

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**  
КАТЕДРА “СОЦИАЛНА И ПРЕВАНТИВНА МЕДИЦИНА,  
МЕДИЦИНСКА СТАТИСТИКА, ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ”

*Д-Р АНЖЕЛИКА СПАСОВА ВЕЛКОВА*

**ПРЕДОТВРАТИМАТА СМЪРТНОСТ КАТО ИНДИКАТОР ЗА  
ОЦЕНКА НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ В  
СТРАНИТЕ ОТ ЦЕНТРАЛНА И ИЗТОЧНА ЕВРОПА ПО  
ВРЕМЕ НА СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ПРЕХОД**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане  
на научната степен “доктор на науките”

Научна специалност 03.01.53. “Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията”

Официални рецензенти:

Проф. д-р Веселин Борисов, дмн

Проф. д-р Елена Шипковенска, дм

Проф. д-р Невена Цачева, дм

Плевен, 2012

Доц. д-р Анжелика Спасова Велкова е преподавател по социална медицина във Факултет “Обществено здраве” на Медицински университет – Плевен от 22 години. Тя преподава по 5 фундаментални и приложни дисциплини в областта на общественото здраве на студенти от всички специалности и факултети в Университета.

Доц. д-р А. Велкова притежава богат преподавателски, изследователски и управленски академичен опит. Под нейно ръководство и с нейно участие са разработени 25 магистърски тези по обществено здраве и управление на здравните грижи и 22 дисертационни труда по медицински научни специалности за научната и образователна степен “доктор”. А. Велкова е сред създателите на Факултетите по обществено здраве и здравни грижи на Медицински университет – Плевен и активно допринася за развитието им.

Настоящият дисертационен труд съдържа 318 стр. и резултатите са илюстрирани със 116 таблици и 158 графични изображения. Използвани са 493 литературни източници, от които 18 - на български автори.

Публикациите, свързани с дисертационния труд са 12. Всички анализи са самостоятелен принос на дисертанта.

**Защитата** на дисертационния труд пред Научно жури ще се състои на **22.03.2012 г. от 14.00 ч. в зала „Амброаз Паре” на ТЕЛЕЦ при МУ-Плевен.** Материалите по защитата са на разположение на интересуващите се в сайта на МУ-Плевен [www.mu-pleven.bg](http://www.mu-pleven.bg)

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>1. Въведение</b>	<b>1</b>
<b>2. Цел и задачи</b>	<b>2</b>
<b>3. Материал и методи</b>	<b>3</b>
<b>3.1. Използвани данни</b>	<b>3</b>
<b>3.2. Подбор на причините за смърт</b>	<b>5</b>
<b>3.3. Методи</b>	<b>7</b>
<b>4. Анализ на резултатите от собствените проучвания</b>	<b>9</b>
<b>4.1. Проучване на динамиката на отделните причини за ПЗИС, на смъртността от всички причини и от четирите водещи групи причини в България за периода 1980-2004 г.</b>	<b>9</b>
<b>4.2. Анализ на промените в предотвратимата със здравни интервенции смъртност в СЦИЕ и в СЗЕ в периода 1980-2004 г.</b>	<b>32</b>
<b>4.3. Определяне на приноса на ПЗИС в СЦИЕ за промените в детската смъртност през социално-икономическия преход</b>	<b>57</b>
<b>4.4. Анализ на промените в СППЖ в резултат на промените в ПЗИС<sub>0-75</sub> в СЦИЕ и СЗЕ в периода 1980-2004 г.</b>	<b>71</b>
<b>4.5. Количествена оценка на влиянието на някои социално-икономически фактори върху динамиката на индикаторите за ПЗИС в СЦИЕ.</b>	<b>102</b>
<b>4.6. Приложимост на индикаторите за предотвратима със здравни интервенции смъртност в оценката на дейността на националните здравни системи в СЦИЕ</b>	<b>106</b>
<b>5. Изводи и заключение</b>	<b>108</b>
<b>Приноси на дисертационния труд</b>	<b>111</b>
<b>Списък на научните публикации и съобщения във връзка с дисертационния труд</b>	<b>113</b>

### Използвани съкращения:

БВП	-	Брутен вътрешен продукт
БДС	-	Болести на дихателната система
БОК	-	Болести на органите на кръвообращението
ВАССС	-	Вродени аномалии на сърдечно-съдовата система
ВП	-	Външни причини
ДС	-	Детска смъртност
ЕПЗП		Единици за първична здравна помощ
ЕС	-	Европейски съюз
ЗН	-	Злокачествени новообразувания
ИБС	-	Исхемична болест на сърцето
КБД	-	Карцином на трахея, бронхи и бял дроб
КДЧ	-	Карцином на дебелото черво
КМЖ	-	Карцином на млечната жлеза
КМШ	-	Карцином на маточната шийка
КР	-	Карцином на ректума
КТ	-	Карцином на тестиса
КТМ	-	Карцином на тялото на матката
МПТЗ	-	Моторни пътно-транспортни злополуки
МСБ	-	Мозъчно-съдова болест
НСПП	-	Някои състояния в перинаталния период
ПЗИС	-	Предотвратима със здравни интервенции смъртност
ПЛС	-	Предотвратима с лечение смъртност
ППС	-	Предотвратима с профилактика смъртност
ПС	-	Предотвратима смъртност
СВП <sub>0-75</sub>	-	Смъртност от всички причини до 75-годишна възраст
СДП	-	Смъртност от други причини
СЗЕ	-	Страни от Западна Европа
СППЖ	-	Средна продължителност на предстоящия живот
СЦЕ	-	Страни от Централна Европа
СЦИЕ	-	Страни от Централна и Източна Европа
ТПЖ	-	Темпорална продължителност на живота
ЧЦ	-	Чернодробна цироза

## 1. ВЪВЕДЕНИЕ

Оценката за дейността на националната здравна система на една страна се определя в най-голяма степен от изпълнението на фундаменталната цел за подобряване на общественото здраве. Комплексната същност на общественото здраве и разнообразието на факторите, влияещи върху неговото състояние и тенденции, правят тази оценка многоаспектна, а резултатът от нея - неясен. Идентифицирането на лесни, практични и разбираеми методи за оценка на дейността на здравната система продължава да бъде сериозно научно и управленско предизвикателство.

В процеса на оценяване като индикатори за резултатите от дейността на здравната система най-често се използват смъртността и средната продължителност на предстоящия живот (СППЖ). За по-точно определяне на приноса на здравната помощ към подобряване на общественото здраве от средата на 70-те години на XX в. се прилага концепцията за предотвратимата със здравни интервенции смъртност (ПЗИС). Първоначално предимствата на този индикатор не получават необходимото внимание от здравните политици, въпреки доказателствата от голям брой научни изследвания (Maskenbach, 1990; Vojan, 1991; Westerling, 1992). След задълбочените публикации на E. Nolte и M. McKee, 2004 и 2008, концепцията за предотвратимата смъртност отново привлича интереса на здравната общественост. Тя осигурява теоретична основа и методологична рамка за научно изследване и постепенно се утвърждава като надежден индикатор за дейността на националните здравни системи в много страни в Европа и извън нея.

Предотвратимата със здравни интервенции смъртност позволява да се изследва приносът на здравната система както за подобряване на общественото здраве, така и за преодоляване на неравенствата в здравето. Тя чувствително отразява различията в достъпността, обема и качеството на медицинската помощ и здравните политики в една страна и между отделните страни и региони. Въз основа на анализ на индикатора е възможно прецизно да се определят приоритетите на националната здравна политика и количествено да се измерят здравните резултати от реализирането на терапевтични и профилактични програми и иновации.

През последните 50 години здравето на населението в Европа показва забележително подобряване. Нивата на обща смъртност за всички възрастови групи и при двата пола са намалели с 16% след 1980 г. в целия регион. Средната продължителност на предстоящия живот се е увеличила значимо, като през 2010 г. е достигнала почти 80 г. за мъжете в Швеция и 85 г. за жените в Испания.

Въпреки тези безспорни достижения, общественото здраве в Европа е поставено пред персистиращото и разширяващо се неравенство в здравето между Изтока и Запада на региона. Здравният статус на страните от Западна Европа (СЗЕ) продължава да се подобрява през последните десетилетия, докато в страните от Централна и Източна Европа (СЦИЕ) здравето на населението се

влошава. Очевидно изоставане в нивото на здраве в тези страни се забелязва още през 80-те години, като то е последвано от по-нататъшно влошаване след започване на социално-икономическия преход в тях.

По време на годините на прехода СЦИЕ трябва да се справят с редица проблеми на своите икономически, социални и политически системи: умерен до драматичен спад в брутният национален продукт; съществено намаление на доходите на големи части от населението; повишени нива на безработица; огромна тежест върху социалното осигуряване; реструктуриране и реорганизация на важни социални системи (вкл. здравната система) и на начина на тяхното обществено финансиране.

Значимите социални промени в СЦИЕ се придружават от по-нататъшно влошаване на популационното здраве, изразяващо се в нарастване на нивата на смъртност и заболяемост, особено във възрастовите групи 15-59 г. и при мъжете. Средната продължителност на предстоящия живот за мъжете в някои от СЦИЕ е по-малка с 10 години, а за жените – с 6 години от тази за населението в страните-членки на ЕС преди разширяването от 2004 г. Увеличава се честотата на смъртността от самоубийства, травми и злополуки в СЦИЕ. Лошото здраве на населението в СЦИЕ се илюстрира и с ниската здравна самооценка и лошо физическо функциониране, влошено психично и психологическо здраве, висока честота на разпространение на рисковите фактори, свързани със стила на живот.

В средата на 90-те години на ХХ в. популационното здраве на СЦИЕ започва да се подобрява с различни темпове на промяна в отделните страни. Въпреки това, здравните различия със СЗЕ продължават да съществуват и да нарастват. За да се ускори тяхното преодоляване се изисква, заедно с прилагането на други обществени политики, да се предприемат мерки за намаляване на преждевременните умирания в резултат на различията в нивото и качеството на здравната помощ.

Настоящият научен труд е отговор на необходимостта да се оцени приносът на националните здравни системи за състоянието на популационното здраве в страните от Централна и Източна Европа (СЦИЕ) по време на социално-икономическия преход и за преодоляване на здравните различия със страните от Западна Европа. Приносът на здравните системи е определен чрез нивото и динамиката на ПЗИС за 25-годишен период, като е потърсена връзката с други здравни индикатори и социално-икономически фактори на обществения преход.

## **2. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ**

**Цел на дисертационния труд е да се оцени с помощта на индикатора “Предотвратима със здравни интервенции смъртност” приносът на националните здравни системи в страните от Централна и Източна Европа през периода на социално-икономически преход за подобряване на общественото здраве и за преодоляване на здравните различия със страните от Западна Европа.**

За реализиране на целта са поставени следните задачи:

1. Да се проучат нивото и динамиката на смъртността до 75-годишна възраст от предотвратими със здравни интервенции причини в България за периода 1980-2004 г. и да се сравнят с тези на смъртността от всички причини и от четирите водещи групи причини за смърт.
2. Да се анализират промените в предотвратимата със здравни интервенции смъртност в СЦИЕ и в СЗЕ за периода 1980-2004 г. и да се сравнят с промените в смъртността от всички причини за същия период.
3. Да се проследи ефектът от настъпилите социално-икономически промени в СЦИЕ в периода 1990-2004 г. чрез приноса на ПЗИС за промените в детската смъртност.
4. Да се оцени количествено приносът на предотвратимата със здравни интервенции смъртност към промените в средната продължителност на предстоящия живот в страните от Централна и Източна Европа за периода 1980-2004 г.
5. Да се определи количествено влиянието на някои социално-икономически фактори върху динамиката на индикаторите за предотвратима със здравни интервенции смъртност в СЦИЕ.
6. Да се оцени приложимостта на индикаторите за предотвратима със здравни интервенции смъртност за оценка на дейността на националните здравни системи в СЦИЕ.

### **3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ**

#### **3.1. ИЗПОЛЗВАНИ ДАННИ**

Проведено е комплексно аналитично проучване на смъртността от предотвратими със здравни интервенции причини в 24 страни от Европа за 25-годишен период – от 1980 до 2004 г. вкл.

##### **Данни за умиранията**

Данните за броя на умиранията по причини, пол и възраст, както и за размера на популацията и броя на живородените деца в изучавания период за отделните страни са извлечени от Базата данни за смъртността (Mortality Data Base - MDB) на Световната здравна организация. Причините за смърт в MBD са класифицирани според използваните от страните ревизии на Международната класификация на болестите (МКБ) в отделните години. В дисертационния труд умиранията са класифицирани според 9-та ревизия на МКБ, която е прилагана в България през целия изучаван 25-годишен период. За осигуряване на сравнимост на причините за смърт е използвана специално създадена компютърна програма, трансформираща кодове на отделните нозологични единици от МКБ-8 и МКБ-10 в кодовете на МКБ-9.

Възрастовите групи са представени през 10-годишни интервали от 5-та година на живота (5-14, 15-24, ..., 75+). Поради социалната значимост на умиранията през първата година и до 5-годишна възраст, са въведени групите до

1-годишна възраст (<1) и 1-4 г. Старшите възрасти са обединени в обща група над 75-годишна възраст (75+).

### Проучвани страни

Смъртността е изучавана в две групи страни (табл. 1), които са обединени въз основа на географска локализация и историческа общност на социално-икономическото развитие – 10 страни от Централна и Източна Европа, присъединили се към Европейския съюз (ЕС) от 2004 г. и 14 страни от Западна Европа.

**Табл.1. Изучавани страни и пълнота на данните за умиранията**

Изучавани страни		Налични данни за смъртността
<b>Страни от Централна и Източна Европа (СЦИЕ)</b>		
1.	България	1980-2004
2.	Естония	1981-2004
3.	Латвия	1980-2004
4.	Литва	1981-2004
5.	Полша	1980-2004
6.	Румъния	1980-2004
7.	Словакия	1992-2004
8.	Словения	1985-2004
9.	Унгария	1980-2004
10.	Чешка Република	1986-2004
<b>Страни от Западна Европа (СЗЕ)</b>		
11.	Австрия	1980-2004
12.	Белгия	1980-1997
13.	Великобритания	1980-2004
14.	Гърция	1980-2004
15.	Дания	1980-2004
16.	Ирландия	1980-2004
17.	Испания	1980-2004
18.	Италия	1980-2003
19.	Норвегия	1980-2004
20.	Португалия	1980-2004
21.	Финландия	1980-2004
22.	Франция	1980-2004
23.	Холандия	1980-2004
24.	Швеция	1980-2004



### **Проучван времеви период**

Проведените анализи обхващат период от 25 години (1980-2004 г.), който за СЦИЕ включва едно десетилетие при тоталитарен режим на управление и 15 г. на социално-икономически преход и реформи. Изучени са както промените за целия 25-годишен период, така и динамиката в по-кратки 5-годишни периоди: 1980-84 г. (П<sub>1</sub>) , 1985-89 г. (П<sub>2</sub>), 1990-94 г. (П<sub>3</sub>), 1995-99 г. (П<sub>4</sub>) и 2000-04 г. (П<sub>5</sub>). Така се избягва маскирането на съществени промени на смъртността, настъпили по време на периода. При проучването на динамиката на детската смъртност е направено сравнение на средните стойности за два 10-годишни периода – на 80-те (1980-89) и на 90-те (1990-99) години на ХХ в.

### **3.2. ПОДБОР НА ПРИЧИНИТЕ ЗА СМЪРТ**

Дисертационният труд оценява приноса на националните здравни системи за подобряване здравето на населението в СЦИЕ чрез предотвратимата със здравни интервенции смъртност. ПЗИС е анализирана по компоненти:

- **предотвратима с лечение смъртност (ПЛС)** - напълно или отчасти предотвратима с вторична профилактика (скрининг) и/или с терапевтична помощ;
- **предотвратима с профилактика смъртност (ППС)** – отразява ефективността на здравната политика и прилаганите профилактични програми;
- **исхемична болест на сърцето (ИБС).**

Използван е списък от общо 33 предотвратими състояния (табл. 2). Причините за смърт са подбрани от първоначалния списък на Rutstein, 1976 и от списъка на E. Nolte и M. McKee, 2004. При жените са проучени 32 предотвратими състояния (вкл. 3 полово-специфични злокачествени новообразувания и всички причини за майчина смъртност), а при мъжете – 29 причини. Анализирани са 30 предотвратими с лечение причини за смърт и 3 причини за смърт, предотвратими с профилактика: рак на трахея, бронхи и бял дроб, хронични болести и цирози на черния дроб, моторни пътно-транспортни злополуки. Исхемичната болест на сърцето е проследена отделно поради значимостта ѝ като самостоятелна причина за смърт, предотвратима както с лечение, така и с първична профилактика.

Предотвратимостта на всяка причина за смърт е определяна въз основа на наличието на медицинска или здравна интервенция, чието приложение според стандартите на страните от ЕС съществено би намалило смъртността при засегнатите лица. Като горна граница за предотвратимост на умиранията е приета възраст от 75 г. За няколко причини са определени други възрастови граници, в зависимост от постиженията на ЕС в момента за предотвратяване на умиранията.

Подбраните от нас причини за смърт отразяват напредъка на медицинската наука и практика за предотвратяване на умиранията от значим брой състояния и заболявания в последните десетилетия. Включени са заболявания, чиято смъртност успешно е намалена чрез медицински иновации, макар че за редица състояния, ефективността на специфичните интервенции за редуциране на умиранията, все още се проверява.

**Табл.2. Причини за смърт, предотвратима със здравни интервенции**

№	Причина за смърт	Възраст	Код по МКБ-8	Код по МКБ-9	Код по МКБ-10
<b>Предотвратими с лечение причини</b>					
1.	Чревни инфекции	0-14	000-009	001-009	A00-A09
2.	Туберкулоза	0-74	010-019	010-018, 137	A15-A19, B90
3.	Ваксипредотвратими болести (дифтерия, пертусис, тетанус, полиомиелит, морбили)	0-74	032, 033, 037, 040-043, 055	032, 033, 037, 045, 055	A36, A37, A33-A35, A80, B05
4.	Карцином на хранопровода	0-74	150	150	C15
5.	Карцином на дебелото и правото черво	0-74	153-154	153-154	C18-C21
6.	Малигнен меланом и други карциноми на кожата	0-74	172-173	172-173	C43-C44
7.	Карцином на млечната жлеза	0-74	174	174	C50
8.	Карцином на шийката на матката	0-44	180	180	C53
9.	Карцином на матката	0-44	182	179, 182	C54-55
10.	Карцином на тестиса	0-74	186	186	C62
11.	Болест на Ходжкин	0-74	201	201	C81
12.	Заболявания на щитовидната жлеза	0-74	240-246	240-246	E00-E07
13.	Захарен диабет	0-54	250	250	E10-E14
14.	Хронична ревматична сърдечна болест	0-74	393-396	393-398	I05-I09
15.	Хипертонична болест	0-74	400-404	401-405	I10-I13, I15
16.	Исхемична болест на сърцето	0-74	410-414	410-414	I20-I25
17.	Мозъчно-съдова болест	0-74	430-438	430-438	I60-I69
18.	Остри респираторни инфекции	1-14	460-466	460-466	J00-J06, J20-J22
19.	Пневмония	0-74	480-486	480-486	J12-J18
20.	Грип	0-74	470-474	487	J10-J11
21.	Язва на стомаха и дуоденома	0-74	531-533	531-533	K25-K27
22.	Апендицит	0-74	540-543	540-543	K35-K38
23.	Абдоминална херния	0-74	550-553, 560	550-553	K40-46
24.	Холелитиаза и холецистит	0-74	574-575	574-575.1	K80-K81
25.	Нефрит и нефроза	0-74	580-584	580-589	N00-N19
26.	Майчина смъртност	Всички	636-678	630-676	O00-O99
27.	Вродени аномалии на органите на кръвообращението	0-74	746-747	745-747	Q20-Q28
28.	Някои състояния в перинаталния период	Всички	760-779	760-779	P00-P96
29.	Нещастни случаи при извършване на медицински и хирургични интервенции	0-74	E930-936	E870-E876, E878-E879	Y60-Y69, Y83-Y84
30.	Самоубийства и самонаранявания	0-74	E950-959	E950-959	X60-X84, Y870
<b>Предотвратими с профилактика причини</b>					
31.	Карцином на трахея, бронхи и бял дроб	0-74	162	162	C33-C34
32.	Хронични б-сти и цирози на черния дроб	0-74	571	571	K70-K74
33.	Моторни пътно-транспортни злополуки (произшествия)	0-74	E810-E819	E810-E819	V01-04, V06, V09-V80, V87, V89, V99

Изучаваните предотвратими причини за смърт отразяват ефекта на следните основни медицински научни и технологични достижения:

- Специфични медицински терапии за някои ендокринни заболявания;
- Усъвършенстване на хирургичните и анестезиологични методи;
- Подобряване на антенаталната и перинатална помощ;
- Химиотерапия и антибиотично лечение;
- Масови имунизации против дифтерия, пертусис, тетанус, полиомиелит и морбили;
- Хемодиализа;
- Подобряване на лечението на малигнените новообразувания чрез съвременна химиотерапия, лъчетерапия и усъвършенствани оперативни методи

### **3.3. МЕТОДИ**

Изследването на ПЗИС и свързаните с нея закономерности и фактори е осъществено чрез прилагането на аналитични методи на класическата и модерна статистика. Използвани са анализ на динамичните промени; ANOVA; съставяне на таблици на смъртността, анализ на разликите в средната продължителност на предстоящия живот чрез декомпозиране по метода на Agriaga; математическо моделиране с множествена регресия; корелационен анализ, графичен анализ. Статистическата обработка на информацията е реализирана с помощта на компютърните пакети Excel for Windows XP 2003; Statgrafics for Windows; SPSS v.16.1.

#### **Използвани методи за анализ на ПЗИС**

Изучаването на ПЗИС за всяка СЦИЕ, за групата на СЦИЕ и за групата на СЗЕ включва изчисляване на възрастово- и половоспецифични коефициенти за смъртност. Груповите коефициенти са изчислени чрез обобщаване на броя на умиранията в страните от дадената група и на броя на съответното население.

За целите на сравнителното проучване са изчислени стандартизирани по възраст показатели за смъртност, като е приложен методът на директна стандартизация и възрастовата структура на Европейската стандартна популация.

За всеки 5-годишен период са определяни средни стойности на смъртността чрез осредняване на броя на умиранията от всяка причина. Средният брой човеко-години в риск за смърт за всеки период е пресмятан чрез определяне на средния брой население за съответния период.

Детската смъртност е проучена чрез изчисляване на коефициенти за отделните СЦИЕ и за двете групи страни въз основа на данните за починалите деца във възрастовата група 0-1 г. и броя на живородените, извлечени от файловете на MDB.

Изучаването на динамиката на коефициентите за смъртност е направено чрез изчисляване на средното ниво и средния темп на развитие във всеки 5-годишен период по формулите за интервални динамични статистически редове. Настъпилите промени в нивата на индикаторите през 25-годишния период са проследявани с ежегодните темпове на развитие при верижна основа. Определян

е темпът на развитие на коефициентите за смъртност за целия период при основа 1980 г. Проучени са средните темпове на развитие за всеки подпериод и за целия 25-годишен период, изчислени като средна геометрична от темповете на развитие през отделните интервали на разглеждания времеви период.

Всеки динамичен ред е анализиран за наличие на тенденция с помощта на Mantel-Haenszel  $\chi^2$ -тест. Приложен е ANOVA за сравняване на различията в средните за периодите стойности на смъртността в отделните СЦИЕ и на групата като цяло с нивата на СЗЕ като група.

### **Оценка на приноса на националните здравни системи за подобряване на общественото здраве чрез СППЖ**

Средната продължителност на предстоящия живота при раждането (СППЖ<sub>0</sub>) за всяка календарна година по пол за отделните СЦИЕ е определена с помощта на кратки таблици за смъртност, съставени по метода на Chiang. Поради нарастващата несигурност на информацията за причините за смърт в старшите възрастови групи, вместо СППЖ<sub>0</sub> е използвана темпоралната продължителност на живота от раждането до 75-годишна възраст (ТПЖ<sub>0-75</sub>), дефинирана като средният брой години, които ще преживее поколението на новородените от раждането до 75-годишна възраст, при условие, че коефициентите за повъзrastова смъртност останат непроменени през целия живот на поколението. Определена е ТПЖ<sub>0-75</sub> в отделните подпериоди за всяка СЦИЕ и за СЗЕ като група.

Разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> между отделните подпериоди за България, както и между отделните СЦИЕ и групата на СЗЕ във всеки от петте периода са декомпозирани по възраст и по причини за смърт при двата пола, прилагайки метода на E. Arriaga. Методът е използван за да се определи количествено приносът на всяка предотвратима причина за смърт и на всяка възрастова група към общата промяна/разлика в ТПЖ<sub>0-75</sub>.

### **Количествено определяне на влиянието на социално-икономически и свързани с дейността на здравната система фактори върху ПЗИС**

Влиянието на здравната система за подобряване на популационното здраве в СЦИЕ е оценено чрез математическо моделиране с помощта на множествена регресия. Оценен е ефектът на 15 променливи, описващи общия обем от здравни ресурси, осигуреността и потреблението на здравна помощ, както и на някои социално-икономически и свързани със стила и начина на живот фактори върху компонентите на предотвратимата смъртност и ПЗИС като цяло, върху СВП<sub>0-75</sub> и ДС при мъжете и жените. Проведени са еднофакторни анализи на зависимите променливи с всеки от изучаваните факторни параметри и показалите статистическо ниво на значимост по-малко от 0,05 са включени в съставения математически модел. Моделите са изградени по метода на backward selection и са определени  $\beta$ -коефициенти и  $R^2$ .

## 4. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ

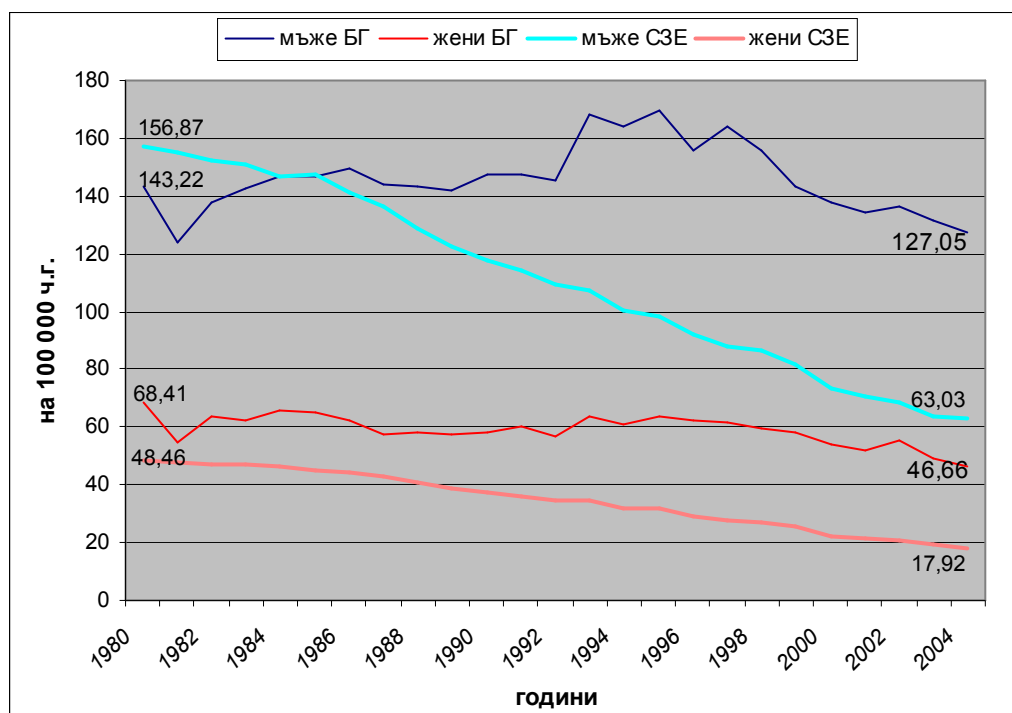
### 4.1. ПРОУЧВАНЕ НА ДИНАМИКАТА НА ОТДЕЛНИТЕ ПРИЧИНИ ЗА ПЗИС, НА СМЪРТНОСТТА ОТ ВСИЧКИ ПРИЧИНИ И ОТ ЧЕТИРИТЕ ВОДЕЩИ ГРУПИ ПРИЧИНИ В БЪЛГАРИЯ ЗА ПЕРИОДА 1980-2004 Г.

#### 4.1.1. Анализ на смъртността от отделни причини за ПЗИС в България

В изпълнение на тази задача са анализирани нивата и динамиката на смъртността от 33 “предотвратими” причини и са сравнени с тези за групата на СЗЕ. Проучването установи най-важните здравни проблеми при двата пола, които сигнализират за неблагоприятия изход в дейността на здравната система в България през изучавания период.

Най-висока честота на предотвратима смъртност и при двата пола показват ИБС и МСБ.

Умиранията от ИБС до 75-годишна възраст са важен компонент на предотвратимата смъртност, като представляват около 26-29% от ПЗИС<sub>0-75</sub> при мъжете и около 19-22% при жените. Честотата на умиранията от ИБС<sub>0-75</sub> показва низходяща динамика и при двата пола, с по-значимо намаляване за целия период при жените (31,8%) в сравнение с мъжете - 11,2% (фиг.1). С началото на социално-икономическия преход нивата на смъртност от ИБС<sub>0-75</sub> нарастват и задържат на по-високо ниво до 1997-98 г. и при двата пола.



Фиг. 1. Динамика на ПС<sub>0-75</sub> от ИБС по пол в България и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)

Установената благоприятна промяна на смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> при двата пола е подобна на тенденциите в СЗЕ, но редуцията там е с около 60% за изучавания период. Въпреки че в 1980 г. смъртността на мъжете у нас е по-ниска от тази на мъжете в СЗЕ, в 2004 г. тя вече превишава 2 пъти нивото на СЗЕ.

Българските жени още в началото на периода имат 1,41 пъти по-висока смъртност от жените в Западна Европа, като различията нарастват и смъртността у нас достига 2,6 пъти по-високи стойности от тези на СЗЕ.

Възрастовата структура на умираанията от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете показва, че почти половината от тях се дължат на групата 65-74 г., около една трета са сред мъжете на възраст 55-64 г. и 15% са в групата 45-54 г. Прави впечатление възходящата тенденция на смъртността от ИБС до 1997 г. сред мъжете на възраст 35-54 г. При жените две трети от умираанията от ИБС<sub>0-75</sub> са във възрастта 65-74 г. При жените в тази група се установява низходяща динамика на смъртността от ИБС за целия период, докато при жените в групата 35-44 г. тя нараства 2 пъти и задържа на тези нива.

Смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> по пол е по-висока при мъжете, като рисковете са средно 2,2-2,6 пъти по-големи в сравнение с тези на жените в различните подпериоди. В младите възрастови групи при мъжете се установяват 5-8 пъти по-високи вероятности за смърт. С нарастване на възрастта рисковете на мъжете за смърт от ИБС намаляват.

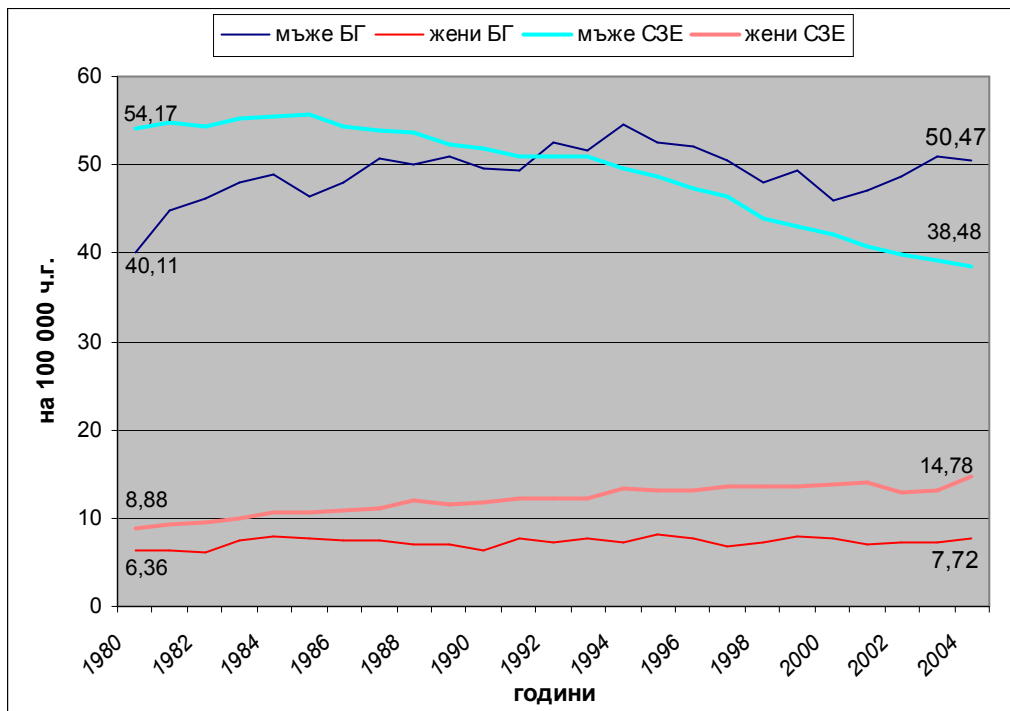
**Смъртността от мозъчно-съдова болест (МСБ)** в нашата страна съставлява средно за изучавания период 24,8% от ПЗИС<sub>0-75</sub> при мъжете и 30% - при жените. В началото на периода смъртността от МСБ на българските мъже надвишава 2,7 пъти тази в СЗЕ, а българските жени имат почти 3 пъти по-висока смъртност в сравнение с жените от СЗЕ. Въпреки сходните низходящи тенденции на промяна в България и в СЗЕ, темповете на намаляване са различни и разликите в смъртността от МСБ се задълбочават, като в 2004 г. са вече 5-кратни.

Мъжете в България имат по-висока смъртност от МСБ<sub>0-75</sub> в сравнение с жените през всички подпериоди. Умираанията от МСБ при мъжете намаляват с повече от една трета за целия период. В началото на социално-икономическия преход (1990-1994 г.) смъртността от МСБ при мъжете нараства. При жените низходящата тенденция на умираанията от МСБ е много по-плавна, при стабилни годишни темпове на намаление от 2-5% и снижаване с 44% за целия период.

При мъжете повече от половината умираания от МСБ са във възрастта над 55 г., следвани от тези в групата 45-54 г. (11%). Смъртността при мъжете на възраст 35-64 г. нараства до 1997 г. При жените две трети от умираанията от МСБ са в последната възрастова група (65-74 г.). Динамиката на смъртността при жените е низходяща за всички възрасти.

**Смъртността от карцином на трахеята, бронхите и белия дроб (КБД)** при мъжете в България трайно заема трето място сред причините за ПЗИС и има най-висока честота сред предотвратимата смъртност от злокачествени новообразувания. Умираанията от КБД показват нарастваща значимост и при жените, и са на второ място по честота след рака на млечната жлеза. За 25 години предотвратимата смъртност от КБД при мъжете у нас се е повишила с 26%. За разлика от низходящата тенденция на смъртността в СЗЕ, честотата на умираанията в България се покачва до 1994 г., след което започва да намалява, и в края на периода надвишава 1,31 пъти смъртността в СЗЕ (фиг.2). Смъртността от КБД при жените в нашата страна е около 7 пъти по-ниска от тази при мъжете и

нараства с 21% за целия период. Нивата на смъртност от КБД при жените в България остават след 1997 г. около 2 пъти по-ниски от стойностите на СЗЕ.



**Фиг. 2. Динамика на  $PS_{0-75}$  от карцином на белия дроб по пол в България и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Най-високи нива на смъртност от КДБ се наблюдават при мъжете на възраст 55-64 г., следвани от групите 65-74 г. и 45-54 г. Относителният риск за смърт от КДБ нараства бързо след 40-годишна възраст, като за мъжете в групата 45-54 г. е 5-6 пъти по-висок спрямо възрастовата група 35-44 г., и нараства до 10-20 пъти за мъжете в най-засегнатата от смъртността възраст (55-64 г.).

При жените най-висока честота на умирация от КБД има във възрастовата група 64-75 г., следвана от групите 55-64 г. и 45-54 г. За разлика от мъжете, вероятността за смърт на жените от старшите възрастови групи е 4-7 пъти по-висока в сравнение с риска на жените от групата 35-44 г.

**Пневмонията** е третата по важност причина за предотвратима смъртност при жените и четвъртата – при мъжете в България през 80-те години на ХХ в. Тя е заменена в началото на 90-те години при жените от рака на млечната жлеза, а при мъжете показва благоприятно низходящо развитие след 1995 г.

Честотата на умирацията от пневмония при мъжете в България надвишава смъртността при жените около 2 пъти. Динамиката на смъртността от пневмония при двата пола е низходяща, като за 25-годишния период честотата на умирацията при мъжете намалява с 62%, а при жените – със 73%. В началото на периода нивата на смъртност от пневмония при мъжете у нас са 3 пъти по-високи от тези на мъжете в СЗЕ, а при жените – 3,6 пъти. В края на периода различията в смъртността от пневмония при мъжете у нас и в СЗЕ се запазват, а при жените намаляват 2,6 пъти.

Една трета от всички умирения до 75-годишна възраст от пневмония при мъжете в България са в групата 65-74 г., следвани от групите 0-1 г. и 55-64 г. – с по 20%. При мъжете в СЗЕ 55% от умиренията са във възрастта 65-74 г., а около 30% - в групите 45-64 г. Приносът на умиренията през първата година от живота е 7% в 1980 г., като от 1992 г. той трайно намалява до 1%.

