Смъртността на населението в България - социален и политически проблем

Николай Големанов

Население, **10**, 1992, № 2, 49-59

Здравето на човека се формира под въздействието на всички социални и икономически условия, в които той се ражда, развива се, живее и се труди. Това се отнася и за здравното състояние на населението, за неговото физическо и умствено развитие, физическа и умствена дееспособност, заболеваемост и смъртност.

За населението на България през втората половина на двадесетия век са характерни интензивни количествени и качествени промени в здравното състояние. Петдесетте години бяха период на борба със заразни и паразитни болести и преди всичко – с туберкулозата и маларията, с недоимъчните състояния, с високата детска смъртност. Успоредно с това се изграждаше системата на здравеопазването. Рисковите контингенти се обхващаха постепенно от диспансерна помощ.

Както и в много други страни, и у нас здравеопазване в широк смисъл означаваше преди всичко социално-икономическо развитие. Много проблеми на здравното състояние се решаваха като непосредствен резултат от повишаването на жизненото равнище. Ярък пример са туберкулозата и смъртността в кърмаческата и ранната детска възраст.

В течение на повече от три десетилетия показателите за здравното състояние на българския народ се подобряваха. Средната продължителност на очаквания предстоящ живот при раждането влезе в обсега на този показател в напредналите страни.

От началото на шестдесетте години обаче в здравно-демографската характеристика на българския народ се набелязаха някои отрицателни тенденции. При продължаващо, макар и със затихващ темп, снижение на смъртността при децата до една година, общата смъртност на цялото население започна да се покачва. От 8,1‰ през 1960 г. тя достигна 12,1‰ през 1990 г. Тази тенденция е по-изразена при мъжете и при селското население. Още преди началото на интензивната емиграция в някои райони на страната настъпи депопулация.

Средната продължителност на очаквания предстоящ живот при раждането започна да намалява ***(таблица 1).***

Таблица 1

Средна продължителност на очаквания предстоящ живот при раждането
на населението в България през 1964-1989 г.,
по подпериоди, пол и местоживеене (години)

Подпериоди	Мъже		Жени	
	Град	Село	Град	Село
1964-1966*	69,87	68,59	73,91	72,87
1967-1969*	68,71	67,93	73,15	72,37
1970-1972*	68,88	67,74	73,46	72,82
1973-1975*	68,77	67,73	73,45	73,08
1976-1978*	68,86	57,81	73,97	73,01
1977-1979*	68,84	67,58	74,03	72,76
1981-1983**	69,21	67,03	74,72	73,31
1984-1986***	69,06	66,53	74,85	73,45
1987-1989***	69,21	66,53	75,23	73,75

*Източник:Русев, Б., Е. Христов. Обща характеристика на смъртността. - В: Големанов, Н. (ред.) Смъртност на населението в България, 1964-2000.С., 1984, 11-40.
**Източник: Антонова, Ю. Смъртност по причини на населението на НРБ за периода 1964-1983 г. С., 1985.
***Източник: Цветарски, С. ЦСУ (непубликувани).

Забележки: 1. Таблиците за смъртност в първите два източника са построени по метода на Ч. Л. Чанг. 2. Таблиците в третия източник са построени по метода на Бекер.Цейнер.

С шокиращ темп нарастват разликите в общата смъртност на мъжете и жените. През 1989 г. индексът достигна почти 1,32 при градското население.
Тревожен е и темпът, с който нарастват разликите в общата смъртност на градското и селското население. През 1989 г. индексът надмина 2,17 при жените.

Години наред у нас повишението на общата смъртност се „обяснява" със застаряването на населението, макар да е налице убедително покачване на общата смъртност в повечето от петгодишните възрастови групи в диапазона от 30 до 59 години.

