наблюдение и контрол на зоонозите и патогенните агенти.

Тази Наредба регулира и общите изисквания към обектите за производство и търговия с храни, изисквания към подвижни и временни обекти и автомати за продажба на храни, изисквания при транспорт на храни, изисквания към оборудването, контрола на отпадъците, водоснабдяването, личната хигиена на персонала, хигиенни изисквания към храните, изисквания към обвиването и пакетирането на храните,

термичната преработка на храните и разглежда отговорностите на производителите и търговците на храни.

1.2. Регламенти на Европейския Съюз, отнасящи се до безопасността на храните

Целта на политиката по безопасност на храните на Европейския съюз е да защити здравето и интересите на потребителите, като гарантира плавното функциониране на единния пазар. За да постигне тази цел, ЕС обезпечава установяването и спазването на стандарти за контрол по отношение на храните и хигиената на хранителните продукти, здравето и благополучието на животните, здравето на растенията и предотвратяването на риска от замърсяване от външни субстанции. Той залага и правила за подходящото етикетирание на тези храни и хранителни продукти. Тази политика претърпя реформа в началото на Новото хилядолетие, в съгласие с подхода „От фермата до масата“, като с това гарантира високо ниво на безопасност на храните и хранителните продукти, предлагани на пазара в ЕС, на всички етапи на производството и дистрибуторските вериги. Този подход включва както хранителните продукти, произведени в Европейския съюз, така и внесените от трети държави.

Безопасността и доверието на потребителя в Общността и в трети страни са от първостепенна важност. Общността е основен участник в световната търговия с храни и фуражи и в този смисъл е страна по международни търговски споразумения, съдейства за развиването на международните стандарти, които служат за основа на законодателството в областта на храните, подкрепя принципите на свободна търговия с безопасни фуражи и безопасни и здравословни храни по недискриминационен начин, съблюдавайки принципите за лоялна и етична търговска практика.

За въвеждане и прилагане на политиките по безопасност на храните, ЕС приема редица нормативни актове в тази сфера, а именно:

- Регламент на Европейския парламент и на Съвета (ЕО) № 178/2002
- Регламент (ЕС) № 1169/2011 на Европейския парламент и на Съвета
- Регламент (ЕС) № 432/2012 на комисията и др.

1.2.1. Регламент на Европейския парламент и на Съвета (ЕО) № 178/2002 от 28 януари 2002 година за установяване на общите принципи и изисквания на законодателството в областта на храните, за създаване на Европейски орган за безопасност на храните и за определяне на процедури относно безопасността на храните.

Свободното движение на безопасна и здравословна храна представлява съществен аспект на вътрешния пазар и значително допринася за здравето и благосъстоянието на гражданите и на техните социални и икономически интереси. В стремежа за изпълнение на политиките на Общността следва се осигури висока степен на защита на живота и здравето на човека.

Общността е избрала да следва пътя на стремеж към висока степен на опазване на здравето в разработването на законодателство в областта на храните, което тя прилага недискриминационно, независимо дали се търгуват храни или фуражи на вътрешния или на международните пазари.

Необходимо е да се гарантира доверието на потребителите, другите заинтересовани страни и търговските партньори в процеса на вземане на решения, който стои в основата на законодателството в областта на храните, неговата научна основа, структурите и независимостта на институциите, които отговарят за опазване на здравето и други интереси.

Опитът е показал необходимостта от приемане на мерки, с които да се гарантира, че на пазара не се пускат храни, които не са безопасни за здравето и, че съществуват системи за установяване и решаване на проблеми, свързани с безопасността на храните, за да се гарантира правилното функциониране на вътрешния пазар и да се опазва здравето на човека.

За да се гарантира безопасността на храните, е необходимо всички аспекти на хранителната верига да се разглеждат като един непрекъснат процес, започващ от и включващ първичното производство и производството на фуражи до продажбата или доставката на храни до потребителите, тъй като всеки елемент може да има потенциално въздействие върху безопасността на храните.

Свързването в мрежа на първокласни лаборатории на регионално и/или междурегионално равнище, с цел осигуряване на непрекъснато наблюдение и контрол на безопасността на храните, би могло да изиграе важна роля в предотвратяването на потенциални опасности за здравето на гражданите.

Също така приеманите от държавите-членки и Общността мерки в областта на храните и фуражите по правило следва да се основават на анализ на риска, освен когато това е нецелесъобразно предвид обстоятелствата или естеството на мярката. Прибягването до анализ на риска преди приемането на такива мерки следва да улесни избягването на неоснователни пречки пред свободното движение на храни. Когато законодателството в областта на храните е насочено към намаляване, премахване или избягване на опасност за здравето, трите взаимосвързани компонента на анализа на риска, а именно оценка на риска, управление на риска и обмяна на информация за риска, осигуряват систематична методология за определянето на ефективни, съразмерни и целеви мерки или други действия за опазване на здравето.

1.2.2. Регламент (ЕС) № 1169/2011 на Европейския Парламент и на Съвета от 25 октомври 2011 година за предоставянето на информация за храните на потребителите и др., влизащ в сила от 13.12.2014г.

България, като страна членка на ЕС, въвежда в националното законодателство единните европейски изисквания към етикетирането на храните отразени в Регламент (ЕС) № 1169/2011 на ЕП и на Съвета от 25.10.2011г. Регламентът цели да се забрани използването на информация, която би заблудила потребителя, по-специално по отношение на характеристиките на храната, нейното въздействие или свойства, или която би приписала лечебни свойства на храните като забраната се прилага и спрямо рекламата и представянето на храните.

Връзката между хранителен режим и здраве, както и изборът на подходящ хранителен режим, съобразен с индивидуалните потребности, представляват интерес за широката общественост. Бялата книга на Комисията от 30 май 2007 г. относно стратегия за Европа по отношение на храненето, наднорменото тегло и здравословните проблеми, свързани със затлъстяването („Бялата книга на Комисията“), отбелязва, че етикетирането на хранителната информация е важен метод за информиране на потребителите относно състава на храните и за подпомагането им да направят информиран избор. В съобщението на Комисията от 13 март 2007 г., озаглавено „Стратегия на ЕС за политика за защита на потребителите 2007—2013 г. - увеличаване на правата на потребителите, повишаване на тяхното благосъстояние, осигуряване на ефективната им защита“ се подчертава, че възможността потребителите да направят информиран избор е от съществено значение както за ефективната конкуренция, така и за благосъстоянието на потребителите. Познаването на основните принципи на хранене и подходящата хранителна информация биха допринесли значително за даването на възможност на потребителя да направи такъв информиран избор.

Образователните и информационните кампании са важен инструмент за подобряване на разбираемостта на информацията относно храните за потребителите.

Принципи, уреждащи задължителната информация за храните

Когато се изисква задължителна информация за храните от законодателство в областта на информацията за храните, това изискване се отнася до информация за същността и състава, свойствата или други характеристики на храната, информация за защитата на здравето на потребителите и безопасната употреба на дадена храна - съставните характеристики, които могат да бъдат вредни за здравето на определени групи потребители, трайността, съхранението и безопасната употреба и въздействието върху здравето, включително рисковете и последиците, свързани с вредна или опасна консумация на дадена храна; информация относно хранителните характеристики, така че на потребителите, включително на тези със специални изисквания по отношение на хранителния режим, да се даде възможност за информиран избор.

Задължителните данни, които трябва да се етикетират:

- наименование на храната;
- списък на съставките;
- всички съставки или спомагателни вещества, изброени в приложение II, или получени от вещество или продукт, посочени в приложение II, причиняващи алергии или непоносимост, които се използват за производство или приготвяне на храна и все още присъстват в крайния продукт, дори и в изменен вид;
- количество на определени съставки или категории съставки;
- нетно количество на храната;
- срок на минимална трайност или срок на годност;

- специални условия за съхранение и/или условия за употреба;
- името или търговско наименование и адрес на стопанския субект в хранителната промишленост;
- страна на произход или място на произход - указания за употреба, когато при липсата на такива указания би било трудно храната да се използва по подходящ начин;
- по отношение на напитки, съдържащи повече от 1,2 обемни процента алкохол, действителното обемно съдържание на алкохол;
- обявяване на хранителната стойност.

Някои съставки или други вещества, или продукти (като спомагателни вещества), които се използват при производството на храните и впоследствие остават в техния състав, могат да причинят алергии или непоносимост при някои хора, като някои от тези алергии или непоносимост представляват опасност за здравето на засегнатите лица. Важно е да се предоставя информация относно наличието на добавки в храните, спомагателни вещества и други вещества или продукти с научно доказан алергенен ефект или ефект на непоносимост, за да могат потребителите, особено страдащите от хранителна алергия или непоносимост, да направят информиран и безопасен за тях избор.

ПРИЛОЖЕНИЕ II: ВЕЩЕСТВА ИЛИ ПРОДУКТИ, ПРИЧИНЯВАЩИ АЛЕРГИИ ИЛИ НЕПОНОСИМОСТ към Регламент 1169/2011

1. Зърнени култури, съдържащи глютен, а именно: пшеница, ръж, ечемик, овес, шпелта (вид пшеница), камут (вид едра твърда пшеница) или техни хибридни сортове, както и продукти от тях, с изключение на:

- а) глюкозен сироп на пшенична основа, включително декстроза (1);
- б) малтодекстрини на пшенична основа (1);
- в) глюкозен сироп на ечемична основа;

г) зърнени култури, използвани за производство на алкохолни дестилати, включително етилов алкохол от селскостопански произход;

2. Ракообразни и продукти от тях;

3. Яйца и продукти от тях.

4. Риба и рибни продукти, с изключение на:

а) рибен желатин, използван като носител на витамини или каротиноидни заготовки;

б) рибен желатин или рибен клей, използван като подобряващ агент в бира и вино;

5. Фъстъци и продукти от тях;

6. Соя и соеви продукти, с изключение на:

а) напълно рафинирани соево масло и мазнина (1);

б) натурални смесени токофероли (E306), натурален D-алфа токоферол, натурален D-алфа токоферол ацетат, натурален D-алфа токоферол сукцинат от соеви източници;

в) фитостероли и фитостеролови естери от растителни масла, получени от соеви източници;

г) растителен станолев естер, произведен от стероли на растителни масла от соеви източници;

7. Мляко и млечни продукти (включително лактоза), с изключение на:

а) суроватка, използвана за производство на алкохолни дестилати, включително етилов алкохол от селскостопански произход;

б) лактитол;

8. Ядки, а именно: бадеми (*Amygdalus communis* L.), лешници (*Corylus avellana*), орехи (*Juglans regia*), кашу (*Anacardium occidentale*), пеканови ядки (*Carya illinoensis* (Wangenh.) K. Koch), бразилски орехи (*Bertholletia excelsa*), шамфъстък (*Pistacia vera*), орехи макадамия или орехи Куинсленд (*Macadamia ternifolia*) и продукти от тях, с изключение

на ядки, използвани за производство на алкохолни дестилати, включително етилов алкохол от селскостопански произход:

9. Целина и продукти от нея;

10. Синап и продукти от него;

11. Сусамово семе и продукти от него;

12. Серен диоксид и сулфити с концентрация над 10 mg/kg или 10 mg/litre, изразени под формата на общ SO₂, който следва да се изчисли за продуктите, предлагани готови за консумация или върнати към първоначално състояние съгласно указанията на производителя;

13. Лупина и продукти от нея;

14. Мекотели и продукти от тях.

Алергените са онагледени на фиг. 12.



Фиг. 12 Онагледено в картинки приложение II за алергени в храни

Непременно се етикетират определени вещества или продукти, причиняващи алергии или непоносимост, както и ГМО съдържание над 0,9%.

1.2.3. Регламент (ЕС) № 432/2012 на Комисията от 16 май 2012 година за създаване на списък на разрешените здравни претенции за храни, различни от претенциите, които се отнасят до намаляване на риска от заболяване и до развитието и здравето на децата.

За редица здравни претенции Органът заключи, че на базата на предоставените данни е установена причинно-следствена връзка между категорията храна, храната или някоя от нейните съставки и ефекта, предмет на претенцията. Здравните претенции, по отношение на които са направени тези заключения, следва да бъдат разрешени и да бъдат включени в списък на разрешените претенции.

В Регламент (ЕС) No 432/2012 в списъка на разрешените здравни претенции за храните, единственият оригинален български продукт е българското кисело мляко и съдържащите го пробиотични микроорганизми *Lactobacillus bulgaricus* и *Streptococcus thermophilus*. Съгласно претенцията те подобряват смилането на лактозата.

1.2.4. Стандарти за храни, основани на Регламент (ЕС) № 1151/2012 (БДС стандарти) на Европейския парламент и на Съвета от 21 ноември 2012 година, относно схемите за качество на селскостопанските продукти и храни

Гражданите и потребителите в ЕС все по-често търсят продукти, които са качествени и традиционни. Това създава търсене на селскостопански продукти или храни с разпознаваеми специфични характеристики, по-специално свързани с географския им произход. С цел стимулиране производителите да продължат да произвеждат разнообразен асортимент от качествени продукти, те да получават справедливо възнаграждение за своите усилия. За тази цел е необходимо те да могат да информират купувачите и потребителите относно характеристиките на

своите продукти в условията на лоялна конкуренция. За това е необходимо също те да могат правилно да идентифицират своите продукти на пазара.

Българска агенция по безопасност на храните (БАБХ) продължава политиката за изработване на утвърдени стандарти за традиционни български продукти. Базирано на гореспоменатия регламент се изработват утвърдени стандарти от специално сформирани работни групи, в които активна роля имат и браншовите организации в България.

През 2010 г. след успешна съвместна работа с представителите на бизнеса, предшественикът на БАБХ – Националната ветеринарномедицинска служба, изработи утвърдени стандарти за някои месни продукти под марката „Стара планина”, предложи за патентоване български държавни стандарти за киселото мляко, сиренето и кашкавала. А един от основните приоритети още със старта на дейността на БАБХ е създаването на утвърдени стандарти за хляб и хлебни изделия, както и въвеждане на стандарти за хранене в яслите и детските градини.

Утвърдени стандарти "Стара планина"

От 2 август 2010 г. в сила влязоха девет утвърдени стандарта „Стара планина” (фиг. 13) за месни продукти от свинско, говеждо и птиче месо. Това са кайма, кебапчета и кюфтета, сурова наденица и карначета, варени и варено-пушени малотрайни колбаси, траен варено-пушен салам, кайма от птиче месо, кебапчета и кюфтета от птиче месо, сурова наденица и карначета от птиче месо и варени и варено-пушени малотрайни колбаси от птиче месо. Варено-пушените малотрайни колбаси, включени в стандартите са кренвирши, наденица и колбас. Продуктите, произведени по тези стандарти, носят наименованието „Стара планина”. Технологичните изисквания за производството на продуктите бяха разработени от Експертния съвет по безопасност на храните към Националната ветеринарномедицинска служба (една от структурите,

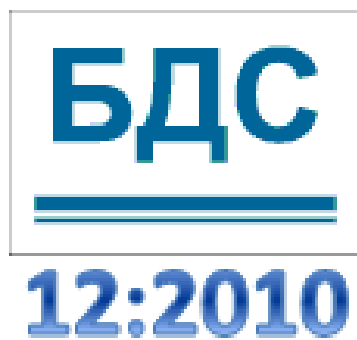
които се обединиха в БАБХ) съвместно с Асоциацията на месопреработвателите в България и водещи технолози по месопреработка. В утвърдените стандарти подробно са описани задължителните здравно-хигиенни показатели и норми, технологията на производство, опаковане, етикетирание и пакетиране и изискванията за транспорт и съхранение, методите за вземане на проби и методите за изпитване. „Утвърдените стандарти” са доброволни за производителите на месни продукти.



Фиг. 13 Стара Планина

Български държавни стандарти за млечни продукти

Стандартите за „Българско кисело мляко”, „Българско сирене”, „Български кашкавал” са отнасят за традиционните български продукти и имат доброволен характер. Те бяха приети от Български институти за стандартизация през 2010 г. С тях се определят изискванията за производство, опаковка, маркировка, съхранение и транспорт. На опаковките на тези продукти е отбелязано, че са произведени по БДС (фиг. 14). Определена е процедура за вписване, одобряване и издаване на удостоверение за производство на млечни продукти по Български държавни стандарти (БДС). Удостоверенията, според Закона за марките и географските означения, се предоставят в Патентно ведомство на РБ за издаване на Решение за ползвател на наименование за произход.



Фиг. 14 БДС стандарт

Стандарти за хляб и брашно "България"

От 5 април 2011 г. влязоха в сила утвърдени стандарти за производство на брашно и хляб "България." Стандартите са разработени от работна група, в която участваха експерти от Българската агенция по безопасност на храните, производители, технолози и др. Изготвени са четири броя утвърдени стандарта: един Утвърден стандарт за три типа брашно: "Бяло", "Добруджа" и "Типово" и три Утвърдени стандарта за хляб: Утвърден стандарт за хляб "Бял", Утвърден стандарт за хляб "Добруджа", Утвърден стандарт за хляб "Типов". Хляба ще се произвежда в три грамажа: 500гр., 650гр. и 830 гр. и ще се предлага опакован и неопакван. Срокът на годност на трите вида хляб е две денонощия. Списъкът на одобрените предприятия, които ще произвеждат брашно и хляб по Утвърден стандарт "България" (фиг. 15), ще бъде публичен и ще бъде качен на интернет страницата на БАБХ.



Фиг. 15 Стандарт България

Политиките на Европейския съюз по отношение Безопасността на храните целят Насърчаване на производството на храни с високо качество и на традиционни храни. Правилата за етиктирането улесняват също така идентифицирането от потребителите на биологични храни, качествени продукти или храни, произведени по определена технология. За продукти, свързани с даден географски произход, се използва специално лого на ЕС (фиг. 16): защитено наименование за произход (ЗНП) и защитено географско указание (ЗГУ), както и за тези, които са приготвени или произведени по традиционен начин: храна с традиционно специфичен характер (ХТСХ).