При жените в България най-висок принос в смъртността от пневмония показват най-младшата група 0-1 г. и най-старшата възрастова група (65-74 г.) - с по 30%, на второ място с 13% е възрастта 55-64 г. Възрастовата структура на смъртността от пневмония при жените в СЗЕ показва, че 85% от умиренията са при жени над 45-годишна възраст.

**Карциномът на млечната жлеза (КМЖ)** има първостепенно значение за онкологичната смъртност на жените в България. Динамиката на смъртността от тази причина у нас в изучаваните години е неравномерна, с редуване на кратки периоди на покачване или стабилизиране на нивата, последвани от намаляване на смъртността между 2 и 10%. В периода 1990-97 г. смъртността от КМЖ се повишава и в 2004 г. е 1,2 пъти по-висока в сравнение с изходните стойности. Честотата на умиренията от КМЖ в нашата страна в 1980 г. е 1,5 пъти по-ниска от средната за СЗЕ и започва да я настига в 2004 г.

Анализът на структурата на умиренията от КМЖ по възраст на жените установява, че първо място заема групата 55-64 г., следвана от 45-54 г. и 65-74 г. Позитивна динамика с намаляване на честотата на умиренията в П<sub>4</sub> и П<sub>5</sub> се наблюдава при жените в младите възрастови групи – 25-34 г. и 35-44 г.

**Хипертоничната болест** е сред причините за предотвратима смъртност с нарастваща значимост по време на преходния период в България и при двата пола. При мъжете смъртността от хипертония за 25 години се увеличава 2,9 пъти, а при жените – 1,9 пъти (фиг.3). Смъртността от хипертония е по-висока при мъжете в България, като в началото на изучавания период тя се различава незначително от тази на жените (1,12 пъти), но в неговия край рискът за смърт на мъжете е 1,7 пъти по-голям.

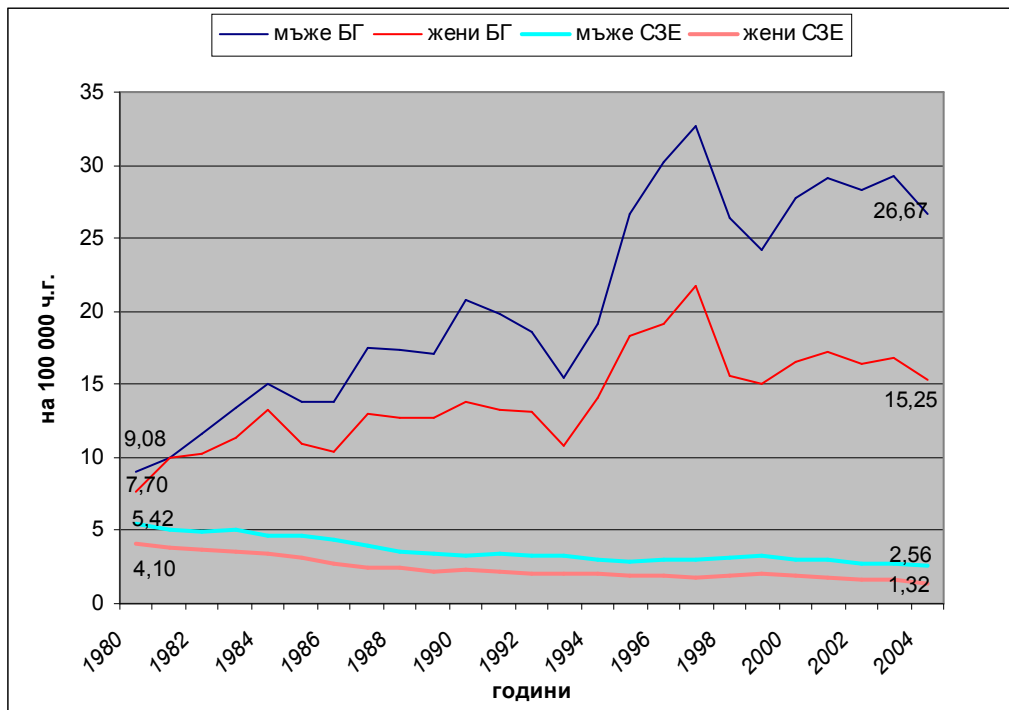
В 1980 г. честотата на умиренията при мъжете в България е 1,6 пъти, а при жените - 1,9 пъти по-висока от съответните нива в Западна Европа. Кривите на смъртността от хипертония за нашата страна и СЗЕ показват дивергиращ ход, като нивата в края на периода са 10,4 пъти по-високи за мъжете в България и съответно 11,5 пъти по-високи за жените.

При мъжете в нашата страна 80% от умиренията от хипертония са в двете старши възрастови групи (55-74 г.), а 15% са в групата 45-54 г. Честотата на умиренията по възраст показва възходяща динамика във всички групи над 15 г., като сравняването на средните стойности на смъртността от хипертония в отделните възрастови групи за периодите преди и след 1990 г., рисковете за смърт при мъжете в периода на преход нарастват около 2 пъти за групите 45-64 г. и 2,5 пъти за групите 15-24г. и 35-44 г.

При жените средно около 60% от умиренията от хипертония се дължат на групата 65-74 г., 29% са във възрастта 55-64 г. и 10% - в групата 45-54 г. Динамиката на повъзрастовата смъртност при жените в периода също е



възходяща, като след 2000 г. нивата в групите над 55-годишна възраст отбелязват снижаване. Подобно на мъжете, относителният риск за смърт от хипертония на жените в отделните възрастови групи нараства при сравнение на периодите преди и след 1990 г., като увеличението варира между 1,3 пъти за групата 65-74 г. и 3,7 пъти за жените на възраст 15-24 г.



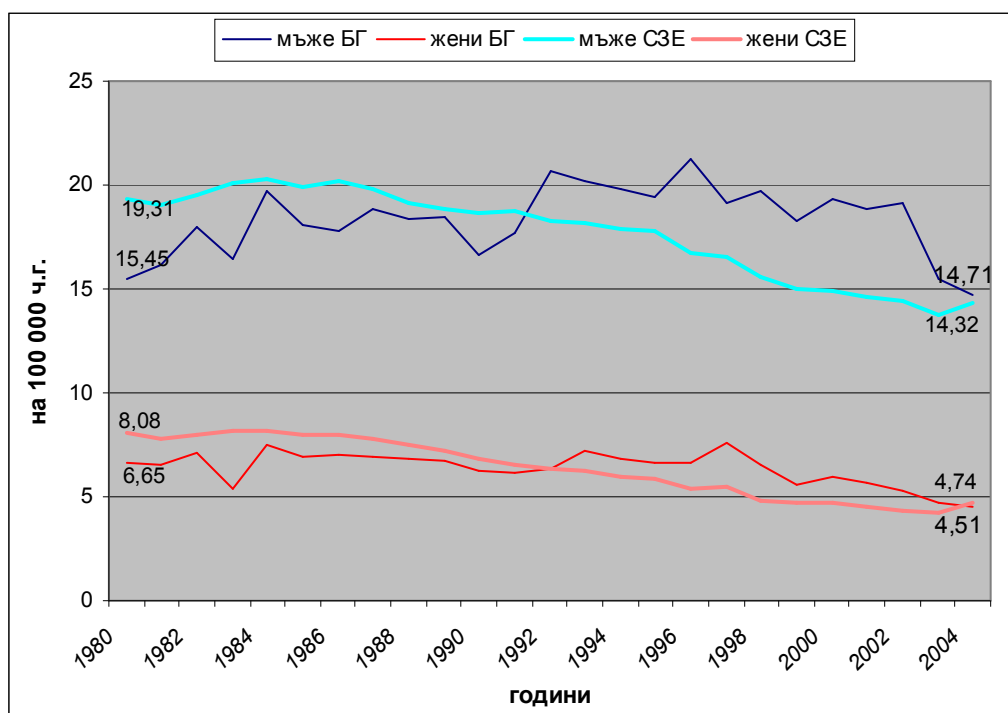
**Фиг. 3. Динамика на  $PS_{0-75}$  от хипертония по пол в България и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Смъртността от **моторни пътно-транспортни злополуки (МПТЗ)** отразява ефективността на здравната политика. Мъжете в България отбелязват във всички подпериоди трикратно по-високи нива на смъртност от МПТЗ в сравнение с жените. В 1980 г. и при двата пола у нас смъртността при пътно-транспортни произшествия е по-ниска от тази при западноевропейските мъже и жени. За 25 години честотата на умиранията от МПТЗ в нашата страна намалява с 19,6% при мъжете и с 31% при жените. Смъртността от тази причина в България и в СЗЕ конвергира и в края на периода разликите са намалени, като при мъжете са несъществени, а при жените стойностите са почти еднакви.

Във възрастовата структура на смъртността от МПТЗ при мъжете в България водещи са възрастовите групи 25-54 г., като една пета от умиранията са във възрастта 25-34 г. В СЗЕ най-голям принос към смъртността на мъжете от МПТЗ има възрастовата група 15-24 г. (27%), следвана от групата 25-34 г. (19%).

При жените у нас най-висок относителен дял сред умиранията от МПТЗ имат тези във възрастта 15-24 г. (17,7%). На второ място с еднакъв дял са групите 25-34 г. и 45-54 г. Във възрастовата структура на смъртността от МПТЗ при жените в СЗЕ водеща е също групата 15-24 г. (22%). Второ място делят четири възрастови групи с еднакъв относителен дял от 13% – групата 25-34 г. и трите групи над 45-годишна възраст.

**Самоубийствата и самопричинените наранявания** в България, подобно на МПТЗ, показват намаляваща честота на умиранията за целия 25-годишен период, като мъжете имат 2,6-3,3 пъти по-високи нива на смъртността от самоубийство в сравнение с жените (фиг.4). В началото на 80-те години на ХХ в. честотата на смърт от самоубийства у нас и при двата пола има по-ниски нива в сравнение със смъртността в СЗЕ. Самоубийствата в България нарастват от 1991-92 г. при мъжете и жените и в П<sub>3</sub>-П<sub>4</sub> надвишават честотата в СЗЕ. В края на изучавания период смъртността от самоубийства у нас и в СЗЕ е почти еднаква.



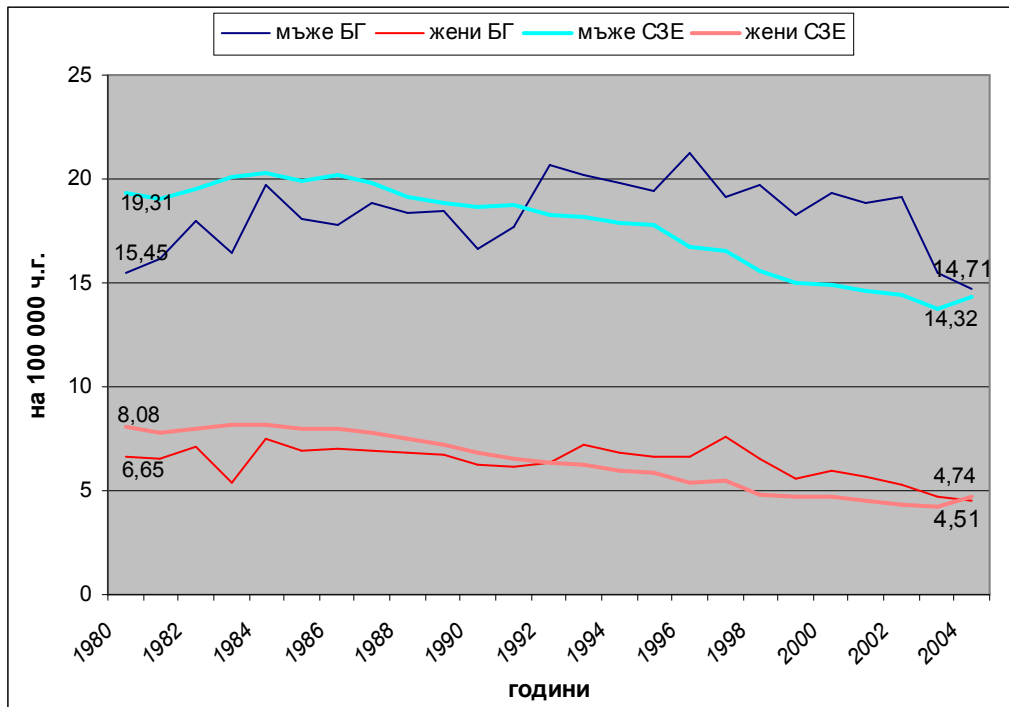
**Фиг. 4. Динамика на  $PC_{0-75}$  от самоубийства по пол в България и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Анализът на структурата на самоубийствата по възраст установява при българските мъже най-висок относителен дял на умиранията на възраст 45-64 г. (около 40%). При жените същият дял от самоубийствата се дължи на възрастовите групи над 55 г.

Смъртността от **хронични болести и цирози на черния дроб (чернодробна цироза)** е индикатор за ефективността на здравната политика в обществото. В България смъртността от чернодробна цироза при мъжете превишава 3,3 до 4,9 пъти тази на жените. При мъжете у нас се наблюдава нарастване на смъртността от чернодробна цироза със 77% за 25 години, докато нивата при жените показват несъществено увеличаване от 12% (фиг.5).

В началото на периода смъртността от чернодробна цироза при мъжете в България е почти два пъти по-ниска от тази на СЗЕ. В 1984 г. нивата се изравняват, след което различията се увеличават и в края на периода българските мъже умират 2 пъти по-често от чернодробна цироза в сравнение с мъжете в СЗЕ. Смъртността от ЧЦ при жените у нас също има по-ниска стойност от тази на смъртността при жените в СЗЕ в 1980 г. Изравняване на честотите настъпва в

1993 г., и в края на периода разликата в нивата при жените в България и СЗЕ е само 6%.



**Фиг. 5. Динамика на  $PC_{0-75}$  от чернодробна цироза по пол в България и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

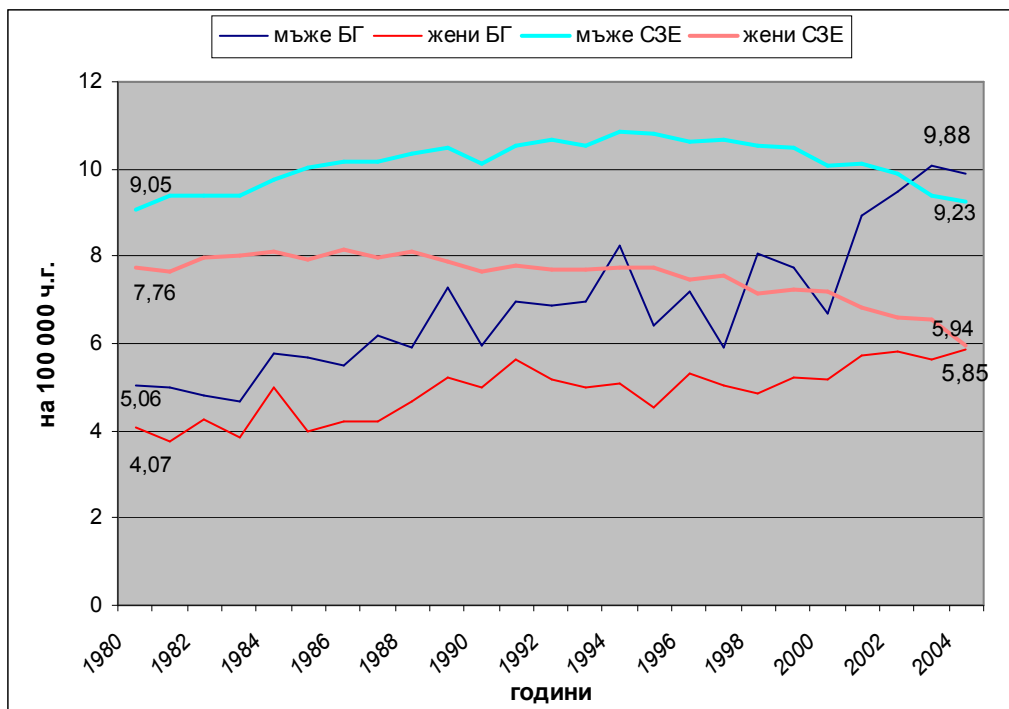
Във възрастовата структура на смъртността от чернодробна цироза при мъжете най-голям принос има възрастовата група 55-64 г. (около 30%), следвана от групите 45-54 г. и 65-74 г. с равен относителен дял (по 22%). При жените в структурата на смъртността от чернодробна цироза по възраст първо място заема старшата възрастова група 65-74 г. средно с 31%.

Смъртността от **някои състояния в перинаталния период (НСПП)** в България за 25 г. показва низходяща тенденция и при двата пола, с намаляване на нивата до 1990 г., покачване в периода 1990-1997 г. и следващо намаляване до края на П<sub>5</sub>. При момчетата смъртността намалява с 46,3%, а при момичетата – с 35,6%. Изходната честота на умираанията от НСПП при момчетата и момичетата в България е 1,2-1,3 пъти по-висока в сравнение с нивата на СЗЕ. В края на периода различията нарастват и смъртността у нас е вече почти 2-кратно по-висока.

**Карциномите на дебелото и на правото черво** са втора по важност причина за предотвратима онкологична смъртност при мъжете и трета – при жените. Двете локализации показват различаващи се тенденции на развитие и са анализирани отделно.

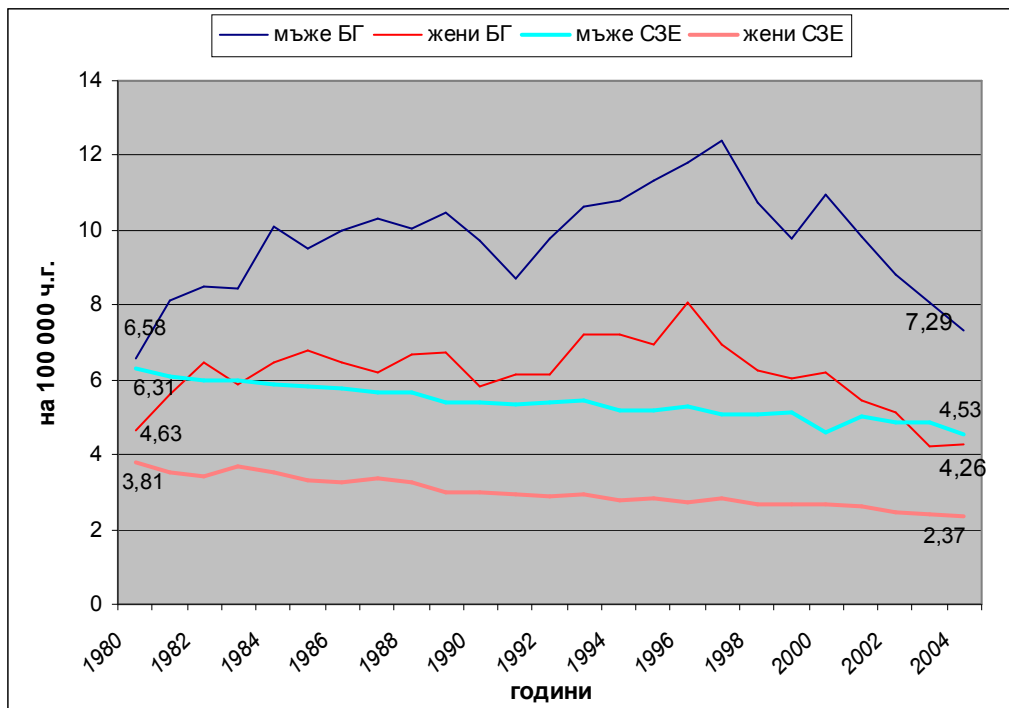
През почти целия 25-годишен период смъртността от **карцином на дебелото черво (КДЧ)** и при двата пола в България остава по-ниска от средните нива на СЗЕ (фиг.6). Наблюдава се възходяща тенденция на смъртността от КДЧ както при мъжете, така и при жените, като в края на периода нивата достигат тези на СЗЕ. Смъртността при мъжете у нас се увеличава 1,95 пъти за 25 години, а при

жените – 1,43 пъти. През целия период най-засегната е групата 65-74 г., на която се дължат между 37,9% и 50,1% от умираанията от КДЧ при мъжете и жените.



**Фиг. 6. Динамика на  $PC_{0-75}$  от КДЧ по пол в България и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Смъртността от карцином на ректума (КР) в България показва по-високи изходни нива от тези на СЗЕ в началото на периода, възходяща тенденция до 1997 г. и намаляване след това (фиг. 7).



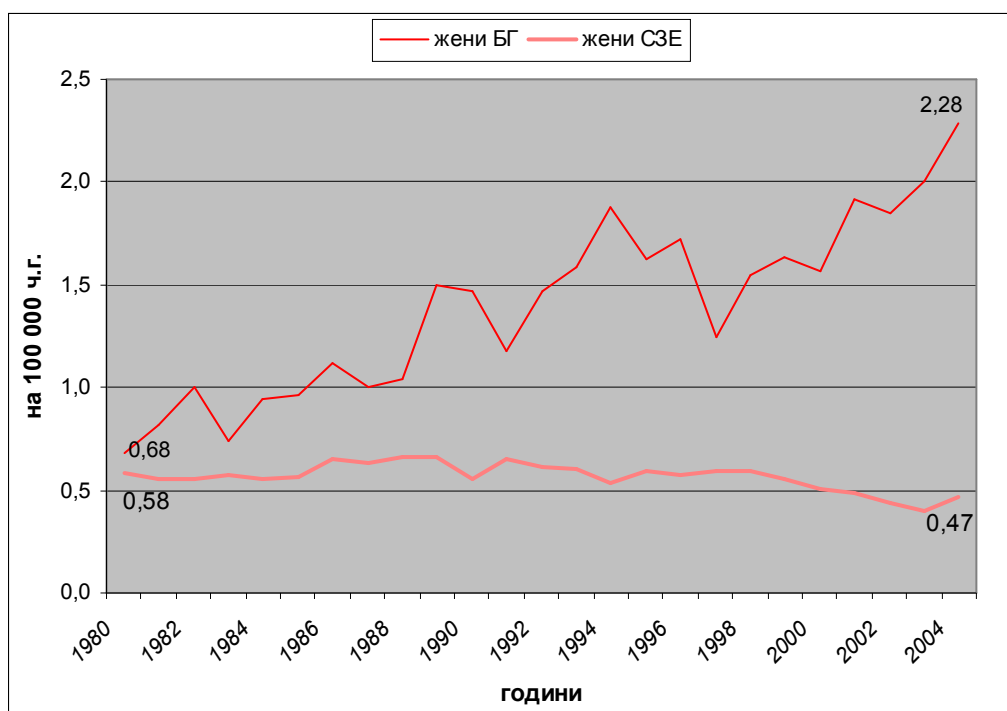
**Фиг. 7. Динамика на  $PC_{0-75}$  от КР по пол в България и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Въпреки промените в нивата на смъртност от КР в отделните подпериоди при мъжете и жените у нас, честотата на умираанията за 25 години почти не се променя и нараства съответно със 6% и с 3%. Най-висок относителен дял в структурата на смъртността по възраст и при двата пола имат групите 65-74 г. и 55-64 г., които допринасят за около 75% от всички умираания от КР.

Сред останалите изучавани причини за смърт, предотвратима със здравни интервенции, възходяща тенденция на развитие през периода се установява за: карцинома на маточната шийка и карцинома на тялото на матката, карцинома на тестиса, карцинома на хранопровода, малигнения меланом - при мъжете, захарния диабет, нефрита и нефрозата – при мъжете.

**Карциномът на маточната шийка (КМШ)** е сред причините за ПЗИС<sub>0-75</sub>, които имат най-неблагоприятно развитие в изучавания период. По това време ваксина против човешкия папилома вирус все още не е създадена и практически основен метод за предотвратяване на смъртността сред жените е ефективният скрининг за ранно откриване на случаите.

В 1980 г. смъртността от КМШ при жените до 45-годишна възраст у нас е незначително по-висока от тази на техните връстници в СЗЕ (фиг.8). За 25 години нивото на смъртността до 45-годишна възраст у нас се повишава 3,35 пъти и в 2004 г. България се нарежда сред страните в Европа и света с най-високи нива на смъртност от тази причина. Проследяването на динамиката на смъртността от КМШ при жените в България показва бавно нарастване още в П<sub>1</sub>, със стабилизиране на нивата до 1989 г., когато смъртността се увеличава с 43% в сравнение с предходната година и продължава да нараства.



**Фиг. 8. Динамика на ПС<sub>0-45</sub> от КМШ при жените в България и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Наблюдаваната дивергенция в развитието на смъртността от КМШ в нашата страна и в СЗЕ води до задълбочаване на различията след 2000 г., при което в 2004 г. рискът на една българска жена да умре от КМШ преди 45-та си година е вече 4,86 пъти по-висок от този на жените в СЗЕ.

Смъртността от КМШ до 45-годишна възраст се дължи основно на групата 35-44 г., като умиранията в тази група представляват около 69% във възрастовата структура. Честотата на умиранията сред жените на възраст 25-34 г. намалява в П<sub>3</sub>-П<sub>5</sub>, в сравнение с първите два подпериода.

Смъртността от **карцином на тялото на матката (КТМ)** се увеличава 1,23 пъти през изучавания 25-годишен период при жените до 45-годишна възраст в България. Изходните стойности на смъртността от КТМ у нас са около два пъти по-високи от тези на жените на същата възраст в СЗЕ. Промените в смъртността в нашата страна са неконсистентни, с редуване на нарастване и снижаване на стойностите. Честотата на умиранията в Западна Европа има стабилна низходяща тенденция и рискът за смърт от КТМ на българските жени нараства неколкократно, като в 2004 г. той е вече 10 пъти по-висок от този на жените в СЗЕ.

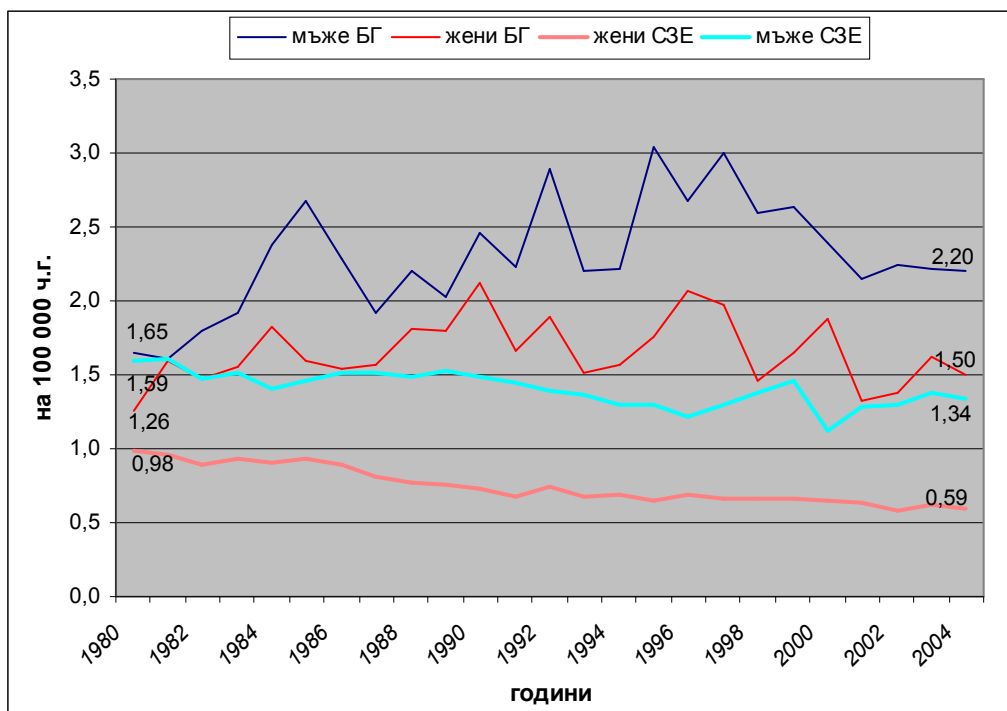
Смъртността от **карцином на тестиса (КТ)** при мъжете в България нараства 1,24 пъти за период от 25 г. Промените в честотата на умиранията са неконсистентни, с кратки периоди на нарастване и намаляване. Наблюдаваната у нас динамика на смъртността от КТ се различава от низходящата тенденция в СЗЕ. Нивата на смъртност в България са по-високи през целия период в сравнение със средните за СЗЕ, като в края на периода разликите са 4,75 пъти.

Смъртността от карцином на тестиса засяга в най-голяма степен мъжете на възраст 25-34 г., следвани от групите 35-44 г. и 45-54 г. Макар да запазва водещо място по честота на умиранията от КТ, групата 25-34 г. отбелязва снижаване на смъртността в последните два подпериода.

Умиранията от **захарен диабет (ЗД)** са анализирани в дисертационния труд като предотвратими до 54-годишна възраст, поради използваните 10-годишни възрастови интервали на изучаване на смъртността след 5-та година от живота.

В България смъртността до 54-годишна възраст от диабет е по-висока при мъжете, като честотата на умиранията при тях надвишава тази на жените 1,3-1,6 пъти през периода на изучаване. Умиранията от диабет при мъжете до 54-годишна възраст представляват около една пета от всички умирания от диабет при мъжете до 75-годишна възраст през периода, като този дял е еднакъв с относителния дял на умиранията от диабет на мъжете на същата възраст в Западна Европа. Изходните нива на смъртността от диабет<sub>0-54</sub> у нас в 1980 г. не се различават от тези на мъжете в СЗЕ. За целия период от 25 г. честотата на предотвратимите умирания от диабет<sub>0-54</sub> при мъжете в България нараства 1,3 пъти (фиг.9). В началните години до 1986 г. покачването на стойностите е плавно, след което нарастването се реализира с няколко по-високи стойности през 1990, 1992, 1995 и 1997 г. Предотвратимите умирания от диабет<sub>0-54</sub> при мъжете в СЗЕ намаляват през целия 25-годишен период. В 2004 г. нивото на смъртност на българските мъже е 1,6 пъти по-високо от това на мъжете в СЗЕ. В разпределението по възраст на умиранията от диабет при мъжете до 54-годишна възраст у нас водеща е групата

45-54 г., на която се дължат средно две трети от умиранията, следвана от възрастите 34-45 г. и 24-35 г.



**Фиг. 9. Динамика на  $PC_{0-54}$  от захарен диабет по пол в България и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000)**

При жените в България предотвратимата смъртност от диабет до 54-годишна възраст е средно 14,5% от смъртността от диабет<sub>0-75</sub> при жените и е еднаква с дела на умиранията от диабет при жените на същата възраст в СЗЕ. Нивото на предотвратимата смъртност от диабет у нас в 1980 г. е 1,29 пъти по-високо от това в СЗЕ (фиг.9). Предотвратимата смъртност от диабет<sub>0-54</sub> на българските жени нараства несъществено (1,19 пъти) за целия изучаван период. При жените в СЗЕ смъртността има стабилна низходяща тенденция, като още от 1988 г. нивата са два пъти по-ниски от наблюдаваните в България. В 2004 г. българските жени имат 2,53 пъти по-висок риск за смърт от диабет до 54-годишна възраст в сравнение с връстниците си в западноевропейските страни. Различията между България и СЗЕ в рисковете за смърт са по-големи при жените, отколкото при мъжете, през целия изучаван период. Най-много умирания у нас от диабет при жените до 54 г. се установяват във възрастта 45-54 г., която допринася средно за 60% от предотвратимите умирания от диабет<sub>0-54</sub>.

Сред останалите предотвратими със здравни интервенции причини за смърт низходяща тенденция на развитие през изучавания период показва смъртността от инфекциозни причини, от лечими с хирургични интервенции причини и някои други състояния: чревни инфекции, туберкулоза - при мъжете, язвена болест на стомаха и дуоденома, апендицит, абдоминална херния, холецистит и холелитиаза, вродени сърдечно-съдови аномалии, хроничната ревматична сърдечна болест, остри респираторни инфекции, грип, майчина смъртност и болест на Ходжкин - при жените.

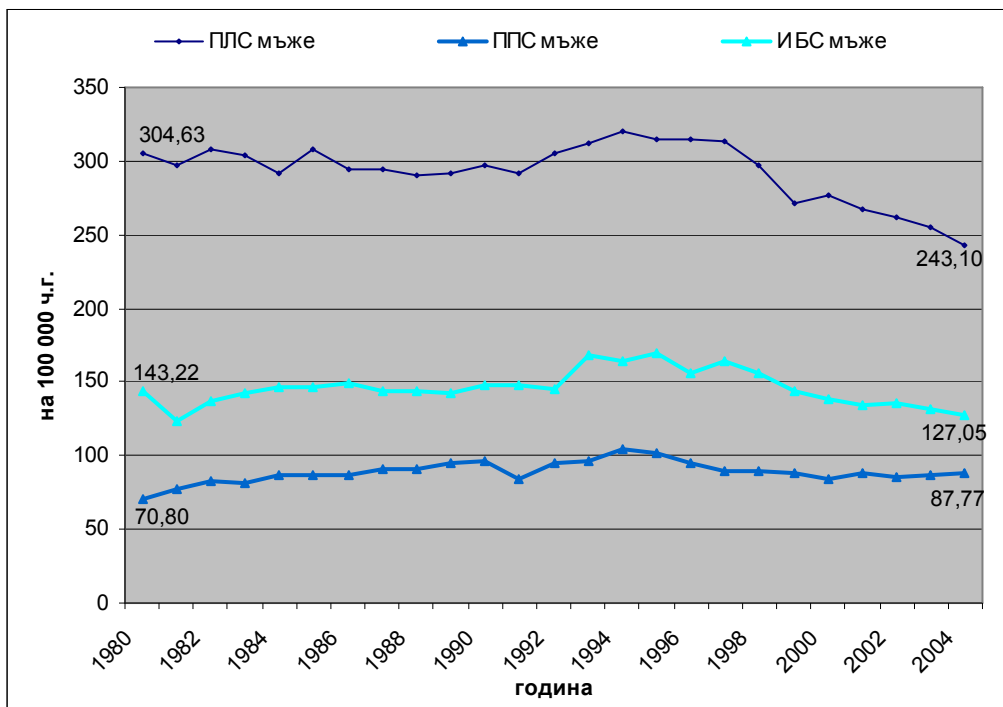
Не се установява промяна за целия изучаван период в нивата на смъртността от туберкулоза при жените, други карциноми на кожата, болест на Ходжкин – при мъжете.

#### 4.1.2. Предотвратимата със здравни интервенции смъртност до 75-годишна възраст в България

Предотвратимата със здравни интервенции смъртност до 75-годишна възраст в нашата страна е проучена по структура и динамика на съставните компоненти, както и по възрастова структура при мъжете и жените.

Динамиката на съставните компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> показва при мъжете низходяща тенденция на ПЛС<sub>0-75</sub>, повишаване на ППС<sub>0-75</sub> и намаляване за смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> (фиг.10).

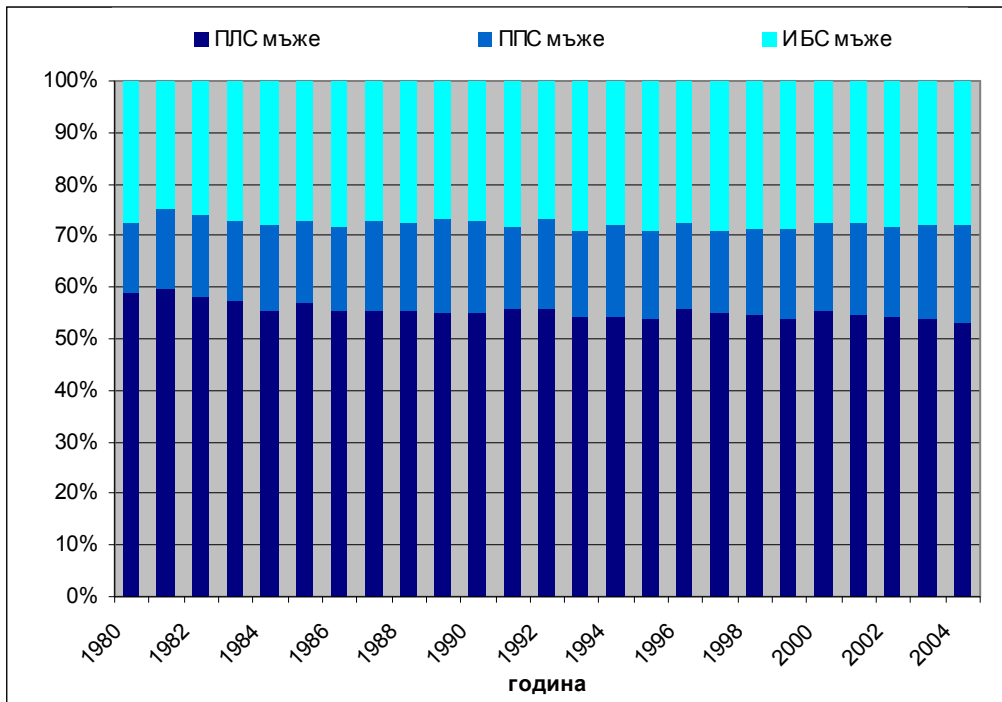
Честотата на умиранията от предотвратими с лечение причини за смърт при мъжете показва намаляване от 20,2% за 25 г. Предотвратимата с профилактика смъртност на мъжете нараства за целия период с 23,9%. Смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете у нас намалява с 11,2%. И трите компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> показват нарастващи нива в периода 1992-97 г.