Неблагоприятните тенденции в показателите за смъртността на населението в България се отразяват ясно в сравними на международно равнище интегрални показатели за жизнения потенциал и жизнения дефицит на населението.
По стандартизираната смъртност на мъжете за 1987 г. България се нарежда на осемнадесето място от двадесет и три страни, а по стандартизираната смъртност на жените – на двадесет и второ място при възходящо рангово подреждане ***(таблица 2).***

Таблица 2

Стандартизирани коефициенти на общата смъртност
в 23 страни, по пол (на 100 000 души)

Година	Мъже			Жени		
	Рангов номер	Страна	о/оооо	Рангов номер	Страна	о/оооо
1988	1	Япония	838	1	Япония	495
1986	2	Гърция	933	2	Франция	524
1988	3	Швейцария	937	3	Швейцария	530
1987	4	Швеция	959	4	Холандия	568
1987	5	Австралия	994	5	Швеция	571
1986	6	Израел	1000	6	Австралия	592
1987	7	Франция	1007	7	Италия	629
1987	8	Холандия	1016	8	САЩ	639
1987	9	САЩ	1061	9	ФРГ	640
1986	10	Италия	1066	10	Гърция	656
1988	11	Англия и Уелс	1068	11	Финландия	657
1988	12	Австрия	1081	12	Австрия	660
1988	13	ФРГ	1095	13	Англия и Уелс	673
1987	14	Дания	1103	14	Дания	689
1987	15	Финландия	1211	15	Израел	769
1987	16	Югославия	1302	16	Полша	829
1988	17	ГДР	1359	17	Чехословакия	851

1987	18	***България***	1425	18	ГДР	861
1984	19	Румъния	1450	19	СССР	874
1988	20	Чехословакия	1479	20	Югославия	891
1988	21	Полша	1495	21	Унгария	921
1987	22	СССР	1525	22	***България***	946
1988	23	Унгария	1566	23	Румъния	1064

Източник: World Health Statistics Annual, 1989, p. 390-395.
Забележка: За стандарт на възрастовата структура е използвано стандартното европейско население.
(вж. J. Waterhouse et al. (Eds.) Cancer Incidence in Five Continents. Lyon, IARC, 1976, vol. 3, p. 456).

Сравнена с показателите на Япония, смъртността на българските жени е 1,9 пъти по-висока, а смъртността на българските мъже – 1,7 пъти по-висока.
В нашите данни и в международните сравнения вече се набелязват отрицателни тенденции и в смъртността на жените, които трябва да бъдат специално изследвани.
Аналогични тенденции разкриват биометричните функции на таблиците за смъртност. По средната продължителност на очаквания предстоящ живот при раждането мъжкото население на България е на двадесет и трето място от тридесет и пет страни, а женското е даже на двадесет и шесто място. Разликите с населението на Япония са 7,5 години за мъжете и 7,3 години за жените. Още по-назад в ранговия списък се намира България по средната продължителност на очаквания предстоящ живот на точна възраст 15 години, особено при жените ***(таблица 3).***

Таблица 3

Средна продължителност на очаквания предстоящ живот при раждането (e_0)
и на точна възраст 15 години (e_{15})
в 35 страни, по пол (години)

Година	Мъже				Жени			
	Рангов номер	Страна	e_0	e_{15}	Рангов номер	Страна	e_0	e_{15}
1988	1	Япония	75,8	61,5	1	Япония	81,9	67,5
1987	2	Швеция	74,2	59,9	2	Швейцария	81,1	66,7
1986	3	Гърция	74,1	60,3	3	Франция	81,1	66,9
1988	4	Швейцария	74,1	59,9	4	Швеция	80,4	66,1
1986	5	Израел	73,4	59,6	5	Канада	80,2	66,1
1987	6	Канада	73,3	59,3	6	Норвегия	79,8	65,6
1987	7	Австралия	73,2	59,2	7	Австралия	79,8	65,6
1987	8	Норвегия	72,8	58,8	8	Италия	79,2	65,1
1986	9	Италия	72,7	58,7	9	ФРГ	79,1	64,8
1987	10	Франция	72,6	58,6	10	Гърция	78,9	64,9
1988	11	Великобритания	72,5	58,5	11	Финландия	78,9	64,5
1988	12	ФРГ	72,3	58,2	12	Австрия	78,7	64,5
1988	13	Австрия	72,1	58,1	13	САЩ	78,6	64,6
1987	14	Дания	71,9	57,9	14	Великобритания	78,2	64,1
1987	15	САЩ	71,6	57,7	15	Белгия	78,2	64,1