Фиг. 16 Специални лого на ЕС

Логото на ЕС за биологично земеделие може да се поставя на всички предварително пакетирани биологични хранителни продукти, произведени в ЕС, като гарантира, че те отговарят на стандартите на ЕС за биологично производство. В края на 2012 г. имаше 1138 продукта, регистрирани като

ЗНП, ЗГУ или ХТСХ, включително например шампанското (ЗНП), пармската шунка (ЗГУ) и бирата Гъоз (ХТСХ).

Законодателството, регламентиращо изискванията за производство и търговия с храни на територията на Република България, цели производство на безопасни хранителни продукти и предоставяне на реална и достатъчна информация за хранителния продукт на потребителя за опазване и подобряване на общественото здраве.

2. Държавни институции, занимаващи се с проблематиката по безопасността на храните и общественото здраве

2.1.Българска агенция по безопасност на храните

Основна цел на БАБХ е да се грижи потребителите да получават „Сигурност всеки ден”.

Българска агенция по безопасност на храните (БАБХ) е единен орган за контрол на безопасността и качеството на храните в Република България. Създадена в началото на 2011 г., БАБХ следва най-добрите европейски практики в прилагането на високи стандарти при контрола в областта на безопасността и качеството на храните, хранителните добавки и напитките, ветеринарната медицина и хуманното отношение към животните, растителната защита и торовете, фитосанитарния контрол, фуражите, граничния контрол и др. Експертите на БАБХ ежедневно осъществяват стриктен контрол по цялата хранителна верига – от полето и фермата до масата.

БАБХ реализира последователна политика за сътрудничество с браншовите организации в страната. Заедно с тях разработва и създава стандарти, които целят повишаване на качеството на продукти като хляб и хлебни изделия, мляко, млечни и месни продукти, както и на други традиционно български храни.

БАБХ е в постоянно сътрудничество с Европейския орган за безопасност на храните, с всички структури на Европейския съюз, имащи отношение към дейността на агенцията и с органите по безопасност на храните в държавите-членки от ЕС и трети страни.

БАБХ е структурирана чрез обединяване на Националната ветеринарно-медицинска служба, на Националната служба за растителна защита (с изключение на Института по растителна защита), както и на Националната служба по зърното и фуражите, на регионалните здравни инспекции и на областните дирекции „Земеделие“ в частта, свързана с дейността ѝ по чл. 3, ал. 1 от Закона за Българската агенция по безопасност на храните.

Деятности:

Българска агенция по безопасност на храните е органът, който контролира стандартите за качество при храните, хранителните добавки и напитките, ветеринарната медицина и хуманното отношение към животните, растителната защита и торовете, фитосанитарния контрол, фуражите, граничния контрол. Основна цел на БАБХ е да се грижи потребителите да получават „Сигурност всеки ден“. Представя основна информация, свързана с изискванията за храните, домашните любимци, както и друга полезна информация.

Българска агенция по безопасност на храните, както и Пресцентъра на БАБХ и Центъра за оценка на риска се стремят да предоставят актуална информация по отношение на безопасността на храните и опазване на здравето на потребителите като:

- Информационен материал относно Международна Научно-практическа конференция „Храни, технологии и здраве“
- Пета среща на Научната мрежа за оценка на риска от ГМО към ЕОБХ

- Данни, получени от системата за бързо предупреждение за храни и фуражи по отношение на добавки в храни за периода август-октомври 2014 година
- Оказват ли микотоксините негативен ефект върху рибите?
- Оценка на панела по диетични продукти, хранене и алергени (Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies - NDA) на Европейския орган по безопасност на храните (ЕОБХ) на Екстракт от петльови гребени.

В онлайн бюлетина, издаван на интернет страницата на БАБХ, Център за оценка на риска могат да бъдат намерени редица други статии и документи по отношение на риска от заболяване на населението и опазване на общественото здраве.

2.2.Национален център по общественото здраве и анализи

НЦОЗА и в частност Дирекция “Обществено здраве и здравен риск” изпълнява здравната политика на МЗ в областта на общественото здраве и здравния риск чрез функции и изпълнение на дейности по проблеми на околната среда и възможния здравен риск, здраве при работа, токсикология, храни и хранене, материали за контакт с храни, генно модифицирани организми.

Основни функции:

- Анализиране и изследване на връзката между общественото здраве и въздействието на факторите на околната и работна среда, и условията на живот – хранене и стрес;
- Участие в разработването, съгласуването, координирането и изпълнението на национални планове и програми за действие по околна среда и здраве, здраве и безопасност при работа, храни и хранене;

- Експертно участие в работни групи, мрежи и комисии на национално, европейско и международно ниво свързани с опазване на общественото здраве при възлагане от Министъра на здравеопазването;
- Осъществява научно-приложни, експертно-консултативни и методични функции в областта на общественото здраве и здравния риск по основните проблемни направления на дирекцията;
- Осъществява подготовката за придобиване на научната и образователна степен “доктор” и “доктор на науките”, специализация по утвърдени програми за основни хигиенни специалности и продължаващо обучение в областта на общественото здраве и оценка на здравния риск.

Дейности за изпълнение на функциите:

- Идентифицира съществуващи и нововъзникващи рискови за здравето фактори и разработва научно-обосновани предложения за нивата им в елементи на околната среда с цел определяне на допустими норми за опазване на човешкото здраве;
- Извършва оценка на експозицията и здравния риск за населението от въздействието на биологични и химични вредности в околната среда и изготвя препоръки за предотвратяване на неблагоприятни здравни последици;
- Извършва експертно-консултативна и учебна дейност в областта околна среда и здравен риск;
- Оценява здравния риск при въздействие на вредни фактори в работната среда, разработва насоки за намаляване на професионалните и свързаните с труда заболявания;
- Извършва учебна и експертна дейност в областта здраве при работа;
- Извършва научно-експертна дейност по токсикологична оценка и токсикологичен здравен риск на химикалите на национално и международно ниво;

- Извършва методична, консултативна и учебна дейност на специалисти от РЗИ и извън системата на МЗ по токсикология на химикалите;
- Извършва мониторинг на храненето и хранителния статус на населението, идентифицира рискови групи и разработва ръководства за организирано хранене на определени групи от населението;
- Извършва учебна и експертна дейност в областта храни и хранене;
- Валидира и внедрява методи за определяне на ГМО в партньорство с лаборатории от страни на ЕС;
- Извършва експертна, експертизна, арбитражна и учебна дейност и участва в разработването на нормативни документи за ГМО;
- Участва в провеждането на националната здравна политика по отношение на безопасността на материалите и предметите, предназначени за контакт с храни;
- Изследва и предоставя становища за безопасността на материали и предмети, предназначени за контакт с храни, действа като референтна лаборатория, колаборираща с аналогичната на ЕС;
- Участва в работни групи на национално и международно ниво по проблеми на околната среда и възможния здравен риск, здраве при работа, токсикология, храни и хранене, материали за контакт с храни, генно модифицирани организми;
- Провежда специализация по утвърдени програми за основни хигиенни специалности – комунална хигиена, токсикология, трудова медицина, хранене и диететика.
- Осъществява подготовка на лица за придобиване на научната и образователна степен “доктор”.

Взаимовръзки:

За изпълнение на своите функции и задачи дирекцията осъществява:

- Вътрешни взаимовръзки: Дирекция „Обществено здраве” осъществява необходими за работата ефективни взаимоотношения с другите дирекции

в НЦОЗА – Аналитични и лабораторни дейности, Функциониране на здравната система, Финансово-счетоводен и Административно-стопански отдел.

- Външни взаимодействия: Извън структурите на НЦОЗА, дирекцията взаимодейства с дирекция „Обществено здраве” в МЗ, на регионално ниво с РЗИ; с други министерства и институции и техните структури в страната (МОСВ, МРРБ, МЗХ, МТСП); със СЗО и други международни организации и Европейски структури в обхвата на дейностите на дирекцията.

НЦОЗА разработва теми по проблематиката на общественото здраве някои, от които са: „Проучване на специфична миграция на меламина от пластмасови изделия, предлагани на българския пазар”; „Проучване на специфичната миграция на бисфенол А от поликарбонатни изделия, предназначени за хранене на кърмачета и за пълнене с минерална вода”; „Прилагане на новата Европейска система за класифициране, опаковане и етикетироване”; Спешни мерки при откриване на неразрешени генетично модифицирани организми на Европейския пазар - Генетично модифициран лен FP967 произход Канада, Генетично модифициран ориз, произход Китай; Междудефекторни сравнителни изпитвания за националните референтни ГМО лаборатории; Национално проучване на хранителния статус на учениците в България; Също така НЦОЗА участва в Националните планове и програми, разработва курсове за обучение и издава печатни издания за информиране на обществеността по проблематиката на общественото здраве.

2.3.Регионална здравна инспекция (РЗИ – Софийска област)

Тя осъществява дейности по: контрол по спазването на здравните изисквания към обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на

жизнената среда; контрол върху заразните болести; промоция на здравето и интегрирана профилактика на болестите; лабораторен контрол на факторите на жизнената среда и анализиране и оценяване на влиянието им върху здравето на гражданите; методическа, консултативна и експертна помощ в областта на опазването на общественото здраве; разработване и изпълнение на регионални програми и проекти в областта на опазването на общественото здраве; изпълнение на национални програми и проекти в областта на опазването на общественото здраве.

РЗИ Софийска област провежда различни информационни кампании с цел повишаване здравето на населението. Такъв тип кампании са: „Изберете здравето“, „Негативни последици за здравето на населението от екстремно високи температури“, „В подкрепа на детската безопасност“ и редица други.

3. Системи за безопасност на храните за предпазване на човешкото здраве. НАССР система като задължителна част в хранителната индустрия

Производителите и търговците на храни внедряват, прилагат и поддържат система за управление на безопасността на храните или система за анализ на опасностите и критични контролни точки, а когато цялостното внедряване на система е неприложимо - процедури в съответствие с принципите на системата за анализ на опасностите и критични контролни точки.

Неминуемо производителите на храни въвеждат правила за производство на безопасен продукт. Според Закона за храните чл. 17 и чл. 18 те са длъжни да въведат задължителни правила от НАССР плана като прилагат и поддържат система за управление на безопасността на храните, да ги спазват и контролират с цел опазване на здравето на потребителите, чрез предлагане на безопасен продукт. Също така те трябва да спазват

хигиенните изисквания и добрите производствени практики на всички етапи на производството, преработката и дистрибуцията на храните.

От друга страна компаниите, които произвеждат безопасни продукти не само спазват определени правила, но с цел повишаване на конкурентоспособността си и имиджа си пред потребителите, те допълнително и доброволно въвеждат и сертифицират допълнителни системи за безопасност и качество на произвежданите храни, като ISO 9001 и ISO 22000, които са основни системи и са най-разпространени в бранша на хранителната индустрия. Съществуват и други системи за безопасност на храните, които наподобяват тези стандарти. Производителите, също така могат да се сертифицират по една или няколко допълващи се системи, т.е. произвежданата продукция от една страна е произведена при спазване на правила за безопасност, а от друга - продукцията отговаря на други определени изисквания – напр. за „био” или „биологични” храни, за „органик” храни или БДС стандарти и др.

При наличие на много предлагани стоки в една пазарна ниша се стимулира саморегулация на бизнеса относно безопасността на храните.

НАССР система за безопасност на храните – възникване и значение

Абревиатурата НАССР означава Hazard analysis and critical control point – Анализ на опасностите и критични контролни точки.

Основна цел на НАССР системата е осъществяване на Анализ на опасностите и Контрол на критични точки свързани с производство и предоставяне на безопасен продукт и запазване на здравето на потребителя. Основна задача на НАССР системата е да осъществява систематизиран превантивен контрол на безопасността на храните и снижаване на риска от биологични, химични и физични опасности в хранителната индустрия.

Първото регистрирано хранително отравяне е по време на Втората

Световна Война в Американската армия, в резултат на консумация на консерви със спанак, заразени с *Clostridium Botulinum*. При проучването на причината за това заболяване е извършен и първият системен анализ на опасностите от замърсяване на храните.

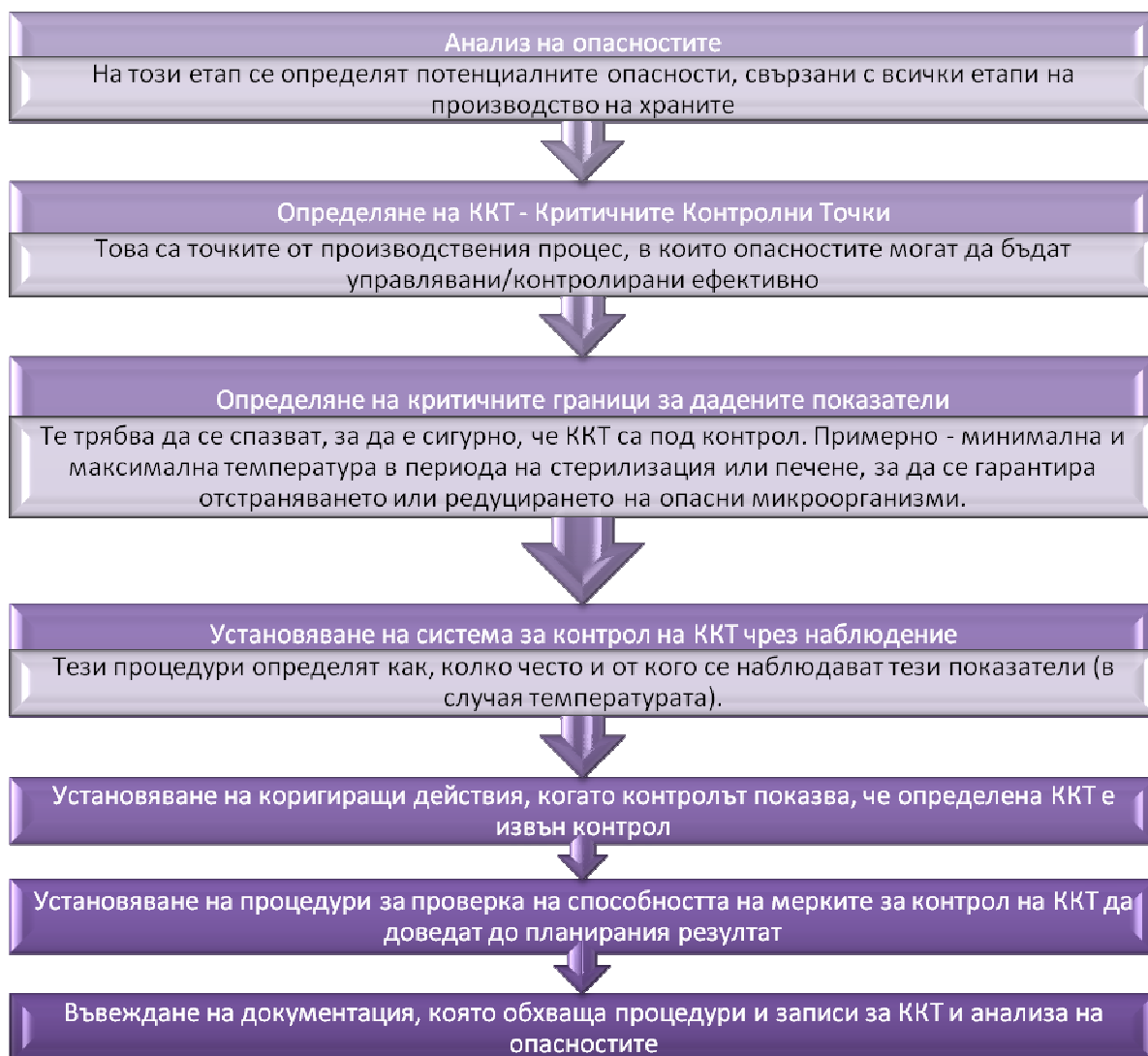
По-късно през 60^{те} години на XX век започват да се формулират принципите на HACCP, за да се гарантира доставката на безопасни храни за астронавтите от NASA. През 70-те концепцията е доразвита като система за контрол на консервираните храни от месната индустрия на САЩ. През 1971 г. подходът HACCP е представен на първата Американска Национална Конференция по Защита на Храните. Оттогава HACCP системата е призната международно като логичен инструмент за приспособяване на традиционните методи за инспекция към модерната, научно базирана система за безопасност на храните.

През 1973 г. HACCP системата се прилага и в Европа към Наредбата за нискокиселинни консервирани храни. През 1993 Европейският съюз приема Директива 93/43 ЕЕС за хигиената на храните. Тази Директива регламентира системата HACCP като законово изискване за безопасност на хранителните продукти при експорт.

През 2002 г. Европейският Съюз с Регламент 178 на ЕС въвежда HACCP системата като задължителна за всички предприятия за производство на храни и заведения за обществено хранене.

България, като държава членка на Европейския Съюз, също приема HACCP системата като задължителна. Това е разписано в Закона за храните.

HACCP системата има 7 основни принципа, които са документирани в Codex Alimentarius -Alinorm 97/13A, Appendix II. Тези принципи са представени на Фиг. 17.



Фиг.17. Седемте HACCP принципа

НАССР системата в хранителната индустрия въвежда изисквания за производство на безопасен продукт, който да отговаря на дадените качествени показатели – органолептични, физикохимични и микробиологични, както и да се представя пълната хранителна информация върху етикета. Тази система проследява, контролира и превентира вероятностите по време на производството да се появят различни биологични, химични и физични опасности. (фиг. 18)



Фиг.18 Определяне на Критични контролни точки

Целта на HACCP системата е да се запази благосъстоянието на крайния потребител при консумация на даден хранителен продукт.

Важен момент при производството е снижаването на риска от попадане на патогенни микроорганизми в хранителния продукт.