**Фиг. 10. Динамика на компонентите на ПЗИС<sub>0-75</sub> при мъжете в България, 1980-2004 г.**

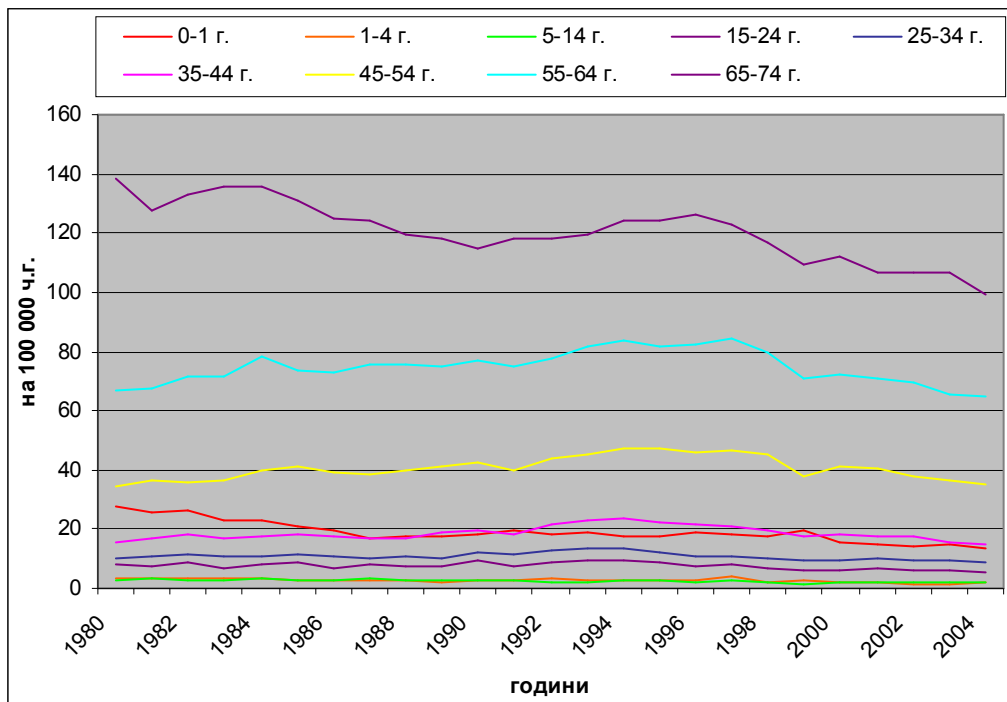
Структурата на ПЗИС<sub>0-75</sub> при мъжете по компоненти е представена на фиг.11., като прави впечатление нарастващият относителен дял на ППС<sub>0-75</sub>.





**Фиг. 11. Структура по компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> при мъжете в България, 1980-2004 г.**

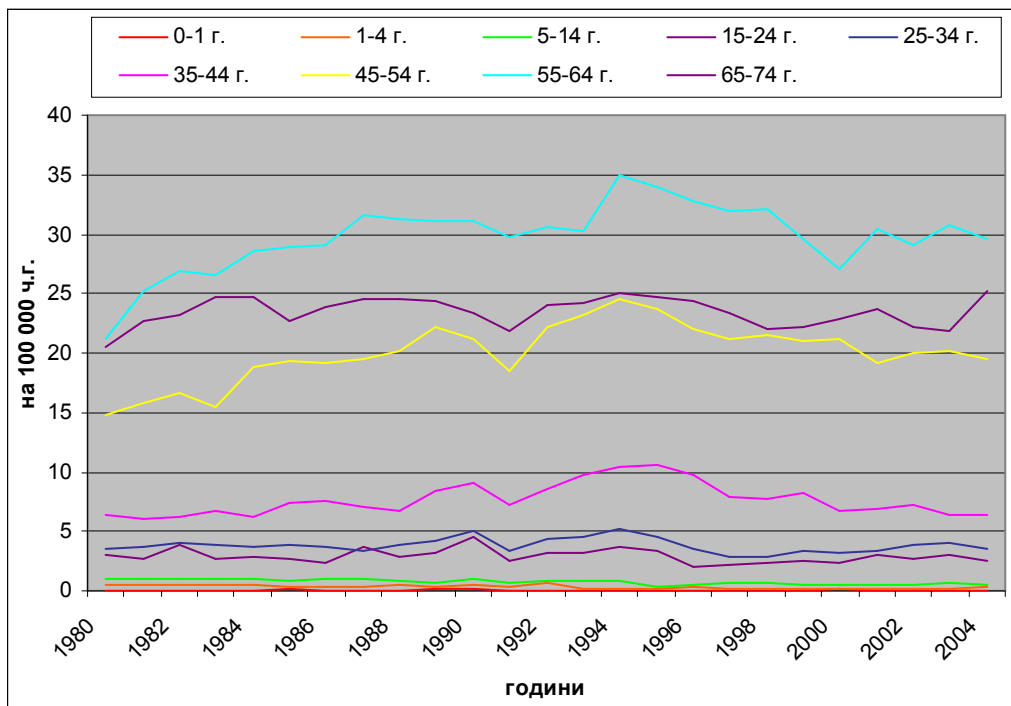
При мъжете водещи по честота на ПЛС<sub>0-75</sub> са групите 65-74 г., 55-64 г. и 45-54 г. Най-значимо намаление на ПЛС<sub>0-75</sub> за целия 25-годишен период се наблюдава в младшите възрасти: до 1 г. - повече от 2 пъти; 5-14 г. – 1,58 пъти; 1-4 г. – 1,49 пъти; 15-24 г. – 1,4 пъти (фиг.12). Подобна редукция на смъртността има в групата 65-74 г., докато във възрастите 45-54 г. и 55-64 г. ПЛС<sub>0-75</sub> не се променя.



**Фиг. 12. Динамика на повъзрастовата ПЛС при мъжете в България в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Възрастово-специфичните коефициенти за предотвратима с профилактика смъртност имат много ниски нива за младшите възрастови групи – под 15 г., основно поради характера на изучаваните причини за смърт (фиг.13). Кривите на ППС за групите над 15 г. показват покачване на стойностите за 1982 г., 1985 г. и 1989-90 г. От 1992 г. повъзрастовата ППС нараства, с максимуми през 1994-95 г.

Намаление на стойностите на ППС за целия изучаван период се установява във възрастовите групи под 25 г. В групата 5-14 г. е постигнато най-голямо снижаване на предотвратимата с профилактика смъртност - 2,2 пъти, в резултат на снижаването на смъртността от МПТЗ. Значително нарастват загубите поради ППС при мъжете във възрастовите групи 55-64 г. – с 29%, 45-54 г. – с 25% и в старшата възрастова група – с 20%.

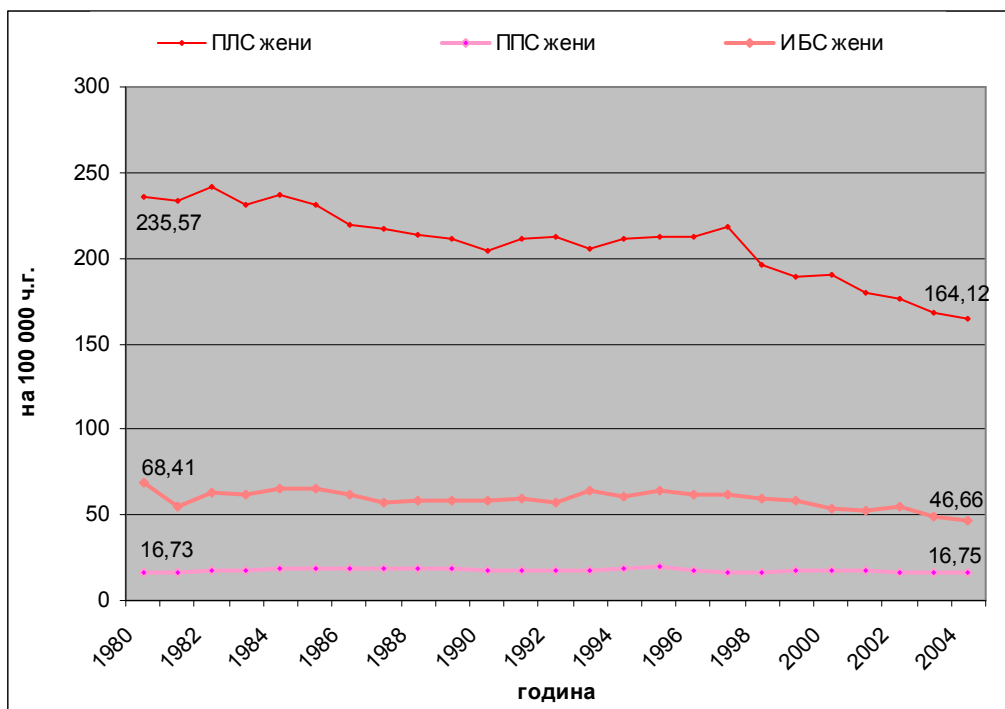


**Фиг. 13. Динамика на повъзрастовата ППС при мъжете в България в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г)**

Проучването на ПЗИС<sub>0-75</sub> по компоненти при жените показва както подобни, така и различаващи се тенденции на развитие за целия 25-годишен период в сравнение с установените при мъжете (фиг.14). ППС<sub>0-75</sub> при жените в нашата страна, както при мъжете, показва намаляване през изучавания период и в 2004 г. нивото на ППС<sub>0-75</sub> на жените е с близо 30% по-малко от изходното. Рисковете на мъжете за ППС са 1,27÷1,52 пъти по-високи в сравнение с тези на жените.

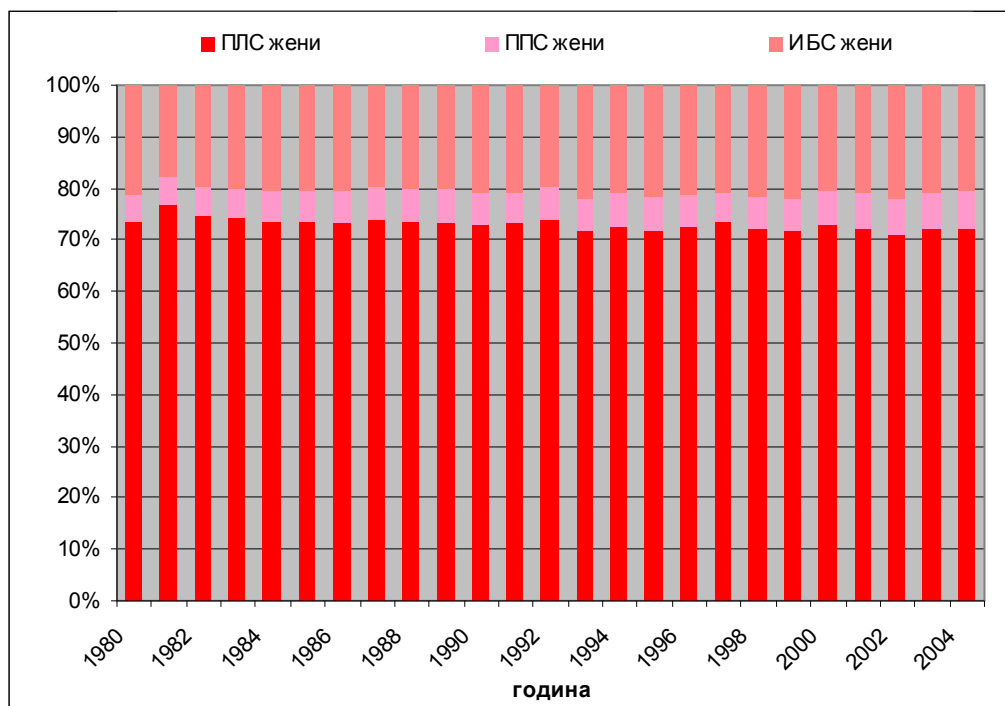
Предотвратимата с профилактика смъртност до 75-годишна възраст при жените е стабилна и не показва съществена промяна, за разлика от покачващата се ППС<sub>0-75</sub> при мъжете. Вероятностите за смърт, предотвратима с профилактика при мъжете са 4-5 пъти по-високи, в сравнение с тези при жените.

Смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> при жените намалява, но с по-бързи темпове и с по-добри резултати за целия период (снижаване с 31%), в сравнение с тези на мъжете у нас.



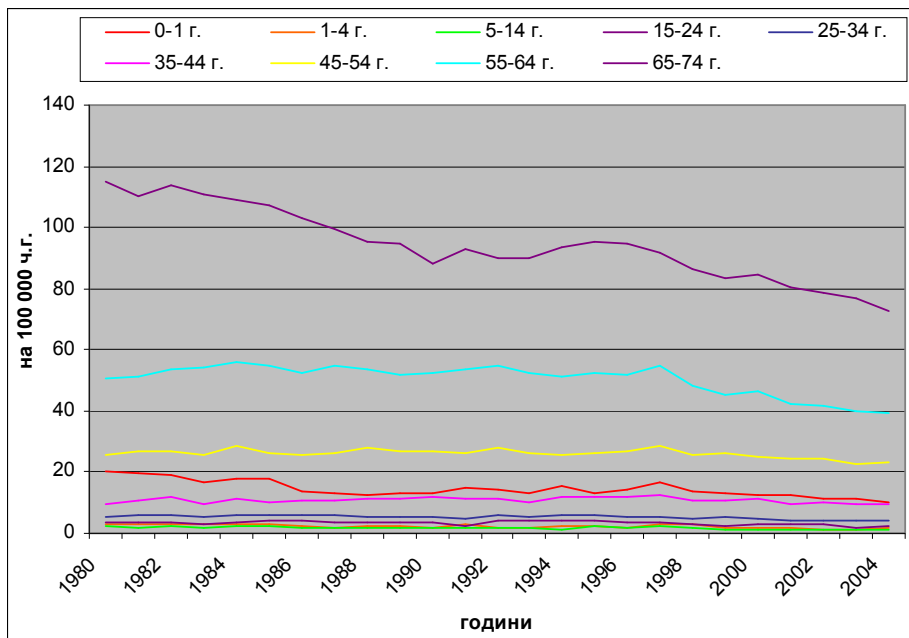
**Фиг. 14. Динамика на основните компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> при жените в България в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

В структурата на ПЗИС<sub>0-75</sub> при жените у нас делът на ПЛС<sub>0-75</sub> е средно за периода 73,1% (70,9÷76,6%) и е по-висок в сравнение с дела на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете – средно 55,5% (53,1÷59,6%). Предотвратимите с профилактика умирения имат по-нисък относителен дял от този на мъжете и представляват средно 6,2% от ПЗИС<sub>0-75</sub> на жените (фиг.15).



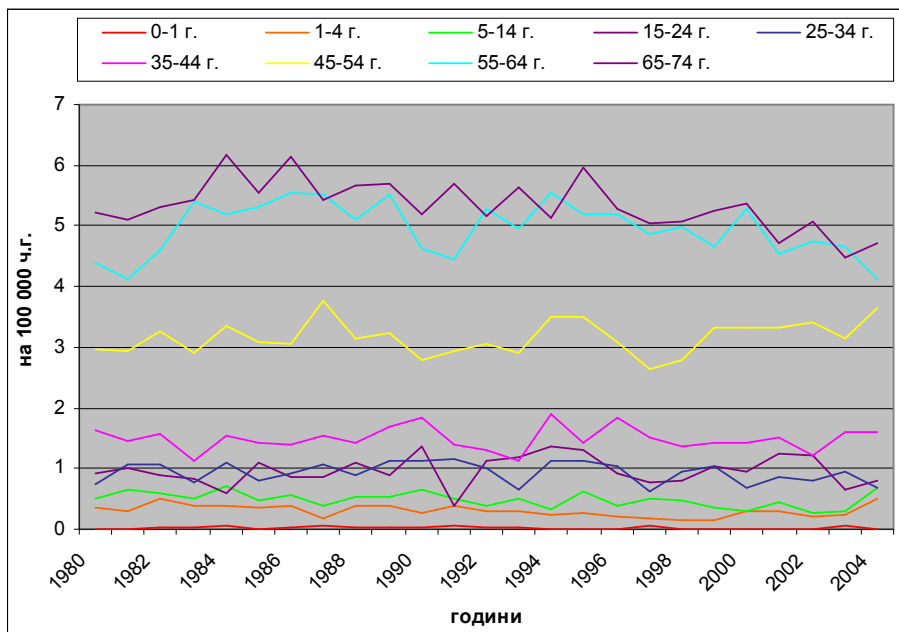
**Фиг. 15. Структура по компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> при жените в България в периода 1980-2004 г.**

Динамиката на възрасто-специфичните коефициенти за ПЛС при жените е илюстрирана на фиг.16. Във всички възрасти нивата на ПЛС намаляват. Най-голяма промяна - с 51,5% за целия период отбелязва първата възрастова група. В групата 15-24 г. снижаването на ПЛС е с 42,4%, а за групите 1-4 г. и 65-74 г. то е по 37%. Намаление на ПЛС от около 10% отбелязва възрастовата група 45-54 г.



**Фиг. 16. Динамика на повъзрастовата ПЛС при жените в България в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

ППС<sub>0-75</sub> при жените има ниски нива и представлява незначителен дял от цялата ПЗИС<sub>0-75</sub>. В три от възрастовите групи (1-4 г., 5-14 г. и 45-54 г.) ППС показва нарастване от 25-37% за периода от 25 години (фиг.17). Намаляването на стойностите в останалите възрасти е между 1,4-12% за целия период.



**Фиг. 17. Динамика на повъзрастовата ППС при жените в България в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

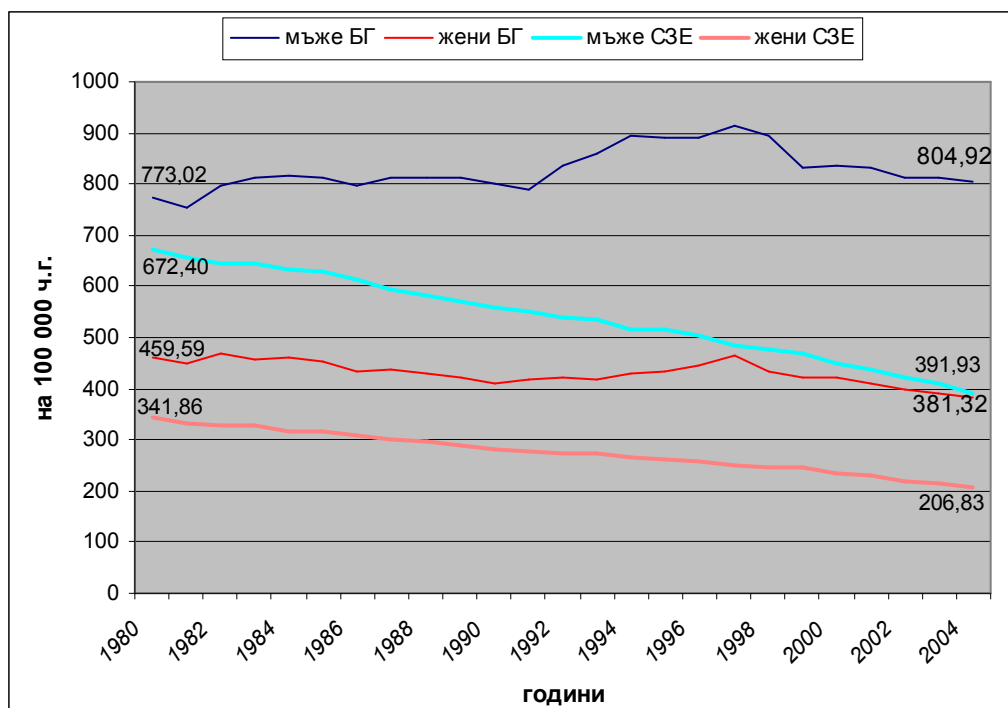
#### 4.1.3. Смъртност от всички причини до 75-годишна възраст

Динамиката на смъртността от всички причини до 75-годишна възраст при мъжете в България за 25 г. показва възходяща тенденция с характерен модел на развитие – незначително нарастване и задържане на стойностите на смъртността до 1991 г., последвано от нарастване до 1997 г. и снижаване със стабилизиране на стойностите след 1999 г. Въпреки незначителната промяна от 4% на СВП<sub>0-75</sub> в края на периода спрямо изходните стойности, нивата през П<sub>3</sub> и П<sub>4</sub> (1990-99) съществено нарастват ( $p=0,001$ ) спрямо тези в предходното десетилетие и отразяват влиянието на социално-икономическите промени върху здравето на мъжете.

Кривата на СВП<sub>0-75</sub> при мъжете у нас се различава от низходящата крива на СВП<sub>0-75</sub> при мъжете в СЗЕ (фиг.18). При тях за целия период нивото на СВП<sub>0-75</sub> намалява със 71%. Различията в честотата на умираанията на българските мъже и мъжете от СЗЕ нарастват и в 2004 г. смъртността у нас е 2 пъти по-висока.

Смъртността от всички причини при жените до 75-годишна възраст в България показва низходяща тенденция, с намаляване на честотата на умираанията със 17% за 25 г. (фиг.18). Смъртността бавно се снижава до 1990 г., следва нарастване на стойностите до 1997 г. с 10% в сравнение с тези в 1990 г. След 1998 г. смъртността при жените също намалява.

СВП<sub>0-75</sub> при жените в СЗЕ намалява със 65,3% за 25 години, като разликите в смъртността при жените у нас и в СЗЕ се увеличават с 50% за същия период.

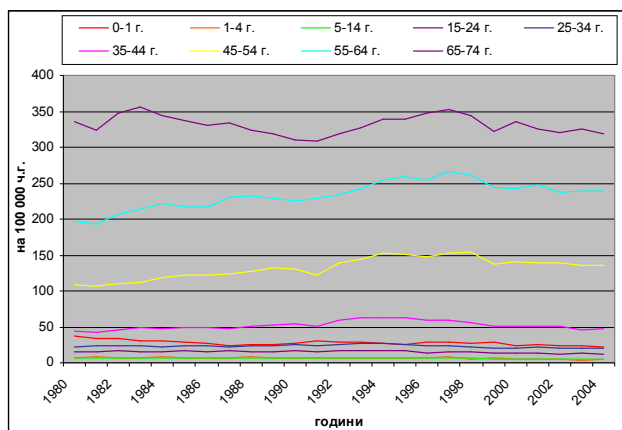


Фиг. 18. Динамика на СВП<sub>0-75</sub> по пол в България и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)

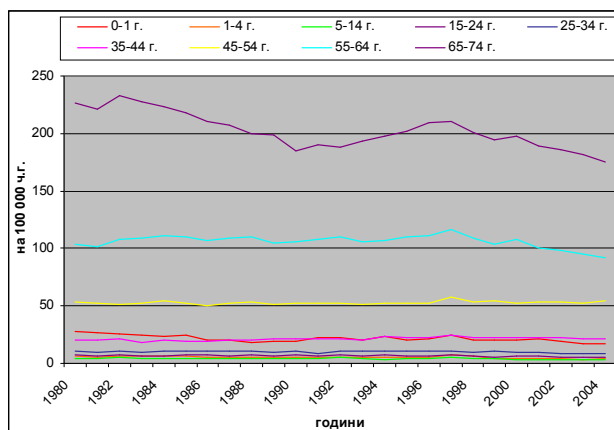
Изучаването на динамиката на СВП<sub>0-75</sub> при мъжете по възрастови групи показва по-чувствителни изменения в кривите на смъртността след 35-годишна

възраст (фиг.19). Прави впечатление, че старшата възрастова група 65-74 г. показва снижаване на СВП<sub>0-75</sub> с 16% от 1983 до 1991 г., след което покачва стойностите на смъртността и в 1997 г. достига отново нивата от 1983 г. При мъжете в активна възраст (45-64 г.) кривите на СВП<sub>0-75</sub> имат възходящ ход. В групата 45-54 г. смъртността се е увеличила с 43% в периода 1980-98 г., в групата 55-64 г. нарастването на СВП<sub>0-75</sub> е с 38% в периода 1981-97 г.

При жените в България СВП<sub>0-75</sub> показва намаляваща честота в по-голяма част от възрастовите групи (фиг.20).



**Фиг. 19. Динамика на повъзrastовата СВП при мъжете в България в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**



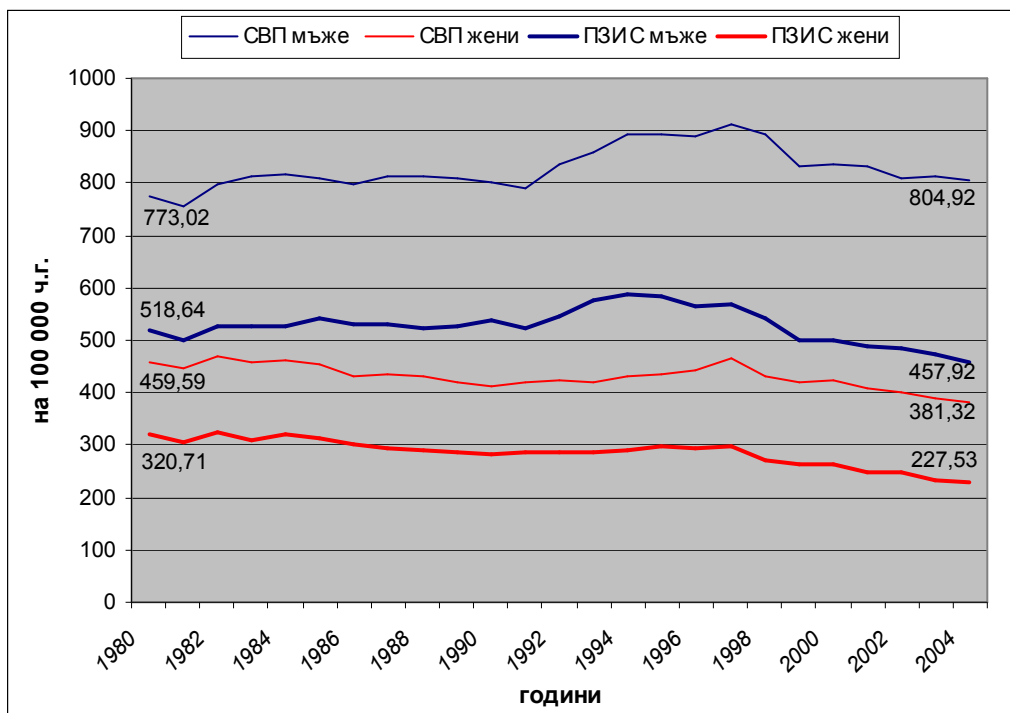
**Фиг. 20. Динамика на повъзrastовата СВП при жените в България в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

За целия период при жените от старшата група (65-74 г.) смъртността се понижава с 29%, за групата 54-65 г. намалението е с 12%, а за групата 25-34 г. – със 17%. Не се променя смъртността на 45-54-годишните. При жените на възраст 35-44 г. се отчита увеличаване на СВП със 7% за 25 г.

В периода 1990-99 г. при жените в отделните възрастови групи се наблюдава незначително колебание на СВП<sub>0-75</sub> в сравнение с нивото от 1989 г., като средните за периода нива са с 1-2% по-високи от средното ниво за периода 1980-89 г. Само при жените на възраст 35-44 г. се отбелязва нарастване на смъртността с 11% спрямо предходното десетилетие. В старшата група 65-74 г. смъртността намалява с 9% през 90-те години.

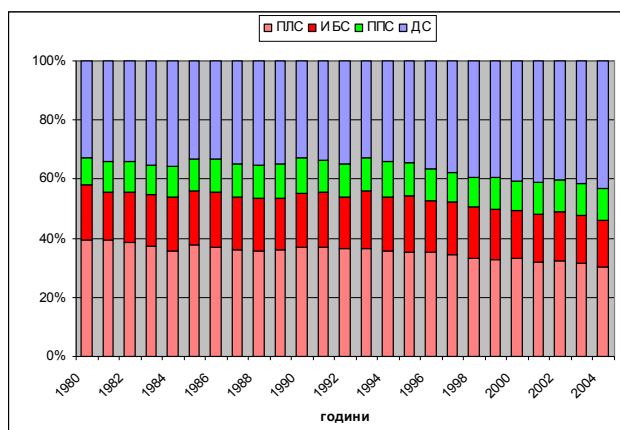
Рискът за смърт на мъжете до 75-годишна възраст е по-висок от този на жените за всички подпериоди, като от 1,7 пъти нараства до 2 пъти в П<sub>4</sub> и П<sub>5</sub>.

Анализът на структурата на СВП<sub>0-75</sub> по видове причини установява, че при мъжете ПЗИС<sub>0-75</sub> представлява средно 63,8% (56,9÷67,1%). При жените тя е средно 66,2% (59,7÷69,9%). Това доминиране на предотвратимата смъртност в структурата по причини определя и при двата пола динамиката на развитие на СВП<sub>0-75</sub> през целия период (фиг.21).

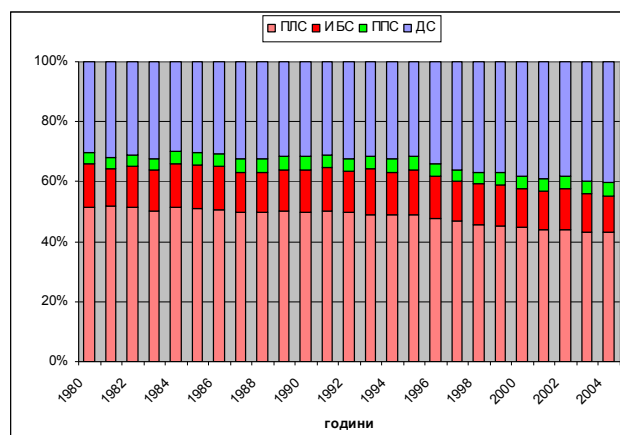


**Фиг. 21. Динамика на СВР<sub>0-75</sub> и ПЗИС<sub>0-75</sub> по пол в България в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

При изучаване структурата на СВР<sub>0-75</sub> по компоненти се установява, че при мъжете в България ПЛС<sub>0-75</sub> има почти еднакъв относителен дял с другите причини за смърт – средно около 35-36%, смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> е 17,6%, а ППС<sub>0-75</sub> е средно 10,7% (фиг.22).



**Фиг. 22. Структура на СВР<sub>0-75</sub> по компоненти при мъжете в България в периода 1980-2004 г.**



**Фиг. 23. Структура на СВР<sub>0-75</sub> по компоненти при жените в България в периода 1980-2004 г.**

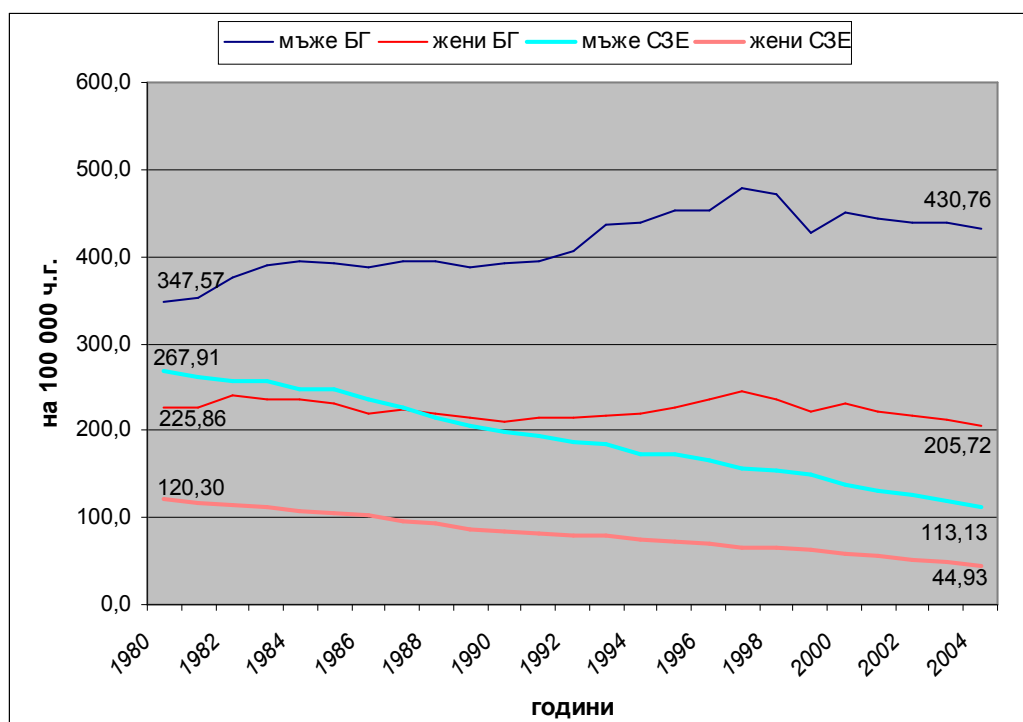
При жените в нашата страна делът на ПЛС<sub>0-75</sub> е средно 48,4% от структурата на СВР<sub>0-75</sub> (фиг.23). Една трета от умираанията при жените се дължат на всички други причини, а ИБС<sub>0-75</sub> има относителен дял от 13,7%. Делът на ППС<sub>0-75</sub> при жените е твърде малък – 4,1%.

#### 4.1.4. Смъртност до 75-годишна възраст от 4 водещи групи причини в България

Проучени са състоянието и динамиката на 4 водещи групи причини за смърт до 75-годишна възраст в България: болести на органите на кръвообращението, злокачествени новообразувания, болести на дихателната система и външни причини за смърт.

**Болестите на органите на кръвообращението (БОК)** причиняват около 54% от умиранията и при двата пола. При мъжете честотата на умиранията от БОК нараства с 24% за целия период на изучаване (фиг.24). Увеличение на честотата на умиранията от БОК се наблюдава почти непрекъснато до 1997 г., след което тя намалява. В 1980 г. нивото на смъртността от БОК при мъжете у нас е 1,29 пъти по-високо от това в СЗЕ. В Западна Европа редуцията на смъртността от БОК е 57,78% за целия период. Смъртността от БОК в България и СЗЕ показват дивергенция и в 2004 г. нивото при българските мъже надхвърля 3,8 пъти стойността за СЗЕ.

При жените в България смъртността от БОК до 75-годишна възраст намалява с 8,91% за 25 години. Честотата на умиранията се покачва в П<sub>1</sub>, намалява в П<sub>2</sub> и отново се повишава в началото на 90-те години на ХХ в., като в периода 1995-99 г. достига максимум. От 2000 г. се наблюдава трайно намаляване. Изходните нива на смъртност от БОК у нас са 1,8 пъти по-високи от тези на жените в СЗЕ. В тези страни смъртността от БОК при жените намалява със 62,6% за 25 г. Въпреки общото снижаване на смъртността от БОК при жените у нас, различията със СЗЕ нараства до 4,6 пъти.



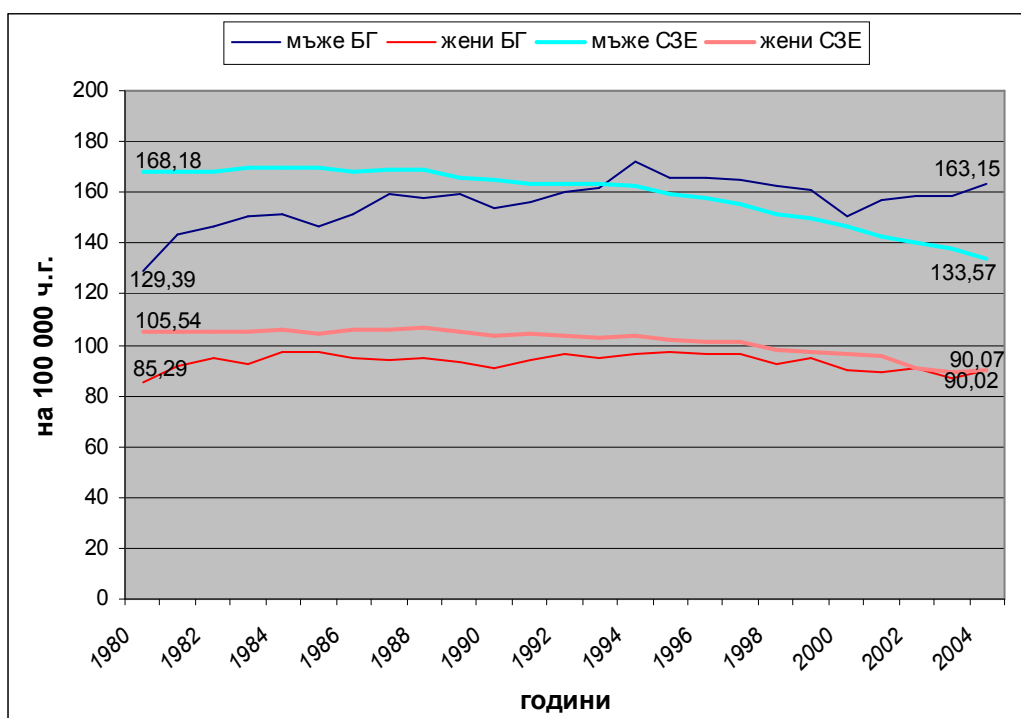
Фиг. 24. Динамика на  $Sm_{0-75}$  от БОК по пол в България и в СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)



**Злокачествените новообразувания (ЗН)** са втората по важност причина за смъртност и представляват около 18% от СВП<sub>0-75</sub> при мъжете и съответно около 22% при жените в България.

През 25-годишния период на изучаване смъртността от ЗН показва при мъжете възходяща тенденция, като нивото в 2004 г. е с 26% по-високо от изходното (фиг.25). В първите три подпериода честотата на умираанията от ЗН нараства средно годишно с 2,2-4% и реализира максимум в 1994 г. Нивата на смъртност се стабилизират през П<sub>4</sub> и намаляват с 6% в 2000 г., като снижаването достига стойността от 1983 г. Смъртността от ЗН при мъжете у нас отново нараства в последния период. Честотата на умираанията от ЗН при мъжете в България в 1980 г. е с 23% по-ниска от тази за СЗЕ. В Западна Европа смъртността от ЗН снижава непрекъснато и постига за целия период редукция от 20%. В 1993 г. смъртността от ЗН у нас и в СЗЕ се изравнява, като поради дивергенцията нивото при българските мъже е с 22% по-високо в 2004 г.