1986	16	Белгия	71,4	57,5	16	Дания	78,1	63,8
1986	17	Нова Зеландия	71,1	57,4	17	Нова Зеландия	77,5	63,6
1987	18	Финландия	70,7	56,4	18	Израел	77,1	63,1
1988	19	ГДР	69,7	55,7	19	ГДР	76,1	61,8
1985	20	Аржентина	68,6	56,1	20	Белорусия	75,9	62,1
1988	21	Югославия	68,5	55,9	21	Полша	75,7	62,1
1983	22	Венецуела	68,4	56,4	22	Чехословакия	75,3	61,4
1987	23	България	68,3	55,1	23	Аржентина	75,1	62,2
1985	24	Бахамас	68,2	55,9	24	Украйна	74,9	61,3
1986	25	Мексико	68,1	55,8	25	Белиз	74,8	62,6
1984	26	Белиз	68,1	55,8	26	България	74,6	61,1
1988	27	Чехословакия	67,7	54,1	27	Бахамас	74,4	62,1
1987	28	Белорусия	67,3	53,8	28	Югославия	74,3	61,5
1988	29	Полша	67,1	53,7	29	Унгария	74,2	60,5
1984	30	Румъния	67,1	54,8	30	СССР	73,9	61,4
1987	31	Украйна	66,5	53,2	31	Мексико	73,8	61,3
1988	32	Унгария	66,1	52,6	32	Венецуела	73,8	61,4
1987	33	СССР	65,1	53,1	33	Маврций	72,3	59,3
1984	34	Гайана	65,1	53,9	34	Гайана	71,9	60,4
1984	35	Гватемала	61,1	54,9	35	Гватемала	64,6	58,4

Най-сериозните проблеми на здравното състояние на българското население са локализирани в мъжкия пол, в активната възраст и в селското население[1].
Средната продължителност на очаквания предстоящ живот на доживелите до петнадесетгодишна възраст не се покачва при мъжете от градовете и намалява при мъжете от селата. Увеличението ù при жените е незначително ***(таблица 4).*** (Класификацията на възрастите, приета от ООН,определя като активна възрастта от 15 до 64 години, без разлика по пол[2].)

Таблица 4

Средна продължителност на очеквания предстоящ живот в активна възраст
на доживелите до точна въраст 15 години
в България през 1964-1989 г.,
по подпериоди, пол и местоживеене (години)

Подпериоди	Мъже		Жени	
	Град	Село	Град	Село
1964-1966	45,4	44,4	46,8	46,1
1967-1969	45,2	44,1	46,7	46,1
1970-1972	45,5	44,1	47,1	46,3
1973-1975	45,4	44,1	47,1	46,4
1976-1978	45,3	44,4	47,2	46,4
1977-1979	45,4	44,2	47,2	46,4

[1] Н. Големанов. Нозология на смъртността при мъжете в активна възраст (докторска дисертация). С., 1988, с. 118.
[2] П. Михайлова. Продължителността на човешкия живот и демографското остаряване на населението. *Население,* **2**, 1984, № 3, 3-24.

1981-1983	45,6	43,9	47,5	46,6
1984-1986	45,6	43,9	47,5	46,7
1987-1989	45,6	43,9	47,6	46,9

Източници - както в таблица 1.