Някои от патогенните микроорганизми, които се проследяват в храните са показани на табл. 2

Табл. 2 Максимално допустими нива на патогени и условнопатогени

Общ брой на мезофилните аеробни и факултативно анаеробни немлечнокисели бактерии, GFU/g, не повече от:	1000 ($1,0 \times 10^3$)
Колиформи в 1.0 g от продукта : (CfU/g, не повече от) :	да не се установяват 10
Дрожди, CfU/g, не повече от :	10
Спори на микроскопични плесенни гъбички, CfU/g, не повече от :	10
Salmonella species в 25,0 гр. от продукта:	да не се установяват
Коагулазоположителни стафилококи (Staphylococcus aureus) в 1,0 g от продукта:	да не се установяват
Listeria monocytogenes в 25,0 g от продукта:	да не се установяват
Афлатоксин M1 mkg/kg	не повече от 0.5

Контролът по време на производство е необходим за свеждане на риска от заболявания на крайния консуматор до приемливи нива. НАССР системата е ориентирана към производство и предлагане на безопасни хранителни продукти. Целта е запазване на благосъстоянието на потребителя. Въвеждането на НАССР системата цели производство и консумация на безопасни храни чрез установяване и провеждане на текущ контрол в процеса на производство. НАССР системата води до своевременно и адекватно предотвратяване на различните видове опасности и замърсявания по време на производство или преработка на хранителни продукти. Важна част от НАССР системата е предоставяне на обективна и пълна информация за хранителния продукт върху етикета, което подобрява информираността на клиентите. По този начин потребителите могат да направят съзнателен и свободен избор на храни и да водят здравословен начин на живот. Времето и световният опит доказват ефективността на НАССР системата и затова тя е международно призната като най-надеждната система за гарантиране безопасността на храните.

Безопасността на храните и хранителните добавки и системи за пожелателна сертификация: ISO 22000 и ISO 9001

НАССР системата може да се въведе самостоятелно, както и да допълва други системи като ISO 9001 – система за мениджмънт на качеството. НАССР системата може също да се интегрира в друга система като управление на безопасността на храните - ISO 22000. ISO - е съкращение на International Organization for Standardization (Международна организация по стандартизация ИСО).

Етикетиране и предоставяне на информация на потребителите относно потребяваните от тях хранителни стоки

Потребителите все повече се интересуват от продуктите, които консумират и използват, както и тези които са в контакт с техния организъм като дрехи, козметика, храни. Част от консуматорите активно търсят информация за стоките и услугите, които потребяват. При избора на продукти, включително и хранителни, потребителите търсят етикета на стоката, за да се сдобият с необходимата им информация. Проф. Д-р Цекомир Воденичаров коментира, че модерното здравеопазване трябва да е основано на конкуренцията и правото на избор. Именно правото на свободен избор, базирано на получената информацията относно безопасността на храните, качеството на храните, хранителните инградиенти и енергиините стойности на хранителните продукти са от основно значение за потребителите. Предоставянето на пълна и акуратна информация дава право на потребителя да направи самостоятелен и съзнателен избор за даден хранителен продукт.

Част от НАССР системата е правилното и пълно етикетиране, което дава възможност на клиента за съзнателен избор на здравословен хранителен продукт. Всички хранителни продукти и продукти, предназначени за влагане в храни, които се пускат на пазара за свободна продажба трябва да са етикетираны според изискванията на:

- Регламент (ЕС) № 1169/2011 на Европейския Парламент и на Съвета, от 25 октомври 2011 година за предоставянето на информация за храните на потребителите и др.
- Закон за храните, Обн. ДВ. бр.90 от 15 Октомври 1999г., доп. ДВ. бр.26 от 21 Март 2014г.
- Наредба за изискванията за етикетирането и представянето на храните, в сила от 29.07.2001 г., приета с ПМС № 136 от 19.07.2000 г., изм. и доп. ДВ. бр.84 от 27 Септември 2013 г.

Задължителната информация на етикета на хранителните продукти за крайния потребител е урегулирана в горепосочените нормативни актове и подробно разгледана, целяща производство и предлагане на безопасна храна за крайния потребител.

От значение за потребителя е не само съдържанието на информацията, но и начина, по който тя е представена с цел тя да бъде ясна и достъпна за всички потребители. При избора на хранителен продукт, потребителят да бъде максимално информиран за него и да може да направи съзнателен и информиран избор за потребление. Неговият избор ще има пряко влияние върху стила му на живот и здравното му състояние.

„Растящото производство и интерес към природните продукти наложи изграждането на нормативна база за начините на тяхното приложение и контрол, осигурявайки безопасност на хората.”

Отличителни знаци за качество по желание

Говорейки за качество трябва да се упоменат и различните концепции за същността на качеството:

- В различните речници качеството се определя като „степен на отличното”;

- Според теорията за всеобщото качество може да се използва следното определение: „Прави по правилен начин това, което е правилно”. Стандарт ISO 9000:2000 определя като качество „степен”, до която съвкупност от присъщи характеристики удовлетворяват изисквания” и Формулировката на „присъщи изисквания” според този стандарт е потребност, или очаквания, което обикновено се подразбира или е задължително. Според степента на осигуреност на тези изисквания и очаквания, терминът „качество” може да има различни нива: „лошо”, „добро”, „отлично” 3.1.1. от стандарта.

Често производителите на хранителни продукти с високо качество поставят отличителни, лесно разпознаваеми знаци, за да привлекат вниманието на потребителя и да вдъхнат увереност у потребителя за произвеждания от тях продукт. Да направят продукта си отличителен в дадената пазарна ниша и да подтикнат купувача да закупи предоставената гарантирано по-качествена стока на по-висока цена. Отличителните знаци могат да бъдат най-различни, в зависимост от продукта и от производството му:

- системи за безопасност и качество
- стандарти за произвеждани определен клас храни (БДС стандарти)
- гарантиране за неналичие на дадени съставки
- гарантиране на биологично чисто производство
- гарантиране на натурален произход на суровините
- органичен произход
- свободно от ГМО
- не съдържа холестерол

Трябва да се определи каква част от потребителите активно търсят тази информация и каква част са незапознати. Изборът на потребителите може да бъде повлиян от здравни, икономически, екологични, социални и етични съображения. Правилното и пълно етикетиране дава възможност

на потребителите да избират свободно потребяваните от тях продукти, като имат информация за съдържанието на вида и концентрацията на различни подобрители на храните. По този начин потребителите могат да избегнат консумацията на нежелани инградиенти в храни и например храни с високата концентрация на консерванти, подобрители и оцветители, които могат да окажат негативни последици върху здравето на потребителите в дългосрочен аспект.

Говорейки за съдържание на консерванти, подобрители и оцветители, не можем да пропуснем и златното правило „доза-ефект”. Проф. Рибарова коментира, че към технологичните хранителни добавки се е създала негативна нагласа, и че не самото вещество, а количеството, което е вложено в продукта, е проблемът. Превенция срещу това е контролът.

IV. Глава. Информираност и обучение на обществото за информиран избор свързан с безопасността на храните

1. Епидемиологично проучване на пациенти с хранителни алергии

Хранителните алергии имат значителни вредни последици върху семейство, икономика, социални взаимодействия, училище и работа и обслужване, както и на качеството на живот, свързано със здравето.

Според медицинските наблюдения хората с по-висок жизнен стандарт и по-активна имунна профилактика страдат по-често от алергични заболявания.

Алергичните болести са с нарастваща честота във всички възрастови групи. Една от най-разпространените алергии е хранителната. Например за последното десетилетие алергията към фъстъци се е удвоила. Хранителната алергия се дефинира като имунологично медирана реакция на свръхчувствителност към хранителни протеини, които са безвредни, но чужди на имунната система на човека. Основни рискови фактори за поява и развитие на хранителна алергия са фамилната обремененост и факторите на околната среда, от които особено важен е приемът на чуждородни протеини, като например краве мляко, яйца, риба, соя.

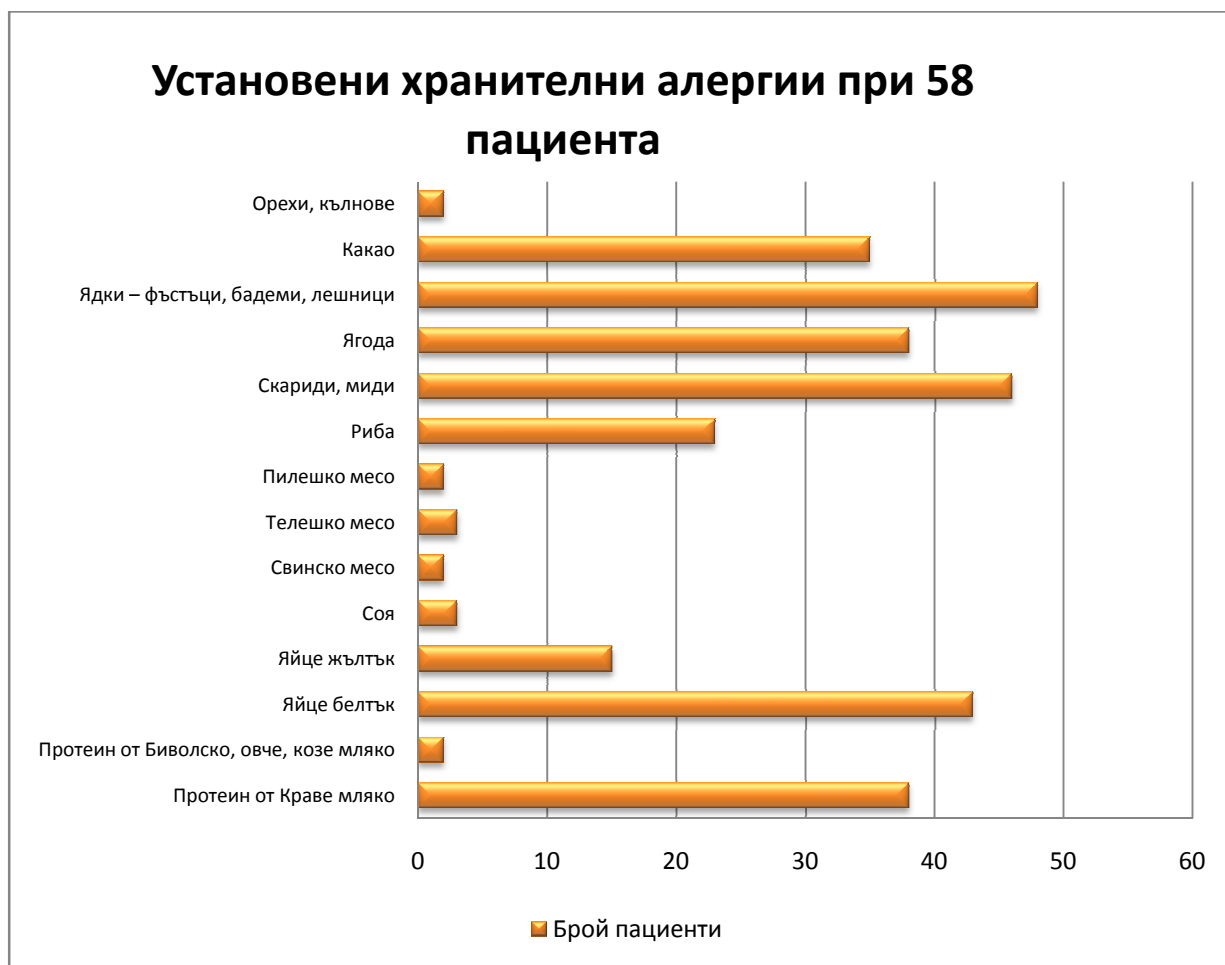
В МЦ Евродраве за периода 2009 – 2014 г. съвместно с лекари специалисти проведохме клинично проучване на хранителни алергии обхващащи 58 пациента на възраст от 3 до 81 години. От тях 6 са деца на възраст от 3 до 9 години. 29 от тях са жени на възраст от 22 до 81 години, а 23 са мъже на възраст от 24 до 71 години. Всички пациенти бяха с различни клинични прояви на алергични реакции. При някои се наблюдават класически симптоми на алергия – сълзотечение, кихане, хрема, различни видове обриви, сърбеж по кожата, диарии. При някои от пациентите наблюдавахме новооткрити симптоми на хранителна алергия – косопад, пърхут, парадонтоза, повишаване нивото на пролактин при млади

жени. На всички бяха проведени имуно тестове за 19 групи хранителни алергени на принцип на ELISA – имуномодуляция за определяне на ниво на специфични антитела (имуноглобулини IgE) срещу определени хранителни алергени в кръвен серум. На пациентите бяха проведени тестове за алергия за следните хранителни протеини: краве, биволско, овче и козе мляко, яйце белтък, яйце жълтък, соя, свинско, пилешко и телешко месо, риба, скариди, ягода, ядки – фъстъци, бадеми лешници, орехи, кълнове, какао. Бяха установени следните резултати, представени на табл. 3 и онагледени на фиг. 19.

Табл. 3 Резултати от изследване на хранителна алергия

Алерген	Брой пациенти	%
Протеин от Краве мляко	38	65,5
Протеин от Биволско, овче, козе мляко	2	3,45
Яйце белтък	43	74,1
Яйце жълтък	15	25,9
Соя	3	5,17
Свинско месо	2	3,45
Телешко месо	3	5,17
Пилешко месо	2	3,45
Риба	23	39,7
Скариди, миди	46	79,3
Ягода	38	65,5
Ядки– фъстъци, бадеми, лешници	48	82,7
Какао	35	60,3
Орехи, кълнове	2	3,45

Табл. 3 представя броя на пациентите проявили свръхчувствителност към даден алерген. При всички пациенти установихме повече от 1 свръхчувствителност към хранителен алерген.



Фиг. 19 Онагледени резултати от изследване на хранителна алергия

Анализ на резултатите

Резултатите от проведеното епидемиологично проучване показват, че най-висок е процентът на хранителна алергия към ядки – фъстъци, бадеми и лешници, установен при 48 пациента (82,7%). Хранителна алергия към морски дарове – скариди, миди установихме при 46 пациента (79,3%). Следващата по честота хранителна алергия е към белтък на яйце – при 43 пациента (74,1%). Еднаква по честота алергия установихме към ягоди и протеин на краве мляко – при 38 пациента (65,5%). Хранителна алергия към какао регистрирахме при 35 пациента (60,3%). Следващите по честота хранителни алергии са към риба – при 23 пациента (39,7%) и жълтък на яйце - при 15 пациента (25,9%). Много малък е процентът на хранителни алергии към протеини на биволско, овче, козе млека, соя, орехи, кълнове,

свинско, телешко и пилешко меса – от 1 до 3 пациента (от 3,45% до 5,17%). Само при 1 пациент (1,72%) установихме алергия към козе мляко. Прави впечатление високият процент хранителна алергия към фъстъци, морски дарове, ягода, белтък на яйце, какао и краве мляко. Често един пациент проявява тези алергии съчетани помежду си. За разлика от високия процент хранителна алергия към краве млечен протеин, алергията към козе, биволско и овче мляко е много рядка.

След установяване на вида хранителна алергия, на всички пациенти препоръчахме спиране консумацията на храни, съдържащи съответните хранителни алергени и антиалергично лечение. На пациентите бе обяснено внимателно да подбират и закупуват хранителни продукти като следят изписаната на етикетите информация за състава на хранителния продукт и наличните в него алергени. Посъветвахме пациентите активно да търсят алергени в менюто на заведенията за обществено хранене.

След спиране на консумацията на хранителни алергени и проведеното антиалергично лечение, клиничните симптоми на хранителната алергия при пациентите отзвучаха за период от 2 до 6 седмици в зависимост от тежестта на алергията.

Резултатите от проведеното проучване показват, че алергичните заболявания са се увеличили значително през последното десетилетие. Хранителната алергия вече може да се отнесе към социално значимите заболявания.

В отговор на тази тенденция се създават политики на интернационално ниво за информиране на потребителя относно алергичните заболявания и наличието на алергени в храни с цел запазване на общото здравословно състояние и благополучие на консуматорите.

Обучение на пациентите и мениджмънт на техния стил на живот

От проведените проучвания на преден план излиза зачестяването на алергичните заболявания и голямото влияние, което те оказват върху индивида, семейството, в работната среда, върху икономиката и здравеопазването. Хранителната алергия може да се определи като болест на съвременния начин на живот. Големите и резки промени в начина на живот, разнообразните рискови фактори (фактори на заобикалящата среда, стреса, консумация на нездравословна за индивида храна, съдържаща алергени, липса на анти-алергично поведение).

Хранителните алергии освен, че икономически и психологически обременяват хората и семействата им, често водят и до влошаващо се оптимално функциониране при изпълнение на ежедневните дейности. Видно става, че хранителната алергия обхваща големи части от населението в трудоспособна възраст, налага наличието на специализирана медицинска помощ. Тя изисква комплексна терапия с медицински специалисти, здравни мениджъри и специалисти по безопасност на храните.

Хранителната алергия носи високи социални, икономически и психологически вреди на населението. Личността, страдаща от хранителна алергия, трябва да бъде ангажирана със здравето си, като спазва антирисково поведение и здравословен стил на живот чрез активно и целенасочено търсене на наличие на алергени в продукти преди консумацията им.

За тази цел се налага създаването и внедряването на програми за обучение на междусекторно ниво за популяризация на проблематиката за безопасността на храните като цяло и в частност за опасността от алергените за индивида при наличие на дадена хранителна алергия.

2. Анкетно проучване на мнението на потребителите относно тяхната информираност по отношение на безопасността на храните

Мащабно анкетно проучване от проспективен тип е проведено сред 582 запитани. Проучването бе анонимно и се провеждаше с Анкетна карта, състояща се от 27 въпроса, свързани с информираността на анкетираните по отношение на безопасността на храните и нагласата им спрямо обучение по същата тема. Анкетното проучване се състоя в периода Декември 2014 – Юли 2015г. в гр. София и с. Златна Панега, Обл. Ловеч. Резултатите са обработени в МЦ Евроздраве. Правото на анонимност на попълните анкетната карта е спазено. Събирането и обработката на анкетните листове се извършваше само от провеждащия проучването периодично.

Постановка и дизайн на проучването

Постановка и дизайн на анкетното проучване сред пациенти и техните близки, граждани на случаен принцип, както и служители на производствено предприятие.

Създадена беше оригинална анкетна карта на проучването, напечатана върху лист, формат А4. Картата включва въпросник за анкетираните.

Анкетно проучване от проспективен тип, проведено сред служители на производствено предприятие.

Проучването бе анонимно и се провеждаше с Анкетна карта, състояща се от 27 въпроса, свързани с информираността на анкетираните по отношение на безопасността на храните и нагласата им спрямо обучение по същата тема.