Смъртността от ЗН при жените в България показва относително стабилни нива за 25 г., с нарастване от 5 % спрямо началната стойност. Установяват се две повишавания на честотата на умираанията - през 1981-85 г. и 1991-97 г. След 1997 г. се отбелязва низходяща тенденция при средни темпове на промяна 0,7 % в П<sub>4</sub> и 0,1% в П<sub>5</sub>. Нивата на смъртност от ЗН при българските жени са по-ниски от тези в СЗЕ до 2002 г. и са еднакви с тях в края на изучаването. Смъртността от ЗН при западноевропейските жени намалява с 14% за целия период.



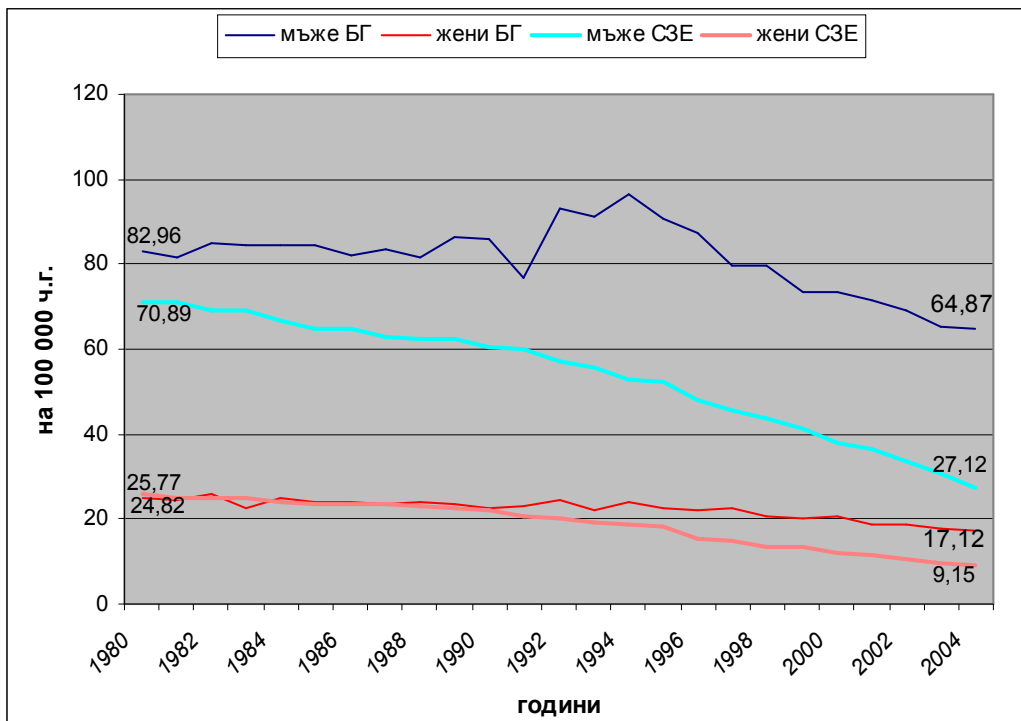
**Фиг. 25. Динамика на См<sub>0-75</sub> от ЗН по пол в България и в СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Трета значима група причини за смърт до 75-годишна възраст в нашата страна са **травмите, отравянията и злополуките** - външни причини за смърт

**(ВП).** Те заемат около 10% в структурата на СВП<sub>0-75</sub> по причини при мъжете и 5% - при жените.

Мъжете в България имат низходяща тенденция на смъртността от ВП за целия 25-годишен период с постигната редукция от 22% (фиг.26). В 80-те години на ХХ в. честотата на умираанията от ВП при мъжете не се променя съществено до 1989 г., когато нараства с 6% спрямо предходната година. В следващия период смъртността от ВП се увеличава. Стабилно намаляване се отбелязва след 1995 г. с общо снижаване от 18,9% в П<sub>4</sub> и от 11,6% в П<sub>5</sub>. Сравнението със смъртността от ВП при мъжете в СЗЕ показва в 1980 г. 1,17 пъти по-високи нива за българските мъже. Въпреки снижаването на смъртността от ВП в последните два периода в България, различията със СЗЕ нарастват и в 2004 г. нивата при мъжете у нас са 2,4 пъти по-високи.

Българските жени имат по-ниски нива на смъртност до 75-годишна възраст от ВП, в сравнение с мъжете. В 1980 г. те са 3,21 пъти по-ниски от нивата на мъжете. Различията между двата пола се задълбочават след 1990 г. и стават почти 6-кратни. Смъртността от ВП при жените до 75-годишна възраст в България намалява с 31% за 25 години. Тя е нестабилна в П<sub>1</sub>, намалява в следващия период и се покачва в началото на 90-те години на ХХ в. От 1995 г. честотата на умираанията се снижава непрекъснато. Кривите на смъртността от ВП при жените в България и в СЗЕ се припокриват до 1990 г. В следващите подпериоди жените в СЗЕ преживяват стабилно намаляване на смъртността от ВП и различията нарастват, като в 2004 г. смъртността у нас е 1,87 пъти по-висока от тази в СЗЕ.

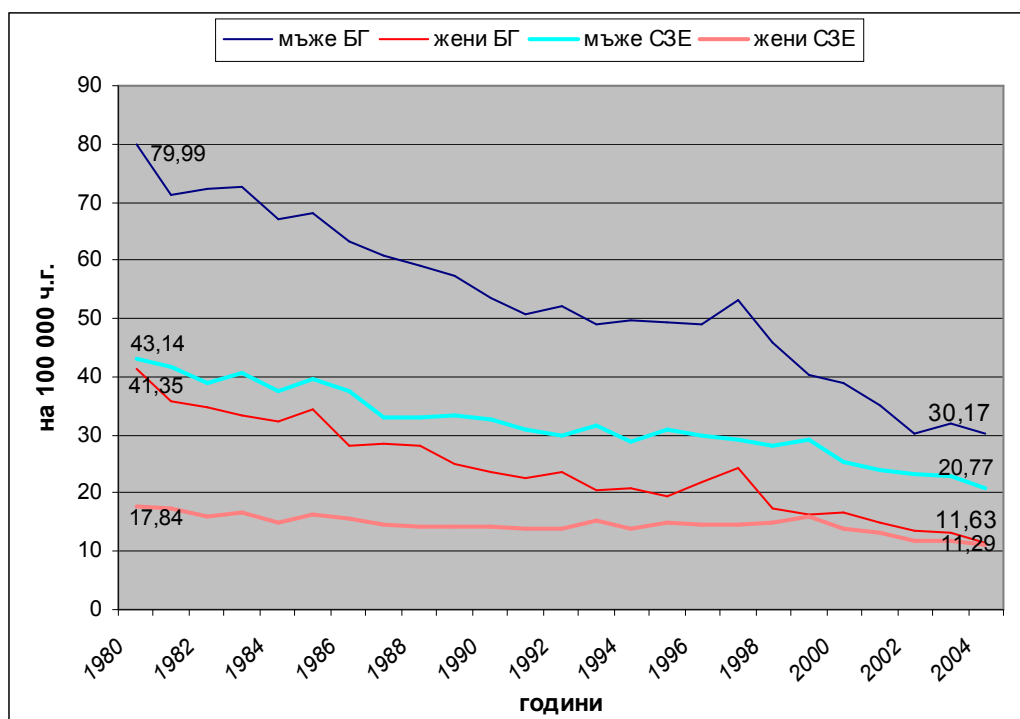


**Фиг. 26. Динамика на  $SM_{0-75}$  от ВП по пол в България и в СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

**Болестите на дихателната система (БДС)** в България са четвърта по важност причина в структурата на СВП<sub>0-75</sub> със 6,5% при мъжете и 5,5% при жените. Смъртността до 75-годишна възраст от БДС показва низходяща тенденция, със значимо снижаване за целия период и при двата пола: при мъжете – със 62,2%, а при жените – със 71,8% (фиг.27).

Изходните нива на смъртността от БДС при мъжете у нас намаляват с бързи темпове (4,3-6,1%) през всички подпериоди, като в П<sub>3</sub> темповете на промяна се забавят (1,8%) и нивата се задържат в периода 1991-96 г. В 1997 г. смъртността нараства с 8% спрямо предходната година, след което бързо намалява със средногодишни темпове над 5,5% в П<sub>4</sub> и П<sub>5</sub>. При мъжете в СЗЕ смъртността от БДС намалява наполовина за 25 г. с по-бавни средногодишни темпове. Изходните нива на смъртност от БДС при българските мъже са 1,84 пъти по-високи, като различието с мъжете от СЗЕ се редуцира и в 2004 г. нивата в България са 1,4 пъти по-високи.

При българските жени се наблюдава също снижаване на смъртността от БДС, но с по-високи средногодишни темпове, в сравнение с това при мъжете (3,4-8,4%). В началото на социално-икономическия преход нивата се задържат и се повишават с 10% в 1997 г. В следващите 8 години смъртността от БДС двукратно намалява. Изходните нива на смъртност от БДС при българските жени са 2,3 пъти по-високи в сравнение с тези в СЗЕ, а в 2004 г. нивата са почти еднакви.



**Фиг. 27. Динамика на См<sub>0-75</sub> от БДС по пол в България и в СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

## 4.2. АНАЛИЗ НА ПРОМЕНЕТЕ В ПРЕДОТВРАТИМАТА СЪС ЗДРАВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ СМЪРТНОСТ В СЦИЕ И В СЗЕ

Анализът разглежда състоянието на отделните компоненти на предотвратимата със здравни интервенции смъртност в СЦИЕ и в СЗЕ срезово - в два момента във времето (1980 и 2004 г.), по 5-годишни периоди и в динамика за целия изучаван 25-годишен период.

### 4.2.1. Предотвратима с лечение смъртност

Предотвратимата с лечение смъртност обхваща 25 причини за смърт при мъжете и 28 – при жените. Не са включени в анализа поради проблеми с кодирането на данните за Балтийските страни следните причини за смърт: меланома малигнум и други карциноми на кожата, карцином на тестиса, болест на Ходжкин, болести на щитовидната жлеза, абдоминална херния, злополуки по време на оказване на медицинска помощ. Изключени поради много ниска честота след 1990 г. са и умираанията от грип.

Състоянието на ПЛС<sub>0-75</sub> при двата пола в отделните СЦИЕ и в СЗЕ през 1980 г. е представено в таблица 3.

**Табл. 3. ПЛС<sub>0-75</sub> по пол в СЦИЕ и СЗЕ, 1980 г. (на 100 000 ч.г.)**

Страна	Мъже			Жени		
	ПЛС <sub>0-75</sub>	СВП <sub>0-75</sub>	Отн. дял ПЛС (%)	ПЛС	СВП <sub>0-75</sub>	Отн. дял ПЛС (%)
България	275,01	773,01	35,58	223,81	459,58	48,70
Естония	296,96	1075,18	27,62	194,19	469,46	41,37
Латвия	280,48	1093,54	25,65	168,77	468,69	36,01
Литва	233,34	971,88	24,01	154,51	424,73	36,38
Полша	206,42	938,88	21,99	163,30	441,21	37,01
Румъния	266,06	841,74	31,61	236,96	522,83	45,32
Унгария	327,15	991,71	32,99	246,13	526,80	46,72
<b>СЦИЕ</b>	269,34	955,14	28,20	198,24	473,33	41,88
<b>СЗЕ</b>	157,15	672,40	23,37	132,15	341,86	38,66

В началото на изучавания период ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ представлява между една четвърт и една трета от смъртността до 75 г. ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЗЕ представлява 23,37% от СВП<sub>0-75</sub> в тези страни и има с 41,6% по-ниска стойност от нивото за СЦИЕ като група. ПЛС<sub>0-75</sub> в СЗЕ е по-ниска и от тази в отделните СЦИЕ, като разликите варират от 24% (с Полша) до 52% (с Унгария).

При жените в СЦИЕ в 1980 г. ПЛС<sub>0-75</sub> заема по-голям дял от умираанията до 75-годишна възраст - от 36% до 49%. С подобен относителен дял в структурата на СВП<sub>0-75</sub> по компоненти е и ПЛС<sub>0-75</sub> при жените в СЗЕ, която има най-ниска стойност и е с 33% по-малка от средното ниво на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените в СЦИЕ

В 2004 г. ПЛС<sub>0-75</sub> показва при мъжете по-ниски стойности от тези в 1980 г. за всички страни, с изключение на Румъния и Литва. Водеща позиция по честота на умиранията заемат Румъния, Естония, Латвия и Литва (табл.4). Нивото на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЗЕ е почти два пъти по-ниско от изходното за 1980 г. Мъжете в СЗЕ имат в сравнение с мъжете от СЦИЕ като група 61,8% по-ниска ПЛС<sub>0-75</sub> в 2004 г. Задълбочават се различията в ПЛС<sub>0-75</sub> на мъжете в отделните СЦИЕ и СЗЕ, като нивото на западноевропейските страни е по-ниско с 44÷70%.

**Табл. 4. ПЛС<sub>0-75</sub> по пол в СЦИЕ и СЗЕ, 2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Страна	Мъже			Жени		
	ПЛС <sub>0-75</sub>	СВП <sub>0-75</sub>	Отн. дял ПЛС (%)	ПЛС <sub>0-75</sub>	СВП <sub>0-75</sub>	Отн. дял ПЛС (%)
България	221,60	804,92	27,53	157,49	381,32	41,30
Естония	257,80	1006,92	25,60	129,96	342,44	37,95
Латвия	257,55	1037,91	24,81	158,11	403,86	39,15
Литва	243,22	993,30	24,49	130,79	355,65	36,77
Полша	159,00	727,95	21,84	103,15	297,96	34,62
Румъния	276,14	833,83	33,12	189,22	407,48	46,44
Словакия	198,85	742,42	26,78	122,75	327,16	37,52
Словения	145,44	554,81	26,21	94,22	248,99	37,84
Унгария	220,60	875,75	25,19	138,49	384,28	36,04
Чехия	148,86	610,56	24,38	99,25	285,17	34,80
<b>СЦИЕ</b>	212,91	818,84	26,00	132,34	343,43	38,53
<b>СЗЕ</b>	81,27	391,93	20,74	66,71	206,83	32,25

Женското население в СЦИЕ преживява благоприятна промяна в ПЛС<sub>0-75</sub>, като в 2004 г. всички страни регистрират по-ниски нива в сравнение с 1980 г. Най-високи стойности на ПЛС<sub>0-75</sub> показват Румъния, Латвия и България. Страните от Западна Европа постигат двукратно снижаване на нивото на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените спрямо 1980 г. Наблюдава се увеличаване на разликата между СЗЕ и средното ниво за СЦИЕ, която достига 50%. Нарастват различията между СЗЕ и отделните СЦИЕ, като разликите в нивото на ПЛС<sub>0-75</sub> варират от 29% до 64,7%.

#### **4.2.1.1. Предотвратима с лечение смъртност при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ по периоди**

Анализът на настъпилите промени в честотата на умиранията, предотвратими с лечение е направен по 5-годишни периоди. За всяка страна са определени средните за периода стойности на ПЛС<sub>0-75</sub> и темповете на развитие и прираст, в сравнение с предходния период.

**В П<sub>1</sub> (1980-1984 г)** най-високо изходно ниво на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете има Унгария, а в Полша единствено сред СЦИЕ е постигнато ниво на ПЛС<sub>0-75</sub> под 200 на 100000 ч.г. Средната стойност на ПЛС<sub>0-75</sub> в СЗЕ е с 45% по-ниска от

съответната стойност за СЦИЕ като група. Разликите в средните за периода нива на ПЛС<sub>0-75</sub> между СЗЕ и отделните СЦИЕ варират от 25,2% до 54,6%. Сnižаване на ПЛС<sub>0-75</sub> през П<sub>1</sub> показват Полша, Литва и Естония.

**Периодът П<sub>2</sub> (1985-1989 г.)** се характеризира с намаляваща честота на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете във всички СЦИЕ. Средното за периода ниво на ПЛС<sub>0-75</sub> в СЗЕ е с една трета по-ниско от най-ниското регистрирано ниво за СЦИЕ в Полша и с 48,3% по-ниско от средната за периода стойност на ПЛС<sub>0-75</sub> за СЦИЕ като група. Най-бързо намалява смъртността в Словения, Естония, Чехия и Литва – средно с 3,5 - 5,6% годишно. България и Румъния имат еднакви най-ниски темпове на развитие през периода.

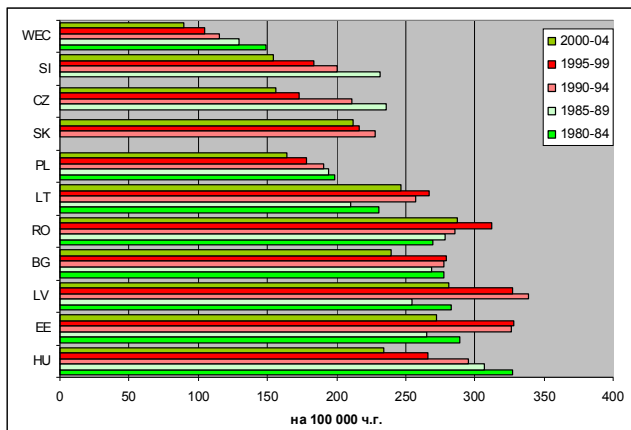
**В периода 1990-1994 г.** част от страните - Полша, Словения, Чехия и Словакия показват незначително снижение на стойностите на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете, но при забавени темпове. Балтийските страни, България и Румъния отбелязват нарастване на стойностите на ПЛС<sub>0-75</sub>. Като група СЦИЕ има нарастващи темпове на развитие на лечимата смъртност при мъжете в П<sub>3</sub>. В западноевропейските страни ПЛС<sub>0-75</sub> продължава да намалява и е вече с 56,05% по-ниска от средната за периода стойност за групата на СЦИЕ. Разликите с отделните СЦИЕ нарастват и са в рамките на 39,6% (с Полша) и 66% (с Латвия).

**В четвъртия подпериод 1995-1999 г.** отделните СЦИЕ показват снижаване на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете. Унгария значително подобрява класирането си по ниво на смъртност в групата поради ускорените средногодишни темпове на снижаване. Страните от Западна Европа продължават да намаляват честотата на лечимата смъртност и тя е с 59,19% по-ниска от средното ниво за СЦИЕ. Разликите между нивата в СЗЕ и отделните СЦИЕ също нарастват и варират от 41,5% до 68,1%.

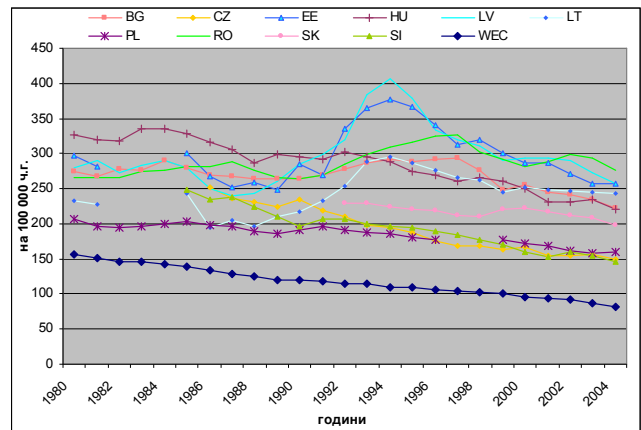
**В последния от изучаваните подпериоди (2000-04 г.)** Румъния има най-висока средна стойност на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете от 287,64 на 100000 ч.г. Най-ниски нива на лечима смъртност регистрират Полша, Чехия и Словения със стойности на ПЛС<sub>0-75</sub> под 200 на 100000 ч.г. В западноевропейските страни ПЛС<sub>0-75</sub> продължава да се снижава и достига ниво под 100 на 100000 ч.г., което е с почти 60% по-ниско от това за СЦИЕ като група. ПЛС<sub>0-75</sub> показва в П<sub>5</sub> низходяща тенденция за всички СЦИЕ и в СЗЕ при различни темпове на развитие. Най-високи средни годишни стойности на снижаване на ПЛС<sub>0-75</sub> сред СЦИЕ имат България (-3,5%), Латвия (-3,25%) и Унгария (-3,17%). В страните с най-ниски нива на ПЛС<sub>0-75</sub> - Словения и Чехия, темповете на снижаване се забавят. В СЗЕ намаляването на ПЛС<sub>0-75</sub> се реализира средногодишно с 4%.

Проследяването на динамиката на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете в отделните подпериоди (фиг.28), както и за целия 25-годишен период (фиг.29), позволи да се идентифицират няколко модела на промяна в СЦИЕ.

Първият модел се характеризира с намаляващи нива на смъртност във всички изучавани подпериоди и съвпада с модела на промяна в СЗЕ. Този модел на развитие на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете се установява в Словения, Чехия, Полша, Словакия и Унгария. Унгария тръгва от по-високи изходни нива на ПЛС<sub>0-75</sub> в 1980 г. и има в края на периода 1,5 пъти по-висока смъртност от тази на Словения, но показва подобно на другите страни в тази група постоянна низходяща динамика.



**Фиг. 28. Динамика на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ по периоди, 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**



**Фиг. 29. Динамика на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Вторият модел на развитие е типичен за Балтийските страни, при които се наблюдава намаление на ПЛС<sub>0-75</sub> в П<sub>2</sub>, бързо нарастване в П<sub>3</sub>, стабилизиране и намаление в П<sub>4</sub> за Естония и Латвия, и нарастване за Литва.

Третият модел описва промените на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете в България и Румъния. Те са еднопосочни, но се извършват с различна скорост. Нарастването на смъртността в двете страни в П<sub>3</sub> продължава най-дълго сред СЦИЕ и е с по-голям среден годишен темп в Румъния. ПЛС<sub>0-75</sub> намалява след 1997 г., като България изпреварва Румъния по годишен темп на снижаване до 2004 г.

За целия 25-годишен период промените в ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ показват постигането на различни здравни резултати в отделните страни (табл.5).

**Табл.5. Динамика на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ, 1980-2004 г.**

Страна	ПЛС <sub>0-75</sub> (на 100 000)		Промяна за периода (%)	Среден темп на развитие (%)
	начало	2004 г.		
Словения (1985)	249,27	145,44	- 41,65	96,91
Чехия (1986)	251,86	148,86	- 40,89	97,12
Унгария	327,15	220,60	- 32,57	98,37
Полша	206,42	159,00	- 22,97	98,82
България	275,01	221,60	- 19,42	99,10
Словакия (1992)	230,02	198,85	- 13,55	98,75
Естония	296,96	257,80	- 13,19	99,25
Латвия	280,48	257,55	- 8,19	99,36
Румъния	266,06	276,14	3,79	100,16
Литва	233,34	243,22	4,23	100,26
<b>СЦИЕ</b>	<b>269,34</b>	<b>212,91</b>	<b>-20,95</b>	<b>99,03</b>
<b>СЗЕ</b>	<b>157,15</b>	<b>81,27</b>	<b>-48,28</b>	<b>97,29</b>

Словения и Чехия реализират най-значима редукция на ПЛС<sub>0-75</sub> при най-висок среден годишен темп на снижение за периода (около 3%). Унгария постига намаление на ПЛС<sub>0-75</sub> с една трета от изходната стойност. В Литва и в Румъния нивата на ПЛС<sub>0-75</sub> в 2004 г. са почти еднакви с изходните.

При мъжете в групата на СЦИЕ ПЛС<sub>0-75</sub> намалява с 21% през целия 25-годишен период. Средногодишният темп на снижаване на смъртността в СЦИЕ е около 1% и е по-малък от този на СЗЕ. Западноевропейските страни демонстрират стабилна низходяща тенденция на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете през всички подпериоди, като постигат близо 50% снижаване на смъртността за 25 години. Най-бързо се снижават нивата на смъртност в СЗЕ през П<sub>2</sub> и П<sub>5</sub>.

#### **4.2.1.2. Предотвратима с лечение смъртност при жените в СЦИЕ И СЗЕ по периоди**

Изучаването на промените в ПЛС<sub>0-75</sub> при жените по подпериоди установява различия между отделните страни и в динамиката на показателя в сравнение с мъжете.

**В периода 1980-1984 г.** отделните СЦИЕ имат нива на ПЛС<sub>0-75</sub> в рамките на 150÷240 на 100000 ч.г. Водеща позиция по ниво на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените, както и при мъжете, сред СЦИЕ заема Унгария. Страните от Западна Европа имат най-ниско ниво на ПЛС<sub>0-75</sub>, което е с 38,86% по-малко от средното ниво за проучваните 7 СЦИЕ (204,5 на 100000 ч.г.). Разликите в нивото на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените между СЗЕ и отделните източноевропейски страни варират от 18,33% (с Литва) до 47,71% (с Унгария). Низходяща динамика на ПЛС<sub>0-75</sub> показват Литва, Естония и Унгария. В Полша, България и Латвия се наблюдава нарастване на лечимата смъртност. В СЗЕ предотвратимата с лечение смъртност намалява средно с 2,62% на година.

**През втория период (1985-1989 г.)** при жените в СЦИЕ се установява намаляване на ПЛС<sub>0-75</sub> във всички страни, което протича с различни темпове. Румъния, Унгария и България продължават да имат стойности над 200 на 100000 ч.г., а Литва регистрира отново най-ниски нива. Честотата на ПЛС<sub>0-75</sub> в СЗЕ през П<sub>2</sub> е с 40% по-ниска от средното ниво на СЦИЕ като група. Разликите в смъртността на СЗЕ и в отделните СЦИЕ нарастват в сравнение с П<sub>1</sub> и са от 24,86% до 49,43%. Средногодишният темп на снижаване на стойностите на ПЛС<sub>0-75</sub> е най-голям за Чехия (-5,5%). Най-голямо намаляване на ПЛС<sub>0-75</sub> за периода отбелязват Словения -18,5%, Чехия -15,66% за 4 г., и Унгария -14,3%. Румъния и Балтийските страни имат най-малка редукция на ПЛС<sub>0-75</sub> (6-7%). СЗЕ и СЦИЕ като група отбелязват в П<sub>2</sub> сходна здравна печалба при жените в резултат на почти еднакво намаляване на ПЛС<sub>0-75</sub> с около 11%.

**В третия подпериод (1990-1994 г.)** отделните СЦИЕ показват разнопосочно развитие на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените. Румъния и България задържат средните нива над 200 на 100000 ч.г. Негативна промяна с повишаване на ПЛС<sub>0-75</sub> претърпяват трите балтийски страни. Лечимата смъртност в СЗЕ продължава да намалява и достига средна за периода стойност под 100 на 100000 ч.г., която е със 44,2% по-ниска от средната за СЦИЕ смъртност. Разликите в смъртността между СЗЕ и отделните

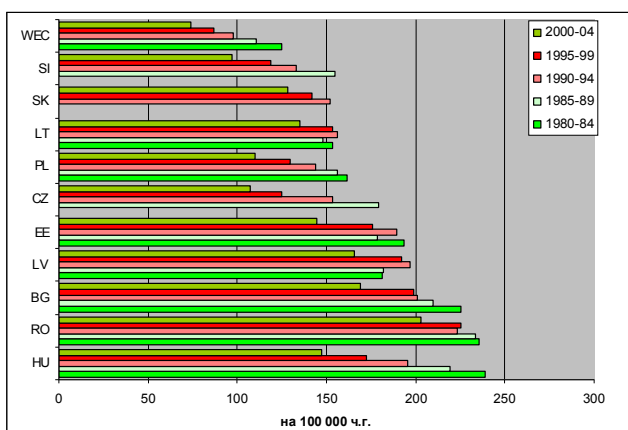


СЦИЕ се задържат или нарастват в сравнение с тези в  $P_2$  и варират от 32% до 56,29%. България, Румъния и Словения имат средногодишно нарастване на ПЛС<sub>0-75</sub> под 1%, а Балтийските страни отбелязват нарастване от 4-5% годишно.

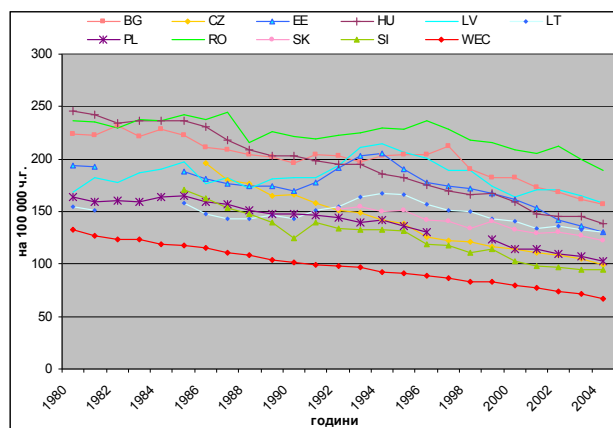
**В четвъртия период (1995-1999 г.)** се наблюдава снижаване на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените във всички СЦИЕ. Румъния остава единствената СЦИЕ със средно ниво на ПЛС<sub>0-75</sub>, надхвърлящо 200 на 100000 ч.г. Средното ниво на СЗЕ отново е най-ниско и е с 47,3% по-малко от средното за периода ниво на СЦИЕ като група. Разликите в ПЛС<sub>0-75</sub> на отделните СЦИЕ и СЗЕ не се променят в сравнение с тези в  $P_3$  за Полша, Унгария и Словения. Нарастване на разликите със СЗЕ се наблюдава за 6 страни, а намаляване отбелязва Чехия. Полша и Чехия продължават да намаляват лечимата смъртност с най-високи средни темпове на развитие.

**В заключителния пети период (2000-2004 г.)** всички страни запазват низходящата тенденция на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените. Словения успява да понижи ПЛС<sub>0-75</sub> до ниво под 100 на 100000. СЗЕ имат ниво, което е с 47,6% по-ниско от средното за СЦИЕ като група. В сравнение с  $P_4$  разликата в нивото на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените между СЗЕ и групата на СЦИЕ не се променя. Варирането в размера на разликите на отделните СЦИЕ и СЗЕ е от 24,33% до 63,74%. Незначително увеличение в сравнение с предходния период се установява за разликата в ПЛС<sub>0-75</sub> на СЗЕ с Румъния, Литва и Словакия. Словения показва намаляване на разликата със СЗЕ. Снижаването на нивата на ПЛС<sub>0-75</sub> във всички страни се реализира при средни годишни темпове на намаление от 0,91% за Латвия до 5,38% за Естония. Западноевропейските страни снижават ПЛС<sub>0-75</sub> средно с 4,25% годишно.

Предотвратимата с лечение смъртност при жените по подпериоди (фиг.30) и за целия 25-годишен период показва низходяща динамика (фиг.31). За разлика от промените при мъжете, всички страни са реализирали намаляване на смъртността.



**Фиг. 30. Динамика на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените в СЦИЕ и СЗЕ по подпериоди, 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**



**Фиг. 31. Динамика на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените в СЦИЕ и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

При жените в Полша, Словакия, Словения, Унгария и Чехия развитието по периоди потвърждава проявата на модел с непрекъснато стабилно снижаване на предотвратимата с лечение смъртност. Нивата на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените в Чехия

намаляват почти наполовина, а Унгария постига снижаване от 44% за 25 години (табл.6).

Балтийските страни и при жените показват намаляване на средното ниво на ПЛС<sub>0-75</sub> в П<sub>2</sub>, с нарастване в следващия период (1990-94 г.) и снижаване в П<sub>4</sub> и П<sub>5</sub>.

България променя ПЛС<sub>0-75</sub> при жените подобно на 5-те страни от Централна Европа, т.е. показва намаляване на средните нива за всички периоди, но при незначителна разлика между П<sub>3</sub> и П<sub>4</sub>.

Румънските жени постигат задържане на средното ниво на предотвратимата с лечение смъртност в П<sub>1</sub> и П<sub>2</sub>, снижаване в П<sub>3</sub> и ново задържане в П<sub>4</sub> и П<sub>5</sub>.

СЦИЕ като група постигат намаляване на ПЛС<sub>0-75</sub> от 33,2% за целия период. Групата показва снижаване на смъртността в П<sub>2</sub>, повишаване в П<sub>3</sub> и намаляване в последните два периода. В СЗЕ при жените ПЛС<sub>0-75</sub> намалява през всички подпериоди, като се постига снижение от 50%. Скоростта на редукция на ПЛС<sub>0-75</sub> е най-висока в П<sub>2</sub> и П<sub>5</sub>.

**Табл. 6. Динамика на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените в СЦИЕ и СЗЕ, 1980-2004 г.**

Страна	ПЛС <sub>0-75</sub> (на 100 000)		Промяна за периода (%)	Среден темп на развитие (%)
	начало	2004 г.		
Чехия (1986)	195,78	99,22	- 49,31	94,48
Словения (1985)	170,65	94,22	- 44,79	96,66
Унгария	246,13	138,48	- 43,73	97,63
Полша	163,29	103,15	- 36,83	97,93
Естония	194,19	129,96	- 33,08	97,98
България	223,81	157,49	- 29,63	98,55
Румъния	236,96	189,21	- 20,15	99,07
Словакия (1992)	151,98	122,75	-19,23	98,39
Литва	154,51	130,79	-15,35	99,25
Латвия	168,77	158,10	-6,32	99,47
<b>СЦИЕ</b>	198,23	132,34	-33,20	98,67
<b>СЗЕ</b>	132,15	66,71	-49,52	97,19

Сравнението между мъжете и жените в отделните СЦИЕ и СЗЕ по отношение на темпа на прираст и скоростта на промените за целия период на изучаване показва, че жените имат по-благоприятно развитие на ПЛС<sub>0-75</sub>. Всички СЦИЕ постигат по-голямо намаляване на ПЛС<sub>0-75</sub> при жените, с изключение на Латвия.

#### **4.2.2. Предотвратима с профилактика смъртност**

Анализът на предотвратимата с профилактика смъртност до 75-годишна възраст в СЦИЕ и СЗЕ включва смъртността от едни и същи заболявания за двата

пола – карцином на трахията, бронхите и белия дроб, хронични чернодробни заболявания и чернодробна цироза, моторни пътно-транспортни злополуки.

В 1980 г. ППС<sub>0-75</sub> при мъжете в изучаваните СЦИЕ представлява около една десета от смъртността от всички причини до 75-годишна възраст (табл.7). Във всички страни в структурата на ППС<sub>0-75</sub> водеща е смъртността от рак на белия дроб, която представлява повече от половината от предотвратимите с профилактика умирения.

**Табл. 7. ППС<sub>0-75</sub> по пол в 7 СЦИЕ и СЗЕ, 1980 г. (на 100 000 ч.г.)**

Страна	Мъже			Жени		
	ППС <sub>0-75</sub>	См <sub>0-75</sub>	Отн. дял ППС (%)	ППС <sub>0-75</sub>	См <sub>0-75</sub>	Отн. дял ППС (%)
България	70,80	773,01	9,16	16,73	459,58	3,64
Естония	107,48	1075,18	10,00	17,86	469,46	3,80
Латвия	116,63	1093,54	10,67	19,99	468,69	4,27
Литва	113,26	971,88	11,65	18,51	424,73	4,36
Полша	108,72	938,88	11,58	19,80	441,21	4,49
Румъния	97,82	841,74	11,62	31,86	522,83	6,09
Унгария	123,22	991,71	12,42	30,47	526,80	5,78
<b>СЦИЕ</b>	105,42	955,14	11,04	22,17	473,33	4,68
<b>СЗЕ</b>	103,12	672,40	15,33	23,80	341,86	6,96

ППС<sub>0-75</sub> в 1980 г. е най-висока при мъжете в Унгария. Причина за това са 2-3 пъти по-високите нива на смъртност от чернодробна цироза в сравнение с другите страни. Латвия и Литва заемат следващите места в резултат на 1,6-2,2 пъти по-високи нива на смъртност от МПТЗ. България регистрира най-ниско ниво сред СЦИЕ, което е с 42,5% по-ниско от водещото ниво на Унгария.

В страните от Западна Европа в 1980 г. ППС<sub>0-75</sub> при мъжете съставлява 15% от смъртността от всички причини до 75-годишна възраст и като ниво не се различава съществено от нивото на смъртността за СЦИЕ като група. Половината от умиренията в СЗЕ (52,52%) се дължат на КБД, следват ги по относителен дял умиренията от ЧЦ и тези от МПТЗ. Изходното ниво на СЗЕ е по-високо с 45,6% от това на България. Останалите СЦИЕ имат по-висока ППС<sub>0-75</sub>, отколкото СЗЕ. Разликите с тях са значимо по-малки в сравнение с разликите в ППС<sub>0-75</sub> и варират от 4-5% (с Естония и Полша) до 16,3% (с Унгария).

При жените в отделните СЦИЕ посочените три причини за смърт представляват 3-6% от смъртността до 75-годишна възраст. Страните имат различаваща се структура на ППС<sub>0-75</sub> при жените, като рактът на белия дроб е водеща причина в Естония и Полша. Чернодробната цироза има най-висок относителен дял сред предотвратимите с профилактика умирения при жените в Румъния (57,87%) и Унгария (43,71%), чиито нива на смъртност от тази причина са

2-3 пъти по-високи в сравнение с останалите страни. В България, Латвия и Литва основна причина за ППС<sub>0-75</sub> при жените са МПТЗ.

Предотвратимите с профилактика умирация заемат 7% в структурата на СВП<sub>0-75</sub> при жените в СЗЕ и са със 7% повече от средното ниво на СЦИЕ в 1980 г. Трите изучавани причини за смърт се проявяват при жените в СЗЕ с близка честота, като малко по-висока е тя за КБД (37,30%), следвана от МПТЗ (31,75%) и от ЧЦ. Нивото на ППС<sub>0-75</sub> в СЗЕ е по-ниско от тези на Унгария (с 28,6%) и Румъния (25,2%) и надхвърля с 19÷42% ППС<sub>0-75</sub> при жените в останалите СЦИЕ.

В 2004 г. нивата на ППС<sub>0-75</sub> при мъжете в България, Естония, Литва, Румъния, Полша и Унгария са по-високи или еднакви с тези в 1980 г. (табл.8). Унгария отново се откроява с най-голяма стойност на ППС<sub>0-75</sub>. Във всички СЦИЕ водеща причина за ППС<sub>0-75</sub> продължава да е КБД. Унгария и Румъния показват 2-3 пъти по-високи нива на смъртност от ЧЦ в сравнение с другите страни.