Табличният брой на умрелите е нараствал непрекъснато при мъжете, особено в селата, и не е намалявал при жените ***(таблица 5).***

Таблица 5

Табличен брой на умрелите във възрастта от 15 до 64 години
в България през 1964-1989 г.,
по подпериоди, пол и местоживеене

Подпериоди	Мъже		Жени	
	Град	Село	Град	Село
1964-1966	228 930	223 270	152 540	151 400
1967-1969	249 980	236 450	161 260	152 440
1970-1972	253 040	246 510	160 810	150 730
1973-1975	252 810	249 480	156 170	147 960
1976-1978	260 520	259 650	152 720	152 650
1977-1979	267 030	270 450	153 490	154 430
1981-1983	266 740	297 080	145 860	155 500
1984-1986	282 880	320 840	147 250	160 230
1987-1989	283 630	330 110	147 250	159 660

Източници - както в таблица 1.

Средната възраст на умрелите в активна възраст е намалявала при мъжете от селата ***(таблица 6).***

Таблица 6

Средна възраст на умрелите в активна възраст
в България през 1964-1989 г.,
по подпериоди, пол и местоживеене

Подпериоди	Мъже		Жени	
	Град	Село	Град	Село
1964-1966	53,6	51,5	53,9	52,5
1967-1969	53,6	51,3	54,1	52,5
1970-1972	53,6	50,7	54,3	52,5
1973-1975	53,6	50,3	54,5	52,4
1976-1978	53,4	51,4	54,3	52,7
1977-1979	53,4	51,3	54,1	52,5
1981-1983	53,4	50,7	54,6	52,2
1984-1986	53,3	51,1	54,3	52,4
1987-1989	53,4	51,3	54,1	52,6

Източници - както в таблица 1.

Средният брой на загубените човекогодини от умрелите в активна възраст е нараствал както при мъжете, така и при жените ***(таблица 7).***

Таблица 7

Среден брой на загубените човекогодини от един умрял в активна възраст
в България през 1964-1989 г.,
по подпериоди, пол и местоживеене

Подпериоди	Мъже		Жени	
	Град	Село	Град	Село
1964-1966	11,4	13,5	11,1	12,5
1967-1969	11,4	13,7	10,9	12,5
1970-1972	11,4	14,4	10,7	12,5
1973-1975	11,4	14,7	10,6	12,6
1976-1978	11,6	13,6	10,7	12,3
1977-1979	11,6	13,7	10,9	12,5
1981-1983	11,6	14,3	10,4	12,8
1984-1986	11,7	14,1	10,7	12,6
1987-1989	11,6	13,7	10,9	12,4

Източници - както в таблица 1.

Цитираните дотук интегрални показатели за жизнения потенциал и жизнения дефицит говорят за прогресивно влошаване на режима на смъртността на населението в България. В други страни същият период се характеризира с противоположни тенденции. Снижение на общата смъртност и на смъртността от сърдечносъдови болести с производно покачване на средната продължителност на живота е налице в Австралия, Австрия, Белгия, Великобритания, Германия, Ирландия, Испания, Италия, Канада, Португалия, САЩ, Франция, Япония и други страни.

През изследвания период смъртността на населението в България се е определяла от сърдечносъдови болести, новообразувания, злополуки и болести на дихателната система. Детайлното изследване на причините за умиранията у нас показва, че:

- В бързо нарастващата смъртност от сърдечносъдови болести е решаваща ролята на исхемичната болест на сърцето и на мозъчносъдовата болест. Повишението на смъртността от тези две групи причини у нас контрастира със стабилно намаление в споменатите по-горе страни[3].
- В растящата смъртност от новообразувания при мъжете водещо място заема ракът на белия дроб. Това явление се наблюдава и в много други страни. Водещи изследователи го нарекоха „медицински, социален и политически скандал", като имаха предвид решаващата роля на пушенето за възникването на това заболяване[4]. При жените покачването на смъртността от злокачествени новообразувания се свързва преди всичко с рака на гърдата и на половите органи и показва, че до този

[3] M. Kokeny a. o. The Role of Health Promotion in Preventive Policy Against Cardiovascular Disease in Hungary. – *Health Promotion,* 1986, No 1, 85-92.
[4] J. Bailar, E. Smith.Kampf dem Krebs: eine Bilanz. *Muench. Med. Wschr.,* 1986, No 28,14-16.