Правото на анонимност на попълните анкетната карта е спазено. Събирането и обработката на анкетните листове се извършваше само от провеждащия проучването периодично.

При анализа на данните бяха оформени следните групи резултати от анкетата (наречени панели):

- Панел 1 Резултати с информация за социален статус на анкетираните - разпределение по пол и възраст, положение на анкетираните спрямо пазара на труда, към група пациенти или група придружители;
- Панел 2 Резултати и данни даващи информация за общи поведенчески характеристики на анкетираните лица при избора на потребявани храни и информираност на запитаните относно храни, специфики на храни и самооценка за тези им поведенчески характеристики.
- Панел 3 Резултати и данни даващи информация за това, до колко са запознати анкетираните относно безопасността на храните и оторизираните контролните органи.
- Панел 4 Проучване на предпочитания канал и тип мероприятия за максимална здравна информираност по отношение безопасност на храните.
- Панел 5 Данни за степен на готовност на анкетираните да проявят лична и обществена ангажираност и участие в кампании за повишаване информираността си за безопасността на храните.
- Панел 6 Данни на свободен принцип, които анкетираните са сметнали за важни по отношение на безопасността на храните, извън тези, за които сме ги попитали.

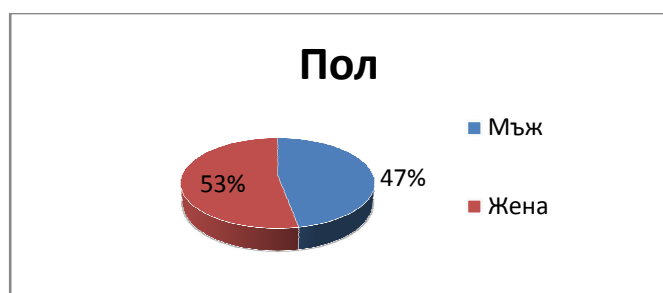
Получените резултати се подложиха на обсъждане като водещи, като при дискусията бяха включени следните критерии:

Търсеше се релевантност и взаимовръзки с правната рамка и получените резултати и тестваните и приети хипотези и конструкти. Търсеше се възпроизводимост на получения резултат от проучването. При налични литературни данни резултатите и установените релации се сравняваха с данни от литературата. Търсеше се приложимост на получения резултат при оценка на информираността, както и практически подход за използването на резултата или направените изводи.

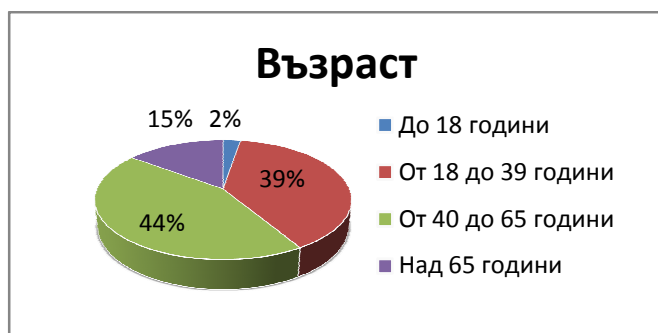
На основата на направените изводи и заключение посочихме възможни кампании за повишаване на информираността на потребителите.

Резултати

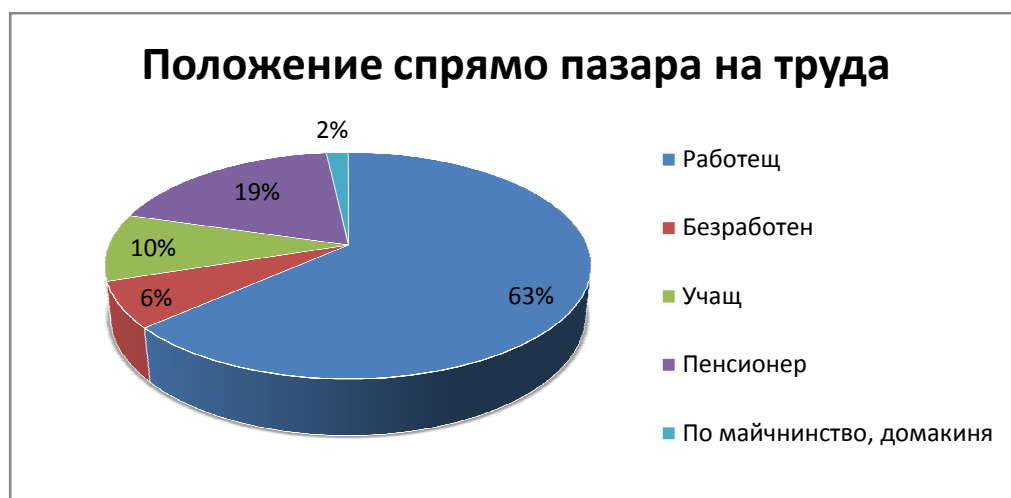
- Панел 1 Резултати с информация за социален статус на анкетираните - разпределение по пол (фиг. 20) и възраст (фиг. 21), положение на анкетираните спрямо пазара на труда (фиг. 22):



Фиг. 20



Фиг. 21



Фиг. 22

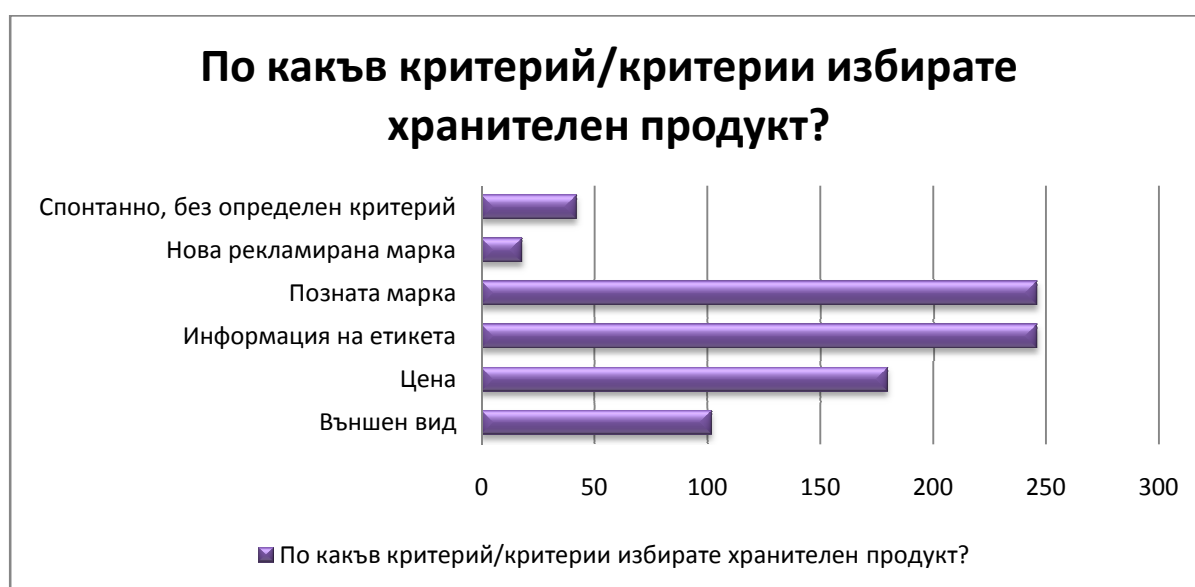
Коментар по Панел 1:

От обработката на данните от проведената анкета бе установено, че попълнилите анкетата са в голяма степен работещи хора, в активна възраст, половината от тях жени и половината мъже.

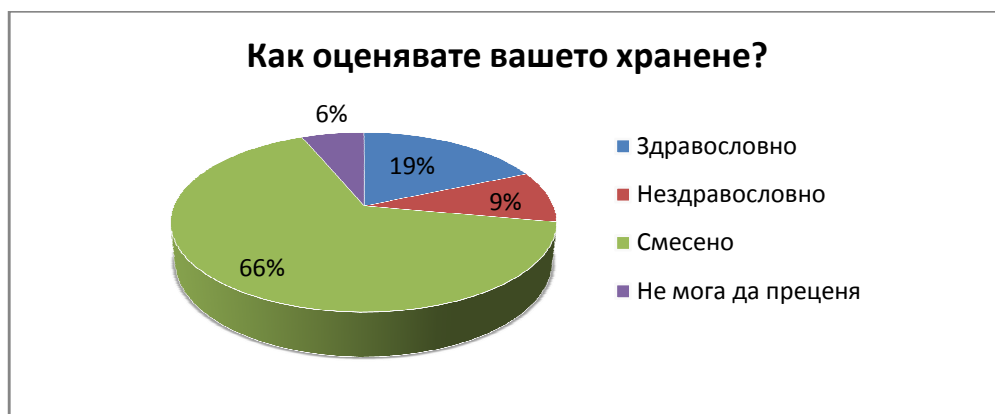
- Панел 2 Резултати и данни даващи информация за общи поведенчески характеристики на анкетираните лица при избора на потребявани храни и информираност на запитаните относно храни, специфики на храни и самооценка за тези им поведенчески характеристики. Резултатите са представени на фигури от 23 до 32.



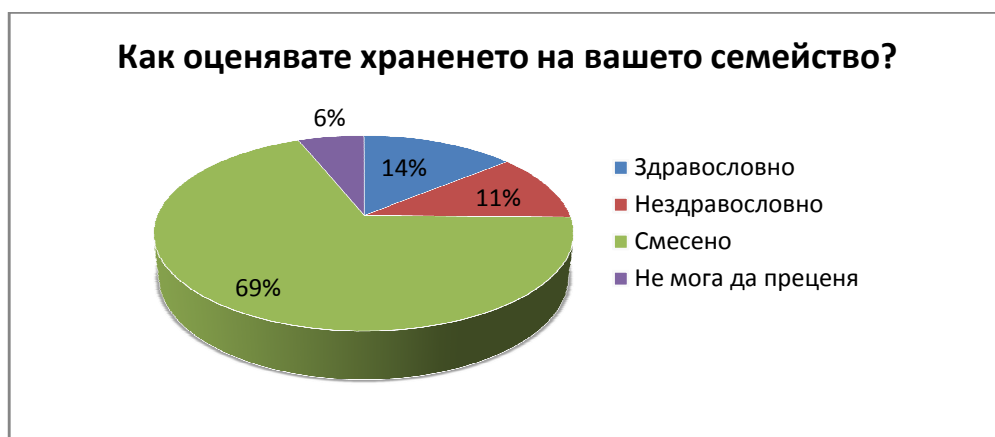
Фиг. 23



Фиг. 24



Фиг. 25



Фиг. 26



Фиг. 27



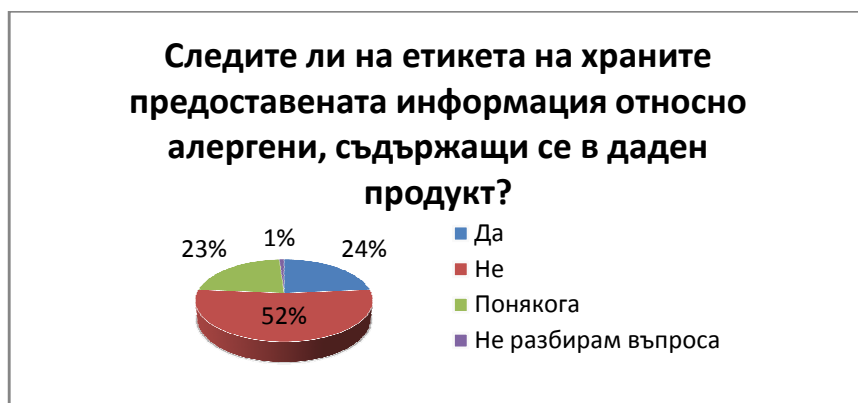
Фиг. 28



Фиг. 29



Фиг. 30



Фиг. 31



Фиг. 32

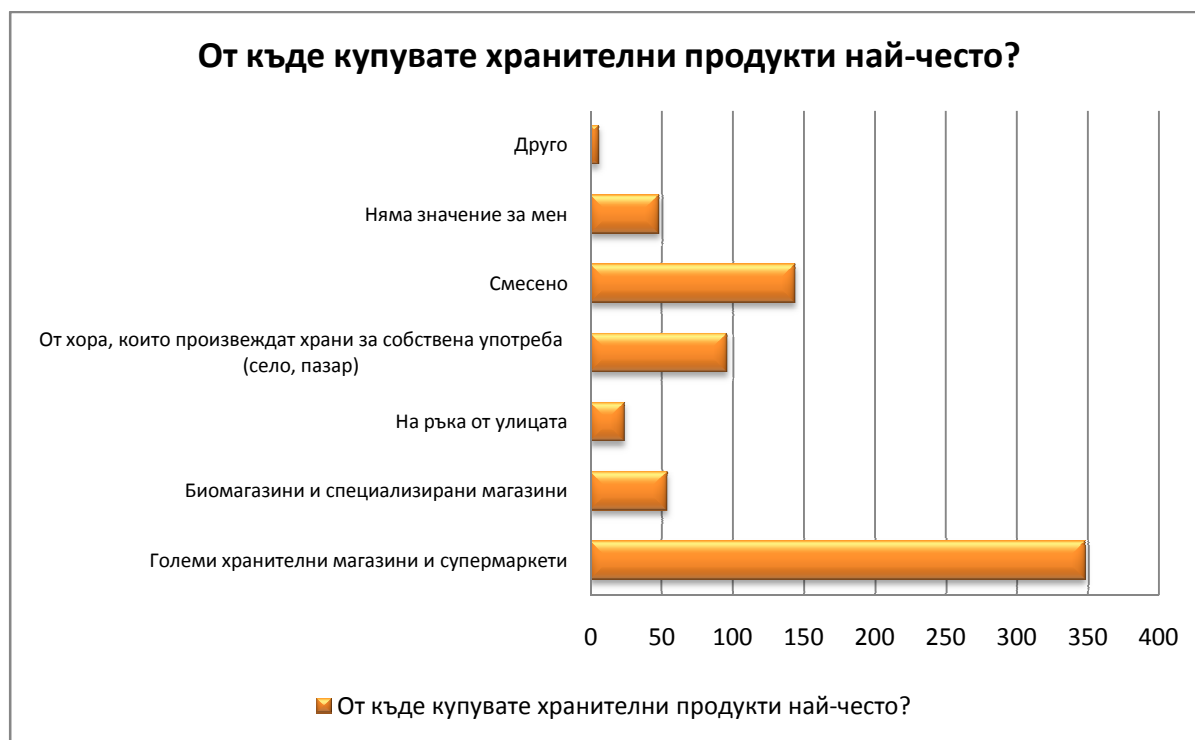
Коментар на Панел 2:

Голям процент от запитаните смятат, че дадени храни могат да причинят заболяване, а в същото време малък процент черпят информация от лекари и други специалисти с медицинско образование. Информация за взаимовръзката между храни и заболявания, получена от други канали, е непрофесионална по отношение на взаимодействието храна-заболяване. Много от запитаните активно се интересуват от храните, които консумират. Прави впечатление, че голяма част от потребителите, над 50% следят за наличие на ГМО в хранителните продукти, но не търсят информация за алергени в храните.

- Панел 3 Резултати и данни даващи информация за това, до колко са запознати анкетираните относно безопасността на храните и оторизираните контролните органи. Резултатите са представени на фигури от 33 до 36.



Фиг. 33



Фиг. 34



Фиг. 35



Фиг. 36

Коментар на Панел 3:

Голяма част от потребителите не биха купили храна, която няма етикет на български език или етикетът не се чете. Потребителите закупуват храна основно от големи супермаркети. Те знаят кой е контролният орган, но при установяване на нередности, те биха действали самостоятелно за личното си благо (не биха закупили този продукт) и не биха сигнализирали контролния орган. Това показва недоверие в системата.

- Панел 4 Проучване на предпочитания канал и тип мероприятия за максимална здравна информираност по отношение безопасност на храните. Резултатите са представени на фигури 37 и 38.



Фиг. 37



Фиг. 38

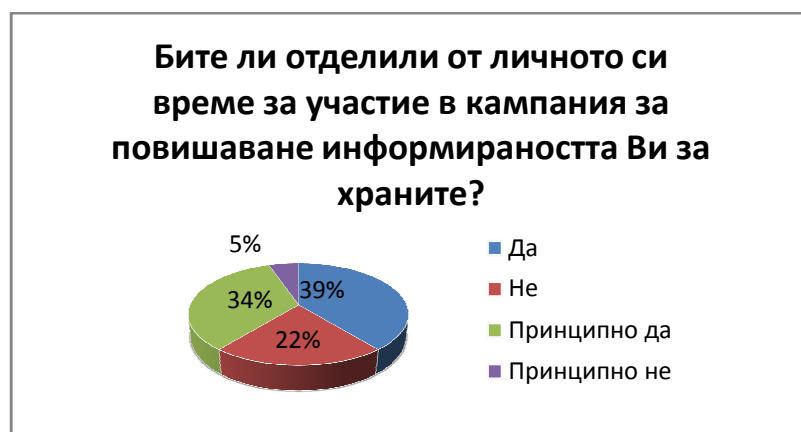
Коментар по Панел 4:

Най-голям брой потребители черпят информация за продуктите от етикетите на храните, но в същото време имат желание за допълнителна информация и целенасочено обучение от специалисти. Семейният лекар не е възприет в съзнанието на потребителите като близък и доверен човек. Нужно е комплексно съчетаване на каналите и мероприятията за популяризиране и обучение на информирания избор на храни.

- Панел 5 Данни за степен на готовност на анкетирания да проявят лична и обществена ангажираност и участие в кампании за повишаване информираността си за безопасността на храните. Резултатите са представени на фигури от 39 до 45.

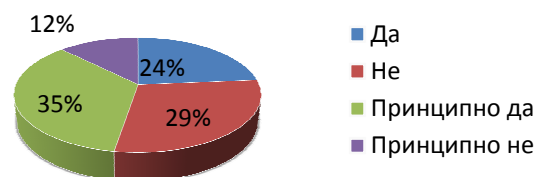


Фиг. 39



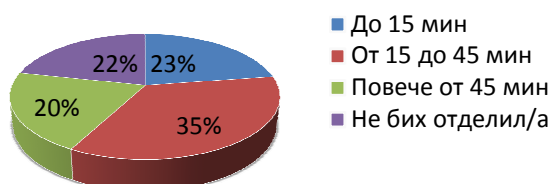
Фиг. 40

Бите ли ангажирали семейството си за участие в такъв вид кампания?