**Табл. 8. ППС<sub>0-75</sub> по пол в СЦИЕ и СЗЕ, 2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Страна	Мъже			Жени		
	ППС <sub>0-75</sub>	См <sub>0-75</sub>	Отн. дял ППС (%)	ППС <sub>0-75</sub>	См <sub>0-75</sub>	Отн. дял ППС (%)
България	87,77	804,92	10,90	16,75	381,32	4,39
Естония	106,58	1006,92	10,58	27,66	342,44	8,08
Латвия	108,21	1037,91	10,43	23,98	403,86	5,94
Литва	124,01	993,30	12,48	26,09	355,65	7,34
Полша	115,55	727,95	15,87	27,02	297,96	9,07
Румъния	131,98	833,83	15,83	38,87	407,48	9,54
Словакия	107,41	742,42	14,47	26,82	327,16	8,20
Словения	110,04	554,81	19,83	30,08	248,99	12,08
Унгария	189,42	875,75	21,63	56,61	384,28	14,73
Чехия	99,09	610,56	16,23	26,94	285,17	9,45
СЦИЕ	118,01	818,84	14,41	30,08	343,43	8,76
СЗЕ	66,52	391,93	16,97	23,69	206,83	11,45

Страните от Западна Европа в 2004 г. имат при мъжете с 35,5% по-ниско ниво на ППС<sub>0-75</sub> от това в 1980 г. То е по-ниско от стойностите на смъртността във всички СЦИЕ, като разликите с тях са се увеличили и варират от 24,2% (с България) до 64,9% (с Унгария). Задълбочила се е и разликата на СЗЕ със СЦИЕ като група, която от 2,2% в 1980 г. е вече 43,6% в края на периода.

При жените в СЦИЕ в 2004 г. се наблюдават по-високи нива на ППС<sub>0-75</sub> в 7 от изучаваните страни, в сравнение с 1980 г. Стойността на ППС<sub>0-75</sub> при жените в България остава непроменена, а Словения и Словакия показват по-ниска честота. Унгария и Румъния отново заемат челни позиции сред СЦИЕ по ниво на ППС<sub>0-75</sub>. В Унгария повишаването е свързано с нарастване на смъртността при жените от КБД и ЧЦ, в Румъния – с увеличаване на смъртността от ЧЦ.

В западноевропейските страни в 2004 г. стойността на ППС<sub>0-75</sub> при жените е почти същата, като тази в 1980 г. Нивото на предотвратимата с профилактика смъртност на жените в СЗЕ е по-ниско от смъртността във всички СЦИЕ, с изключение на България, като разликите варират от 1,2% (с Латвия) до 39% (с Румъния). Стойността на ППС<sub>0-75</sub> в България е по-ниска с 41,5% от тази на СЗЕ, като разликата от 1980 г. почти не се променя. Разликата в ППС<sub>0-75</sub> при жените в СЗЕ и в СЦИЕ като група нараства в 2004 г. до 21% при по-високо ниво на предотвратимата с профилактика смъртност в СЦИЕ.

#### **4.2.2.1. Предотвратима с профилактика смъртност при мъжете в СЦИЕ И СЗЕ по периоди**

**В П<sub>1</sub> (1980-1984 г)** водеща по ниво на ППС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ е Унгария със средна стойност от 141,65 на 100000 ч.г., а България е единствена страна с честота за периода под 100 на 100000 ч.г. В СЗЕ средното ниво на ППС<sub>0-75</sub> е с 8,8% по-ниско от това за СЦИЕ като група. Разликите със отделните СЦИЕ, без Румъния и България, показват по-ниско ниво на ППС<sub>0-75</sub> при западноевропейските мъже с 8÷28%. През периода се наблюдава нарастване на ППС<sub>0-75</sub> при мъжете във всички СЦИЕ. Средният годишен темп на нарастване в отделните страни е от 0,3% (Латвия) до почти 7% (Унгария). В СЗЕ, за разлика от СЦИЕ, се наблюдава бавно снижаване на ППС<sub>0-75</sub> при средногодишен темп от -0,73%.

**Във втория период (1985-1989 г.)** Унгария запазва първа позиция при мъжете по ниво на ППС<sub>0-75</sub>, но забавя средния темп на годишно нарастване. Естония има по-ниско средно ниво на ППС<sub>0-75</sub> в сравнение с предходния период, а всички останали страни показват нарастване на предотвратимата с профилактика смъртност. В западноевропейските страни нивото на ППС<sub>0-75</sub> е с 25% по-ниско от това на СЦИЕ като група. Разликите на СЗЕ с отделните СЦИЕ нарастват в сравнение с предходния период и варират от 10,4% до 45,3%. В П<sub>2</sub> смъртността намалява незначително при мъжете в Чехия и Румъния (2- 4%). В останалите СЦИЕ се наблюдава увеличаване на ППС<sub>0-75</sub> с 1,5% до 32,9%. ППС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ като група нараства с 13%, а при мъжете в СЗЕ се снижава с 8%.

**В третия подпериод 1990-1994 г.** във всички СЦИЕ, с изключение на Словения, се наблюдава повишаване на средните нива на ППС<sub>0-75</sub>. Средното ниво на СЗЕ е вече най-ниско, като разликата с нивото при мъжете в СЦИЕ нараства до 40%. Разликите на СЗЕ с отделните СЦИЕ в нивата на ППС<sub>0-75</sub> нарастват в сравнение тези в П<sub>2</sub> и са между 10% и 61,5%. Повишаване на смъртността в периода показват България, Естония, Латвия, Литва, Румъния и Унгария, които увеличават нивата на ППС<sub>0-75</sub> през периода между 2,5% и 23,7%. В СЗЕ смъртността намалява с 8,3% с ускорен среден годишен темп от 2,15%.

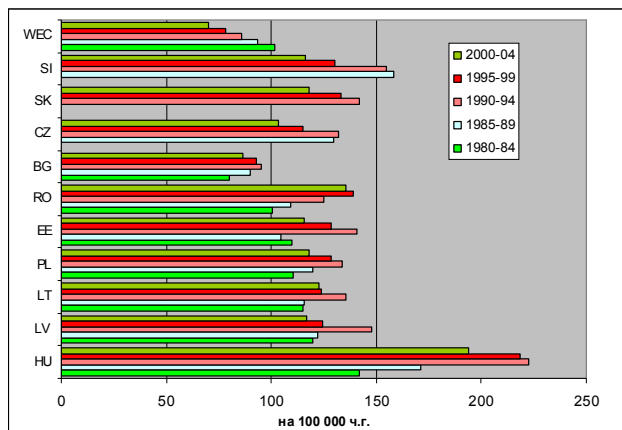
**Четвъртият период на изучаване (1995-1999 г.)** се характеризира с по-ниски средни нива на ППС<sub>0-75</sub> при мъжете, в сравнение с предходния период, за всички страни, с изключение на Румъния. България запазва най-ниско ниво на ППС<sub>0-75</sub> сред СЦИЕ. СЗЕ постига средно ниво на ППС<sub>0-75</sub> със 41,3% по-ниско от това на СЦИЕ, като разликата не е съществено променена в сравнение с

предходния период. Нивото на смъртността в СЗЕ е по-ниско от тези на отделните СЦИЕ от 15,5% до 64,1%. Във всички страни в П<sub>4</sub> се очертава низходяща тенденция на ППС<sub>0-75</sub>. Най-значима редукция на предотвратимата с профилактика смъртност за периода са постигнали Естония (22,9%), България (13,8%) и Словения (12,2%). Незначително забавяне на темпа на снижаване на ППС<sub>0-75</sub> при мъжете през периода се наблюдава в западноевропейските страни, които ограничават ППС<sub>0-75</sub> със 7,8%.

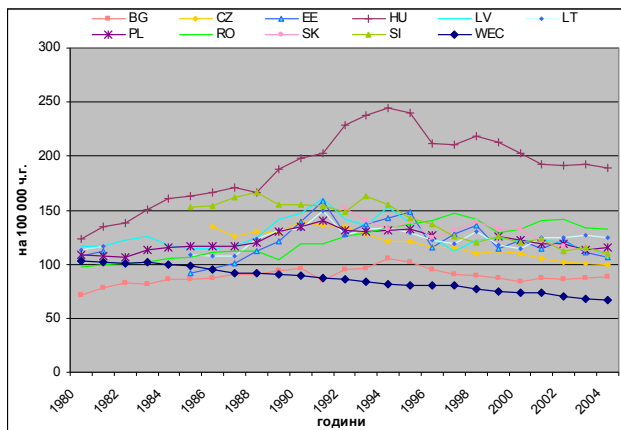
**В заключителния подпериод 2000-2004 г.** всички страни демонстрират по-ниски средни нива на ППС<sub>0-75</sub> при мъжете, като най-малки изменения в сравнение с предходния период се установяват за стойностите на ППС<sub>0-75</sub> в Литва и Румъния. Честотата на умиранията, предотвратими с профилактика в СЗЕ е със 42,6% по-ниска от средната за периода честота на СЦИЕ. Разликите в ППС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЗЕ и мъжете в отделните СЦИЕ варират от 18,6% до 63,6%. Най-голямо за периода намаляване на предотвратимата с профилактика смъртност постигат Словакия (18,6%), Естония (12,6%) и Латвия (10,6%). В СЗЕ средният годишен темп на снижаване има най-висока стойност за всички подпериоди, като ППС<sub>0-75</sub> при мъжете намалява през периода с 10%.

Проследяването на промените в средните нива на ППС<sub>0-75</sub> при мъжете по подпериоди установява някои особености (фиг.32). Повечето СЦИЕ достигат максимални стойности на ППС<sub>0-75</sub> при мъжете в периода П<sub>3</sub> (1990-1994 г.), след което смъртността показва намаляващи нива.

Динамиката на ППС<sub>0-75</sub> в отделните подпериоди и за целия 25-годишен период (фиг.33) се различава от динамиката на средните стойности на ППС<sub>0-75</sub> за част от СЦИЕ, което насочва към вероятни различия в провежданата национална политика по отношение на лечението на болестите и политиката, ориентирана към тяхната профилактика, както и за времеви различия в проявата на техните ефекти.



**Фиг. 32. Динамика на ППС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ по подпериоди, 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**



**Фиг. 33. Динамика на ППС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ, 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Еднакви модели на развитие на ППС<sub>0-75</sub> и ППС<sub>0-75</sub> показват Чехия, Словакия и Словения – с намаляване на стойностите във всички подпериоди. Смъртността от предотвратими с профилактика причини в Румъния повтаря динамиката на ППС<sub>0-75</sub>, но наблюдаваното снижаване в П<sub>5</sub> е с по-големи средногодишни темпове

за смъртността, предотвратима с лечение. България и Балтийските държави също имат подобни тенденции на развитие на ПЛС<sub>0-75</sub> и ППС<sub>0-75</sub> по подпериоди, с различия в П<sub>2</sub>, като ППС<sub>0-75</sub> нараства, а ПЛС<sub>0-75</sub> показва намаляване. Различия в развитието на смъртността се установяват за Полша и Унгария. Динамиката на ПЛС<sub>0-75</sub> в Полша и Унгария е низходяща през целия 25-годишен период, докато ППС<sub>0-75</sub> показва нарастване до П<sub>3</sub> с последващо намаляване на смъртността.

Проучването на промените на ППС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ за периода 1980-2004 г. установява разлики в постигнатите нива на смъртност и в скоростта на тяхното осъществяване. Благоприятни здравни резултати поради снижаване на ППС<sub>0-75</sub> имат 5 страни. Словакия намалява за периода ППС<sub>0-75</sub> с около 30%, Словения и Чехия ограничават умиранията, предотвратими с профилактика с 26-27%. Полша, Литва, България, Румъния и Унгария имат нарастване на ППС<sub>0-75</sub> за целия период, което варира от 10% до 53%. Прави впечатление, че увеличаването на предотвратимата с профилактика смъртност при мъжете засяга повече СЦИЕ, в сравнение с увеличаването на ПЛС<sub>0-75</sub> (2 страни) и е по-голямо по размер.

Промените в ППС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЗЕ са еднопосочни с тези на предотвратимата с лечение смъртност в тях, но се реализират при различни темпове и с по-малка благоприятна промяна от 35,5%. Намаляването на ППС<sub>0-75</sub> при мъжете в западноевропейските страни за целия 25-годишен период е по-бавно от това на ПЛС<sub>0-75</sub> в тях, като годишните темпове на снижаване не надхвърлят 2,6%.

#### **4.2.2.2. Предотвратима с профилактика смъртност при жените в СЦИЕ И СЗЕ по периоди**

**Предотвратимата с профилактика смъртност при жените** се различава по своята динамика в проучваните подпериоди в сравнение с тази при мъжете в СЦИЕ.

**В периода 1980-1985 г.** най-високи средни стойности на ППС<sub>0-75</sub> при жените в СЦИЕ имат Унгария и Румъния с нива над 30 на 100000 ч.г. Нивото на смъртност при жените в СЗЕ е само с 2% по-високо от ППС<sub>0-75</sub> за групата на СЦИЕ и надвишава това в 5 от страните, като разликите с тях варират от 24% до 54,7%. Намаляване на ППС<sub>0-75</sub> в първия период се наблюдава при жените в Естония и Латвия. Унгария увеличава през изучавания период нивото на ППС<sub>0-75</sub> с 30%, а България – с 14,11%. СЗЕ показват повишаване на нивото при жените с 4,5%.

**Във втория подпериод (1985-89 г.)** средните стойности на ППС<sub>0-75</sub> при жените са по-високи, в сравнение с тези в П<sub>1</sub> за всички СЦИЕ, с изключение на България. Водещи места заемат Унгария и Словения с нива на ППС<sub>0-75</sub> за периода от около 40 на 100000 ч.г. В СЗЕ нивото на ППС<sub>0-75</sub> при жените не се променя, но поради нарастването на смъртността в СЦИЕ, то е със 6,5% по-ниско от средната стойност на ППС<sub>0-75</sub> за СЦИЕ. Честотата на предотвратимите с профилактика умирания в СЗЕ за периода е по-ниска от тези в Унгария (44,85%), Словения (38,5%) и Румъния (29%). Въпреки че има най-ниско средно ниво за периода,

Естония отбелязва най-голямо нарастване на  $PPC_{0-75}$  – със 61,41%, при среден годишен темп на увеличение от 12,72%.

**В третия период 1990-1994 г.** средните стойности на  $PPC_{0-75}$  при жените в СЦИЕ нарастват със средногодишни темпове на растеж от 0,5-4%, като само Словения отбелязва по-ниска средна стойност, в сравнение с тази за П<sub>2</sub>. България заема последна позицията с най-ниско средно ниво на  $PPC_{0-75}$ . Честотата на предотвратимите с профилактика умирания при жените в СЗЕ остава почти непроменена и е с 18,8% по-ниска от средното ниво на смъртността в СЦИЕ. Нивото на СЗЕ е по-високо от съответните стойности на  $PPC_{0-75}$  за три от СЦИЕ – България (с 36,8%), Литва (с 12,4%) и Естония (с 4,8%).

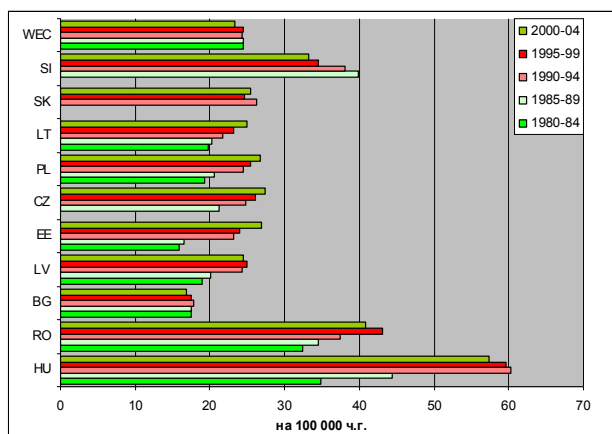
**В период П<sub>4</sub> (1995-1999 г.)** се установява снижаване на средните нива на  $PPC_{0-75}$  в сравнение с предходния период за Унгария, Словения, Словакия и България. Останалите СЦИЕ имат по-висока средна стойност на  $PPC_{0-75}$  за периода. Страните от Западна Европа запазват нивото на  $PPC_{0-75}$  почти непроменено, като не се променя и разликата със средното за периода ниво на  $PPC_{0-75}$  за групата на СЦИЕ. България, Литва и Естония отново имат по-ниски нива за периода, в сравнение със СЗЕ. Останалите СЦИЕ имат по-високи стойности на предотвратима смъртност, отколкото тази на жените в СЗЕ и между тях се наблюдават разлики до 58,9% (с Унгария).

**В последния период (2000-2004 г.)** средните стойности на  $PPC_{0-75}$  продължават да намаляват в сравнение с нивата в предходния период за 5 страни – Унгария, Румъния, Словения, Латвия и България. Останалите 5 имат по-високи средни стойности на  $PPC_{0-75}$  в сравнение с тези в П<sub>4</sub>, като нивата нарастват с 3-21%. Средното ниво на  $PPC_{0-75}$  при жените в Западна Европа отбелязва намаление и е 23,27 на 100000. Единствено нивото на България е по-ниско от това на СЗЕ (с 37,8%). Разликите с останалите СЦИЕ са в рамките на 4,7% (с Латвия) и 59,4% (с Унгария). Сред страните, в които  $PPC_{0-75}$  намалява, най-голяма промяна през периода постига Словения (14,99%) при снижаване средно с около 4% на година.

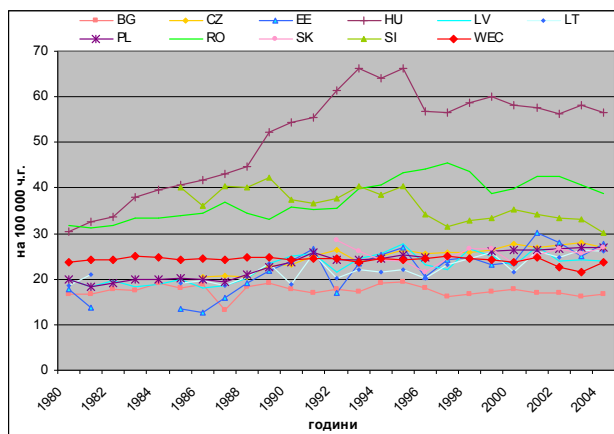
Изучаването на динамиката на  $PPC_{0-75}$  при жените по подпериоди (фиг.34) и за целия 25-годишен период (фиг.35) установява няколко общи модела на развитие. Възходяща тенденция на смъртността, предотвратима с профилактика през целия период се наблюдава в Естония, Чехия, Полша и Литва. Румъния и Латвия показват нарастваща честота на умиранията, предотвратими с профилактика с максимум в П<sub>4</sub> и снижаване в П<sub>5</sub>.

Унгария отбелязва най-високи средни нива на  $PPC_{0-75}$  при жените през всички подпериоди, като смъртността нараства и постига максимум в П<sub>3</sub>, с последващо намаляване в П<sub>4</sub> и П<sub>5</sub>. В Словения нивата на  $PPC_{0-75}$  непрекъснато намаляват във всички подпериоди. Словакия показва най-високи нива в П<sub>3</sub>, следвани от намаление на смъртността в П<sub>4</sub> и ново повишаване в П<sub>5</sub>. Незначителни колебания в нивата на  $PPC_{0-75}$  се регистрират в България, като трайно стойностите са под 20 на 100000 ч.г. и моделът е подобен на развитието на  $PPC_{0-75}$  при жените в СЗЕ.





**Фиг. 34. Динамика на ППС<sub>0-75</sub> при жените в СЦИЕ и в СЗЕ по подпериоди, 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**



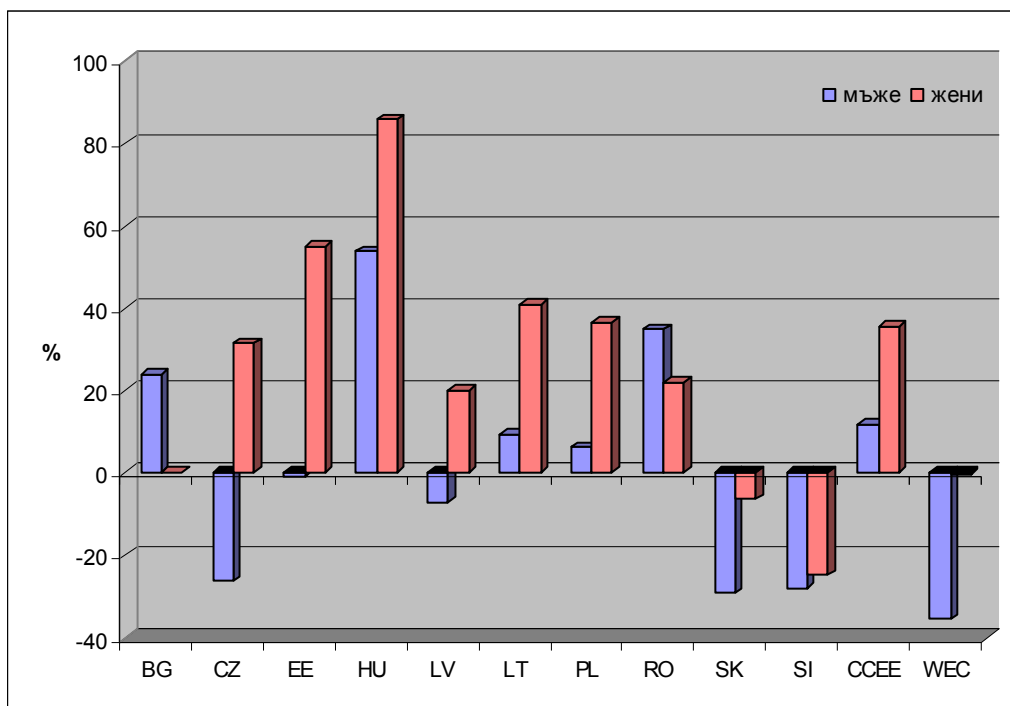
**Фиг. 35. Динамика на ППС<sub>0-75</sub> при жените в СЦИЕ и СЗЕ в периода 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Проучването по причини установява, че в Унгария, Румъния и Словения високите нива на ППС<sub>0-75</sub> се дължат на чернодробната цироза и наблюдаваната редукция на честотата на умираанията от нея водят до снижаването на ППС в П<sub>4</sub> и П<sub>5</sub>. Неблагоприятната динамика на ППС<sub>0-75</sub> в Чехия и Полша се обуславя от нарастващата смъртност сред жените от рак на белия дроб, особено в последните два подпериода. В Литва нарастването на ППС<sub>0-75</sub> в П<sub>2</sub> и П<sub>3</sub> е резултат на високите нива на смъртност от МПТЗ при жените, а в П<sub>5</sub> се дължи на нарастващата смъртност от чернодробна цироза. Латвия отбелязва увеличаване на средните нива в П<sub>3</sub>-П<sub>5</sub> поради нарастване честотата на КБД и ЧЦ. В България най-голям дял от умираанията, предотвратими с профилактика при жените имат тези от рак на белия дроб.

В СЗЕ не се наблюдават съществени промени в нивата на ППС<sub>0-75</sub> при жените, като за 25 г. смъртността намалява с 0,45%, но се променя честотата на умираанията от отделните причини. За целия период нивото на смъртността от белодробен карцином се увеличава почти 2 пъти и заема около 60% в структурата на умираанията, предотвратими с профилактика. Чернодробната цироза и МПТЗ показват намаляваща честота и имат почти еднакви относителни дялове.

Сравнението на динамиката на ППС<sub>0-75</sub> и ПЛС<sub>0-75</sub> и при жените в СЦИЕ установява, че предотвратимата с лечение смъртност показва низходяща тенденция за всички страни, с редукция през периода от 6,32% до 49,31%. Предотвратимата с профилактика смъртност в същото време нараства за 7 СЦИЕ, остава непроменена в България и намалява в Словения и Словакия. В страните с нарастващи стойности на ППС<sub>0-75</sub> повишаването за 25 години варира от 19,94% за Латвия до 85,76% при жените в Унгария.

За целия период благоприятна промяна на предотвратимата с профилактика смъртност постигат Чехия, Словения и Словакия (фиг.36). Жените отбелязват по-високи нива на нарастване на ППС<sub>0-75</sub> в сравнение с мъжете, с изключение на Румъния. В СЗЕ смъртността при жените не се променя за 25 г., докато при мъжете ППС<sub>0-75</sub> намалява.



Фиг. 36. Промяна на ППС<sub>0-75</sub> по пол в СЦИЕ и СЗЕ за периода 1980-2004 г. (%)

#### 4.2.3. Смъртност от исхемична болест на сърцето (ИБС)

В началото на 80-те години на XX в. ИБС заема първо място в структурата на смъртността в СЦИЕ, като причинява между 12-30% от умиранията при мъжете и 10-26% от умиранията при жените (табл.9).

Табл. 9. Смъртност от ИБС<sub>0-75</sub> по пол в СЦИЕ и СЗЕ, 1980 г. (на 100 000 ч.г.)

Страна	Мъже			Жени		
	ИБС <sub>0-75</sub>	См <sub>0-75</sub>	Отн. дял ИБС (%)	ИБС <sub>0-75</sub>	См <sub>0-75</sub>	Отн. дял ИБС (%)
България	143,15	773,01	18,52	68,41	459,58	14,89
Естония	303,96	1075,18	28,27	112,64	469,46	23,99
Латвия	322,61	1093,54	29,50	122,48	468,69	26,13
Литва	237,61	971,88	24,45	100,11	424,73	23,57
Полша	129,74	938,88	13,82	34,24	441,21	7,76
Румъния	100,10	841,74	11,89	51,43	522,83	9,84
Унгария	194,73	991,71	19,64	72,81	526,80	13,82
СЦИЕ	204,57	955,14	21,42	80,30	473,32	16,96
СЗЕ	156,87	672,40	23,33	48,46	341,86	14,18

В 1980 г. изходните стойности на смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> в СЦИЕ показват в Балтийските държави и Унгария и при двата пола високи нива, които при мъжете в Естония и Латвия надхвърлят 300 на 100000 ч.г. Румъния има най-ниски нива на смъртност при мъжете, а Полша - при жените. Честотата на умиранията от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЗЕ е по-висока от тази в Румъния (56,7%), Полша (20,9%) и

България (9,5%). При жените в СЗЕ стойността на смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> е по-висока от тази на жените в Полша (41,6%) и е сравнима с нивото за Румъния.

В 2004 г. умирацията от ИБС<sub>0-75</sub> в СЦИЕ представляват 15÷24% от смъртността от всички причини до 75-годишна възраст при мъжете и съответно 4÷24% при жените (табл.10). Смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> е с по-ниски стойности от изходните в 1980 г. във всички СЦИЕ и при двата пола, с изключение на смъртността при мъжете в Румъния. Словения постига най-ниски нива на смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете и жените в СЦИЕ.

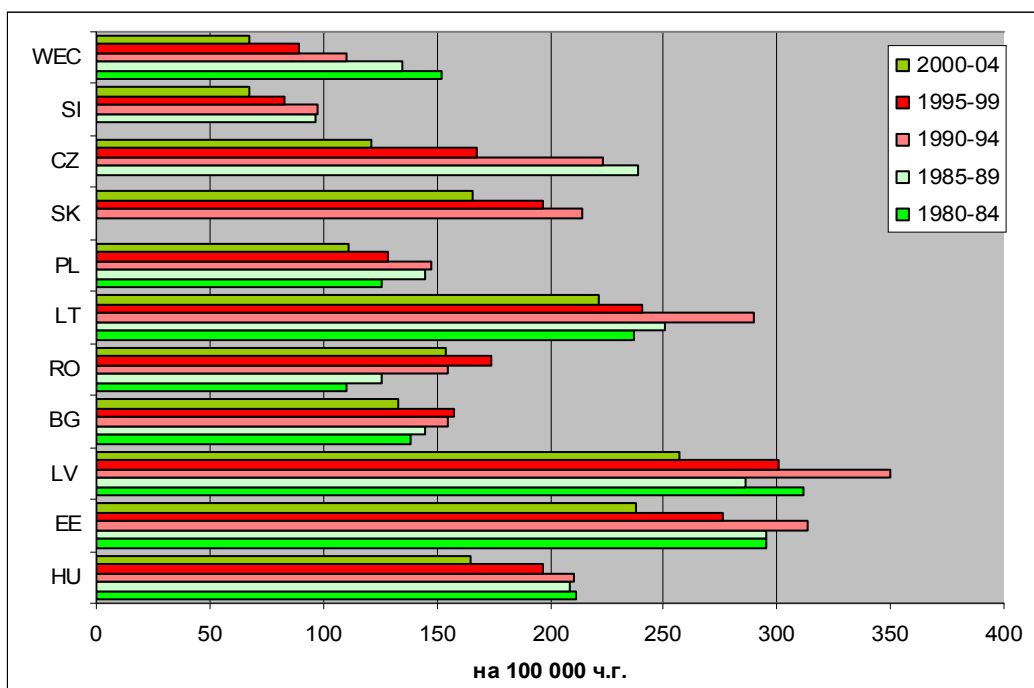
**Табл. 10. Смъртност от ИБС<sub>0-75</sub> по пол в СЦИЕ и СЗЕ, 2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Страна	Мъже			Жени		
	ИБС <sub>0-75</sub>	См <sub>0-75</sub>	Отн. дял ИБС (%)	ИБС <sub>0-75</sub>	См <sub>0-75</sub>	Отн. дял ИБС (%)
България	127,05	804,92	15,78	44,66	381,32	11,71
Естония	216,76	1006,92	21,53	58,25	342,44	17,01
Латвия	246,11	1037,91	23,71	73,53	403,86	18,21
Литва	227,89	993,30	22,94	68,08	355,65	19,14
Полша	99,30	727,95	13,64	30,17	297,96	10,13
Румъния	146,15	833,83	17,53	62,22	248,99	24,99
Словакия	152,92	742,42	20,60	61,68	327,16	18,85
Словения	57,72	554,81	10,40	16,77	407,48	4,12
Унгария	163,48	875,75	18,67	62,90	384,28	16,37
Чехия	106,56	610,56	17,45	37,72	285,17	13,23
СЦИЕ	154,39	818,84	18,85	51,80	343,43	15,08
СЗЕ	63,03	391,93	16,08	17,92	206,83	8,66

При мъжете в западноевропейските страни в 2004 г. смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> е 2,5 пъти по-ниска от тази в 1980 г. и е с второ най-ниско-ниво (след Словения) сред всички изучавани страни. Разликата в честотата на умирацията от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЗЕ и СЦИЕ като група в 2004 г. се е увеличила спрямо 1980 г. и е 59,2%. Нараснали са разликите в нивата на смъртност от ИБС<sub>0-75</sub> с отделните СЦИЕ, които варират от 36,5% (Полша) до 74,4% (Латвия).

При жените смъртността от ИБС в СЗЕ е намаляла 2,7 пъти спрямо 1980 г. и е с 65,4% по-ниска от средното ниво при жените в СЦИЕ като група. Относителните рискове за смърт от ИБС<sub>0-75</sub> на жените в отделните СЦИЕ спрямо смъртността в СЗЕ са нараснали и са от 1,7 пъти в Полша до 4,1 пъти в Латвия.

Проследяването на динамиката на средните нива на смъртност от ИБС<sub>0-75</sub> за мъжете по подпериоди е представено на фиг.37.

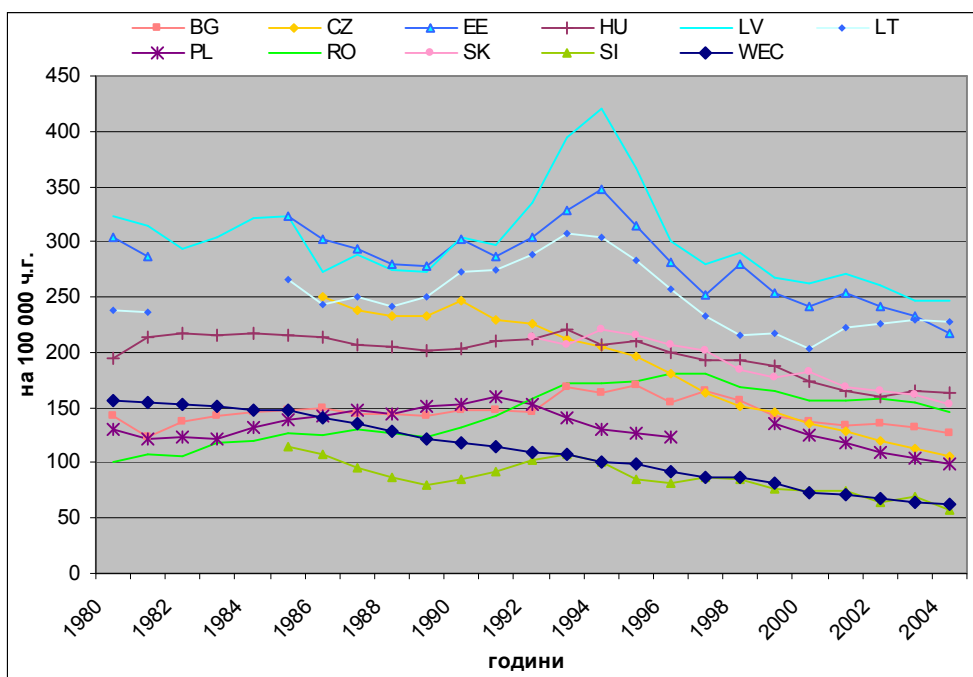


**Фиг. 37. Динамика на смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦЕ и в СЗЕ по подпериоди, 1980-2004 г. (на 100000 ч.г.)**

Смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете нараства в П<sub>2</sub> в повечето СЦЕ, продължава да се увеличава в П<sub>3</sub>, като постига максимум в този период в трите Балтийски държави, Полша, Унгария и Словения. В България и Румъния максимални нива на смъртност се регистрират в П<sub>4</sub>. Смъртността от ИБС намалява във всички страни в последния подпериод. В СЗЕ средните нива на смъртността от ИБС при мъжете се снижават във всички периоди.

Смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете в отделните страни за целия 25-годишен период се променя подобно на предотвратимата с лечение смъртност (фиг.38). Полша, Словакия, Словения, Унгария и Чехия показват еднакво развитие на смъртността от ИБС<sub>0-75</sub>. В Словения, Чехия и Унгария се наблюдава тенденция за снижаване на честотата на умираанията от ИБС<sub>0-75</sub> в П<sub>1</sub> и П<sub>2</sub>. Полша отбелязва покачване на стойностите на смъртността в периода 1984-87 г. Петте страни преживяват нарастваща смъртност от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете в началото на 90-те години на ХХ в. с краткотрайна продължителност (2-3 г.). Трайно намаляване на честотата на умираанията от ИБС<sub>0-75</sub> се установява в тези страни след 1994-1995 г.

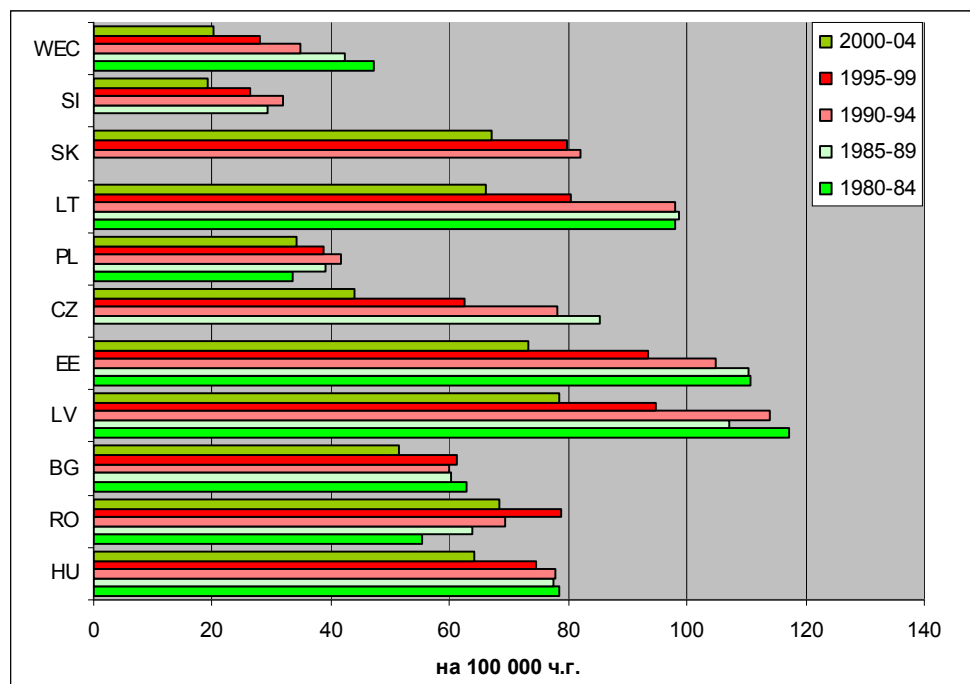
Трите Балтийски страни имат най-високи изходни нива на смъртност от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете. В средата на 80-те години стойностите се покачват и надхвърлят тези от 1980 г., като в края на П<sub>2</sub> те се снижават. От 1990 г. смъртността на мъжете от ИБС<sub>0-75</sub> нараства с бързи темпове и постига своите максимуми в 1994 г. В следващите два подпериода честотата на умираанията намалява в Естония и Латвия, а в Литва след спад в 2000 г. нивата нарастват с повече от 10% в следващите 3 години на периода.



**Фиг. 38. Динамика на смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете, 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

В България и Румъния смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете се покачва в периода 1984-87 г., подобно на Полша и Балтийските страни. От 1990 г. започва нарастване на нивата на смъртност, което продължава през П<sub>4</sub> и достига максимални стойности в 1997 г. в двете страни.