момент профилактичните изследвания за ранното му откриване са се оказали неефективни у нас.

- Две трети от случаите на насилствена смърт през този период у нас са резултат на злополуки с моторни превозни средства, на трудови злополуки и на самоубийства. България е сред малкото страни в Европа, където смъртността от злополуки с моторни превозни средства продължава да се покачва. Повечето от европейските страни постигнаха стабилно снижение на този показател[5].
- У нас расте смъртността от пневмонии в рязък контраст с постоянното снижение на този показател в повечето европейски страни[6].
- Недопустимо висок е и нараства относителният дял на умиранията с неизяснени причини[7]. Според Световната здравна организация този факт говори за «недостатъчност на медицинската помощ»[8]. И тъй като у нас не може и дума да става за недостатъчност на медицинската помощ в количествения смисъл на думата, очевидно се касае за недостатъчна ефективност на създадената мрежа и на подготовката на нейните кадри.

Болестите, които определят смъртността на хората в решаваща степен, са свързани с фактори на риска от предимно социално и поведенческо естество[9]:

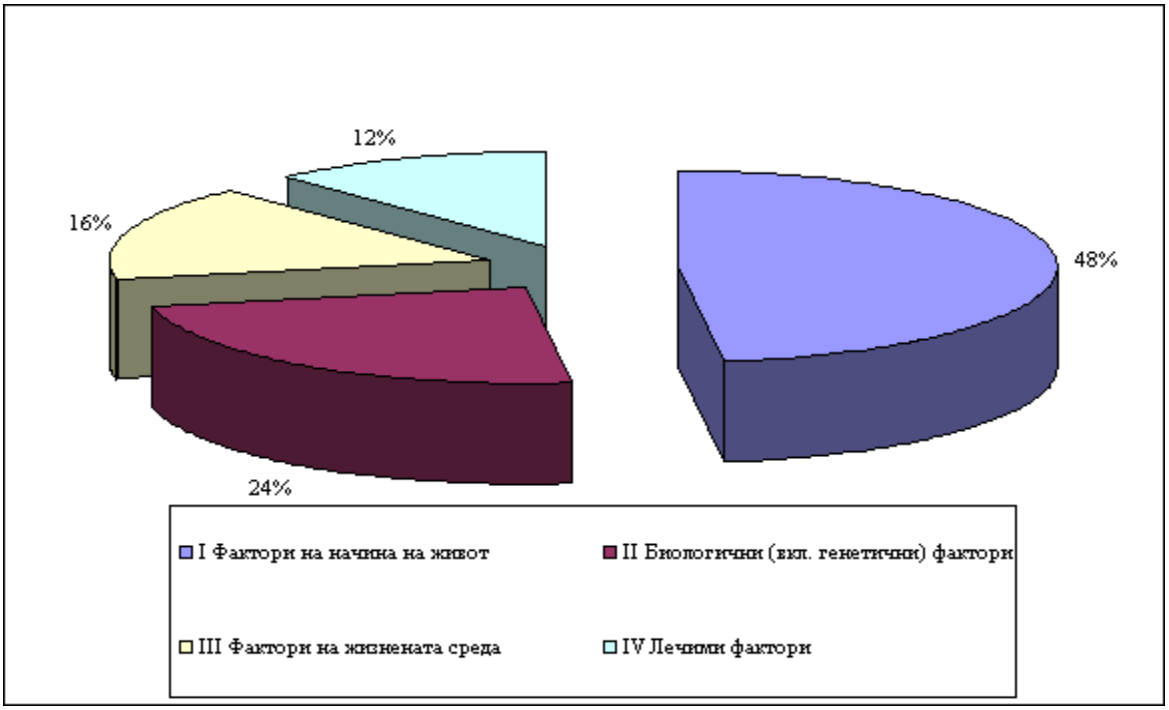
- пушене (допринася за възникването на високото артериално налягане, исхемичната болест на сърцето, мозъчносъдовата болест, рака, злополуките, болестите на дихателната система;
- неправилно хранене (преяждане, приемане на много мазнини и сол) – за високо артериално налягане, исхемичната болест на сърцето,мозъчносъдовата болест и рака;
- алкохол – за мозъчносъдовата болест, рака, злополуките;
- психоемоционален дистрес – за високото артериално налягане, исхемичната болест на сърцето, мозъчносъдовата болест, злополуките;
- недостатъчно движение – за исхемичната болест на сърцето и мозъчносъдовата болест;
- вредни въздействия от трудовата и битовата среда – за рака, болестите на дихателната система;
- умора – за злополуките;
- лекарства, въздействащи върху централната нервна система – за злополуките.