Фиг. 41

Колко време бихте отделили за участие в такъв тип кампания?



Фиг. 42

След новопридобитата информация и осъзнаване, че любим ваш продукт не е полезен за вас, какво бихте направили?



Фиг. 43



Фиг. 44



Фиг. 45

Коментари на Панел 5:

Гражданите имат позиция и желаят да бъдат обучавани. Изключително голям процент от потребителите желаят децата да бъдат обучавани от ранна детска възраст относно храните – ползи и заплахи. Голяма част от анкетираните биха отделили от личното си време (от 15 до 45 минути) за това. Потребителите биха потърсили информация и биха спрели консумацията на любим продукт, ако научат, че не е полезен за тях. Те биха споделили информация за хранителни продукти с близките си, семейство, роднини, приятели.

- Панел 6 Данни на свободен принцип, които анкетираните са сметнали за важни по отношение на безопасността на храните, извън тези, за които сме ги попитали.

Свободни отговори:

Отговори на въпрос 9 (Вие от къде черпите информация за потребявани от вас стоки):

- роднини, семейни традиции и кухня, книги и книги и диетолози

Отговори на въпрос 15 (От къде купувате хранителни продукти най-често):

- собствено производство

Отговори на въпрос 27 по самостоятелни мнения на анкетираните (Ако искате да съобщите нещо по темата, което не сме Ви питали или имате идеи и нагласи, които искате да споделите):

- по възможност да се продават по-качествени храни
- повече контрол
- бих предпочела да употребявам предимно български продукти, но ако са с постоянно качество
- не трябва да се създават нови стандарти за производство, а да се контролират и прилагат съществуващите
- с мнение да се включи в анкетата въпрос: Балансирате ли дневния си прием?

Коментар на Панел 6:

Българите се обръщат все по-често към семейните традиции и кухня за информация за хранителни продукти. Тази тенденция се забелязва и в увеличаващия се брой потребители, които произвеждат сами хранителни продукти. Има силно недоверие в способността на държавния контролен орган БАБХ да контролира производството и етикетирането на храни и реално да защитава правата на гражданите.

V. Глава. Програма за обучение на обществото за съзнателен информиран избор на хранителни продукти

1. Мениджмънт на Програма за обучение на обществото за съзнателен информиран избор

Мениджмънтът (от английски management) - в буквален превод думата мениджмънт означава управление, регулиране, успяване. Многото сложни сами по себе си значения на думата мениджмънт отразяват неговата многопластовост. Това е термин натоварен със смисъла да управляваме, за да успеем да постигнем главните цели.

Мениджмънтът на програма за обучение за безопасност на храни следва да обхваща и да се фокусира върху планирането, организирането, управлението, ръководството, насочването и контролиране за постигане на популяризиране на проблематиката за безопасност на храните и мястото ѝ в ценностната система на консуматора. Според Питър Дракър мениджмънтът е целенасочено въздействие за преодоляване на хаоса „Мениджмънтът е работа в лошо време, в буря, в хаос“.

Създаването и управлението на Програма за обучение на обществото за съзнателен информиран избор на храни е от съществено значение за подобряване на общественото здраве в областта на безопасност на храните. Разработването на програми може да бъде специализирано насочено в зависимост от заинтересованите страни :

- ✓ Държава
- ✓ Производител
- ✓ Потребител

1.1.Разработване и мениджмънт на програма за обучение в областта на безопасността на храните на ниво Държава

Непрекъснатите промени в системата на здравеопазването,

продължаващи и днес, изваждат на преден план и налагат необходимостта от стратегически мениджмънт. Управленските решения трябва да се съобразяват с множество условия и непрекъснатите промени, да се взимат гъвкави решения за постигане на една цел - адекватно здравно осигуряване на населението с фокус към самия пациент.

Общественото здраве, като един от основните моменти в Националната здравна стратегия 2014-2020, има водеща позиция при вземане на стратегически решения на Национално ниво. За опазване здравето на обществото един от основните фокуси трябва да е насочен към безопасността на храните. Неслучайно Лудвиг Фойербах (1804–1872) изказва тезата, че „Човек е това, което яде”.

Безплановото и интуитивното управление на здравната система и хаотичното вземане на решения през последните години у нас е главният механизъм за получаване на нежелателни ефекти в хода на здравната реформа, за нейната стратегическа ефективност.

С цел овладяване на ентропията и постигане на регулираност и определеност в сферата на общественото здраве, трябва да се предприемат организирани действия за обучение, поставяне на ясни правила и разпространение на проблематиката за безопасността на храните сред широката общественост (фиг. 46).



Фиг. 46

С цел намаляване на ентропията на ниво държава и държавни органи е подходящо медицински специалисти и здравни мениджъри да съставят експертни групи от Министерство на образованието, Факултетите по Обществено здраве към Медицинските университети за разработване на програма относно :

- Анализ на влиянието на подобрители и други съставки в храните върху здравето на потребителя. Риск и последици за общественото здраве
- Употреба на позволени съставки в храните и потенциално неблагоприятен ефект върху здравето на индивида в дългосрочен аспект (подобрители - оцветители, овкусители, набухватели, консерванти, ензимни препарати; ГМО, пестициди, алергени).

Факултетите по Обществено здраве към Медицинските университети могат да организират курсове за обучение на специалисти от други специалности, работещи в областта на безопасност на храните с цел повишаване на техните знания в тази област и подобряване на междусекторното сътрудничество на медицински специалисти и специалисти микробиолози, ветеринарни специалисти и други работещи например в регионалните подразделения на БАБХ. Мениджмънтът на безопасност на храните трябва да е акт за събиране на хората заедно за постигане на желаните цели и задачи, използвайки наличните ресурси ефикасно и ефективно. Именно здравето и неговото опазване в изключителна степен е резултат на взаимодействието на всички политики.

Политика на ЕС

Договорът за учредяване на ЕС задължава Съюза да гарантира защитата на човешкото здраве чрез своите политики и да си сътрудничи със своите страни членки с цел подобряване на общественото здраве, предотвратяване на човешките болести и премахване на заплахите за физическото и психичното здраве.

Със здравната стратегия на ЕС „Заедно за здраве“ се подкрепя общата стратегия „Европа 2020“. Целта на „Европа 2020“ е превръщане на ЕС в интелигентна, устойчива и приобщаваща икономика, насърчаваща растежа за всички, за което е необходимо населението да е в добро здраве.

Трета здравна програма (2014 – 2020 г.);

Програмата има 4 общи цели. Те са:

1.Промоция на здравето, профилактика на болестите и създаване на среда, благоприятстваща здравословен начин на живот, при отчитане на принципа "здраве във всички политики".

2.Защита на гражданите на Съюза от сериозни трансгранични заплахи за здравето.

3.Принос за новаторски, ефикасни и устойчиви системи за здравеопазване.

4.Улесняване на достъпа на гражданите на Съюза до по-добро и по-безопасно здравно обслужване.

Третата здравна програма на ЕС е основният инструмент, чрез който Европейската комисия осъществява здравната стратегия на Съюза за избор на превод за предходната връзка. Тя се изпълнява посредством годишни работни планове, в които се определят приоритетни области и критерии за финансиране на действия по програмата. Общият ѝ бюджет е в размер на 449,4 млн. евро. Могат да участват широк кръг организации, включително: научно-изследователски институти и университети, публични органи, НПО, предприятия.

Разработване на Европейски проект към Европейска комисия, ГД „Здравеопазване и безопасност на храните“, Обществено здраве, Трета здравна програма (2014 – 2020 г.) с бенефициент НЦОЗА.

Целта на проекта е изработване и разпространение в национален мащаб на брошура с наименование : „Информиран избор & хранителна алергия” за повишаване здравната култура на населението по отношение на хранителните алергии, за това какво представлява хранителната алергия, кои са рисковите фактори, симптоми, диагностика и управление на хранителната алергия, етикетиране на хранителни продукти за

алергени. Този проект ще допринесе за промоция на здравето, профилактика на хранителните алергии и създаване на среда, благоприятстваща здравословен начин на живот.

Осъществяването на проекта се предшества от подготовка и изработване на необходимата документация за проекта по Европейска програма към Европейска комисия, ГД „Здравеопазване и безопасност на храните“, Обществено здраве, Трета здравна програма (2014 – 2020 г.) и кандидатстване за финансиране, одобряване на проекта и сключване на Договор за грант. В зависимост от условията и сроковете за кандидатстване, този период може да отнеме от три месеца до една година.

Бенефициент на проекта е Национален център по обществено здраве и анализи. НЦОЗА осъществява проекта съвместно с Медицински Университет София, Факултет по обществено здраве, Регионалните здравни инспекции и общопрактикуващите лекари.

Подготовката на проекта и сключването на Договор за грант по Европейски програми за финансиране се осъществяват в рамките на трудово-правните взаимоотношения на участниците в проекта.

Проектът се осъществява в рамките на шест месеца – от януари 2017 до юни 2017 година. Времето по дейности е разпределено както следва:

Табл. 4 Дейности по проект „Информиран избор & хранителна алергия“, разпределени във времето

Януари 2017	Подготовка на брошура „Информиран избор & хранителна алергия”
Февруари 2017	Изработка на дизайн на брошурата и предпечатна подготовка
Март 2017	Печат на брошурата и транспорт до РЗИ в областните градове в България.
Април 2017	Разнос на брошурата от РЗИ до ОПЛ.
Април 2017 до Юни 2017	Общопрактикуващите лекари информират пациентите чрез брошурата за значението на информирания избор на храни за живот свободен от хранителни алергии.

Гореописаната таблица обхваща период от 6 месеца за изпълнение на проект „Информиран избор & хранителна алергия“, който включва Подготовка на брошура „Информиран избор & хранителна алергия“, изработка на дизайн на брошурата и предпечатна подготовка, и транспорт до РЗИ в областните градове в България, Разнос на брошурата от РЗИ до ОПЛ. Общопрактикуващите лекари да информират пациентите чрез брошурата за значението на информирания избор на храни за живот свободен от хранителни алергии.

Брошурата е във формат А5 и включва 8 страници. Тиражът е 1 000 000. Целта на брошурата е чрез общодостъпен език и привличащ вниманието цветен дизайн да информира пациентите за проблематиката на хранителните алергии и фактът, че всеки от нас може да направи информиран избор. Тя включва информация за това, какво представлява хранителната алергия, кои са рисковите фактори, симптоми, диагностика и управление на хранителната алергия, етикетиране на хранителни продукти за алергени.

Участници в проекта, чрез които той ще се осъществи и финансови разходи за осъществяването му

Координатор на проекта

Координатор на проекта – Лекар специалист от НЦОЗА, който осъществява координацията на цялата дейност по проекта и дейността му продължава през целия период на проекта от януари 2017 до юни 2017 и един месец след това до отчитането пред Европейските контролни органи, общо седем месеца.

Разходи за Координатор на проекта - изчисленията са направени на база 500 лв. бруто на месец при условие, че лицето работи и на трудов договор. Сборът от brutната заплата по трудовия договор и сумата по гражданския договор (намалена с нормативно признатите разходи 25%,

което в случая е остатъчна сума 375 лв.) не трябва да надвишават 2600 лв. на месец. В този случай дължимите осигурителни вноски и данъци на месец са следните:

Табл. 5 Финансови разходи по проект „Информиран избор & хранителна алергия“ за Координатор по проекта

1.	Сума по тази сметка		500.00 лева
2.	Нормативно признати разходи	25 %	125.00 лева
3.	Облагаем доход по тази сметка		375.00 лева
4.	Облагаема част от сумата на т.3		375.00 лева
5.	Осигурителен доход от сумата на т.1, върху който се дължат осигурителни вноски		375.00 лева
6.	Общо осигурителни вноски изпълнител	11.10 %	41.63 лева
	фонд „Пенсии“	5.70 %	21.38 лева
	фонд „ДЗПО“ в УПФ	2.20 %	8.25 лева
	фонд „Здравно осигуряване“	3.20 %	12.00 лева
7.	Сума, подлежаща на авансово облагане (т.4 - т.6)		333.37 лева
8.	Дължим авансов ДОД (т.7* 10 %)	10.00 %	33.34 лева
9.	Сума за получаване (т.1 - т.6 - т.8)		425.03 лева
10.	Общо осигурителни вноски възложител	14.70 %	55.13 лева
	фонд „Пенсии“	7.10 %	26.63 лева
	фонд „ДЗПО“ в УПФ	2.80 %	10.50 лева
	фонд „Здравно осигуряване“	4.80 %	18.00 лева
11.	Общо разходи възложител (т.1 - т.10)		555.13 лева
12.	Общо осигуровки и данъци от изпълнител и възложител (т.6+т.8+т.10)		130.10 лева

Табл. 5 показва, че необходимите разходи за Координатора на проекта за един месец са 555.13 лв. Общо разходите за седем месеца за Координатора на проекта са **3885.91 лв.**

Помощник Координатор на проекта

Помощник Координатор на проекта - Лекар специалист от НЦОЗА, който работи съвместно с Координатора на проекта и го замества при необходимост и дейността му продължава през целия период на проекта от януари 2017 до юни 2017 и един месец след това до отчитането пред Европейските контролни органи, общо седем месеца.

Разходи за Помощник Координатор на проекта - изчисленията, направени на база 500 лв. бруто на месец при условие, че лицето работи и на трудов договор са същите както при Координатора на проекта.

Разходите за един месец са 555.13 лв. Общо разходите за седем месеца за Помощник Координатора на проекта са **3885.91 лв.**

Консултант на проекта

Консултант на проекта - Лекар специалист от НЦОЗА, който съвместно с Лекар специалист от ФОЗ изработва брошурата и комуникира с IT фирма при изработката на дизайна. Дейността му продължава два месеца – януари и февруари 2017 г.

Разходите за лекар специалист от НЦОЗА - изчисленията, направени на база 500 лв. бруто на месец при условие, че лицето работи и на трудов договор са същите както при Координатора на проекта.

Разходите за един месец са 555.13 лв. Общо разходите за два месеца за Консултант на проекта са **1110.26 лв.**

Консултант на проекта

Консултант на проекта - Лекар специалист от ФОЗ, който съвместно с Лекар специалист от НЦОЗА изработва брошурата и комуникира с IT фирма при изработката на дизайна. Дейността му продължава два месеца – януари и февруари 2017 г.

Разходите за лекар специалист от ФОЗ - изчисленията, направени на база 500 лв. бруто на месец при условие, че лицето работи и на трудов договор са същите както при Координатора на проекта.

Разходите за един месец са 555.13 лв. Общо разходите за два месеца за Консултант на проекта са **1110.26 лв.**

Консултант на проекта

Консултант на проекта - Лекар специалист от РЗИ София, който координира дейността на служителите в областните РЗИ и дейността му продължава три месеца – от април 2017 до юни 2017 г.

Разходите за лекар специалист от РЗИ - изчисленията, направени на база 500 лв. бруто на месец при условие, че лицето работи и на трудов договор са същите както при Координатора на проекта.

Разходите за един месец са 555.13 лв. Общо разходите за три месеца за Консултант на проекта са **1665.39 лв.**

Заети лица в проекта – Служители на областни РЗИ

Заети лица в проекта – Служители на областни РЗИ, които информират ОПЛ за целта на проекта и им доставят брошурата. Дейността им е в продължение на един месец – април 2017. Областните градове в България са 27 и съответно във всеки от тях има РЗИ – Благоевград, Бургас, Варна, Велико Търново, Видин, Враца, Габрово, Добрич, Кърджали, Кюстендил, Ловеч, Монтана, Пазарджик, Перник, Плевен, Пловдив, Разград, Русе, Силистра, Сливен, Смолян, София, Стара Загора, Търговище, Хасково, Шумен, Ямбол. Според броя на населението в съответния град, заетите за изпълнение на проекта са от 1 до 5 служители на РЗИ. Повече от един служител са заети в следните РЗИ: Бургас – 2, Варна – 3, Пловдив – 3, Русе – 2, София - 6 служители. Общият брой на заетите служители е 38. При тираж 1 милион на брошурите всеки зает ще разнесе за 1 месец 26316 брошури. При средно 20 работни дни всеки ден ще разнася по 1316 брошури. При посещение средно на 10 ОПЛ на ден, всеки лекар ще получи по 132 брошури.

Финансови разходи по проект „Информиран избор & хранителна алергия” за един служител на областни РЗИ - изчисленията са направени

на база 420 лв. бруто на месец при условие, че лицето работи и на трудов договор. Сборът от брутната заплата по трудовия договор и сумата по гражданския договор (намалена с нормативно признатите разходи 25%, което в случая е остатъчна сума 315 лв.) не трябва да надвишават 2600 лв. на месец. В този случай дължимите осигурителни вноски и данъци на месец са представени в Табл. 6.

Табл. 6 Финансови разходи по проект „Информиран избор & хранителна алергия” за един служител на областни РЗИ

1.	Сума по тази сметка		420.00 лева
2.	Нормативно признати разходи	25 %	105.00 лева
3.	Облагаем доход по тази сметка		315.00 лева
4.	Облагаема част от сумата на т.3		315.00 лева
5.	Осигурителен доход от сумата на т.1, върху който се дължат осигурителни вноски		315.00 лева
6.	Общо осигурителни вноски изпълнител	11.10 %	34.97 лева
	фонд „Пенсии”	5.70 %	17.96 лева
	фонд „ДЗПО” в УПФ	2.20 %	6.93 лева
	фонд „Здравно осигуряване”	3.20 %	10.08 лева
7.	Сума, подлежаща на авансово облагане (т.4 - т.6)		280.03 лева
8.	Дължим авансов ДОД (т.7* 10 %)	10.00 %	28.00 лева
9.	Сума за получаване (т.1 - т.6 - т.8)		357.03 лева
10.	Общо осигурителни вноски възложител	14.70 %	46.31 лева
	фонд „Пенсии”	7.10 %	22.37 лева
	фонд „ДЗПО” в УПФ	2.80 %	8.82 лева
	фонд „Здравно осигуряване”	4.80 %	15.12 лева
11.	Общо разходи възложител (т.1 - т.10)		466.31 лева
12.	Общо осигуровки и данъци от изпълнител и възложител (т.6+т.8+т.10)		109.28 лева

От табл. 6 става видно, че разходите за един месец за един служител в областно РЗИ са 466.31 лв. Общо разходите за един месец за заетите в проекта 38 служители на РЗИ са **17719.78 лв.** Заетите служители са пропорционално разпределени според броя на населението в дадена област.