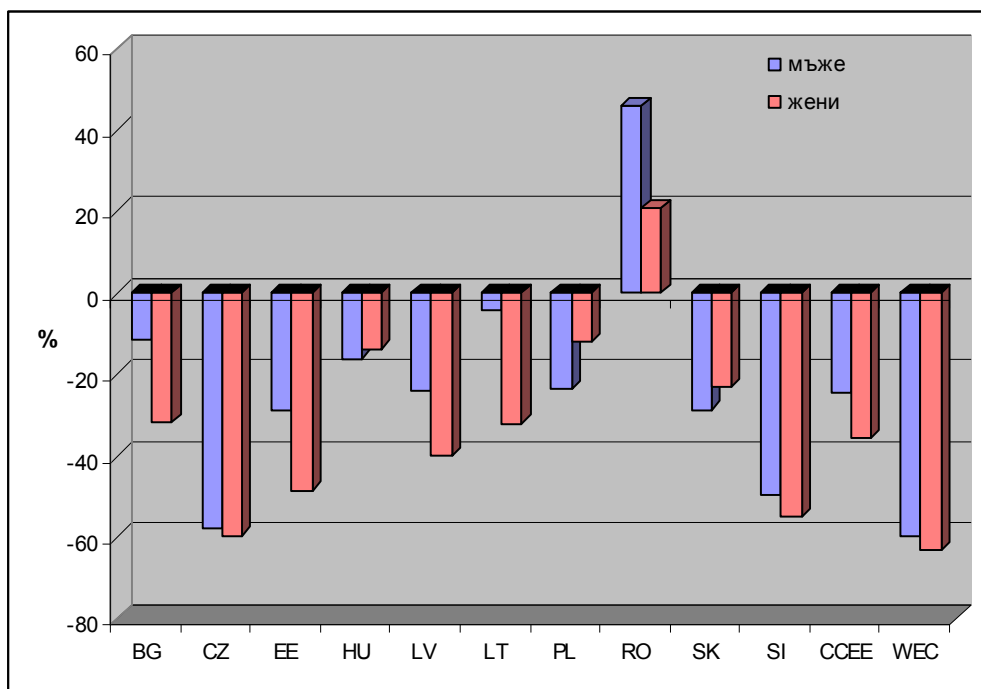
При жените в СЦИЕ динамиката на умиранията от ИБС<sub>0-75</sub> в отделните подпериоди показва развитие с разлики с това при мъжете (фиг.39).



**Фиг. 39. Динамика на смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> при жените в СЦИЕ и в СЗЕ по подпериоди, 1980-2004 г. (на 100000 ч.г.)**

Смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> при жените в Полша, Словения, Словакия, Унгария, Чехия и Румъния повтаря динамиката на смъртността при мъжете през отделните подпериоди, докато в трите Балтийски държави и България се различава. В Латвия средното ниво на смъртност при жените в П<sub>2</sub> намалява и се увеличава в П<sub>3</sub>, подобно на това при мъжете, но най-висока стойност има в първия период. В Литва, за разлика от възходящата тенденция на смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> при мъжете в П<sub>2</sub> и П<sub>3</sub>, при жените се наблюдава стабилизиране. При жените в Естония смъртността от ИБС<sub>0-75</sub>, стабилизира в първите два периода, и показва низходящо развитие след това, за разлика от нарастването при мъжете в П<sub>3</sub>. В П<sub>2</sub> честотата на умиранията от ИБС<sub>0-75</sub> при българските жени намалява и се запазва непроменена в П<sub>3</sub>, увеличава се незначително в П<sub>4</sub> и намалява в П<sub>5</sub>.

Установените низходящи тенденции в честотата на умиранията от ИБС<sub>0-75</sub> при двата пола водят до подобряване на общественото здраве в отделните страни, като в СЦИЕ най-благоприятни здравни резултати се получава в Чехия, Словения и Словакия (фиг.40). Румъния е единствената страна със загуби от 46% при мъжете и от 21% - при жените поради увеличаване на смъртността от ИБС<sub>0-75</sub>. В страните от Западна Европа за целия 25-годишен период смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> намалява с около две трети и при двата пола. Това има за резултат постигането на най-голяма здравна печалба сред изучаваните страни. Средният темп на развитие на индикатора за целия период при жените в СЗЕ показва най-висока скорост на снижаване на смъртността.



**Фиг. 40. Промяна на смъртността от ИБС<sub>0-75</sub> по пол в СЦИЕ и СЗЕ за периода 1980-2004 г. (в %)**

#### 4.2.4. Сравнително проучване на промените в смъртността от всички причини до 75-годишна възраст и ПЗИС<sub>0-75</sub> в СЦИЕ и СЗЕ в периода 1980-2004 г.

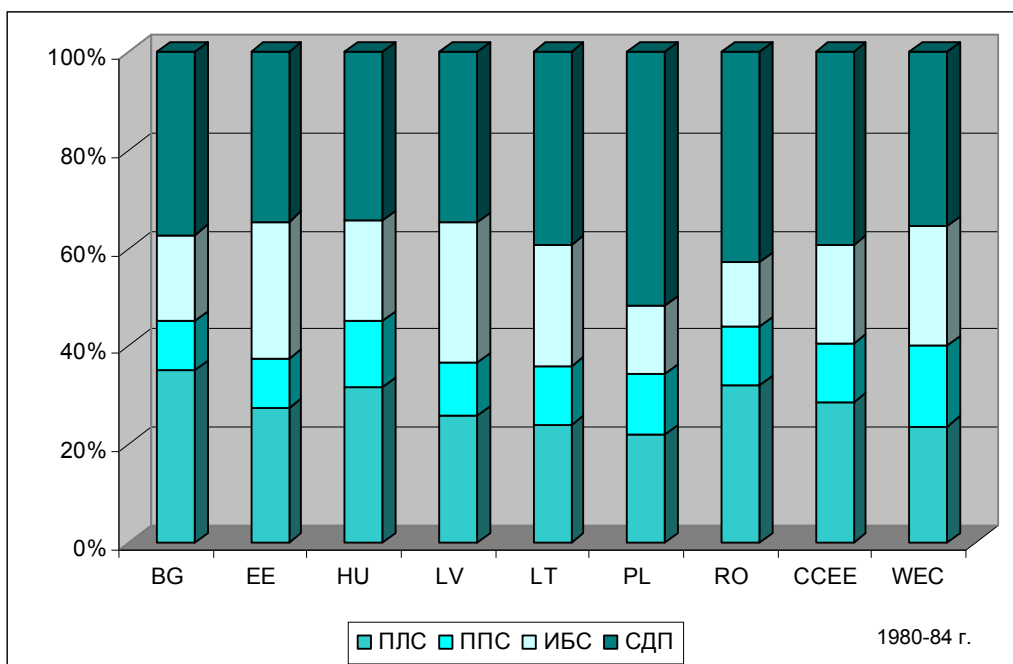
Умиранията от всички причини до 75 г. при мъжете в отделните СЦИЕ в 1980 г. представляват около две трети от всички умирания при мъжкия пол (табл.11). В СЗЕ умиранията до 75 г. са 58,72% от смъртността при мъжете. Нивото на СВП<sub>0-75</sub> в тези страни е със 30% по-ниско от нивото на СВП<sub>0-75</sub> за СЦИЕ като група. Разликите в СВП<sub>0-75</sub> на СЗЕ с отделните СЦИЕ варират от 13% (с България) до 38,51% (с Латвия). В 1980 г. умиранията до 75-годишна възраст при жените в СЦИЕ и СЗЕ представлява около 50% от всички умирания при жените. Нивото на СВП<sub>0-75</sub> за СЗЕ е с около 30% по-ниско от СВП<sub>0-75</sub> при жените в СЦИЕ. Отделните СЦИЕ имат по-високи стойности на СВП<sub>0-75</sub> при жените от тази на СЗЕ, като разликите варират от 19,51% (с Литва) до 35,11% (с Унгария).

Табл. 11. СВП<sub>0-75</sub> по пол в СЦИЕ и СЗЕ, 1980 г. (на 100 000 ч.г.)

Страна	Мъже			Жени		
	СВП <sub>0-75</sub>	ОС мъже	Отн. дял СВП <sub>0-75</sub> (%)	СВП <sub>0-75</sub>	ОС жени	Отн. дял СВП <sub>0-75</sub> (%)
България	773,01	1297,04	59,60	459,58	918,38	50,04
Естония	1075,18	1634,74	65,77	469,46	897,99	52,28
Латвия	1093,54	1611,95	67,84	468,69	886,65	52,86
Литва	971,88	1417,69	68,55	424,73	784,29	54,15
Полша	938,88	1466,62	64,02	441,21	846,09	52,15
Румъния	841,74	1370,01	61,44	522,83	1019,03	51,31
Унгария	991,71	1577,62	62,86	526,80	979,76	53,77
СЦИЕ	955,14	1464,65	65,21	473,33	904,60	52,32
СЗЕ	672,40	1145,16	58,72	341,86	703,51	48,59

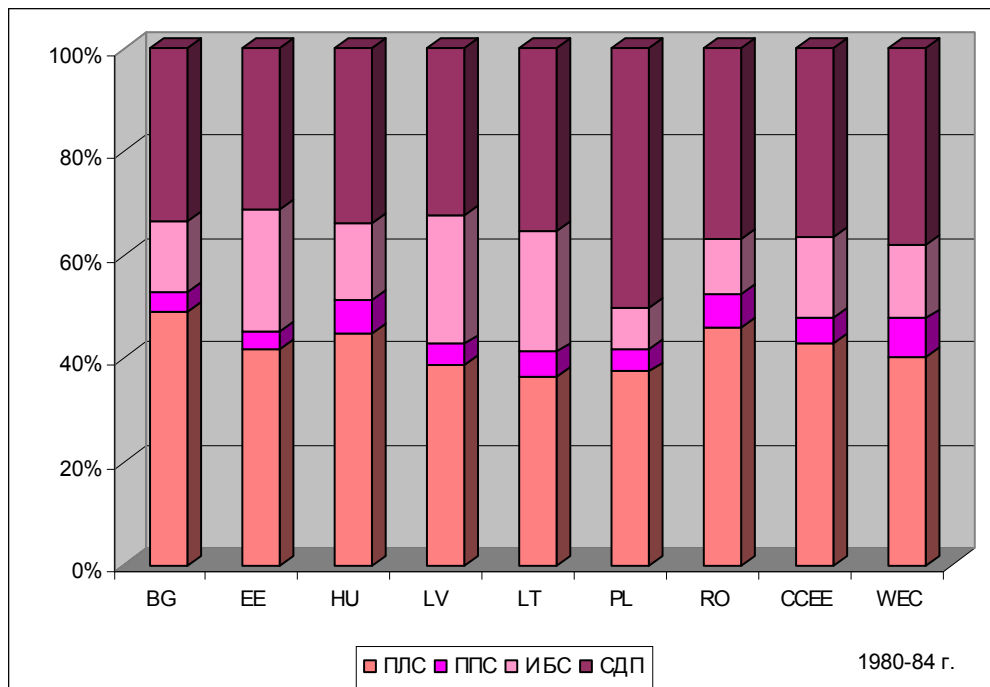
Компонентният състав на СВП<sub>0-75</sub> при мъжете и този при жените в СЦИЕ и СЗЕ в 1980 г. са представени на фиг.41 и фиг.42. ПЗИС<sub>0-75</sub> е диференцирана на ПЛС<sub>0-75</sub>, ППС<sub>0-75</sub> и смъртност от ИБС<sub>0-75</sub>, а смъртността от останалите причини е означена като смъртност от други причини (СДП<sub>0-75</sub>).

Предотвратимата със здравни интервенции смъртност и при двата пола заема около две трети в структурата на СВП<sub>0-75</sub> в повечето СЦИЕ. При мъжете две страни са с относителен дял на ПЗИС<sub>0-75</sub> под 60% - Полша (47,38%) и Румъния (55,12%), а при жените ПЗИС<sub>0-75</sub> има еднакъв относителен дял с този на СДП<sub>0-75</sub> само в Полша.



**Фиг. 41. Структура по компоненти на СВП<sub>0-75</sub> при мъжете, 1980-1984 г. (в %)**

ИБС е единичната причина с най-голям принос към ПЗИС<sub>0-75</sub> и при двата пола. Ако изключим нейния ефект от предотвратимата смъртност, относителният дял на ПЗИС<sub>0-75</sub> намалява и е между една трета и 45% от СВП<sub>0-75</sub> при мъжете, а при жените варира между 40-55% от СВП<sub>0-75</sub>.



**Фиг. 42. Структура по компоненти на СВП<sub>0-75</sub> при жените, 1980-1984 г. (в %)**

В 2004 г. трите Балтийски страни страните показва най-висока смъртност от всички причини до 75 г. при мъжете в СЦЕ. България отбелязва повишаване, а Румъния – липса на промяна в нивото на СВП<sub>0-75</sub> (табл.12). Различията в средните нива на СВП<sub>0-75</sub> при мъжете между двете групи страни се увеличават в сравнение

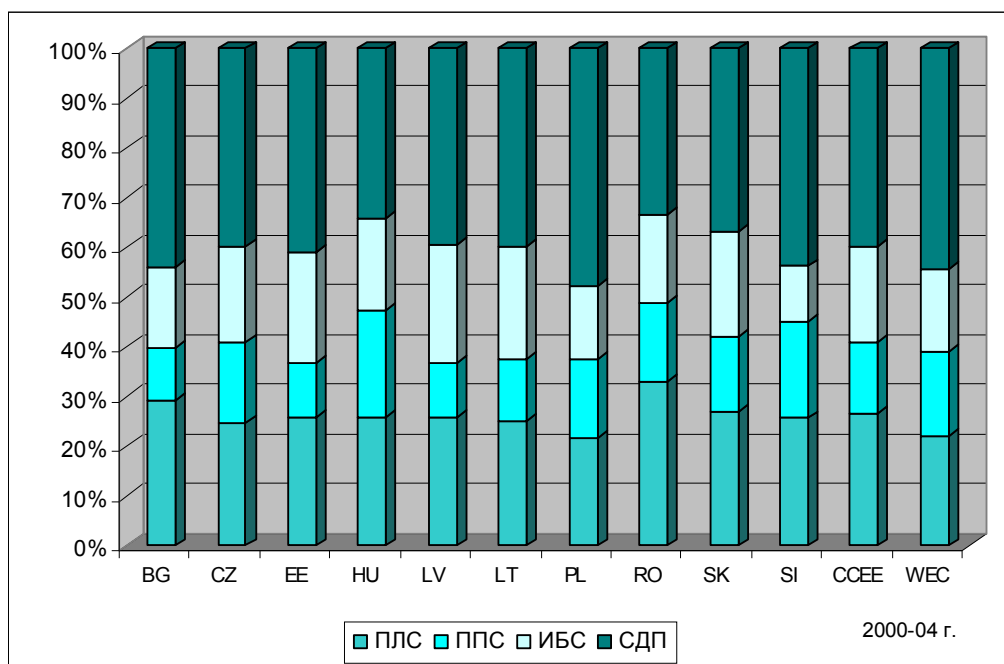


с 1980 г., като СЦИЕ имат с 52% по-висока смъртност от СЗЕ. Разликите на отделните СЦИЕ и западноевропейските страни също нарастват и са от 29,36% (със Словения) до 62,24% (с Латвия). При жените в СЦИЕ смъртността от всички причини до 75 г. показва в 2004 г. по-ниски нива, в сравнение с 1980 г.

**Табл. 12. СВП<sub>0-75</sub> по пол в СЦИЕ и СЗЕ, 2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

Страна	Мъже			Жени		
	СВП <sub>0-75</sub>	ОС мъже	Отн. дял СВП <sub>0-75</sub> (%)	СВП <sub>0-75</sub>	ОС жени	Отн. дял СВП <sub>0-75</sub> (%)
България	804,92	1277,16	63,02	381,32	765,47	49,82
Естония	1006,92	1450,85	69,40	342,44	684,01	50,06
Латвия	1037,91	1499,57	69,21	403,86	759,05	53,21
Литва	993,30	1418,11	70,04	355,65	677,76	52,47
Полша	727,95	1133,81	64,20	297,96	608,02	49,05
Румъния	833,83	1280,21	65,13	407,48	787,70	51,73
Словакия	742,42	1204,13	61,66	327,16	674,86	48,48
Словения	554,81	944,01	58,77	248,99	530,35	46,95
Унгария	875,75	1324,92	66,10	384,28	732,22	52,48
Чехия	610,56	1038,411	58,80	285,17	630,45	45,23
СЦИЕ	818,84	1257,12	65,14	343,43	684,99	50,14
СЗЕ	391,93	746,66	52,49	206,83	498,32	41,50

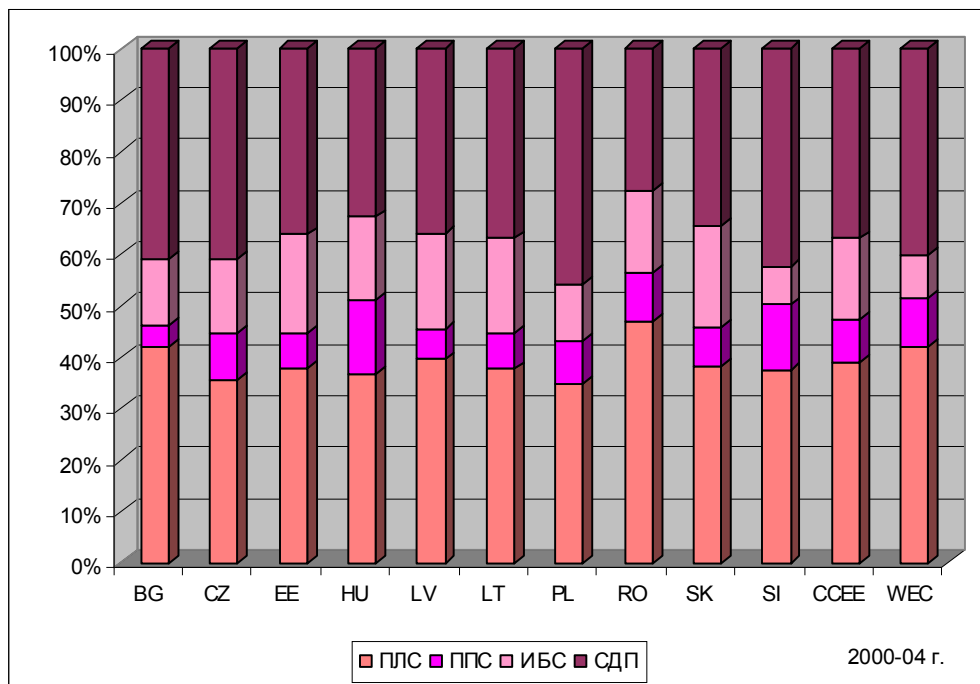
Изучаването на СВП<sub>0-75</sub> по съставни компоненти при мъжете в 2004 г. е илюстрирано на фиг.43.



**Фиг. 43. Структура по компоненти на СВП<sub>0-75</sub> при мъжете, 2000-2004 г. (в %)**

При мъжете в Унгария, Румъния и Словакия относителният дял на ПЗИС<sub>0-75</sub> надвишава 60% в структурата на СВП<sub>0-75</sub>. При изключване на умиранията от ИБС от групата на ПЗИС<sub>0-75</sub>, делът на предотвратимата смъртност при мъжете намалява до 35-49%.

В структурата на СВП<sub>0-75</sub> при жените в 2004 г. само 4 страни имат относителен дял на ПЗИС<sub>0-75</sub> под 60% (фиг.44). Когато се отстрани смъртността от ИБС<sub>0-75</sub>, относителният дял на предотвратимата смъртност намалява до 44%-56%.



**Фиг. 44. Структура по компоненти на СВП<sub>0-75</sub> при жените, 2000-2004 г. (в %)**

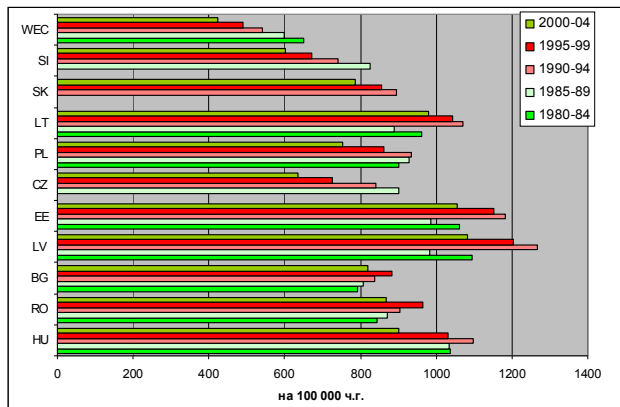
Смъртността от всички причини до 75-годишна възраст при мъжете нараства в П<sub>2</sub> в България, Румъния и Полша (фиг.45). Без промяна или намаляващи средни нива за периода се наблюдават в Унгария и трите Балтийски страни. В П<sub>3</sub> нарастваща смъртност и максимални стойности постигат Унгария, Латвия, Естония, Литва, Полша и Словакия, а Словения и Чехия снижават средното ниво на СВП<sub>0-75</sub>. В България и Румъния смъртността продължава да нараства и в П<sub>4</sub>. Низходяща тенденция за СВП<sub>0-75</sub> се очертава във всички СЦИЕ в П<sub>5</sub>. В СЗЕ снижаването на смъртността е непрекъснато във всички периоди.

Изучаването на смъртността до 75 г. при мъжете в отделните СЦИЕ за целия 25-годишен период установява някои общи модели (фиг.46). Словения и Чехия снижават честотата на умиранията за целия период, подобно на тенденцията в СЗЕ. Повишаване на СВП<sub>0-75</sub> с темп на прираст от 3,92% се регистрира в Чехия в 1990 г., а в Словения смъртността нараства в 1990 и 1992 г.

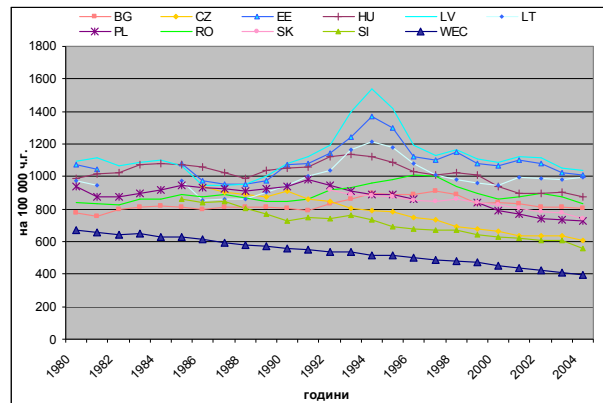
Полша и Унгария показват увеличаване на СВП<sub>0-75</sub> в 1983-1985 г., последвано от снижаване. От 1989 смъртността при мъжете отново нараства – в Полша за 3 години, в Унгария – до 1993 г., след което СВП<sub>0-75</sub> трайно снижава.

Изходните стойности на СВП<sub>0-75</sub> при мъжете в Балтийските страни са най-високи. В периода 1985-1988 г. честотата на умиранията се снижава. От 1989 г. до

1994 г. стойностите се покачват средно с 6-9% годишно, като най-високи нива се достигат при мъжете в Латвия. В следващите години смъртността бързо намалява.



**Фиг. 45. Динамика на СВП<sub>0-75</sub> при мъжете по подпериоди, 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**



**Фиг. 46. Динамика на СВП<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ, 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

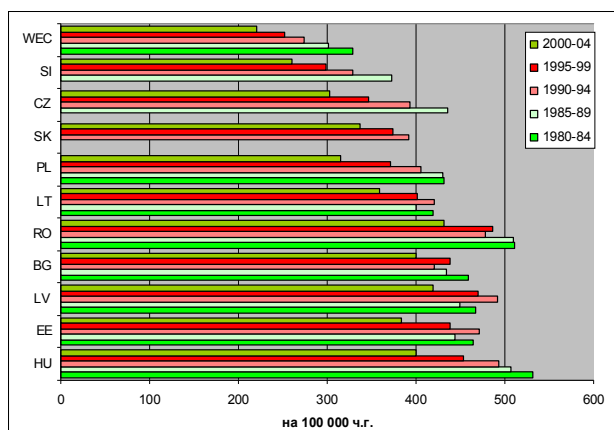
В България и Румъния покачване на СВП<sub>0-75</sub> при мъжете се наблюдава в периода 1982-1987 г. От 1991 г. започва ново повишаване на смъртността, което продължава през П<sub>4</sub> до 1996 г. за Румъния, а в България е с най-висока стойност в 1997 г. СВП<sub>0-75</sub> при мъжете намалява нестабилно в следващите години.

При жените промените в средните нива на СВП<sub>0-75</sub> за отделните периоди са представени на фиг. 47. Прави впечатление, че 5 СЦИЕ - Унгария, Полша, Чехия, Словакия и Словения демонстрират постоянно снижаване на честотата на умиранията при жените през всички подпериоди. Такава низходяща тенденция на смъртността при жените имат и страните от Западна Европа.

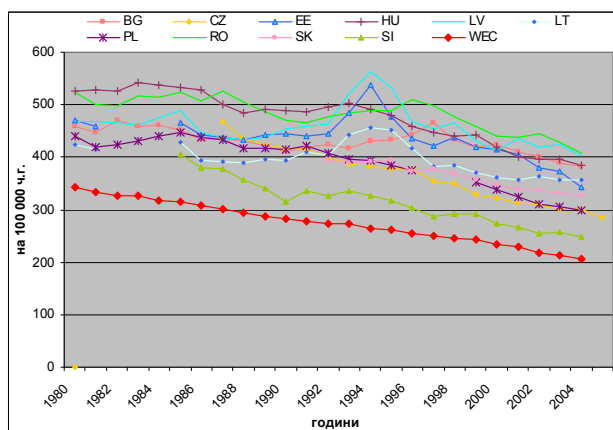
В Балтийските страни, България и Румъния смъртността до 75 г. има по-ниски средни стойности в П<sub>2</sub> в сравнение с предходния период. В П<sub>3</sub> Естония, Латвия и Литва повишават нивата, а в България и Румъния стойностите за периода са по-ниски от тези на П<sub>2</sub>. Балтийските страни постигат в П<sub>3</sub> честота на умиранията при жените до 75 г., която е най-висока или е близка до тази на П<sub>1</sub>. В последните два периода трите страни снижават СВП<sub>0-75</sub>. България и Румъния показват по-високи средни нива на смъртност в П<sub>4</sub> спрямо предходния период.

Анализът на динамиката на СВП<sub>0-75</sub> при жените в отделните СЦИЕ за целия период потвърждава описаните три модела (фиг.48). Унгария, Чехия, Полша, Словакия и Словения споделят подобни тенденции в СВП<sub>0-75</sub>. В периода 1982-85 г. те показват увеличаване на смъртността, последвано от снижаване до 1989 г. В П<sub>3</sub> Унгария, Полша и Словения покачват стойностите на смъртността през 1991-93 г. Чехия и Словакия повишават СВП<sub>0-75</sub> в 1994-95 г. В последните два периода смъртността намалява и в 5-те страни.

В трите Балтийски страни СВП<sub>0-75</sub> при жените снижава през 1985-1988 г., след което нараства с постигане на най-високи стойности през 1994 г. В следващите 10 години смъртността при жените намалява, като в Естония и Литва това става стабилно, а в Латвия - с колебания.



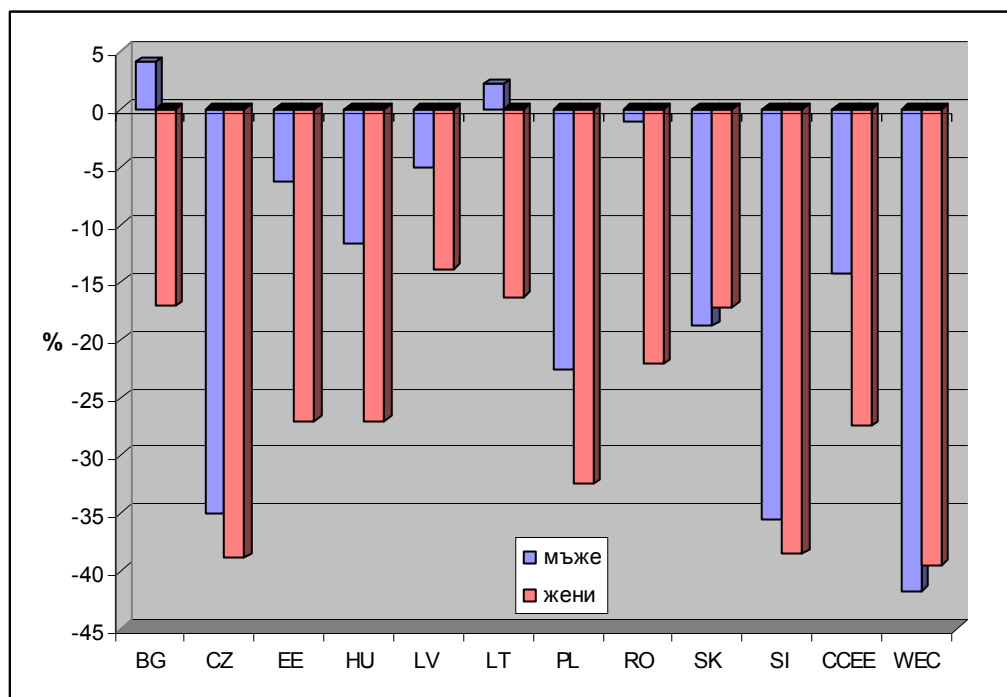
**Фиг. 47. Динамика на СВП<sub>0-75</sub> при жените по подпериоди, 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**



**Фиг. 48. Динамика на СВП<sub>0-75</sub> при жените в СЦИЕ и СЗЕ, 1980-2004 г. (на 100 000 ч.г.)**

В България и Румъния намаляване на СВП<sub>0-75</sub> при жените се наблюдава до 1990-1991 г. В следващите години честотата на умираанията расте, като достига максимум при жените в Румъния през 1996, а в България –1997 г. Намаляването на СВП<sub>0-75</sub> при жените в двете страни в последните два периода е стабилно.

Промените в нивата на СВП<sub>0-75</sub> при двата пола в СЦИЕ и СЗЕ за целия период на наблюдение са представени на фиг.49.



**Фиг. 49. Промяна на СВП<sub>0-75</sub> по пол в СЦИЕ и СЗЕ за периода 1980-2004 г. (в %)**

Най-благоприятна промяна в СВП<sub>0-75</sub> реализират 5-те централноевропейски страни, чиято динамика на смъртността е подобна на тази в СЗЕ. България и Литва реализират нарастване на смъртността при мъжете с 2-4% за 25 години. При жените в СЦИЕ, за разлика от мъжете, се постига намаляване на смъртността до 75 г. във всички страни. Най-добри здравни резултати отбелязват Чехия, Словения и Полша, като те са сравними с тези при жените от Западна Европа.

### 4.3. ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ПРИНОСА НА ПЗИС В СЦИЕ ЗА ПРОМЕНИТЕ В ДЕТСКАТА СМЪРТНОСТ ПРЕЗ СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИЯ ПРЕХОД

#### 4.3.1. Промени в детската смъртност в СЦИЕ И СЗЕ

Изучаването през 1980 г. на стойностите на ДС при момчетата в СЦИЕ показва най-ниски нива в трите Балтийски страни (табл.13). Разликата между най-високото (Румъния) и най-ниското (Естония) ниво на ДС е 40,4%. Средното ниво на ДС при момчетата в СЗЕ е по-ниско с 28÷57% в сравнение с ДС в отделните СЦИЕ и с 40,2% - от нивото на СЦИЕ като група.

Табл. 13. Детска смъртност при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ, 1980 г. и 2004 г.

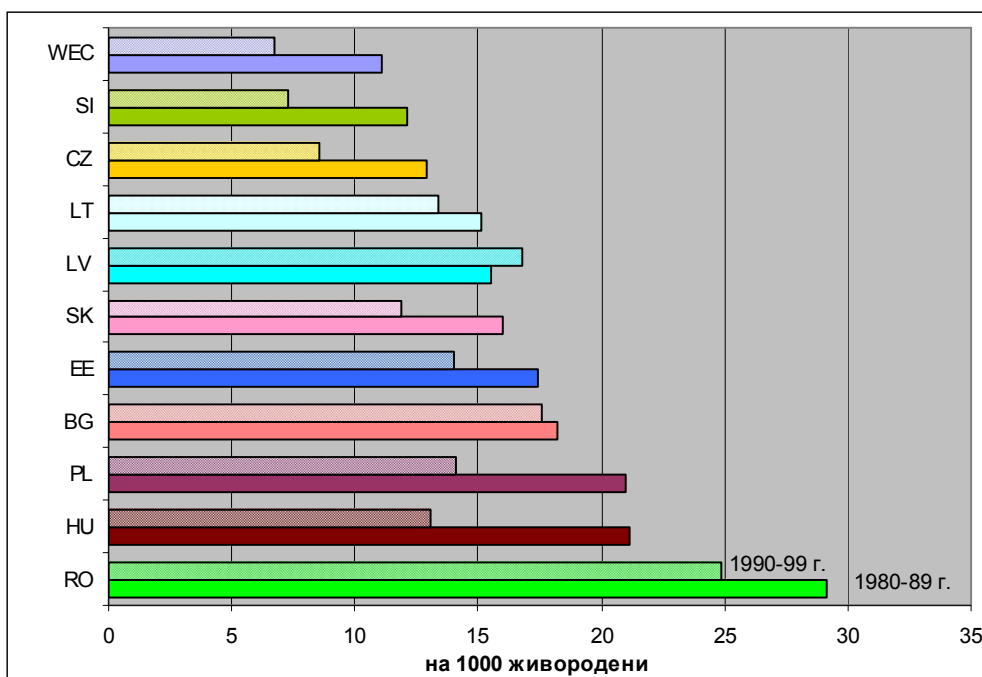
Страна	ДС (на 1000 живородени)		Среден темп на развитие (%)
	1980 г.	2004 г.	
България	23,05	13,6	98,05
Естония	18,68	6,55	95,47
Латвия	18,86	9,64	97,24
Литва	18,78	8,51	96,46
Полша	23,54	7,43	95,31
Румъния	31,38	18,73	97,87
Словакия (1986)	17,48	7,23	97,20
Словения (1985)	15,9	3,54	92,40
Унгария	23,26	7,26	95,26
Чехия (1986)	14,04	4,18	94,18
<b>СЦИЕ</b>	22,51	8,62	96,13
<b>СЗЕ</b>	13,46	4,32	95,38

В 2004 г. е постигната значима редукция на ДС при момчетата в СЦИЕ, като само България и Румъния регистрират нива над 10‰. Словения и Чехия реализират най-значим спад на индикатора (със 70-77%), в сравнение с 1980 г. ДС за СЦИЕ като група е 2,6 пъти по-ниска от тази в изходната година. Различията в нивата на ДС между отделните СЦИЕ се задълбочават. При сравнение с най-ниското ниво на ДС (на Словения), разликите със 7 от страните надхвърлят 50%.

Страните от Западна Европа са постигнали 67,88% намаление на индикатора за мъжкия пол за целия 25-годишен период. Различията със отделните СЦИЕ са се задълбочили и са в рамките на 22% (със Словения) и 76,9% (с Румъния). Словения и Чехия имат стойности на ДС в 2004 г., по-ниски от средните за СЗЕ. Средната стойност на ДС при момчетата за СЦИЕ като група е близо два пъти по-висока от нивото в СЗЕ за 2004.

Нивата на ДС при момчетата в отделните СЦИЕ преди и след началото на социално-икономическите промени са сравнени за два 10-годишни периода: 1980-89 и 1990-99 г. (фиг.50). Средните стойности на ДС през 90-те години за всички страни са по-ниски от средните нива за 80-те години, с изключение на Латвия,

която отбелязва нарастване с 8,7%. Най-голямо снижаване на средната стойност за периода 1990-99 г. постигат Словения (39,9%), Унгария (38,3%) и Чехия (33,5%).



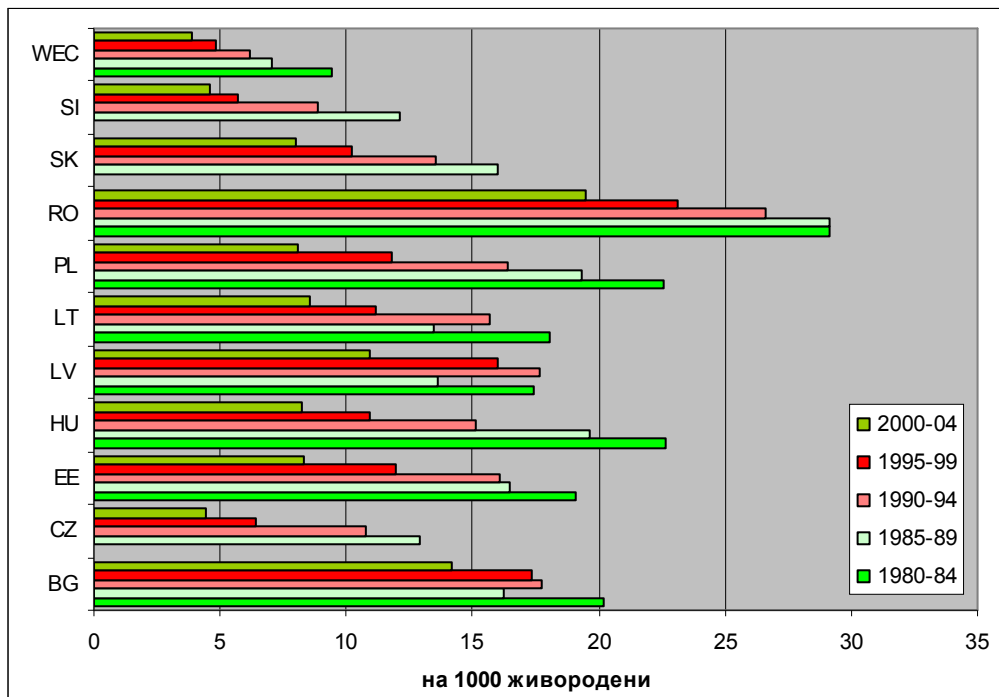
**Фиг. 50. ДС при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ по периоди (1980-89 и 1990-99 г.)**

В периода 1980-89 г. Словакия показва най-значима редукция (46,5%) на ДС при момчетата (табл.14). Във второто проучвано десетилетие единствено България от групата на СЦИЕ не снижава нивата на индикатора. СЗЕ регистрират стабилно снижаване на ДС през двата периода.