Значителна част от споменатите фактори на риска са общи за посочените причини за смърт. Още по-важно е, че повечето от тях не са болести и не подлежат на медицинско въздействие от какъвто и да било вид. Структурата на факторите, под чието въздействие се формира смъртността днес, е представена на ***фигура 1.***

Фигура 1

[5] З. Богданов. Смъртността по причини в европейските страни. С., 1982, с. 96.
[6] А. Ленгвинат. О динамике рождаемости и смертности в ГДР. *Здравоохранение РСФСР,*1982, № 7, 11-34
[7] Н. Големанов. Неуточнената диагноза в статистиката на смъртността при мъжете в България. – В: Трети Дунавски симпозиум по профилактична и социална медицина (национални здравни стратегии – проблеми и перспективи). Русе, 14-16 юни 1990 г.
[8] S. Koller. Death Attributed to Senility or Symptomatic Causes. – In: H. Campbell (Ed.) Manual of Mortality Analysis. Geneva, WHO, 1977, 236-239.
[9] J. MacGinnis, M. Hamburg. The United States Experience in the Control of Non-communicable Diseases. Copenhagen,WHO, 1987, ICP/NCD 028/9.

Фактори, от които зависят
заболяемостта и смъртността
на човешките популации



Когато хроничните незаразни болести са станали водещи причини за смърт, равнището на смъртността и нейните тенденции зависят все по-малко от лечебната дейност и все повече – от решаването на ред политически и социални проблеми.

Значението на факторите на риска за здравното състояние на нацията се определя от тяхното разпространение сред населението. Най-нови и най-информативни за този проблем са данните от масовия скрининг на населението от четири окръга на България, проведен през 1985 и 1986 г. в рамките на програмата СИНДИ. През изследване са преминали 738 000 души или 94% от населението на възраст от 7 до 65 години от четирите окръга с общо население 1 200 000 души. Тук се привежда част от данните за 235 038 мъже на възраст от 15 до 64 години ***(таблица 8).***

Таблица 8

Относителни дялове на носителите на някои фактори на риска за здравето
от мъжете в активна възраст в четири окръга на България
през 1985 и 1986 г., по възраст (проценти)

Възраст	Брой на преминалите през преглед	От тях - с фактори на риска (%)	В това число (%):		
			Пушачи	С наднормено тегло	Обездвижени
15-19	25130	50	5	15	26
20-24	19016	80	32	9	55
25-29	23034	87	40	12	63
30-34	23610	89	41	15	67

35-39	26783	90	40	17	70
40-44	22671	90	38	20	72
45-49	23346	91	34	22	74
50-54	25630	91	29	25	76
55-59	24688	91	23	27	77
60-64	22139	92	16	25	81

Източник: Н. Големанов. Нозология на смъртността при мъжете в активна възраст (докторска дисертация). С., 1988.

Особено застрашително е разпространението на пушенето, затлъстяването и обездвижването. Този проблем има и друг аспект: от 1972 г. насам у нас е нараснала средната консумация на обща енергия с храната, на животински мазнини и цигари; практически не се е увеличила консумацията на растителни масла; намаляла е консумацията на пресни плодове и зеленчуци. Това означава, че разпространението на факторите на риска сред мъжете в България се разширява в нездравословно направление. Във всички страни, регистрирали снижение на смъртността, тенденциите са обратни[10,11]

Опитът на напредналите страни показа, че ***единственият начин да се намалява смъртността в една популация е първичната профилактика на популационно равнище.***

Нейните стратегически цели са следните:

- Да се измѐнят масовите характеристики на начина на живот на хората и на жизнената среда, които са основна причина за масово разпространените болести.
- Да се търсят активно лицата с повишен риск за здравето и да им се осигурява помощ.
- Лечението на откритите болести да се провежда по такъв начин, че да се предотвратява или поне отлага прогресията им към инвалидност и смърт[12].