Фирма по Информационни технологии

Фирма по Информационни технологии - изработка на дизайн на брошурата и предпечатна подготовка. Дейността продължава един месец – февруари 2017 г.

Табл. 7 Финансови разходи по проект „Информиран избор & хранителна алергия“ за Фирма по ИТ

Изработка на дизайн на брошурата	500.00 лв. без ДДС
	600.00 лв. с ДДС
Предпечатна подготовка	500.00 лв. без ДДС
	600.00 лв. с ДДС

Разходите за Фирмата по информационни технологии са общо **1200.00 лв.**, както е показано на табл. 7

Печатница

Печатница - печат на брошурата. Дейността се осъществява през март 2017, тиражът е 1 000 000 бр.

Табл. 8 Финансови разходи по проект „Информиран избор & хранителна алергия“ за Печатница

Печат на 1 бр. брошура	0.30 лв. без ДДС
	0.36 лв. с ДДС
Печат на 1000000 тираж	300 000.00 лв. без ДДС
	360 000.00 лв. с ДДС

От табл. 8 е видно, че разходите за печат са общо **360 000.00 лв.**

Транспортна куриерска фирма - транспорт на брошурата

Транспортна куриерска фирма – транспорт на брошурата от печатницата в София до РЗИ в областните градове в България. Дейността се осъществява през март 2017, като крайните точки за транспорт са 28, отговарящи на 27 РЗИ, като в София са 2 – София-град и София-област.

Табл. 9 Финансови разходи по проект „Информиран избор & хранителна алергия” за транспортна куриерска фирма

Средни разходи за 1 крайна точка	70.00 лв. без ДДС
	84.00 лв. с ДДС
Средни разходи за 28 крайни точки	1960.00 лв. без ДДС
	2352.00 лв. с ДДС

На табл. 9 е показано, че разходите за по проект „Информиран избор & хранителна алергия” за транспорта са общо **2352.00 лв.**

Счетоводна къща

Счетоводна къща – осъществява счетоводните услуги по време на целия период на изпълнение на проекта и отчета по Европейската програма. Дейността продължава седем месеца.

Табл. 10 Финансови разходи по проект „Информиран избор & хранителна алергия” за счетоводна къща

Разходи за един месец	400.00 лв. без ДДС
	480.00 лв. с ДДС
Разходи за седем месеца	2800.00 лв. без ДДС
	3360.00 лв. с ДДС

Табл. 10 сочи, че разходите за счетоводни услуги са общо **3360.00 лв.**

Общият бюджет на проекта е на стойност 396 289.51 лв., както е показано на Табл. 4-10.

1.2. Разработване и мениджмънт на програма за обучение в областта на безопасност на храните на ниво Производител

Производителите да предприемат план за промяна в маркетинговата политика съобразно новите изисквания и потребности на потребителите с цел повишаване на конкурентоспособността и запазване и разширяване на пазарния дял на предприемчивите производители, ориентирани към нуждите на потребителя и здравословните храни.

С помощта на научния и кадрови потенциал на Факултетите по Обществено здраве към Медицинските университети и БАБХ могат да бъдат създадени и внедрени програми за запознаване на производителите с теченията в обществото в областта на безопасност на храните, предстоящи промени в Европейското и национално законодателство, засягащо храните. Специалистите от ФОЗ могат да консултират производителите при промяна на рецептурите с цел задоволяване на растящите нужди на потребителя от по-здравословни храни.

Промяна на маркетинговата политика на производителите на храни и хранителни продукти

Маркетинг - управленска функция за оптимизиране на връзката "търсене - предлагане" и за проявлението ѝ на пазара; вид стопанска дейност за извършване на специализирани пазарни проучвания, разработки и за предоставяне на консултантски услуги. Той бива пасивен - отговарящ на пазара и активен - въздействащ на пазара; за инвестиционни, хранителни и промишлени стоки, за интелектуални продукти и услуги.

"Маркетинг е практиката за разбирането на нуждите и желанията на клиентите, откриването или създаването на продукти/услуги, които отговарят на тези нужди и желания, комуникирането на тази информация междувътрешно в организацията, която трябва да създаде и достави този продукт/услуга и външно към клиентите, за които те са предназначени,

така че те ще ги желаят и закупят." - Джон Мариоти, 'Marketing express'

"Целта на маркетинга е да направи продаването свръхобилно. Целта на маркетинга е потребителят да разбере толкова добре, че продуктът и услугата да му паснат така, че сами да се продават. В идеалния случай маркетингът трябва да доведе до потребител, който е готов да купи" — Питър Дракър

Цялостната дейност на организацията е насочена към реализация на стопанската политика с адекватни управленчески решения, съответстващи на икономическия потенциал на предприятието, съобразени с настоящата пазарна конюнктура и очакваното развитие на пазарите извън страната. Усилията на мениджмънта и управленския персонал на компаниите трябва да са подчинени на стремежа към привеждане на цялостната дейност на фирмата в съответствие с изискванията на Европейските стандарти, с оглед пълноценното членство на България в Европейския Съюз.

Маркетинг микс

Терминът маркетинг микс се популяризира след като Харвардският професор Нийл Х. Бордън публикува неговия труд от 1964 „Концепцията за меркетинговия микс“. Съставните части на маркетинговия микс на Бордън включват планиране на продукта, цена, брандинг, канали за дистрибуция, лични продажби, реклама, промоция, опаковки, представяне на услуги, физически контакт, търсене на факти и анализ. По-късно, Проф. Е. Джером Маккартни от Мичиганския университет, групира тези съставни части в четири категории, които днес са извесни като четирите П (4Р) на маркетинга: продукт (product), цена (price), дистрибуция (placement) и промоция(promotion).



Фиг. 47 „4-те П”

Елементът продукт (фиг. 47) обхваща всички специфики, свързани със самата стока или услуга и начините, по които потребителите я възприемат, в зависимост от своите нужди и желания. От значение за продуктовата политика на фирмата са различни фактори, сред които опаковката, престижът, асоцииран с потреблението на продукта в рамките на дадена социална група, ефективността и качество на продукта и други. Към елемента цена се отнася всичко, свързано с ценовата политика, която дадена фирма следва: продажбени отстъпки, намаления, плащания,

кредитиране. При ценообразуването, освен калкулирането на разходите за производство и дистрибуция и желаната печалба, се отчита и факторът "психология на цената". Той включва използването на "меки числа" като 0, 9, 6, 8 и такива, които са противоположни по ефект т.нар. "остри числа" като 1, 7, 4. Свързани с този елемент от маркетинг микса са и решенията за сезонни намаления.

Елементът дистрибуция включва каналите за разпространение на стоката, покритието на пазара, разпределението на стоковата наличност по стоковите бази, локализацията на стоката в търговската мрежа на дребно (мърчандайзинг), както и транспорта на стоките.

Четвъртият елемент от маркетинг микса, промоция, е свързан с всички действия, които спомагат за представянето на дадена стока по най-добрия възможен начин, така че да се изтъкнат нейните предимства и достойства, с цел потребителят да бъде убеден и привлечен да я купи. Комуникационната политика на фирмата включва разнообразни методи за промоция като: представяне, реклама, връзки с обществеността, медийно присъствие, лични продажби, директен маркетинг, изграждане на лобита.

Маркетингов план . Определяне на подходите и показателите за сегментиране на пазара

Сегментирането или разделянето на пазара на обособени групи клиенти въз основа на сродни характеристики на техните потребности предполага като начало определянето на основните подходи или критерии и показатели, наричани още сегментационни променливи, позволяващи и обуславящи подобен процес. Практиката показва богати възможности за използване на различни променливи величини за сегментиране на пазара, но приоритетни сред тях са две основни групи: а) характеристики на потребителите; б) поведение на потребителите на пазара, разкриващо тяхното отношение и предпочитания към полезността на продукта.

Сегментиране на пазара

В зависимост от критерият на търсене на храни могат да се определят различни групи потребители:

- ✓ Търсене на храни с определено качество – Въведени допълнителни доброволни ситеми за качество на произвежданите продукти в хранителната индустрия: ISO 9001 или ISO 22000; Отговарящи на държавни стандарти – БДС, Стандарт Стара планина, Стандарт България, Стандарт за защитен географски продукт и др.
- ✓ Търсене на изцяло натурални храни
- ✓ Търсене на храни, свободни от ГМО (генетично модифицирани организми, микроорганизми и други модифицирани вещества) (фиг. 48 и фиг. 49)



Фиг. 48 ГМО храни на Монсанто



Фиг. 49 ГМО Пилета

✓ Търсене на храни не съдържащи определен алерген за дадения индивид (фиг. 50)



Фиг. 50 Алергени в храните

✓ Търсене на храни, отразяващи се благоприятно върху здравословното състояние на организма – Health food (фиг. 51)

✓



Фиг. 51 Здравословни храни

1.3. Ниво Потребител: Разработване на програма за обучение на обществото за съзнателен информиран избор на хранителни продукти

Човешкият капитал е важен двигател на икономиката и икономическия растеж, чрез който се увеличава производственият капацитет на икономиката и се покачват нивата на националното производство и доходи /БВП/

Подобряване на информираността на населението и компетентността на здравните специалисти за обучение за информиран избор на храни

В условията на съвременната глобализация и достъп до информация, потребителите имат голяма възможност за избор и свободен достъп до различни хранителни продукти. Има две променливи, които влияят върху размера на нишата на влияние и пазарния дял на всеки продукт в либерална среда. Едната променлива е „*търсенето*” на продукта, което е основата за потреблението. Втората променлива е „*конкуренцията*”, която е обратно пропорционална в зависимост от пазарния дял. Колкото е по-висока конкуренцията, толкова по-трудно е да се определи показателя на пазарно присъствие, тъй като тенденцията е търсенето да се разширява. Въз основа на тези две променливи (търсене и конкуренция) компаниите могат да разработят продукти или да променят рецептурата на съществуващите така, че да отговарят на осъзнатите потребности на консуматорите и това да залегне в дългосрочните стратегии на компаниите.

За да се разгърне сред населението една програма, засягаща съзнателен информиран избор на храни, е необходимо да се представят в детайлен вид етапите, процесите и методите, с помощта на които се осъществява оценка на здравното въздействие на програмата.

Разработване на софтуерен продукт на мобилно устройство за сканиране, откриване и звукова и светлинна сигнализация за наличие на алерген/и според персоналния профил на потребителя.

Живеем във време, което се диктува от новите технологии, които са неразделна част от ежедневието ни. Всички, включително и малки деца, ползват електронни устройства за комуникация и достъп до информация. Те са широкодостъпни (фиг. 52)



Фиг. 52 Глобализация и Общество на информационните технологии

Предлагам разработка на специализирана софтуерна програма за мобилни устройства – смарт телефони и таблети с лесен за употреба интерфейс от потребителя - за автоматично търсене и регистриране на зададен от нас алерген чрез създаване на индивидуален профил за всеки един потребител според установената му хранителна алергия. Камерата на мобилното устройство се насочва към етикета на хранителния продукт. Тя сканира текста на български език и при откриване на съдържание на алерген, който е предварително зададен в програмата, съобразена с Приложение II на регламент 1169/2011 на индивидуалния профил, самата програма регистрира и уведомява звуково и светлинно потребителя за наличие на алерген, отбелязан на етикетите на хранителните продукти. Звуковата и светлинната сигнализация са предназначени за хора в неравностойно положение.

Изводи

1. Глобализацията, свободното движение на стоки, услуги, капитали и хора и увеличаващото се население са предпоставка за популяризиране на проблема по безопасност на храните.
2. Актуалността на проблематиката по безопасност на храните налага провеждането на систематичен анализ на правната и регулаторна рамка, засягаща безопасността на храните на национално и европейско ниво.
3. Увеличаването на хора с хранителни алергии налага създаването на актуална нормативна уредба по отношение на алергените в храните и промяна на схващането за хранителните алергии като значим медицински проблем.
4. Проведеното анкетно проучване при 582 запитани показва, че населението желае да бъде систематично и целенасочено обучавано от ранна детска възраст по отношение на избора на храни.
5. Законодателната уредба и нарастващите осъзнати потребности на обществото за информиран избор налагат мултидисциплинарен и междусекторен подход за обучение по безопасност на храните на ниво държава, производител и потребител.
6. Навлизането на нови технологии в ежедневието на човека дава възможност за разработване на софтуерен продукт за мобилни устройства за детекция на различни съставки на храните.

Приноси

Приноси с потвърдителен характер

1. Потвърждава се значението на нормативната уредба на национално и Европейско ниво за мениджмънт на безопасността на храните.
2. Извършено е епидемиологично проучване на пациенти със симптоми на хранителна алергия, като те са изследвани за 19 групи хранителни алергени.
3. Извършено е анкетно проучване чрез анкетна карта, съдържаща 27 въпроса и резултатите са групирани в 6 панела.
4. Извършените проучвания потвърждават необходимостта от разработване и провеждане на обучителни програми сред населението за безопасност на храните.

Приноси с научно-теоретичен и научно-методичен характер

5. Направен е систематичен анализ на актуалното законодателство в Република България и Регламенти и Директиви на Европейския Съюз в областта на безопасност на храните
6. Извършеното епидемиологично проучване при пациенти с хранителни алергии показва зачестяването на хранителните алергии към определен вид храни в България.
7. Проведеното актуално анкетно проучване недвусмислено показва нарастващите нужди на обществото за обучение по безопасност на храните и информиран избор
8. Проведеното цялостно проучване показва неефективност на обучението на обществото за безопасност на храните поради недостатъчно взаимодействие и координация между институциите и между институции и потребители при наличие на добра нормативна база

9. Предложено е разработване на оригинален, първи по рода си у нас, софтуерен продукт за детекция на алергени в храни, приложим чрез мобилни устройства

Списък на използваните абривиатури:

БАБХ - Българска агенция по безопасност на храните

БАХПИ - Българската асоциация хранителна и питейна индустрия

БВП –Брутен вътрешен продукт

БДС - Български държавни стандарти

ГМ – генетично модифициран

ГМО – Генетично модифицирани организми

ДВ – Държавен вестник

ДДТ - дихлоро-дифенил-трихлороетан

ДНК – дезоксирибонуклеинова киселина

ЕК - Европейската комисия

ЕОБХ – Европейски орган по безопасност на храните

ЕП – Европейски парламент

ЕС – Европейски съюз

ЗГУ - защитено географско указание

ЗНП - защитено наименование за произход

ККТ – критични контролни точки

МЗ – Министерство на здравеопазването

МЗП – Международни здравни правила

МЗХ – Министерство на земеделието и храните

МОСВ – Министерство на околната среда и водите

МРРБ – Министерство на регионалното развитие и благоустройството

МТСП – Министерство на труда и социалната политика

МЦ – медицински център

НАССР – Система за анализ на опасностите и критични контролни точки

НЦОЗА – Национален център по обществено здраве и анализ

ОДБХ – Областната дирекция по безопасност на храните

ООН - Организация на обединените нации

ПМС – Постановление на Министерски съвет
ПХБ – полихлорирани бифенили
РБ – Република България
Регламент (ЕО/ЕС) – Регламент на Европейския парламент и на Съвета
РЗИ – Регионална здравна инспекция
САЩ – Съединени американски щати
СЗО – Световна здравна организация
ССЗ – сърдечно-съдови заболявания
СУБХ - система за управление на безопасността на храните
УНГ – уши, нос, гърло
УНИЦЕФ - Детски фонд на обединените нации
УОЗ – Устойчиви органични замърсители
ФОЗ – Факултет по Обществено здраве
ХТСХ - храна с традиционно специфичен характер
ЦОР - Център за оценка на риска
BMD - Бенчмарк доза
BSE – Бовин спонгиформната енцефалопатия (или болестта "луда крава")
CfU/g – колонообразуващи единици на грам
CINDI – Интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни заболявания на Световната здравна организация
E. Coli – Escherichia coli
E306 - натурални смесени токофероли
ECDC - Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията
ELISA – имуномодуляция за определяне на броя на специфични антитела срещу пределени определени хранителни алергени в кръвен серум
FAO (ОПЗ) - Организация по прехрана и земеделие на ООН
GFN - Глобалната мрежа за хранителни инфекции

IgE - имуноглобулин Е

INFOSAN – Международна мрежа на властите за безопасност на храните

ISO (ИСО) – Международна организация по стандартизация

mkg/kg – микрограм на килограм

MoE - подход на марж на експозиция

NASA - Национално управление по въздухоплаване и изследване на космическото пространство

NDA - Панелът на ЕОБХ по диетични продукти, хранене и алергии

OIE – Световната организация за здравеопазване на животните

RASFF – системата на Европейския съюз за ранно предупреждение за храни и фуражи

SO₂ – Серен диоксид

TRACES - Експертна система за контрол на търговията

vCJD – болестта на Кройцфелд-Якоб

Приложения

Приложение 1

АНКЕТА

Вашето мнение има значение за нас!

Знаеме ли какви храни консумираме?

Уважаеми потребители, най-учтиво Ви молим да попълните тази анкета! Вашите отговори ще допринесат за подобряване информираността на потребителя и съзнателен избор на храни.

Анкетата е анонимна. Маркирайте изчисления/ избраните от Вас отговор/и.

1. Вие сте:

мъж

жена

2. Вие сте на възраст:

до 18 години

от 18 до 39 години

от 40 до 65 години

над 65 години

3. Вие сте:

работещ

безработен

учащ

пенсионер

по майчинство / домакиня

4. Имате ли специфични изисквания към храните, които купувате?

да

не

не мога да преценя

5. По какъв критерий/ критерии избирате хранителен продукт?