**Табл. 14. Динамика на ДС при момчетата по периоди (1980-1999 г.)**

Страна	Общо снижение на ДС в периода (%)		Среден темп на развитие (%)	
	1980-89 г.	1990-99 г.	1980-89 г.	1990-99 г.
България	-29,33	1,54	97,14	100,17
Естония	-11,61	-23,52	100,16	97,06
Латвия	-30,49	-34,40	96,04	95,42
Литва	-28,54	-17,59	93,60	97,87
Полша	-23,58	-45,56	97,06	93,47
Румъния	-3,76	-31,94	99,58	95,81
Словакия (1986)	-15,68	-34,68	94,48	95,38
Словения (1985)	-46,47	-52,26	85,53	92,11
Унгария	-26,57	-43,46	96,63	93,86
Чехия (1986)	-16,45	-61,25	94,18	90,10
<b>СЦИЕ</b>	<b>-29,36</b>	<b>-33,44</b>	<b>96,34</b>	<b>95,58</b>
<b>СЗЕ</b>	<b>-32,81</b>	<b>-38,92</b>	<b>95,68</b>	<b>94,67</b>

Анализът на динамиката на ДС при момчетата по петгодишни периоди показва непрекъснато снижаване в 6 СЦИЕ – Естония, Полша, Словакия, Словения, Унгария и Чехия (фиг.51).

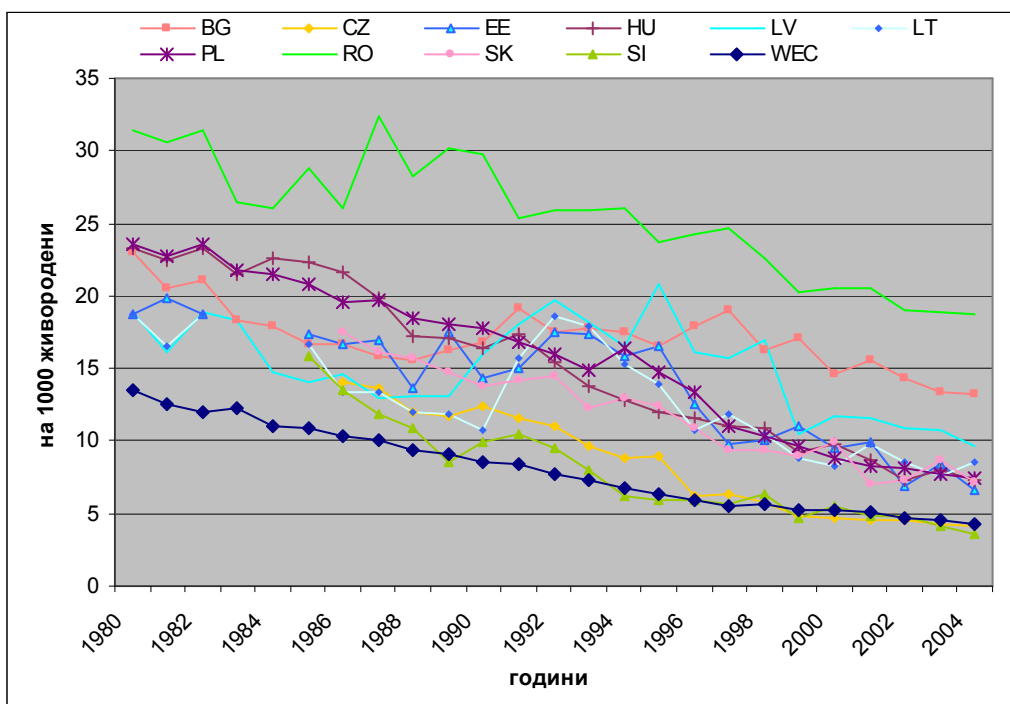


**Фиг. 51. Динамика на ДС при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ по подпериоди, 1980-2004 г. ( на 1000 живородени)**

България, Латвия и Литва се отличават с нарастващи стойности на ДС при момчетата в П<sub>3</sub>. В П<sub>4</sub> детската смъртност намалява по-значимо в Латвия и Литва (със 7-8% годишно), докато в България редуцията е с темп 2% на година. Различията със СЗЕ в нивото на ДС при момчетата за България са 72% в П<sub>5</sub>. Латвия и Литва снижават различията в ДС със СЗЕ в последния период съответно до 64% и 52%.

В Румъния нивото на ДС при момчетата намалява стабилно в периодите П<sub>3</sub>-П<sub>5</sub>. Въпреки низходящата тенденция, разликите в нивата на ДС на Румъния със СЗЕ нарастват от 67,8% в П<sub>1</sub> до 80% в П<sub>5</sub>.

Стойностите на ДС при момчетата, проучени в динамика за 25 г., показват низходяща тенденция във всички страни на Централна и Източна Европа (фиг.52). В Словения, Чехия, Полша и Словакия детската смъртност намалява във всички години на периода, като средногодишните темпове на снижаване са по-големи или сравними с тези в СЗЕ. В България и Естония повишаване на ДС се регистрира в 1989 г. В останалите СЦИЕ то се наблюдава от 1990 г. и има различна продължителност. В България, Естония и Латвия по-високи нива на ДС при момчетата се регистрират най-продължително, за 7-9 години. В Латвия повишена ДС се наблюдава в период от 3 г. с начало в 1992 г. Румъния, която трайно има най-високи нива на ДС сред СЦИЕ през целия 25-годишен период, показва еднократно повишаване на индикатора в 1989 г., след което запазва низходяща тенденция. В СЗЕ се наблюдава стабилна низходяща тенденция на ДС.



**Фиг. 52. Динамика на ДС при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ, 1980-2004 г. (на 1000)**

Детската смъртност при женския пол показва подобно развитие на това при мъжете, но с някои особености (табл.15). През 1980 г. в групата на СЦИЕ най-ниско ниво на ДС при жените постига Латвия. Честотата на умираанията при момичетата в Румъния и Унгария има нива над 20‰. Разликата в показателя между страните с най-ниска и най-висока стойност е 49%. ДС в СЗЕ е по-ниска с 20÷60% от нивата на отделните СЦИЕ и с 44,5% - от ДС в СЦИЕ като група.

**Табл. 15. Детска смъртност при жените в СЦИЕ и СЗЕ, 1980 г. и 2004 г.**

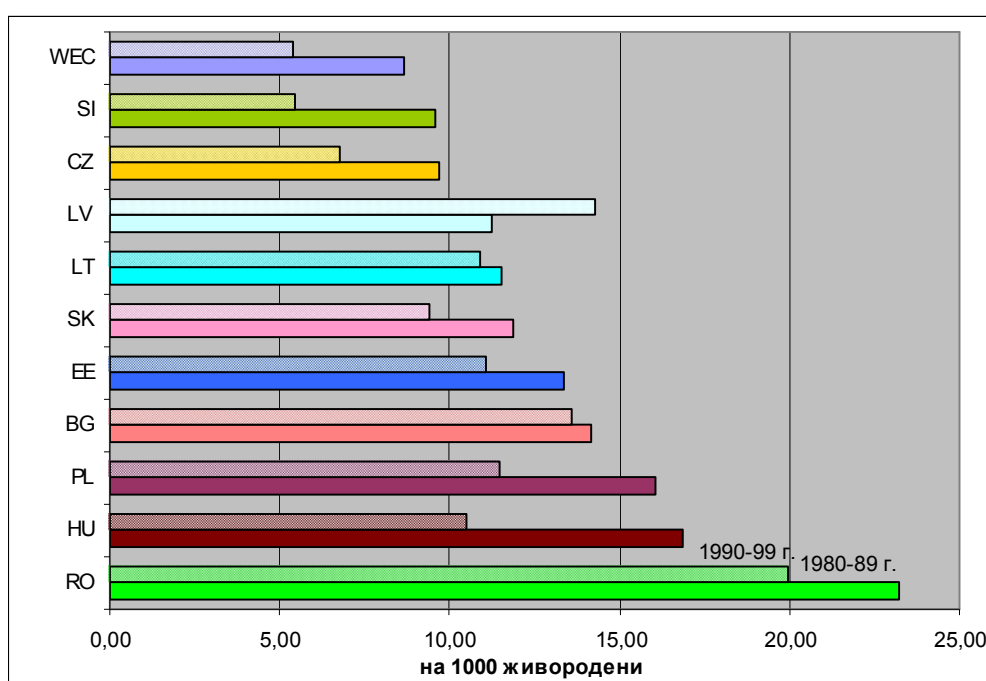
Страна	ДС (на 1000 живородени)		Среден темп на развитие (%)
	1980 г.	2004 г.	
България	17,24	10,04	97,77
Естония	15,31	6,31	95,87
Латвия	13,06	9,75	98,79
Литва	14,16	7,25	96,86
Полша	17,97	6,14	95,62
Румъния	25,83	14,82	97,71
Словакия (1986)	12,46	6,32	96,30
Словения (1985)	10,08	3,88	95,10
Унгария	20,33	5,91	94,98
Чехия (1986)	10,46	3,29	93,78
<b>СЦИЕ</b>	<b>18,89</b>	<b>7,37</b>	<b>96,16</b>
<b>СЗЕ</b>	<b>10,47</b>	<b>3,69</b>	<b>95,74</b>



Детската смъртност при момичетата в СЦИЕ показва низходяща тенденция през целия период на изучаване и в 2004 г. тя е намаляла между 1,33÷3,44 пъти в сравнение с 1980. В заключителната година най-ниска е ДС в Чехия, като тя е по-ниска и от тази на СЗЕ. Разликите в ДС между отделните СЦИЕ и страната с най-ниско ниво нарастват до 43-78%.

Най-голямо намаление на ДС при момичетата отбелязва Унгария, която от страна с по-високо от средното ниво за СЦИЕ през 1980 г. постига снижение от 71% за 25 г. и е сред страните в СЦИЕ с ДС в рамките на първия кваartil (5,96‰) през 2004 г. Румъния постига значимо намаление на ДС за целия период (42,6%), но не успява да достигне ниво от 10‰, както останалите страни.

При сравняване на средните стойности на ДС при момичетата за двата изучавани 10-годишни периода, всички СЦИЕ показват низходяща тенденция в 1990-99 г., с изключение на Латвия (фиг.53).



**Фиг. 53. ДС при жените в СЦИЕ и СЗЕ по периоди (1980-89 и 1990-99 г.)**

България и Литва не променят съществено средните стойности на ДС в двата периода, като различията са от порядъка на 4-5%. Най-значими различия в средните нива на ДС за двата периода се установяват в Словения (43,30%), Унгария (37,62%) и Чехия (30,28%).

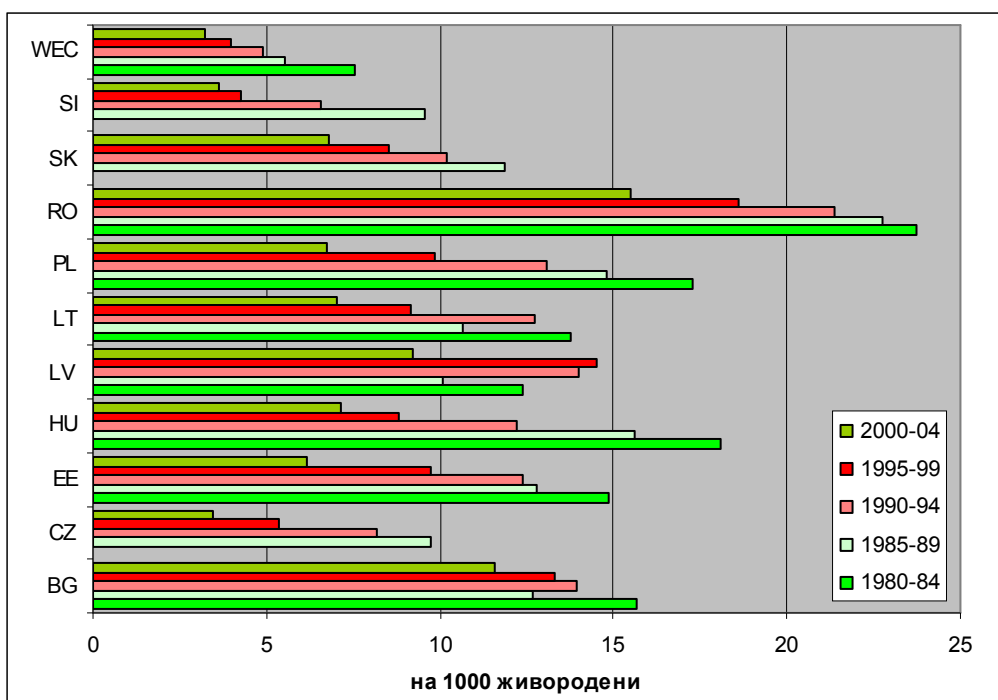
През 80-те години на ХХ в. нивата на ДС при момичетата снижават във всички страни (табл.16), като само в Словакия и Словения се наблюдава по-малка промяна на индикатора в сравнение с другия пол.

В периода 1990-99 г. Латвия отбелязва нарастване на ДС при момичетата. България има незначително снижаване от 5% на ДС. СЗЕ демонстрират стабилно намаляване на ДС и през втория период при ускоряване на темпа на снижаване на показателя в сравнение с предходното десетилетие.

Табл. 16. Динамика на ДС при жените по периоди (1980-89 и 1990-99 г.)

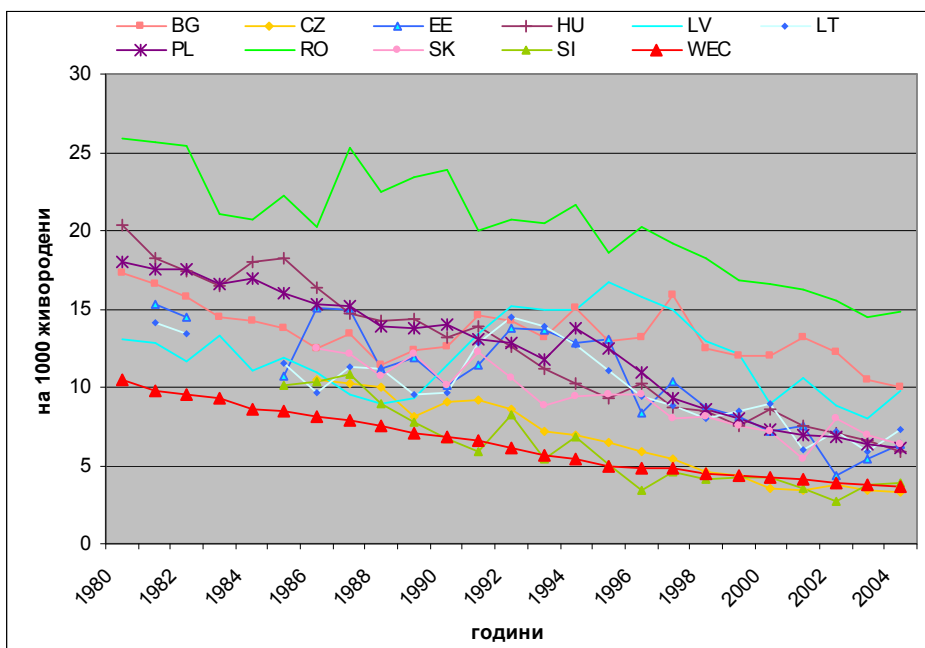
Страна	Общо снижение на ДС в периода (%)		Среден темп на развитие (%)	
	1980-89 г.	1990-99 г.	1980-89 г.	1990-99 г.
България	-28,31	-4,6	96,37	99,48
Естония	-22,21	-20,37	95,90	97,50
Латвия	-28,94	6,20	96,27	100,67
Литва	-32,77	-12,63	93,60	98,51
Полша	-23,20	-43,10	97,11	93,93
Румъния	-9,29	-29,77	98,92	96,15
Словакия (1986)	-2,81	-24,85	99,05	96,88
Словения (1985)	-23,02	-36,62	93,67	95,06
Унгария	-29,51	-42,81	96,19	93,98
Чехия (1986)	-22,18	-51,49	91,98	92,28
СЦИЕ	-35,06	-26,13	95,32	96,69
СЗЕ	-32,38	-37,22	96,08	93,67

Проследяването на промените в ДС при момчетата в отделните СЦИЕ по 5-годишни периоди показва развитие на индикатора, близко до това при момчетата. Към групата от 6 страни с непрекъснато намаляване на нивата на ДС, идентифицирана при момчетата, се присъединява и Румъния (фиг.54). ДС при момчетата в България и Литва нараства в П<sub>3</sub> и снижава в последните два периода. Латвия има най-неблагоприятно развитие на ДС по подпериоди.



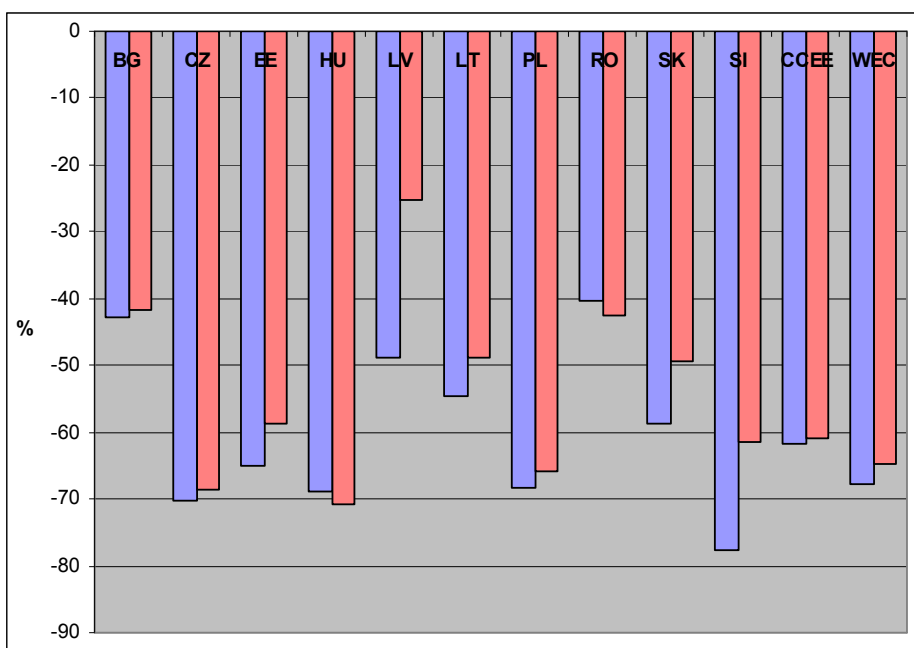
Фиг.54. Динамика на ДС при жените в СЦИЕ и СЗЕ по подпериоди (1980-2004)

Детайлното изучаване на динамиката на ДС при жените за 25 години в отделните СЦИЕ показва стабилно намаляване в петте централноевропейски страни (фиг.55). Румъния има низходяща крива на ДС, но с покачващи се стойности още от средата на 80-те години до 1995 г. България снижава нивата на ДС при момичетата до 1989 г., след което те нарастват в периода 1990-93 г. и отново в 1996-97 г. В Латвия ДС се повишава съществено в началото на преходния период.



Фиг. 55. Динамика на ДС при жените в СЦИЕ и СЗЕ, 1980-2004 г.

Промените в нивата на ДС по пол в отделните СЦИЕ и като група са позитивни, като значимо намаляват загубите за популациите в резултат от умирация през първата година на живота (фиг.56).



Фиг. 56. Промяна на ДС по пол в СЦИЕ и СЗЕ за периода 1980-2004 г. (в %)

#### 4.3.2. Предотвратимата със здравни интервенции смъртност през първата година от живота в СЦИЕ и СЗЕ

Проучени са 16 причини за смърт на децата през първата година от живота, умирацията от които са предотвратими със съвременно лечение или профилактични дейности. Групата на предотвратимите с профилактика причини включва ваксинапредотвратими заболявания и МПТЗ. За всички страни е определен приносът на ПЗИС<sub>0-1</sub> към ДС по пол. Определени са водещите 3 предотвратими причини за смърт и са проследени в динамика по периоди.

В началната 1980 г. ПЗИС<sub>0-1</sub> представлява съществена част от умирацията при децата през първата година от живота - от около 50% до 80%. (табл.17.).

**Табл. 17. Нива на ПЗИС<sub>0-1</sub> по пол в СЦИЕ и СЗЕ, 1980 г. (на 1000 живородени)**

Страна	Мъже			Жени		
	ПЗИС <sub>0-1</sub>	ДС	ПЗИС <sub>0-1</sub> (%)	ПЗИС <sub>0-1</sub>	ДС	ПЗИС <sub>0-1</sub> (%)
<b>България</b>	17,57	23,05	76,22	12,92	17,24	74,94
<b>Естония (1981)</b>	12,93	18,68	69,22	9,99	15,31	65,25
<b>Латвия</b>	10,09	18,86	53,50	6,18	13,06	47,32
<b>Литва (1981)</b>	10,66	18,78	56,76	8,07	14,16	56,99
<b>Полша</b>	16,40	23,54	69,67	11,77	17,97	65,50
<b>Румъния</b>	23,99	31,38	76,45	18,95	25,83	73,36
<b>Унгария</b>	20,22	23,26	86,93	15,28	20,33	75,16
<b>СЦИЕ</b>	17,66	22,51	78,45	13,02	18,89	68,92
<b>СЗЕ</b>	8,98	13,46	66,71	4,48	10,47	42,79

Латвия и Литва регистрират в 1980 г. най-ниска честота на ПЗИС<sub>0-1</sub> при момчетата. Разликите между най-високото (Румъния) и най-ниско (Латвия) ниво на ПЗИС<sub>0-1</sub> е 57,9% и надхвърлят установените различия при същото сравнение на ДС. СЗЕ имат по-ниска изходна стойност на ПЗИС<sub>0-1</sub> при момчетата, в сравнение с отделните СЦИЕ, като различията варират от 11% до 62,6%.

При момчетата в началото на изследвания период най-ниски нива на ПЗИС<sub>0-1</sub> показват също Балтийските страни, а Румъния отново е с най-висока стойност на ПЗИС<sub>0-1</sub>. В СЗЕ предотвратимата смъртност при момчетата до 1-годишна възраст е с най-ниско ниво (под 5‰) сред всички изследвани страни. Тя е два пъти по-ниска от тази на СЦИЕ като цяло и се различава от отделните страни с 3,8% до 66,2%.

Подобно на детската смъртност, ПЗИС<sub>0-1</sub> при момчетата е по-ниска от тази при момчетата и има по-нисък относителен дял в структурата на ДС. Момчетата в СЦИЕ имат средно около 30% по-висок относителен риск за смърт от предотвратими със здравни интервенции причини през първата година на живота в сравнение с момчетата, докато относителният риск за смърт от всички причини през първата година е по-висок с 20%.

В 2004 г. ПЗИС<sub>0-1</sub> има по-ниски стойности от изходните във всички СЦИЕ (табл.18) и при двата пола, като Румъния единствена задържа нивото на ПЗИС<sub>0-1</sub> над 10%. При момчетата България показва значителна редукция в предотвратимата смъртност през първата година на живота. Честотата на ПЗИС<sub>0-1</sub> в СЗЕ е по-висока от тази в Словения, но остава по-ниска от ПЗИС<sub>0-1</sub> във всички останали СЦИЕ и от средното ниво за СЦИЕ като група. Различията на СЗЕ с България, Румъния, Латвия и Литва в нивата на ПЗИС<sub>0-1</sub> при момчетата са се увеличили в сравнение с тези в изходната 1980 г.

**Табл. 18. Нива на ПЗИС<sub>0-1</sub> по пол в СЦИЕ и СЗЕ, 2004 г. (на 1000 живородени)**

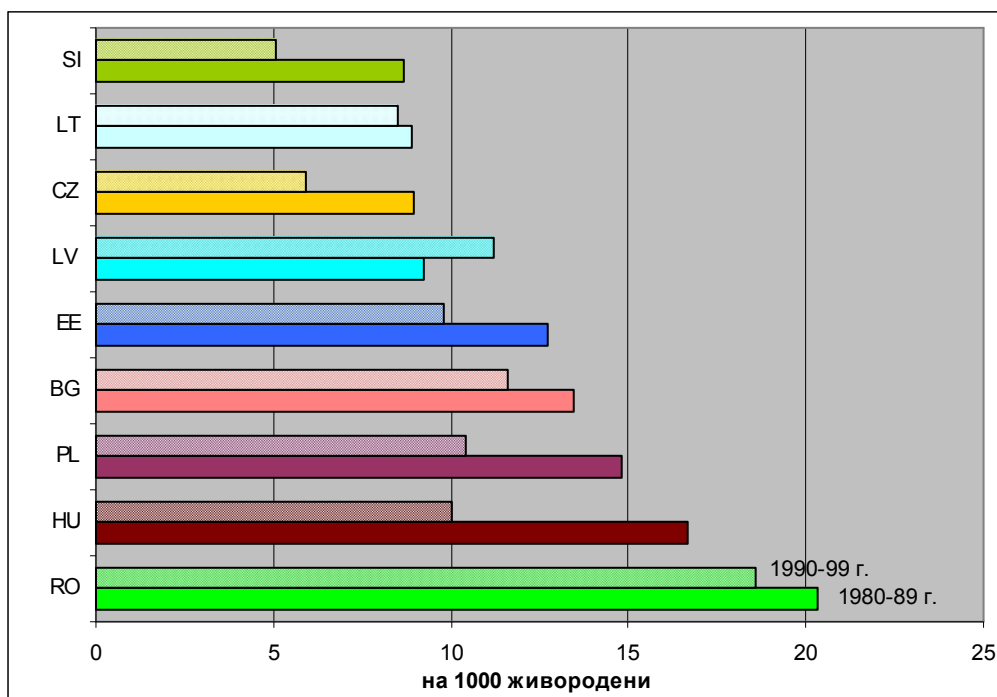
Страна	Мъже			Жени		
	ПЗИС <sub>0-1</sub>	ДС	ПЗИС <sub>0-1</sub> (%)	ПЗИС <sub>0-1</sub>	ДС	ПЗИС <sub>0-1</sub> (%)
<b>България</b>	7,86	13,6	57,79	5,94	10,04	59,16
<b>Естония</b>	4,35	6,55	66,41	5,20	6,31	82,41
<b>Латвия</b>	5,52	9,64	57,26	5,69	9,75	58,36
<b>Литва</b>	4,96	8,51	58,28	3,89	7,25	53,66
<b>Полша</b>	5,07	7,43	68,24	4,02	6,14	65,47
<b>Румъния</b>	15,13	18,73	80,78	11,34	14,82	76,52
<b>Словакия</b>	4,45	7,23	61,55	4,10	6,32	64,87
<b>Словения</b>	2,10	3,54	59,32	2,97	3,88	76,55
<b>Унгария</b>	5,66	7,26	77,96	4,29	5,91	72,59
<b>Чехия</b>	2,99	4,18	71,53	2,15	3,29	65,35
<b>СЦИЕ</b>	5,81	8,62	67,40	4,96	7,37	67,30
<b>СЗЕ</b>	2,72	4,32	62,96	2,28	3,69	62,28

При момчетата различията между нивата на ПЗИС<sub>0-1</sub> в отделните СЦИЕ и в страната с най-ниско ниво (Чехия) са между 28-80%. СЗЕ постигат второ най-ниско ниво на индикатора след това на Чехия. За целия 25-годишен период различията в ПЗИС<sub>0-1</sub> при момчетата между СЗЕ и СЦИЕ като група са се запазили, а са нараснали тези между СЗЕ и България, Естония, Латвия, Литва и Румъния.

Изучаването на ПЗИС<sub>0-1</sub> по компоненти – предотвратима с лечение и предотвратима с профилактика смъртност, показва във всички страни незначителен относителен дял на ППС<sub>0-1</sub>, рядко надхвърляща 1% от ПЗИС<sub>0-1</sub>. Практически в последните 25 г. почти цялата стойност на ПЗИС<sub>0-1</sub> се формира от ПЛС, поради което анализите по периоди са проведени за ПЗИС<sub>0-1</sub> като цяло.

Динамиката на ПЗИС<sub>0-1</sub> при момчетата в СЦИЕ в периодите преди и по време на социално-икономическия преход е представена на фиг.57. Подреждането на страните по ниво на ПЗИС<sub>0-1</sub> през 80-те години на ХХ в. е близко до подреждането по ниво на ДС. В 90-те години на ХХ в. всички страни, с изключение на Латвия, показват снижаване на средните нива на ПЗИС<sub>0-1</sub> при

момчетата. Унгария, Полша, Словения и Естония показват най-голямо намаляване на средната за периода стойност (30-40%).



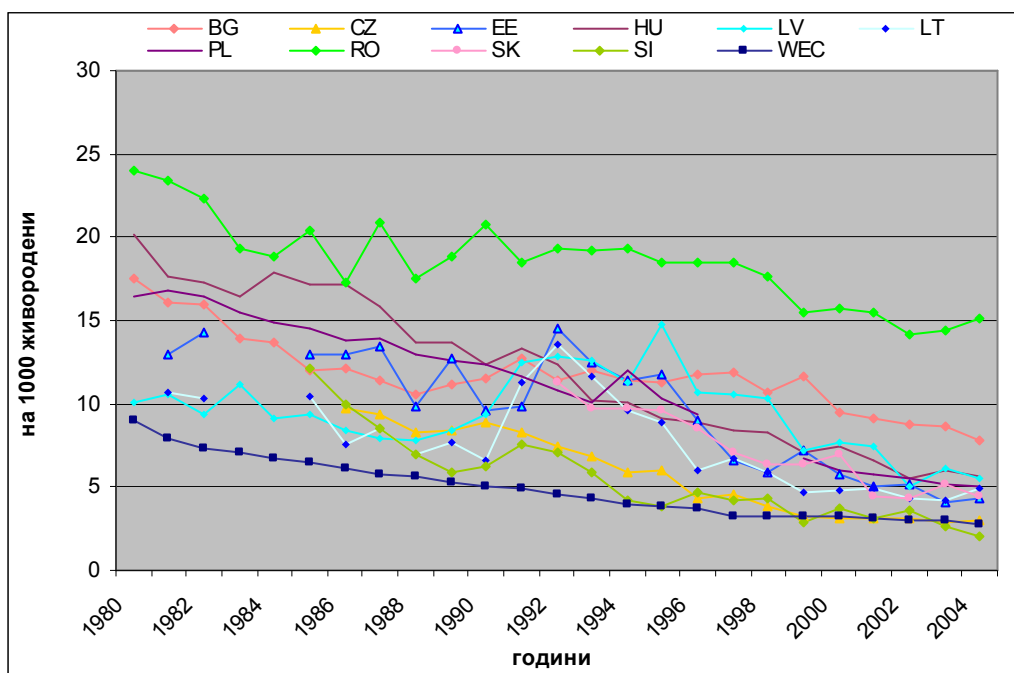
**Фиг. 57. ПЗИС<sub>0-1</sub> при мъжете в СЦИЕ по периоди (1980-89 и 1990-99г.)**

В таблица 19 са описани параметрите на промяната на ПЗИС<sub>0-1</sub> при момчетата в отделните СЦИЕ в двата периода. През първото проучвано десетилетие (1980-89 г.) най-значима промяна в ПЗИС<sub>0-1</sub> при момчетата отбелязват Словения, България и Унгария. В периода 1990-98 г. ПЗИС<sub>0-1</sub> при момчетата продължава да намалява, но с различни темпове.

**Табл. 19. Динамика на ПЗИС<sub>0-1</sub> при мъжете по периоди (1980-89 и 1990-99 г.)**

Страна	Общо снижение на ПЗИС <sub>0-1</sub> в периода (%)		Среден темп на развитие (%)	
	1980-89 г.	1990-99 г.	1980-89 г.	1990-99 г.
България	-36,36	0,47	95,10	100,05
Естония	-1,52	-24,59	99,75	96,91
Латвия	-16,561	-23,122	98,01	97,12
Литва	-28,35	-29,54	94,59	96,19
Полша	-23,03	-45,24	97,13	91,76
Румъния	-21,44	-25,37	97,35	96,80
Словакия (1992)	н.д.	-42,99	-	92,29
Словения (1985)	-51,64	-53,06	83,39	91,94
Унгария	-32,49	-42,42	95,73	94,05
Чехия (1986)	-14,26	-63,78	95,00	89,33
<b>СЦИЕ</b>	<b>-37,50</b>	<b>-33,12</b>	<b>94,91</b>	<b>95,63</b>
<b>СЗЕ</b>	<b>-41,62</b>	<b>-37,31</b>	<b>94,19</b>	<b>94,94</b>

Динамиката на ПЗИС<sub>0-1</sub> при момчетата в СЦИЕ и СЗЕ за 25 години е представена на фиг.58. Развитието на предотвратимата смъртност в отделните страни е подобно на наблюдаваното за ДС.



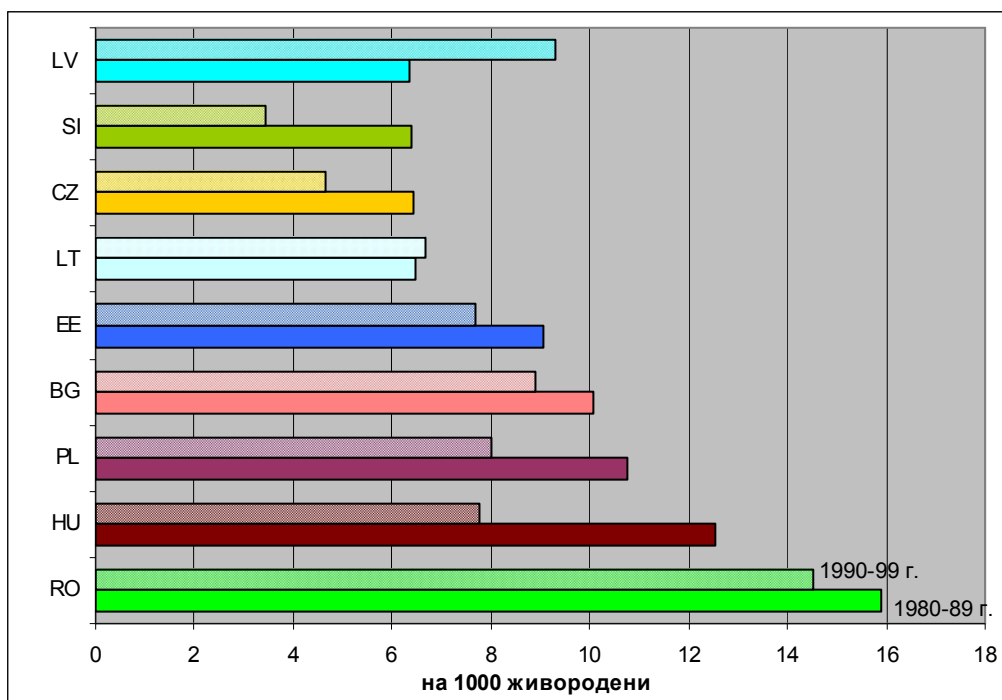
**Фиг. 58. Динамика на ПЗИС<sub>0-1</sub> при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ, 1980-2004 г**

Анализът на промените в нивата на ПЗИС<sub>0-1</sub> при момчетата показва, че за целия период на изучаване Словения е постигнала най-голямо намаление, следвана от Унгария, Чехия и Полша (табл.20). Румъния снижава честотата на предотвратимите умирения при момчетата най-малко за 25-годишния период.

**Табл. 20. Динамика на ПЗИС<sub>0-1</sub> при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ, 1980-2004 г.**

Страна	ПЗИС <sub>0-1</sub> (на 1000 живородени)		Промяна в ПЗИС <sub>0-1</sub> (% от нивото в 1980 г.)	Среден темп на развитие за 25 г. (%)
	1980 г.	2004 г.		
България	17,57	7,86	-55,30	96,70
Естония	12,93	4,35	-66,37	94,94
Латвия	10,09	5,52	-45,31	97,52
Литва	10,66	4,96	-53,42	96,43
Полша	16,40	5,07	-69,08	94,80
Румъния	23,99	15,13	-36,93	98,10
Словакия (1992)	11,24	4,45	-60,42	92,56
Словения (1985)	12,15	2,10	-82,71	91,17
Унгария	20,22	5,66	-72,02	94,83
Чехия (1986)	9,73	2,99	-69,30	93,65
<b>СЦИЕ</b>	<b>17,66</b>	<b>5,81</b>	<b>-67,10</b>	<b>95,47</b>
<b>СЗЕ</b>	<b>8,98</b>	<b>2,72</b>	<b>-69,65</b>	<b>95,15</b>

При момчетата ПЗИС<sub>0-1</sub> отбелязва значимо снижение, но с по-бавни темпове и изоставане от промените при момчетата. Анализът на промените в средните нива на ПЗИС<sub>0-1</sub> за отделните СЦИЕ в периода 1980-89 г. показва, че те запазват своето подреждане, както при ДС, като Латвия постига най-ниски стойности и измества Словения (фиг. 59). Румъния има водеща позиция по ниво на ПЗИС<sub>0-1</sub> и при момчетата.