За да дадат ефект върху цялата популация, профилактичните мерки трябва да обхващат всички хора и да се координират от правителството. Това е така, защото в днешните условия профилактиката е изключително сложен процес, надхвърлящ далеч компетенциите на институционалната система на здравеопазването.

Нито една от стратегическите цели на профилактиката не е постижима с традиционния начин на мислене и с традиционните средства. Политическите основи на борбата със социалнозначимите болести трябва да се заложат в ежедневната работа на всички стопански, административни и обществени органи и организации. Това е осъществимо само след приемане на система от закони и подзаконови актове, уреждащи тези въпроси. В противен случай системата на здравеопазването отново ще бъде оставена да се „бори" с вече възникнали болести, т. е. с последици, вместо с причини.

В бъдеще укрепването на здравето на хората и първичната профилактика на болестите следва да се осъществяват като неразделна част от цялостното социално-икономическо развитие на страната в следните основни направления:

1. **ОЗДРАВЯВАНЕ НА ЖИЗНЕНАТА СРЕДА**
   a. **Очистване и опазване на природата от промишлени, селскостопански, транспортни и битови замърсители.**

[10] R. Smith. An Antismoking Policy for Europe. – *Br. Med.J.,* 1982, № 6313, 396-398;
[11] L. Heinemamm, H. Heine. Trends of Mortality and Morbidity of Chronic Non-communicable Diseases in the Light of the Risk-Factor Profile in the European Region. Copenhagen, WHO, 1987, ICP/NCD 028.
[12] Prevention of Coronary Heart Disease. Geneva, WHO, 1982, 82 pp.

b. **Профилактика на трудовите злополуки и професионалните заболявания и отравяния.**
c. **Оздравяване на битовата среда.**

2. **РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ НА ХРАНЕНЕТО**
   a. **Рационализация на продуктовия набор**
      i. **Увеличаване на производството на нетлъсти сортове месо, птици и риба, на млечни белтъци и растителни мазнини, на млечни продукти с понижено съдържание на мазнини, на пресни плодове и зеленчуци и на хранителни продукти с повишено съдържание на фибри.**
      ii. **Намаляване на консумацията на рафинирана захар и сладкарски изделия.**
      iii. **Създаване на стимулиращи икономически условия за производство на здравословни храни.**
      iv. **Създаване на ограничаващи икономически условия за производство на нездравословни храни, тютюневи изделия и алкохолни напитки.**
   b. **Защита на здравните интереси на хората**
      i. **Гарантирано високо качество на хранителните компоненти.**
      ii. **Гарантирано отсъствие на остатъци от средства за растителна защита, афлатоксини, нитрати, вредни кулинарни оцветители и аромати и други вредни съставки.**
      iii. **Гарантирано качество на опаковките.**
      iv. **Стриктно спазване на сроковете за годност.**
      v. **Етикетиране по съвременните стандарти.**
3. **РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ НА ДВИГАТЕЛНИЯ РЕЖИМ**
   a. **Радикална промяна на държавната стратегия в областта на спорта с пренасочване на главните усилия към масовия спорт.**
   b. **Изграждане на широко достъпна спортна база по местоживеене.**
4. **БОРБА С ВРЕДНИТЕ НАВИЦИ**
   a. **Формиране още от детска възраст на система от знания, мотивираща децата и юношите да се хранят рационално, да се движат енергично, да не пушат и да не употребяват алкохол.**
   b. **Интегриране на здравното възпитание с образованието.**
   c. **Включване на родителите в здравното възпитание на децата.**
   d. **Включване на средствата за масово осведомяване в здравното възпитание на децата и в стимулирането на възрастните да живеят здравословно.**
5. **ПРОФИЛАКТИКА НА УСЛОЖНЕНИЯТА И ПРОГРЕСИРАНЕТО НА БОЛЕСТИТЕ**
   a. **Поставяне на медицинската ефективност на лечебната дейност в центъра на реформата на здравеопазването.**
   b. **Привеждане на висшето и средното медицинско образование към изискванията на съвременните стандарти.**