външен вид

цена

информация на етикета

позната марка

нова рекламирана марка
спонтанно, без определен критерий

6. Как оценявате вашето хранене?

здравословно
нездравословно
смесено
не мога да преценя

7. Как оценявате храненето на вашето семейство?

здравословно
нездравословно
смесено
не мога да преценя

8. Търсите ли целенасочено информация за определени хранителни продукти?

да
не
рядко
не мога да преценя

9. Вие от къде черпите информация за потребяваните от вас хранителни стоки?

интернет
етикет
телевизия
лекари и други специалисти
листовки
приятели
реклами
от друго място:

10. Възможно ли е според вас дадена храна да предизвика заболяване?

да
не
не мога да преценя
бих искал/а да имам повече информация

11. Имате ли установена алергия/непоносимост към дадена храна?

да

не

не знам

подозирам, че имам, но не съм се изследвал/а

12. Следите ли на етикета на храните предоставената информация относно алергени, съдържащи се в даден продукт?

да

не

понякога

не разбирам въпроса

13. Следите ли на етикета на храните, предоставената информация относно генетично модифицирани организми и вещества, съдържащи се в даден продукт?

да

не

понякога

не разбирам въпроса

14. Как бихте реагирали ако храната, която искате да купите няма етикет или няма етикет на български език, или буквите на етикета са толкова ситни, че не можете да го прочетете?

ще закупя продукта, въпреки това

няма да закупя такъв продукт

ще сигнализирам някой от работещите в магазина

ще сигнализирам оторизирания контролен орган

15. От къде купувате хранителни продукти най-често?

големи хранителни магазини и супермаркети

биомагазини и специализирани магазини

на ръка от улицата

от хора, които произвеждат храни за собствена употреба (село, пазар)

смесено

няма значение за мен

друго:

16. Знаете ли кой е оторизираният контролен орган, който следи за качеството и безопасността на храните в България?

да

не

не ме интересува

17. Знаете ли как да сигнализирате оторизирания контролен орган, който следи за качеството и безопасността на храните в България?

да

не

не ме интересува

18. По какъв канал мислите, че най-пълно ще достигне информацията за храните до вас?

информацията върху етикетите

търговски реклами

от медицински специалисти

специализирано обучение в детски градини, училища и университети

социални реклами и телевизионни предавания

специализирана информация от уеб сайтове на производители на храни и специфични потребителски групи

19. Какъв тип мероприятия ще имат най-голям принос за повишаване информираността Ви относно приеманите от вас хранителни продукти?

създаване от държавата и браншовите организации на нови

стандарты за производство на храни от типа „Стара планина“

регулярно информиране на обществото от Българската Агенция по безопасност на храните чрез медиите за актуални изисквания към храните

обществени кампании от типа „Хранене и хронични заболявания“ и „Топъл обяд в училище“

обучение от медицински специалисти чрез лекции и дискусии

иницииране на обществени дискусии в социални мрежи и форуми, тип група във Фейсбук и форум „Бг мама“

предоставяне от специалисти на актуална и обективна информация за храните в специализирани уеб сайтове, например www.probiotic.bg

20. Мислите ли, че трябва да има обществена ангажираност по отношение на информираността относно храните?

- да
- не
- държавата трябва да се ангажира
- не мога да преценя

21. Бихте ли отделили от личното си време за участие в кампания за повишаване информираността Ви за храните?

- да
- не
- принципно да
- принципно не

22. Бихте ли ангажирали семейството си за участие в такъв вид кампания?

- да
- не
- принципно да
- принципно не

23. Колко време бихте отделили за участие в такъв тип кампания?

- до 15 мин
- от 15 до 45 минути
- повече от 45 минути
- не бих отделил/а

24. След новопридобитата информация и осъзнаване, че любим ваш продукт не е полезен за вас, какво бихте направили?

- ще прекратя консумацията на продукта
- от време на време ще потребявам продукта
- ще продължа да го консумирам, въпреки че знам, че не е полезен за мен

25. Бихте ли споделили информация за хранителни продукти с Вашето семейство и приятели?

да

не

принципно да

принципно не

26. Мислите ли, че децата трябва да бъдат обучавани още в ранна възраст
относно информацията за хранителни продукти и как да ги избират?

да, това е важно за възпитаването на децата относно храненето

да, за всеки случай

не, няма никакъв смисъл

не мога да преценя

27. Ако искате да ни съобщите нещо по темата, което не сме Ви питали или
имате идеи и нагласи, които искате да спделите:

.....

Приложение 2

Брошура Информирани избор & хранителна алергия

Информирани избор & хранителна алергия



Силата на информирания избор на храни за живот свободен от хранителни алергии и добро здраве

Инициатива на НЦОЗА, ФОЗ, РЗИ и ОПЛ
Януари – Юни 2017



Какво е хранителна алергия?

- Алергичните болести са с нарастваща честота във всички възрастови групи, като една от най-разпространените алергии е хранителната алергия. Хранителната алергия се дефинира като имунологично медирана реакция на свръхчувствителност към хранителни протеини, които са безвредни, но чужди на имунната система на човека.
- Ако сте с повишена чувствителност към хранителен алерген, това означава, че тялото ви е направило специфично IgE антитяло към тази храна алерген, но вие може да имате или да нямате симптоми на хранителна алергия.
- Класическата алергия към храни е качествен процес. Тя може да настъпи след прием на изключително малки частици от съответната храна.

FOOD ALLERGIES



Рискови фактори за развитие на хранителна алергия



Фамилна обремененост

- Ако в семейството има членове с алергични заболявания, вероятността пациент от такова семейство да има хранителна алергия е по-висока.



Хранителна алергия в ранна детска възраст

- Много често симптомите на хранителната алергия изчезват с израстването. Но вероятността да се появят отново е реална и честа.



Други алергични заболявания

- Ако пациент има алергия към битови алергени, полени, атопичен дерматит, бронхиална астма, вероятността да получи хранителна алергия нараства.



Възраст

- Хранителната алергия е много по-честа в детска възраст.

Симптоми на Хранителната алергия

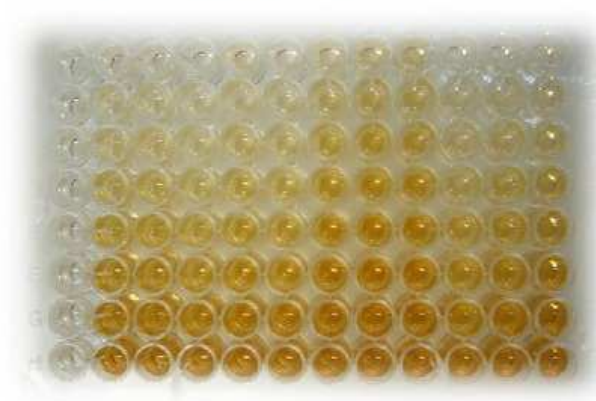
- Сълзотечение
- Запушване на носа
- Кихане
- Хрема с воднисти секрети
- Суха кашлица
- Отоци около очите
- Оток на езика, устните, небцето
- Стягане в гърдите
- Недостиг на въздух
- Алергичен шок
- Ситни обриви по кожата
- Сърбеж по кожата
- Уртикария



- Гадене
- Повръщане
- Болки в стомаха
- Рефлукс
- Киселини
- Подуване на корема и колики
- Диария
- Косопад
- Пърхут
- Парадонтоза
- Ускорена сърдечна дейност
- Повишаване нивото на пролактин при млади жени

Диагностика и мениджмънт на хранителна алергия

Съществуват имуно тестове за различни групи хранителни алергени на принцип на ELISA – имуномодуляция за определяне на броя на специфични антитела срещу определени хранителни алергени в кръвен серум. На пациентите се провеждат тестове за алергия от някои хранителни протеини: краве, биволско, овче и козе млека, яйце белтък, яйце жълтък, соя, свинско, пилешко и телешко месо, риба, скариди, ягода, ядки – фъстъци, бадеми лешници, орехи, кълнове, пшеничен протеин, какао, ябълки, моркови. Ежегодно се разработват допълнителни тестове за групи протеини като например цитруси и гъби.



Хранителната алергия носи високи социални, икономически и психологически вреди на населението. Личността, страдаща от хранителна алергия, трябва да бъде ангажирана със здравето си, като спазва антирисково поведение и здравословен стил на живот чрез активно и целенасочено търсене на наличие на алергени в продукти преди консумацията им.

Хранителни продукти и етикетиране на алергени

Някои продукти или съставки, които са безвредни и се влагат при производството на храните, могат да причинят хранителни алергии индивидуално при някои хора. Така те представляват опасност за здравето на засегнатите лица. Важно е да се предоставя информация относно наличието на продукти и съставки в храните с научно доказан алергенен ефект, за да могат потребителите, особено страдащите от хранителна алергия, да направят информиран и безопасен за тях избор. Това е регламентирано от Регламент (ЕС) № 1169/2011, Приложение 2:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Зърнени култури, съдържащи глютен | 8. Ядки |
| 2. Ракообразни | 9. Целина |
| 3. Яйца | 10. Синап |
| 4. Риба и рибни продукти | 11. Сусамово семе |
| 5. Фъстъци | 12. Серен диоксид и сулфити |
| 6. Соя и соеви продукти | 13. Лупина |
| 7. Мляко и млечни продукти | 14. Мекотели |



Аз имам хранителна алергия

Ако се съмнявате, че може да имате хранителна алергия и подозренията Ви се потвърдят чрез диагностициране на хранителна алергия по метода ELISA, естествено Вие ще имате много въпроси.

Какво означава хранителна алергия?

Как да пазарувам хранителни продукти?

Как да готвя любимите си ястия?

Как да търся и откривам алергени?

Какво се случва при нарушаване на диетата?

Ще промени ли това начина ми на живот?

Ще промени ли това общото ми здравословно състояние?



Не се притеснявайте! Когато спрете да консумирате специфичните за Вас алергени и симптомите на алергия отшумят, ще усетите подобряване на общото Ви състояние и начин на живот. Досадният сърбеж или хрема няма да Ви мъчат повече. Това ще Ви даде стимул да приемете новия си стил на живот. Отделяйте повече време в магазина, за да прочетете етикета на дадения хранителен продукт внимателно! Направете информиран избор за вашето здраве! Пригответе храната у дома си съобразно с новата ви диета (като например без белтък на яйце, без ядки или без краве мляко)! Прочетете внимателно менюто в ресторанта за съдържание на алергените в дадено ястие! Тези дейности ще станат част от вашето ежедневие и Вие ще се наслаждавате на един по-здрав и щастлив живот!

Детето ми има хранителна алергия

В периода 2007-2013 г. честотата на хранителната алергия в детска възраст е нараснала приблизително с 50%.

Ако се съмнявате, че Вашето дете проявява симптоми на хранителна алергия, свържете се с Вашия педиатър!

Ако детето Ви има диагностицирана хранителна алергия, погрижете се то да не консумира храни, съдържащи дадените хранителни алергени. Уведомете екипа в яслата или градината за вида хранителната алергия на Вашето дете и симптомите, които проявява! Обяснявайте внимателно, търпеливо и на подходящ език на Вашето дете, защо то трябва да спре да яде любимите си бисквити например и кое не е добре за неговото здраве.



Щастливото и здраво дете е ваша отговорност!

Библиография

1. Байкова Д., Консерванти в колбасите водят до рак; Новинар, С., 25 септември 2014
2. 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. 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.
4. Бенишева-Димитрова Т., Д. Сиджимова, Законодателни промени в България от Юни 2015 г. относно оценка на здравни технологии, Шеста Национална конференция за редки болести и лекарства сираци, 11-12 септември 2015 г., Конгресен център на Новотел – Пловдив, под патронажа на Комисия по Здравеопазване към 43-то Народно събрание
5. Борисов В., Здравен мениджмънт – Азбука на здравния мениджмънт, С. 2005
6. Борисов, В., Стратегически здравен мениджмънт - философия и практика, 2006
7. Борисов, В., Здравната реформа на кръстопът - хаос или мениджмънт, 2008
8. Борисов В., Стратегически здравен мениджмънт между икономиката и етиката, Здравен мениджмънт, 2006
9. Борисов, В., Новата наука здравна глобалистика. Епоха на плурализъм и интегритет на националните здравни системи, 20 Юли 2010, рубрика в онлайн издание <http://www.zdraveonline.com/>

10. Борисов В., Управленска култура и стратегически стил на мислене в здравеопазването, Медицински меридиани, списание за стратегически и здравен мениджмънт, 2010 - брой 1, с 56
11. Борисов, В., Ц. Воденичаров, К. Юрукова, С. Попова, Социална Медицина, София, 2006
12. Български държавни стандарти за млечни продукти, Българска агенция по безопасност на храните
13. Бялата книга на Комисията от 30 май 2007 г.
14. Визев К., Специфични социално-етични проблеми при възрастните и стари хора, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 619с
15. Воденичаров Ц., Седемте разлики между медика и мениджъра, София 2003 ;
16. Воденичаров Ц., Медицински и мениджърски професионализъм - потребност от академична и експертна подкрепа в контекста на организационната промяна в здравеопазването, Здравна политика и мениджмънт, 2011
17. Воденичаров, Ц. Етика на здравната политика. - В: Етиката в българското здравеопазване, 2007, 9-14.
18. Воденичаров Ц., Дестетте принципа на медика и мениджъра, Симелпрес, С., 2010
19. Воденичаров Ц., Неизказаното за здравната реформа: Нека дебатът да започне, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 14с

20. Воденичаров, Ц., В. Борисов, С.Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков, Модел на ефективно развитие на българското здравеопазване, Здравен мениджмънт, 2005
21. Воденичаров Ц., С.Попова. Медицинска етика, С., 2003 ;
22. Воденичаров Ц., С. Попова, Медицинска Етика, София, 2006, с 101-103
23. Воденичаров Ц., Модерното здравеопазване трябва да е основано на конкуренцията и правото на избор ; b2bmagazine Интервю, Издание 30/2012
24. Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска, Социална медицина, ГорексПрес, София, 2013
25. Вrabчева Т., Проучване на специфична миграция на меламина от пластмасови изделия, предлагани на българския пазар, НЦОЗА, Теми и разработки, Дирекция "Обществено здраве и здравен риск"
26. Вrabчева Т., Проучване на специфичната миграция на бисфенол А от поликарбонатни изделия, предназначени за хранене на кърмачета и за пълнене с минерална вода", НЦОЗА, Теми и разработки, Дирекция "Обществено здраве и здравен риск"
27. Генова С, Хранителна алергия, Списание Medinfo, Брой 8/2014
28. Георгиева Цв., Спешни мерки при откриване на неразрешени генетично модифицирани организми на Европейския пазар - Генетично модифициран лен FP967 произход Канада, Генетично модифициран ориз, произход Китай, НЦОЗА, Теми и разработки, Дирекция "Обществено здраве и здравен риск"
29. Георгиева Цв., Междудулабораторни сравнителни изпитвания за националните референтни ГМО лаборатории, НЦОЗА, Теми и разработки, Дирекция "Обществено здраве и здравен риск"
30. Гладилов, С., Е. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, София, 2009

31. Гладилов, Ст., Ж. Павлова, А.Чешмеджиева, Ц. Петрова, Икономика на здравеопазването, Ръководство за практически упражнения, Принцепс, 2004
32. Градинаров Б., Лекарският дълг и комерсиализацията на здравеопазването - между пазара и морала, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 104с
33. Грива, Х., Чолакова,Т., Основни характеристики на здравето на лицата над 65 годишна възраст в България, Доклад на научна конференция "Стареене и здраве, Варна, 2009 г., Сборник доклади
34. Грийнпийс, Пестицидите и нашето здраве - повод за нарастващо безпокойство, май 2015 г., Изследователски лаборатории на „Грийнпийс”, Allsop, M; Huxdorff, C; Johnston, P; Santillo, D; Thompson, K
35. Димитрова И., Образователен филм и плакати учат плевенчани как да се хранят безопасно, 2015, www.infopleven.com
36. Директива 2001/18/ЕС за утвърждаване на кодекс на Общността относно лекарствени продукти за хуманна употреба
37. Дудева Б., Етични измерения на езиковата комуникация в медицината и здравеопазването и Европейска кампания за разбираем език, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 283с
38. ЕС, Политиките на Европейския съюз: Безопасност на храните; Европейска комисия; Генерална дирекция „Комуникации”; Люксембург: Служба за публикации на Европейския съюз, 2014 г.
39. ЕС, Европейски Парламент, Информационно бюро в България, Безопасността на храните – тема номер 1 за България и ЕС, Януари, 2014

40. ЕС, Позиция и ангажимент на ЕС с оглед на срещата на високо равнище на ООН относно профилактиката и контрола на незаразните заболявания; Резолюция на Европейския парламент от 15 септември 2011 г. относно позицията и ангажимента на Европейския съюз с оглед на срещата на високо равнище на ООН относно профилактиката и контрола върху незаразните заболявания
41. ЕС, Комисията от 13 март 2007 г., озаглавено „Стратегия на ЕС за политика за защита на потребителите 2007—2013 г.
42. Еленкова Л. „Правно регулиране в здравеопазването“, София, 2008
43. Еникова Р., Български национални критерии за микробиологична безопасност на храните, становище, НЦООЗ, София, 2009 г.
44. Закон за храните, Обн. ДВ. бр.90 от 15 Октомври 1999г., изм. ДВ. бр.14 от 20 Февруари 2015г., доп. ДВ. бр.56 от 24 Юли 2015г.
45. Закон за Българската агенция по безопасност на храните, в сила от 25.01.2011 г., изм. ДВ. бр.61 от 25 Юли 2014г.
46. Закон за защита на потребителите, в сила от 10.06.2006 г., изм. и доп. ДВ. бр.61 от 25 Юли 2014г.
47. Закон за Генетично модифицираните организми, в сила от 01.06.2005г., изм. ДВ. Бр. 68 от 2 Август 2013г.
48. Иванов Л., Г. Иванов, Д. Димитрова, Л. Киров, Н. Иванова, Зл. Петрова, И. Бъкарев, Й. Вълчева, Р. Петков, С. Петрова, М. Вуков, Н. Василевски, Бяла книга за здравеопазване основано на стойности, 2012
49. Марков П, Воденичаров Е, Дунева З, Байкова Д, Дулева В. - Практически указания за оптимизиране храненето на жени във фертилна възраст – "Науката за хранене в опазване на човешкото здраве", ред. Б. Попов, С., 2004, 218 – 221, И.К. "Бленда", С.
50. Марков П., Д. Марков, Д. Байкова, Балансирано хранене и двигателна активност - Превантивни фактори за сърдечно-съдови болести Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно

участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 524с

51. Маркова К., Е. Воденичаров, Нерешени етични проблеми на балансирането на разходи, ползи и достъп в здравеопазването, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 109с

52. Международни стандарти за управление на качеството ISO 9000:2000, ISO 9001:2000; ISO 9004:2000

53. Митев В., Встъпителни думи, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 13с

54. Наредба № 2 от 23 януари 2015 г. на Министерство на здравеопазването за максимално допустимите количества на остатъци от пестициди във или върху храни

55. Наредба за изискванията за етикетирането и представянето на храните, приета с ПМС № 383 от 4.12.2014 г., обн., ДВ, бр. 102 от 12.12.2014 г., в сила от 13.12.2014 г

56. Наредба № 5 от 25 Май 2006 г. за хигиената на храните, издадена от Министерство на здравеопазването и Министерство на земеделието и горите, в сила от 01.09.2006 г., обн. ДВ. бр.55 от 7 Юли 2006г.