* * *

Очевидно е, че ***ефективната реализация на първичната профилактика на популационно равнище и в споменатите направления е политически проблем, който може да се реши***

само на законодателна основа. От началото на петдесетте години в напредналите страни споменатите профилактични мерки са станали система, установена със закони и развиваща се непрекъснато с натрупването на научни знания. В тази система участват много широки обществени кръгове. Тя е подкрепена с извънредно активно пропагандно въздействие. В резултат на всичко това с годините поведението на повечето от хората се изменя последователно в посока на по-здравословен живот. Крупни научни колективи ръководят изпълнението на профилактичните програми и следят резултатите от приложението им. Повечето от тези страни вече се радват на положителен демографски резултат: намалява общата смъртност на населението и смъртността от сърдечно-съдови болести и злополуки. Там, където относителният дял на пушачите е намалял съществено, намалява и смъртността от рак на белия дроб. Стабилизира се смъртността от рак на други органи.

Натрупаният опит показва още, че ***демографският резултат на профилактичните програми се проявява четири-пет десетилетия след тяхното ефективно стартиране***[13].

България също трябва да поеме този път, като използва рационално богатия опит на други страни. Няма друг начин да се постигне подобрение в здравното състояние на българския народ поне към средата на двадесет и първи век. При това цялата набелязана система от профилактични мерки трябва да бъде приведена в изпълнение незабавно, едновременно и на възможно най-широк фронт.
В условията на икономическа криза тази позиция е трудно защитима, но преходът към пазарна икономика изисква императивно основите на първичната профилактика да бъдат поставени именно сега. След няколко месеца това вече ще изисква неизмеримо повече усилия и средства.

[13] D. Mücke et al. Zu einigen aktuellen pädiatrschen Aspekten der ischemischen (koronaren) Herzkrankheit. *Dtsch. Gesundh.-Wes.* 1983, № 45, 1749-1754.

Резюме

Смертность населения Болгарии
как социальная и политическая проблема

Анализу подвержена общая смертность населения Болгарии за период 1960-1989 гг., по полу и месту проживания. Специальное внимание уделено смертности обоих полов в активном возрасте. С помощью ряда показателей жизненного потенциала и жизненного дефицита показано, что уровень смертности населения Болгарии подчинен стойкой тенденции к ухудшению. Сделан также ряд сравнений с международной статистикой. Они показали, что повышение смертности населения Болгарии контрастирует со снижением таковой в ряде европейских и других стран и что эти тенденции являются результатом широкого радпространения факторов риска социального и поведенческого порядка. Намечены принципы первичной профилактики хронических заболеваний как единственного пути к улучшению состояния здоровья населения. Подчеркивается, что всеобщая первичная профилактика – вопрос государственной политики практически во всех сферах жизни.

Summary

The Mortality of the Population in Bulgaria –
A Social and Political Problem

The general mortality of the population in Bulgaria during the period 1960-1989 is put under investigation. A special attention is paid to the active age of both sexes. By means of a series of life potential and life deficit indices it is demonstrated that the mortality regime of Bulgarian population is subject to a steady worsening trend. Some international comparisons show that Bulgarian mortality trends contrast to the ones of many European and other countries and are a result of widely prevailing risk factors of social and behavioral nature. The principal framework of the primary prevention as the only way to a better health status is delineated. It is stressed that the practical implementation of an overwhelming primary prevention program is a matter of state policy practically in all spheres of life.