57. Националната Здравна стратегия 2008 - 2013 година, д.в., бр 107, 16 декември 2008г.

58. Национална Здравна стратегия (2014-2020) Министерство на здравеопазването на Република България, София 2013

59. Национален план за действие "Храни и хранене" 2005 – 2010, РБ, МЗ, (приет от МС 18.08.2005), изд. Деметра, ISBN 978-954-9526-394, 2006, 96;
60. Петков, В., Н. Попов, Т. Златанова, Световното население: актуални проблеми и тенденции за следващите десетилетия, Социална Медицина, 3, С., 2005, с 4-7
61. Петрова Зл., Медицинският одит – между традицията и иновацията, Медицински меридиани, списание за стратегически и здравен мениджмънт, 2010 - брой 1, с 7
62. Петрова Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов, Качеството в здравеопазването - съвременни изменения и тенденции. Health media group С., 2008, с. 213
63. Петрова Зл., Здравна политика и практика. Ръководства за добра медицинска практика, основана на доказателства – предизвикана необходимост – Част Втора - Оценка и контрол на придържането към медицински стандарти, основани на доказателства, Българско списание за обществено здраве, 2015, Том 7, кн 1 , издание на Националния център по обществено здраве и анализи
64. Петрова Зл., Ключовата дума е партньорство, Министерство на здравеопазването, ИА "Медицински Одит", Информационен бюлетин <http://www.eama.bg/index.php/bg/vazhno/novini/148-klyuchovata-duma-e-partnyoorstvo>
65. Петрова Зл., П. Загорчев, Роля на етичните комисии и професионално-съсловните организации при доказването на лекарска грешка, баланс и защита на правата на пациента и лекаря, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 59с

66. Петрова Ст., Национално проучване на хранителния статус на учениците в България, НЦОЗА, Теми и разработки, Дирекция "Обществено здраве и здравен риск"
67. Петрова С., Хранене и рак , Министерство на здравеопазването, НЦООЗ
68. Петрова С., Превантивни стратегии за намаляване на канцерогенния риск, свързан с хранителните фактори, Министерство на здравеопазването, НЦООЗ
69. Петрова С., Европейска хранителна политика и приложението ѝ в България, IX национален конгрес по хранене с международно участие, Българско дружество по хранене и диетика, гр. Варна, 19–22 май 2011 г.
70. Петрова С, Ангелова К, Байкова Д, Дулева В, Йорданов Б, Ватралова К, Овчарова Д, 2006 - Препоръки за здравословно хранене за населението в зряла възраст /18 – 65 години/, МЗ, НЦООЗ – С подкрепата на Регионалното Бюро за Европа на СЗО, ЕУ
71. Попова С., Етичен стил на мислене в клиничния мениджмънт, Медицински меридиани, списание за стратегически и здравен мениджмънт, 2010 - брой 1, с 51
72. Попова С., Личност и здраве. София, 1993г.
73. Попова С., Социалноетични измерения на здравния мениджмънт, 2004, София.
74. Препоръки за здравословно хранене за населението в България 18–65 години. МЗ, НЦООЗ,С; ISBN 9526; 2006:40
75. Радивенска А., Хранителна алергия в детската възраст, Medical magazine, брой 8, 08.2014, стр. 16
76. Регламент (ЕО) № 41/2009 относно състава и етикетирането на храни, подходящи за употреба от хора, които имат непоносимост към глутен

77. Регламент на Европейския парламент и на Съвета (ЕО) № 178/2002 от 28 януари 2002 година за установяване на общите принципи и изисквания на законодателството в областта на храните, за създаване на Европейски орган за безопасност на храните и за определяне на процедури относно безопасността на храните
78. Регламент (ЕО) № 258/97 относно нови храни и нови хранителни съставки.
79. Регламент (ЕО) № 396/2005 на Европейския парламент и на Съвета от 23 февруари 2005 г. относно максимално допустимите граници на остатъчни вещества от пестициди във и върху храни или фуражи от растителен или животински произход
80. Регламент за изпълнение (ЕС) № 400/2014 НА КОМИСИЯТА от 22 април 2014 година относно координирана многогодишна контролна програма на Съюза за 2015, 2016 и 2017 г. за гарантиране спазването на максимално допустимите граници на остатъчни вещества и пестициди върху храни от животински и растителен произход и за оценка на потребителската експозиция на тези остатъчни вещества
81. Регламент (ЕС) № 432/2012 НА КОМИСИЯТА от 16 май 2012 година за създаване на списък на разрешените здравни претенции за храни, различни от претенциите, които се отнасят до намаляване на риска от заболяване и до развитието и здравето на децата
82. Регламент (ЕО) № 907/2013 за определяне на правила относно заявленията във връзка с използването на генерични обозначения (наименования)
83. Регламент (ЕС) № 1169/2011 за предоставянето на информация за храните на потребителите
84. Регламент (ЕО) № 1333/2008 относно добавките в храните
85. Регламент (ЕО) № 1829/2003 относно генетично модифицираните храни и фуражи

86. Регламент (ЕС) No 1830/2003 относно проследяването и етикирането на генетично модифицирани организми и проследяването на храни и фуражи от генетично модифицирани продукти и за изменение на Директива 2001/18/ЕО
87. Регламент (ЕО) № 1924/2006 относно хранителни и здравни претенции за храните.
88. РЗИ – Добрич, Профилактика на сърдечно-съдовите заболявания, <http://rzi-dobrich.org/index.php?node=edu&sub=nezarazni&id=22>
89. Рибарова Ф., Природата в помощ на баланска и хармонията в храненето, С. 18.10.2007, Health market
90. Рибарова Ф., Българската традиция на хранене е здравословна; С.: Нoremag.bg; 10 октомври 2011
91. СЗО, Факти за Безопасността на храните според СЗО, Безопасност на храните, Информационен формуляр No. 399, Ноември 2014, <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs399/en/>
92. СЗО, Кампания на СЗО: Световен ден на здравето 2015: Безопасност на храните, <http://who.int/campaigns/world-health-day/2015/event/en/>
93. Сотирова, Д. Етика и култура в организационното поведение, С, 2003.
94. Сотирова Д., Фирмена култура, параметри и примери, Технически Университет, София, 2010 г.
95. Стандарти за хляб и брашно "България", Българска агенция по безопасност на храните, бюлетин
96. Стандарти за храни, БДС стандарти основани на Регламент (ЕС) № 1151/2012 на Европейския парламент и на Съвета от 21 ноември 2012 година, относно схемите за качество на селскостопанските продукти и храни
97. Трендафилова П., Прилагането на маркетингови инструменти при управление на болниците – условие за качествено здравно обслужване.

Контакт 2008, С., 2008)

98. Утвърдени стандарти "Стара планина", Българска агенция по безопасност на храните, Бюлетин

99. Томов Л., Продължителен стрес и здравно състояние. Издателство „Медицина и физкултура”, С., 1988

100. Ушева, Н., Н. Фесчиева, С. Попова, С. Янева, З. Димиева, Социално-демографски характеристики на майките и стартово състояние на Новородените, The Trakia Journal of Sciences, 6, 2008, No 2, Suppl. 3, 134-138.

101. Фесчиева Н., Д. Ванкова, Н. Михайлова, Активно стареене и социален капитал, НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ - 2014, том 53, серия 8.3, с. 263

102. Халкова, Ж., Прилагане на новата Европейска система за класифициране, опаковане и етикетиране, НЦОЗА, Теми и разработки, Дирекция "Обществено здраве и здравен риск"

103. Хосоно А., Храни и физиологични свойства на млечнокиселите бактерии, Японска агенция за международно сътрудничество, 1997

104. Цачева Н., И. Митева, Подходи за справяне с етичните предизвикателства в спортната медицина, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 600с

105. Цачева Н., Трудова медицина - решени и нерешени проблеми, Медицински меридиани, списание за стратегически и здравен мениджмънт, 2010 - брой 2, с 9

106. Чамов, К., А. Кехайов. Технология за избор на приоритети в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2006, 6, 51-56.

107. Чамов, К., Почти всеки втори българин е с ограничена здравна грамотност, интервю, 2012

108. Чамов К. Здравнополитическите анализи: технология за оценка на здравното въздействие, 2007, Сп. Здравен мениджмънт, 33-44
109. Чамов К. Здравнополитическите анализи - основа за разработка на съвременна здравна политика. Здравна политика и мениджмънт, 2010, 10, № 1
110. Черкезов Т., Етични проблеми в медицинското обслужване при пациенти в напреднала възраст, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 440с
111. Шипковенска Е., Съвременни модели и концепции за промоция на Здраве и Профилактика на болестите
112. Шипковенска Е. и кол., Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателства, С.,ДЕЛФИ, 2002
113. Шипковенска Е., Л. Георгиева, Г. Генов, Пл. Димитров, Й. Борисова, Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателства, София, 2002, изд. „Делфи”
114. American Society for Quality Certified HACCP Auditor brochure. – accessed 9 January 2010
115. American Academy of Pediatrics, Policy Statement: Hypoallergenic Infant Formulas, August 2, 2000
116. Asthma and Allergy Foundation of America. March 28, 2007. "What Are Food Allergies? Food Allergy Summary".
117. Australian Institute of Health and Welfare: adapted from Australia's Health 2008
118. Bush RK, Taylor SL, Nordlee JA, Busse WW. Soybean oil is not allergenic to soybean-sensitive individuals. J Allergy Clin Immunol. 1985; 76: 242–245
119. CINDI HEALTH MONITOR - 1996, 2002 и 2007

120. Dahlgren/Whitehead: C3O Европа 2007г., European strategies for tackling social inequities in health: leveling up Part 2
121. Edward Marriott (1966) in "Plague. A Story of Science, Rivalry and the Scourge That Won't Go Away" ISBN 978-1-4223-5652-4
122. EFSA, Allergens in food: scientific advice updated; Nutrition News; 26 November 2014
123. European Food Allergy & Anaphylaxis Public Declaration". the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI). Retrieved 10 December 2013
124. European Food Safety Authority; <http://www.efsa.europa.eu/en/press/news/141126>
125. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.
126. FAO/WHO. "FAO/WHO guidance to governments on the application of HACCP in small and/or less-developed food businesses" (pdf). Retrieved 14 October 2007
127. Fleischer DM, Conover-Walker MK, Matsui EC, Wood RA (November 2005). "The natural history of tree nut allergy". J Allergy Clin Immunol 116 (5): 1087–93.
128. "Food Allergen Labeling and Consumer Protection Act of 2004". FDA. August 2, 2004.
129. Food Allergy Research & Education, "About Food Allergies -> Allergens". Food Allergy Initiative. Retrieved 11 Dec 2013
130. Food Safety and Modernization Act of 2010 (S510/HR2751, 111th Congress), Section 112, USA
131. Frequently asked questions from the "Preamble to the Constitution of the World Health Organization" as adopted by the International Health Conference,

1946

132. International Service for the Acquisition of Agri-biotech Applications Brief 46-2013, Annual Report Executive Summary, Global Status of Commercialized Biotech/GM Crops: 2013, Retrieved 6 August 2014

133. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality; 2007

134. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States; Summary for Patients, Families, and Caregivers; National Institute of Allergy and Infectious Diseases ; NIH Publication No. 11-7699, May 2011

135. Hardey, Michael (July 2008). "Public health and Web 2.0". *Perspectives in Public Health* 128 (4): 181–189.

136. Herman, Eliot (2003). "Genetically modified soybeans and food allergies". *Journal of Experimental Botany* 54 (356): 1317–1319.

137. Jackson K et al. Trends in Allergic Conditions among Children: United States, 1997-2011. National Center for Health Statistics Data Brief. 2013. Retrieved from www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db10.htm

138. Järvinen KM, Beyer K, Vila L, Bardina L, Mishoe M, Sampson HA (July 2007). "Specificity of IgE antibodies to sequential epitopes of hen's egg ovomucoid as a marker for persistence of egg allergy". *J. Allergy* 62 (7): 758–65

139. Laboc Hospital - A Noble Prize Winner's Workplace. easternpanorama.in. Retrieved 2013-07-11

140. Liu AH, Jaramillo R, Sicherer SH, Wood RA, Bock AB, Burks AW, Massing M, Cohn RD, Zeldin DC. National prevalence and risk factors for food allergy and relationships to asthma: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006. *J Allergy ClinImmunol*.2010; 126: 798-806

141. Lucendo AJ, Arias A, Gonzalez-Cervera J, Mota-Huertas T, Yague-

Compadre JL. Tolerance of a cow's milk-based hydrolyzed formula in patients with eosinophilic esophagitis triggered by milk. *Allergy*; 68:1065–72.

142. Maleki, Soheilia J; Burks, A. Wesley; Helm, Ricki M. (2006). *Food Allergy*. Blackwell Publishing. pp. 39–41

143. Monsanto ~ Licensing. Monsanto.com. November 3, 2008

144. Monsanto GMO Ignites Big Seed War. NPR

145. Monsanto. Roundup Ready Soybean Patent Expiration

146. National Institute of Allergy and Infectious Diseases; Food Allergy; An Overview, U.S. Department of Health and human services, National Institutes of Health, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, NIH Publication No. 12-5518; July 2012; www.niaid.nih.gov

147. National Health Service (England) Choices, "Food allergy". NHS Choices. 25 April 2014. Retrieved November 2014. A food allergy is when the body's immune system reacts unusually to specific foods

148. Oldenburg, Marcus and Petersen, Arnd and Baur, Xaver (2011). "Maize pollen is an important allergen in occupationally exposed workers". *Journal of occupational medicine and toxicology* 6

149. Parker, Cherry (February 1980). "Food Allergies". *The American Journal of Nursing* (Lippincott Williams & #38) 80 (2): 262–5

150. Paull J., Organic vs GMOs, A case study, Keynote Agriculture & Food 2015, Elenite, Bulgaria, 1-6 June 2015, School of Land & Food, University of Tasmania, Australia

151. Pierce J.R., J, Writer. 2005. *Yellow Jack: How Yellow Fever Ravaged America and Walter Reed Discovered its Deadly Secrets*. John Wiley and Sons. ISBN 0-471-47261-1

152. Programming guide: Infant and Young Child Feeding, UNICEF, 2011.

153. Sampson, HA; Ho DG (October 1997). "Relationship between food-specific IgE concentrations and the risk of positive food challenges in children and adolescents". *J Allergy Clin Immunol* 100 (4): 444–51.

154. Sampson, HA (May 2001). "Utility of food-specific IgE concentrations in predicting symptomatic food allergy". *J Allergy Clin Immunol* 107
155. Saskatchewan Agriculture and Food. "Monitoring, Verification and Validation". Retrieved 20 March 2008
156. Sicherer, SH.; Sampson, HA. (Feb 2014). "Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis and treatment.". *J Allergy Clin Immunol* 133 (2): 291–307; quiz 308
157. Sampson, Scott H. M.D., *Understanding and Managing Your Child's Food Allergy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2006.
158. Sperber, William H.; Stier., Richard F. (December 2009). "Happy 50th Birthday to HACCP: Retrospective and Prospective". *FoodSafety magazine*. pp. 42–46. Retrieved 11 January 2015
159. The Australian, "One tick red meat could do without"
160. Vance, K.; Howe, W.; Dellavalle, R.P. (April 2009). "Social internet sites as a source of public health information". *Dermatologic Clinics* 27 (2): 133–136. doi:10.1016/j.det.2008.11.010. PMID 19254656.
161. WHO, WHO-Europe, Health topics, Disease prevention, food safety, Partners
162. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. Geneva: World Health Organization, 2001
163. WHO, The Ottawa Charter for Health Promotion, 21 November 1986
164. WHO, 55th World Health Assembly. Infant and young child nutrition. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002 (WHA55.25)
165. WHO Regional Office for Europe Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 57th World Health Assembly, 2004. WHA, 2004, 57.17
166. WHO Regional Office for Europe. Intersectoral Food and Nutrition Policy Development. A Manual for Decisionmakers.(EUR/01/5026035), WHO, 2001.
167. WHO Regional Office for Europe. Comparative analysis of food and

nutrition policies in WHO European Member States (Document EU/03/5035226A), WHO, 2003.

168. Wilson, Kumanan; Keelan, Jennifer (May 2009). "Coping with public health 2.0". Canadian Medical Association Journal 180 (10): 1080. doi:10.1503/cmaj.090696. PMC 2679846. PMID 19433834

169. Winslow, Charles-Edward Amory (Jan 9, 1920). "The Untilted Fields of Public Health". Science 51 (1306): 23–33. doi:10.1126/science.51.1306.23. PMID 17838891

170. Zuraw L., WHO uses World Health Day to Shine Light on Food Safety, APRIL 7, 2015, Food Safety News, Seattle, WA, USA

Интернет Източници:

<http://www.efsa.europa.eu/>

http://ec.europa.eu/index_bg.htm

http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_bg.htm

<http://www.who.int/en/>