**Фиг. 59. ПЗИС<sub>0-1</sub> при жените в СЦИЕ по периоди (1980-89 и 1990-99 г.)**

Във втория период 1990-99 г. Латвия съществено снижава средногодишните темпове на развитие и повишава средната стойност на ПЗИС<sub>0-1</sub> с 46,6%, като се нарежда след Румъния на втора позиция с най-високо средно ниво за периода. Останалите страни постигат по-нататъшно намаление на ПЗИС<sub>0-1</sub>.

В 80-те години на ХХ в. някои СЦИЕ постигат по-благоприятни здравни резултати при жените от снижаването на ПЗИС<sub>0-1</sub>. Това са България (-36%) и Литва (-35%). Тези страни със започване на социално-икономическия преход забавят темповете на развитие и отбелязват по-малка промяна в ПЗИС<sub>0-1</sub> през 90-те години, когато Полша, Чехия и Унгария намаляват ПЗИС<sub>0-1</sub> с 45-58% при по-високи средногодишни темпове в сравнение с предходното десетилетие.

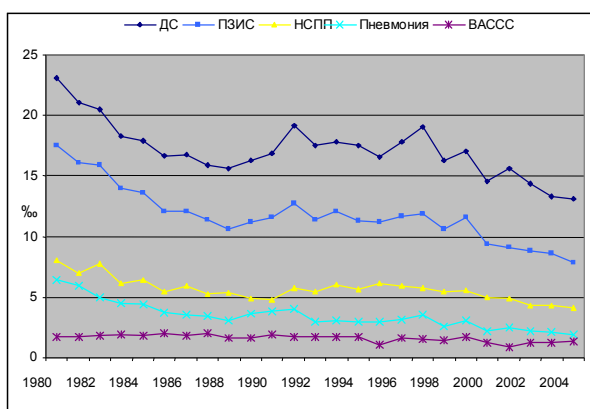
Проследяването за 25 г. на промените в ПЗИС<sub>0-1</sub> при жените показва най-значимо намаляване в Унгария, като то се реализира с един от най-високите годишни темпове (табл.21). Латвия най-малко ограничава честотата на предотвратимите умирения при момчетата до 1-годишна възраст, като нивото от 1980 г. е намаляло само с 8%. Така тази страна от първо място с най-ниска изходна стойност на ПЗИС<sub>0-1</sub> се премества назад в класирането, поради нарастващите стойности през 90-те години. СЦИЕ като група редуцира изходното ниво на ПЗИС<sub>0-1</sub> с около две трети.



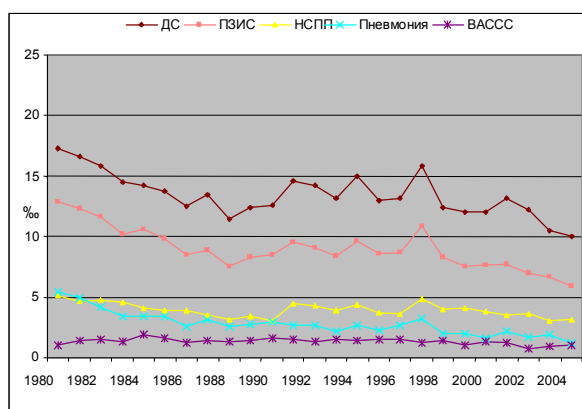
Табл. 21. Динамика на ПЗИС<sub>0-1</sub> при жените в СЦИЕ и СЗЕ, 1980-2004 г.

Страна	ПЗИС <sub>0-1</sub> (на 1000 живородени)		Промяна (% от нивото в 1980 г.)	Среден темп на развитие за 25 г. (%)
	1980 г.	2004 г.		
България	12,93	5,94	-54,08	96,81
Естония	9,99	5,20	-47,97	96,94
Латвия	6,18	5,69	-8,04	99,65
Литва	8,07	3,89	-51,76	96,59
Полша	11,77	4,02	-65,86	95,23
Румъния	18,95	11,34	-40,14	97,88
Словакия (1992)	7,39	4,10	-44,55	95,20
Словения (1985)	6,57	2,97	-54,80	95,91
Унгария	15,28	4,29	-71,91	94,84
Чехия (1986)	6,88	2,15	-68,72	93,74
<b>СЦИЕ</b>	<b>13,02</b>	<b>4,96</b>	<b>-61,92</b>	<b>96,06</b>
<b>СЗЕ</b>	<b>6,41</b>	<b>2,28</b>	<b>-64,46</b>	<b>95,78</b>

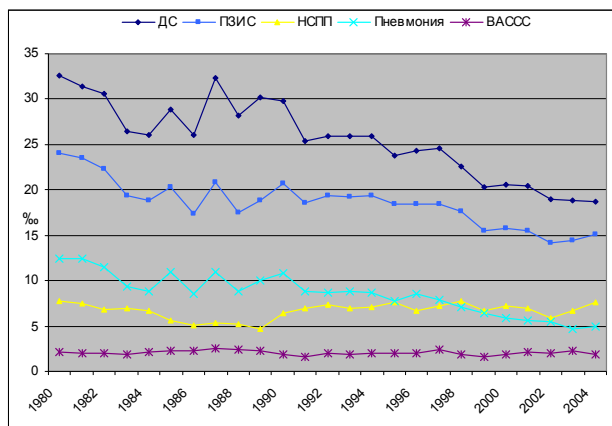
В структурата на ПЗИС<sub>0-1</sub> по причини първите три места в почти всички СЦИЕ заемат някои състояния в перинаталния период, вродените аномалии на сърдечно-съдовата система и пневмонията. В България и Румъния през целия изучаван период, а в Балтийските страни в началото на 80-те години на ХХ в. относителният дял на умираанията от пневмония надвишава този от ВАССС в структурата на ПЗИС<sub>0-1</sub>. В страните с по-ниски нива на ДС и на ПЗИС<sub>0-1</sub> на второ място по честота са умираанията от ВАССС, а пневмонията се нарежда на трето място. Динамиката на водещите причини за ПЗИС<sub>0-1</sub> при двата пола в България е илюстрирана на фиг. 60–61, а в Румъния - на фиг. 62-63.



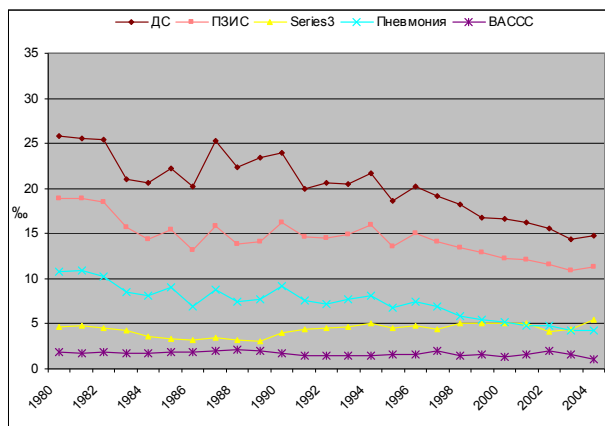
Фиг. 60. Динамика на водещите причини за ПЗИС<sub>0-1</sub> при мъжете в България, 1980-2004 г.



Фиг. 61. Динамика на водещите причини за ПЗИС<sub>0-1</sub> при жените в България, 1980-2004 г.

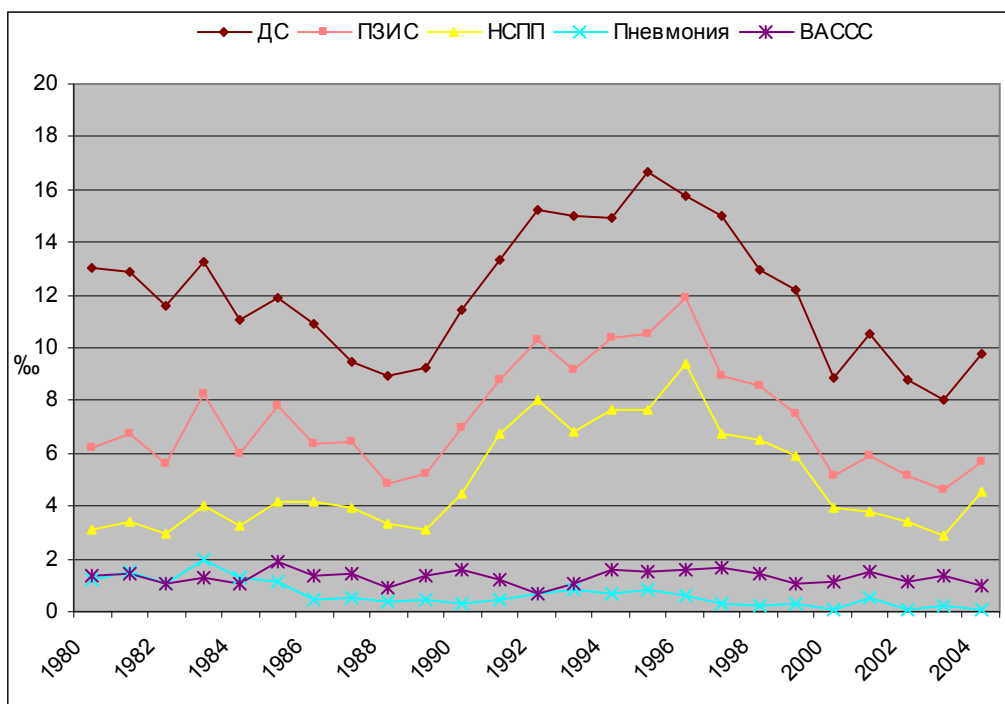


**Фиг. 62. Динамика на водещите причини за ПЗИС<sub>0-1</sub> при мъжете в Румъния, 1980-2004 г.**



**Фиг. 63. Динамика на водещите причини за ПЗИС<sub>0-1</sub> при жените в Румъния, 1980-2004 г.**

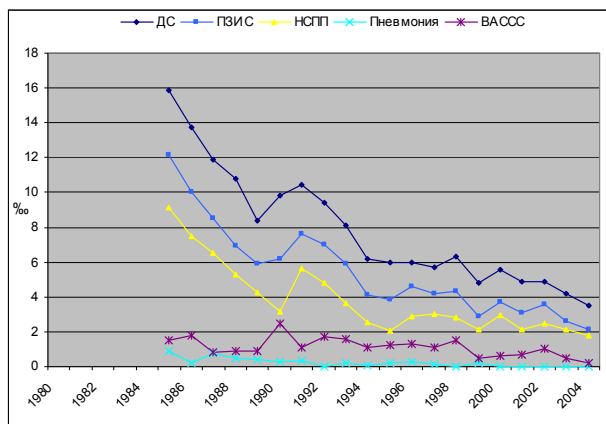
Динамиката на ПЗИС<sub>0-1</sub> при момчетата в Латвия, в която се наблюдава повишаване на предотвратимата смъртност в 1990-99 г., се отличава с промените в смъртността от НСПП (фиг.64). Покачване на смъртността от НСПП се отбелязва още в средата на 80-те години, но с началото на социално-икономическия преход смъртността нараства с 42-50%, задържа високи нива и намалява след 1997 г.



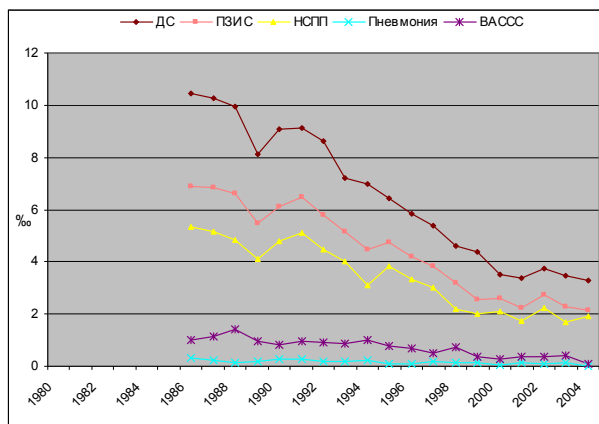
**Фиг. 64. Динамика на водещите причини за ПЗИС<sub>0-1</sub> при жените в Латвия, 1981-2004 г. (на 1000 живородени)**

В страните с най-ниска ДС при момчетата (Словения) и момчетата (Чехия) на първо място в структурата на ПЗИС<sub>0-1</sub> са някои състояния в перинаталния период. В Словения НСПП имат стабилна низходяща динамика на смъртността до 1990 г., след което тя нараства пиково с 40% за 1 година и отново бързо намалява

(фиг.65). В Чехия НСПП имат низходяща тенденция след 1986 г., с кратко покачване в 1990-92 г. и 1995 г. и със задържане на нивата след 2000 г. (фиг.66). И в двете страни пневмонията трайно заема нисък относителен дял от 2-3% в структурата на ДС по причини, подобно на СЗЕ, като в Словения не се регистрират умираания от пневмония при момчетата след 2000 г., а в Чехия нивото на смъртността от тази причина при момчетата е 0,02‰ през 2004 г.



**Фиг. 65. Динамика на водещите причини за ПЗИС<sub>0-1</sub> при мъжете в Словения, 1985-2004 г.**



**Фиг. 66. Динамика на водещите причини за ПЗИС<sub>0-1</sub> при жените в Чехия, 1986-2004 г.**

#### **4.4. АНАЛИЗ НА ПРОМЕНЕТЕ В СППЖ В РЕЗУЛТАТ НА ПРОМЕНЕТЕ НА ПЗИС<sub>0-75</sub> В СЦИЕ И СЗЕ В ПЕРИОДА 1980-2004 Г.**

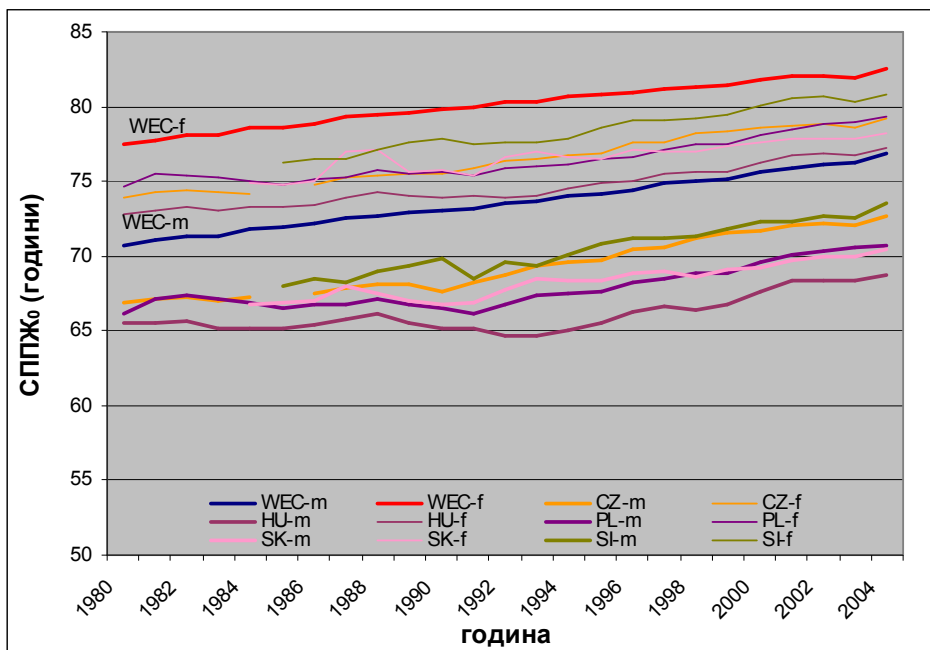
В изпълнение на тази задача е проследена динамиката на СППЖ на новородените (СППЖ<sub>0</sub>) в СЦИЕ и СЗЕ. Проучени са промените в темпоралната продължителност на живота до 75-годишна възраст по периоди за отделните страни и са определени разликите със ТПЖ<sub>0-75</sub> на страните от Западна Европа. За да се определи количествено ефектът на ПЗИС върху наблюдаваните различия в ТПЖ<sub>0-75</sub> те са декомпозирани по възраст и по причини за смърт при двата пола.

##### **4.4.1. Промени в средната продължителност на предстоящия живот на новородените**

През изучавания 25-годишен период СППЖ<sub>0</sub> при мъжете и жените в отделните СЦИЕ се променя при следване на идентифицираните вече три модела на развитие на промените в смъртността. Фигура 67 представя тенденциите на СППЖ<sub>0</sub> при мъжете и жените в 5-те страни на Централна Европа – Полша, Словакия, Словения, Унгария и Чехия, сравнени с развитието на индикатора в СЗЕ.

Полша, Словакия, Унгария и Чехия демонстрират намаляване на нивото на индикатора при мъжете в началото на 90-те години, което продължава по-дълго в Унгария. Словения също преживява снижаване на СППЖ<sub>0</sub>, но само за година. В

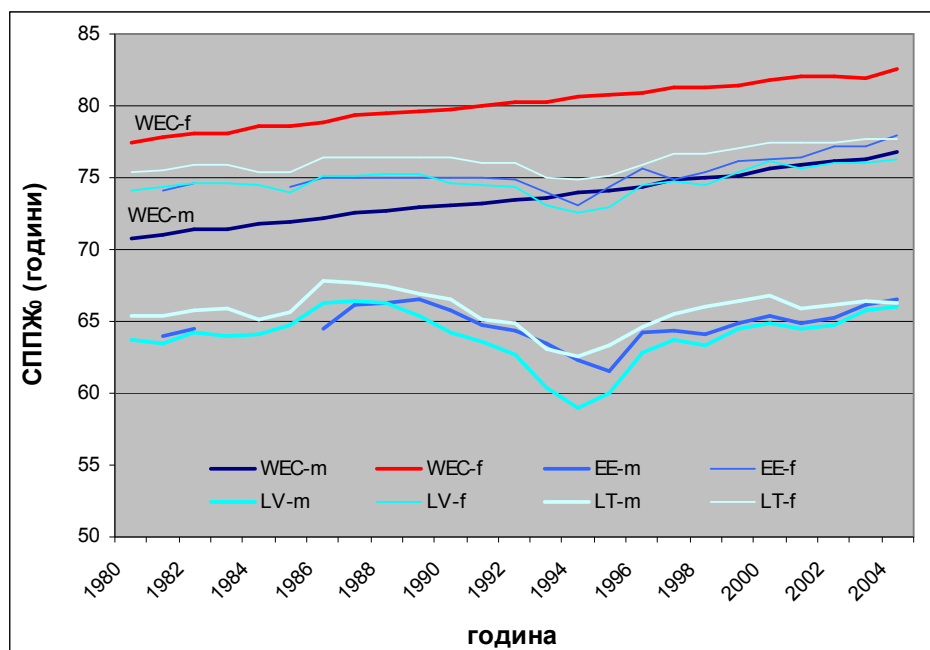
западноевропейските страни се наблюдава непрекъснато нарастване на СППЖ<sub>0</sub> и при двата пола – при жените с 5,06 г., а мъжете - с 6,1 г.



**Фиг. 67. Динамика на СППЖ<sub>0</sub> по пол в СЦЕ и СЗЕ, 1980-2004 г.**

Словения, Чехия, Словакия и Полша реализират при жените стабилно нарастване на СППЖ<sub>0</sub> с 3,95 до 5,32 г. за периода. Най-високо ниво на показателя е достигнато в 2004 г. в Словения – 80,8 г. Полша и Чехия имат почти еднакви стойности на СППЖ<sub>0</sub>, а Словакия изостава с близо две години от нивото на Словения. Преживяемостта на жените в Унгария задържа около едно десетилетие и нараства отново от 1994 г.

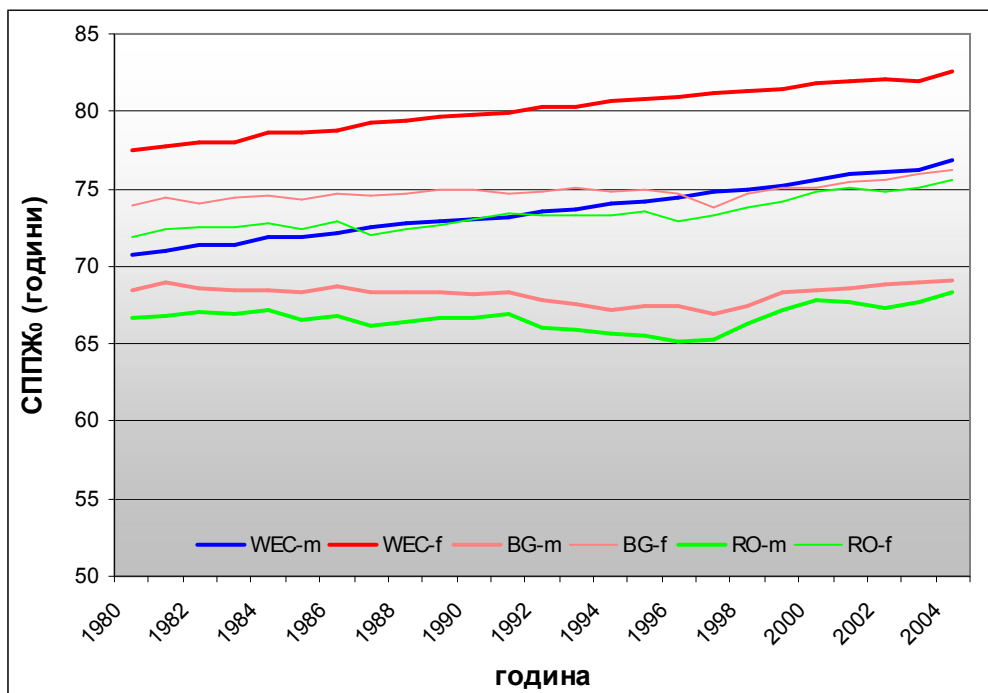
В Балтийските страни мъжете отбелязват значими загуби в СППЖ<sub>0</sub> като нивото на СППЖ<sub>0</sub> е по-малко с 10-14 г. от това при мъжете в СЗЕ (фиг.68).



**Фиг. 68. СППЖ<sub>0</sub> по пол в Балтийските страни и СЗЕ, 1981-2004 г.**

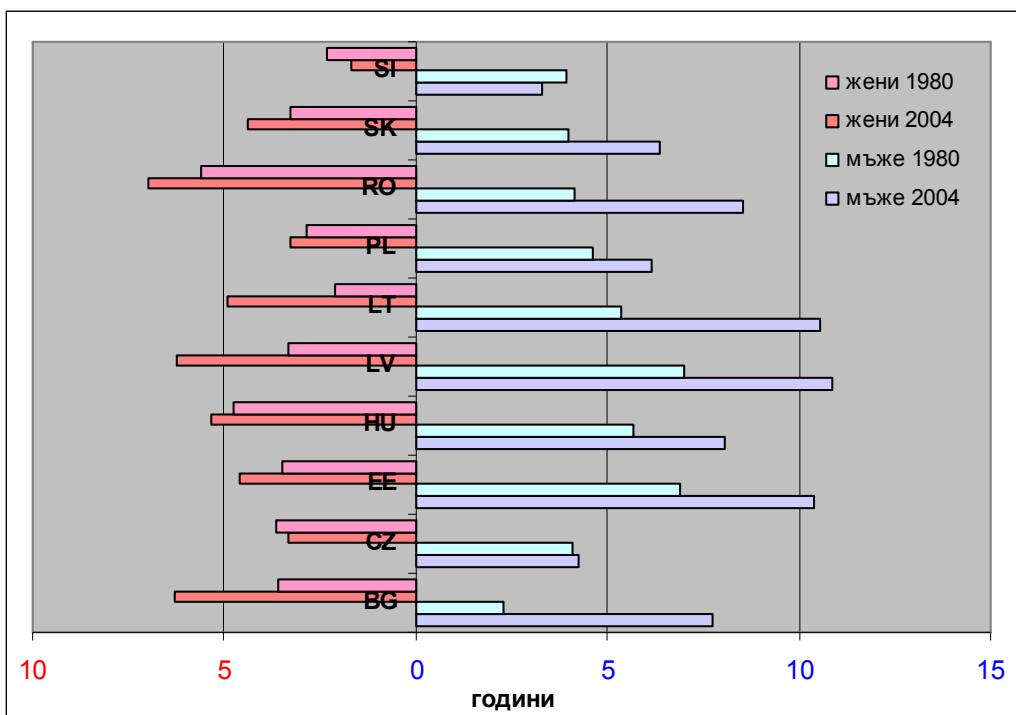
Намаляването на СППЖ<sub>0</sub> при мъжете в трите страни започва в края на 80-те години и постига най-ниски стойности под 60 г. при мъжете в Латвия в 1994-96 г. Разликите между двата пола достигат до 12-13 г. и се задълбочават различията със СППЖ<sub>0</sub> при мъжете във СЗЕ. В началото на периода жените в Литва имат най-малка разлика със СЗЕ в нивото на показателя сред всички СЦИЕ. СППЖ<sub>0</sub> при жените в Естония и Латвия е по-ниска от тази на жените в СЗЕ с 3,3-3,7 години. СППЖ<sub>0</sub> намалява в периода на преход с най-ниски регистрирани нива в 1994 г. От 1996 г. преживяемостта на жените в Балтийските страни се увеличава. В 2004 г. жените в Латвия се очаква да живеят 6,25 г. по-малко, отколкото жените в СЗЕ.

В България и Румъния СППЖ<sub>0</sub> намалява, но с по-ниски темпове в сравнение с тези на Балтийските страни, като снижаването продължава за по-дълъг период и увеличаване се отбелязва едва в края на 90-те години (фиг.69). При жените в България се наблюдава задържане на нивото на индикатора в началото на 90-те години и намаляване в периода 1994-97 г. Румънските жени отбелязват подобно задържане на растежа на показателя, но по-рано. За целия 25-годишен период българските жени добавят 2,37 г. към СППЖ<sub>0</sub>, а жените в Румъния – 3,7 г.



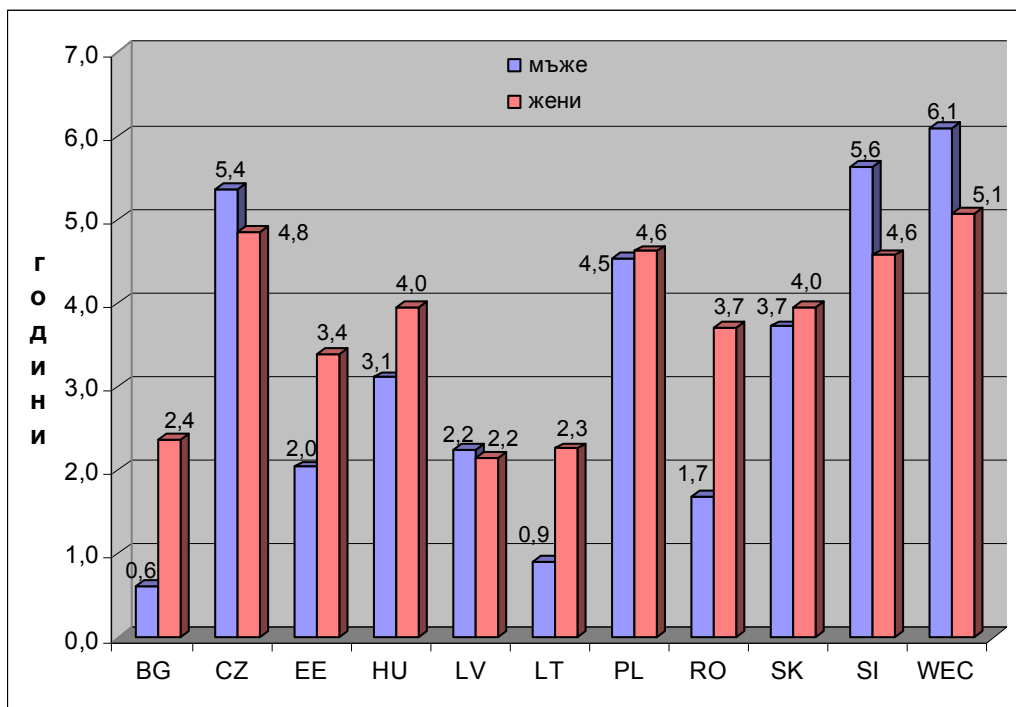
**Фиг.69. СППЖ<sub>0</sub> по пол в България, Румъния и СЗЕ, 1980-2004 г.**

Най-големи различия в 1980 г. в СППЖ<sub>0</sub> на мъжете в СЗЕ се наблюдават с Латвия, Естония и Унгария (фиг.70). През годините на прехода само Словения и Чехия намаляват или запазват непроменена разликата със СЗЕ, а за всички останали СЦИЕ тя е нараснала с 30-96%. Разликите в стойностите на СППЖ<sub>0</sub> на жените в СЦИЕ и СЗЕ през 1980 г. са най-големи за Румъния и Унгария, а най-малки – за жените в Литва. Различията между СЗЕ и СЦИЕ при жените са по-малки от тези при мъжете, с изключение на България и Румъния. В 2004 г. различията в нивата на СППЖ<sub>0</sub> при жените от СЦИЕ и СЗЕ нарастват в сравнение с изходната година за всички страни, с изключение на Чехия и Словения.



**Фиг. 70. Разлики в СППЖ<sub>0</sub> по пол между СЗЕ и СЦИЕ, 1980 и 2004 г.**

За периода на изучаване, в зависимост от развитието на процесите на смъртност, отделните СЦИЕ добавят различен брой години към СППЖ<sub>0</sub> (фиг.71), като Словения, Чехия и Полша отбелязват най-добри резултати.



**Фиг. 71. Добавени години към СППЖ<sub>0</sub> по пол в периода 1980-2004 г.**

#### 4.4.2. Промени в темпоралната продължителност на предстоящия живот до 75-годишна възраст

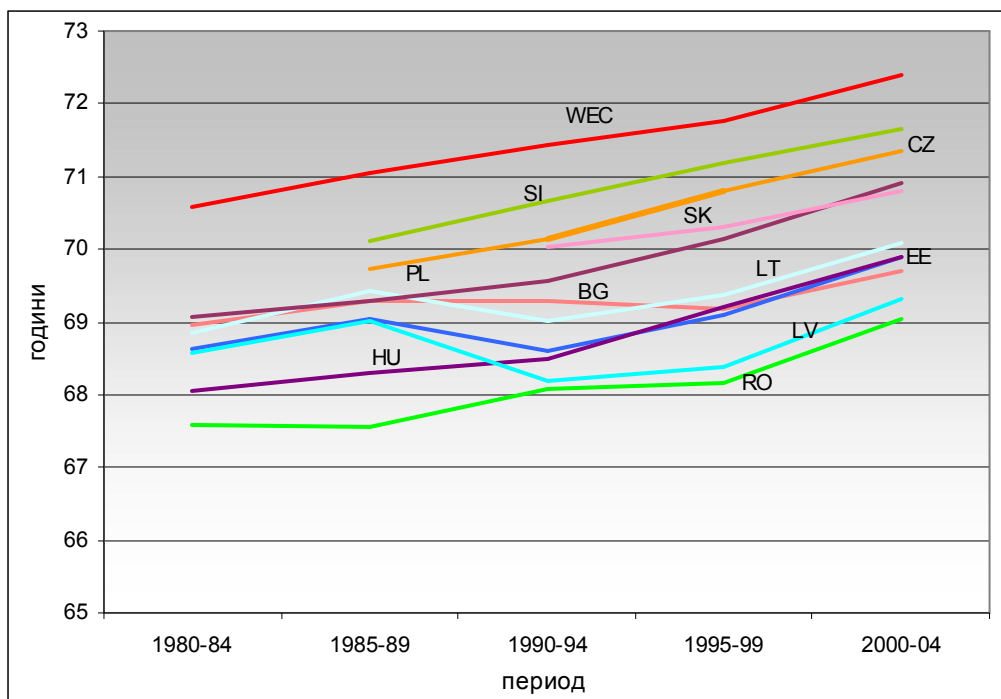
Темпоралната продължителност на живота до 75-годишна възраст (ТПЖ<sub>0-75</sub>) е изчислена като средна величина за всеки 5-годишен подпериод по пол за изучаваните страни.

При мъжете в П<sub>1</sub> (1980-84 г.) България показва най-висока стойност на ТПЖ<sub>0-75</sub>, а Латвия и Естония - най-ниски средни нива за периода (табл.22). В следващия П<sub>2</sub> трите Балтийски републики показват нарастващи средни нива на индикатора. През 1990-94 г. Чехия и Словения са единствените страни с по-високи нива на ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете, в сравнение с тези в П<sub>2</sub>. Полша не променя стойността, а останалите 7 СЦИЕ отбелязват снижаване на показателя в този период. След 1995 г. повечето страни повишават стойностите на индикатора, с изключение на България и Румъния. Следващият П<sub>5</sub> е свързан с благоприятни промени в ТПЖ<sub>0-75</sub> за всички СЦИЕ. ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в СЗЕ показва нарастващи стойности за всички подпериоди.

**Табл. 22. Динамика на ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в СЦИЕ и СЗЕ по подпериоди**

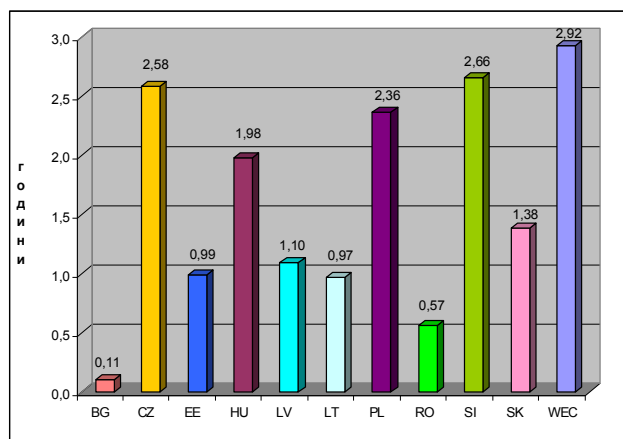
Страна	ТПЖ <sub>0-75</sub> (в години)				
	П <sub>1</sub> 1980-84	П <sub>2</sub> 1985-89	П <sub>3</sub> 1990-94	П <sub>4</sub> 1995-99	П <sub>5</sub> 2000-04
<b>България</b>	65,19	65,10	64,61	64,39	65,30
<b>Естония</b>	61,70	63,12	60,80	61,30	62,68
<b>Латвия</b>	61,23	63,04	59,81	60,69	62,33
<b>Литва</b>	62,07	63,64	61,49	62,13	63,04
<b>Полша</b>	63,86	63,95	63,92	64,89	66,22
<b>Румъния</b>	63,71	63,33	63,13	62,87	64,27
<b>Словакия</b> (1992)	н.д.	н.д.	64,82	65,45	66,21
<b>Словения</b> (1985)	н.д.	70,10	70,66	71,19	71,65
<b>Унгария</b>	62,91	62,94	62,42	63,47	64,89
<b>Чехия</b> (1986)	н.д.	65,23	65,64	66,89	67,81
<b>СЦИЕ</b>	62,95	64,49	63,73	64,33	65,44
<b>СЗЕ</b>	67,16	67,82	68,40	69,01	70,08

При жените в периода 1980-84 г. най-висока средна стойност на ТПЖ<sub>0-75</sub> отбелязва Полша – 69,06 г., а най-ниско ниво от 67,59 г. има Румъния (фиг.72) В следващия П<sub>2</sub> всички СЦИЕ увеличават нивата на показателя, с изключение на Румъния, която не показва промяна. През периода 1990-94 г. Балтийските страни снижават стойностите на индикатора, а останалите страни показват задържане или незначително нарастване в сравнение с П<sub>2</sub>. България задържа и леко снижава нивата в П<sub>3</sub>-П<sub>4</sub>. В последния период ТПЖ<sub>0-75</sub> се увеличава във всички страни.

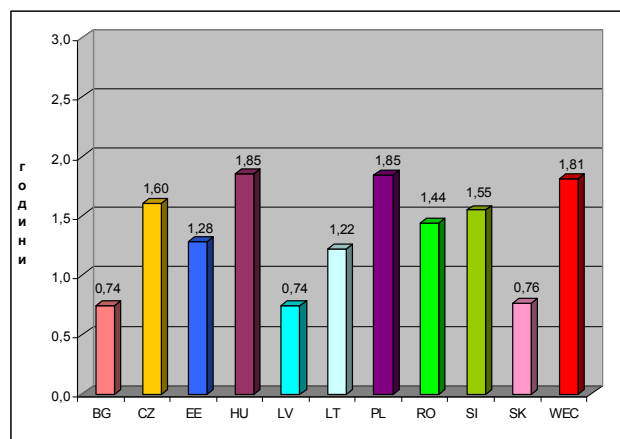


**Фиг. 72. Динамика на ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените в СЦИЕ и СЗЕ по подпериоди**

Фигури 73 и 74. представят абсолютния прираст на ТПЖ<sub>0-75</sub> по пол за 25 години. Четири страни (Унгария, Полша, Чехия и Словения) добавят най-много години към ТПЖ<sub>0-75</sub> и при двата пола. България и Румъния имат незначителни положителни резултати при мъжете, а при жените България, Латвия и Словакия добавят най-малко към ТПЖ<sub>0-75</sub>. В повечето СЦИЕ мъжете добавят повече години към ТПЖ<sub>0-75</sub>. Жените надхвърлят добавените от мъжете години към темпоралната продължителност на живота в България, Естония, Литва и Румъния.



**Фиг. 73. Добавени години към ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в СЦИЕ и СЗЕ (1980-2004 г.)**



**Фиг. 74. Добавени години към ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените в СЦИЕ и СЗЕ (1980-2004 г.)**

#### 4.4.3. Декомпозиране по възраст на различията в ТПЖ<sub>0-75</sub> между отделните подпериоди в СЦИЕ

За всяка страна са представени различията в ТПЖ<sub>0-75</sub> между отделните последователни подпериоди, както и различията между П<sub>1</sub> и П<sub>5</sub>, които са



декомпозирани по принос на възрастовите групи. Декомпозирането позволява да се оцени приносът на промяната в смъртността на отделните възрастови групи, измерен в години, към съществуващите различия в ТПЖ<sub>0-75</sub>.

### България

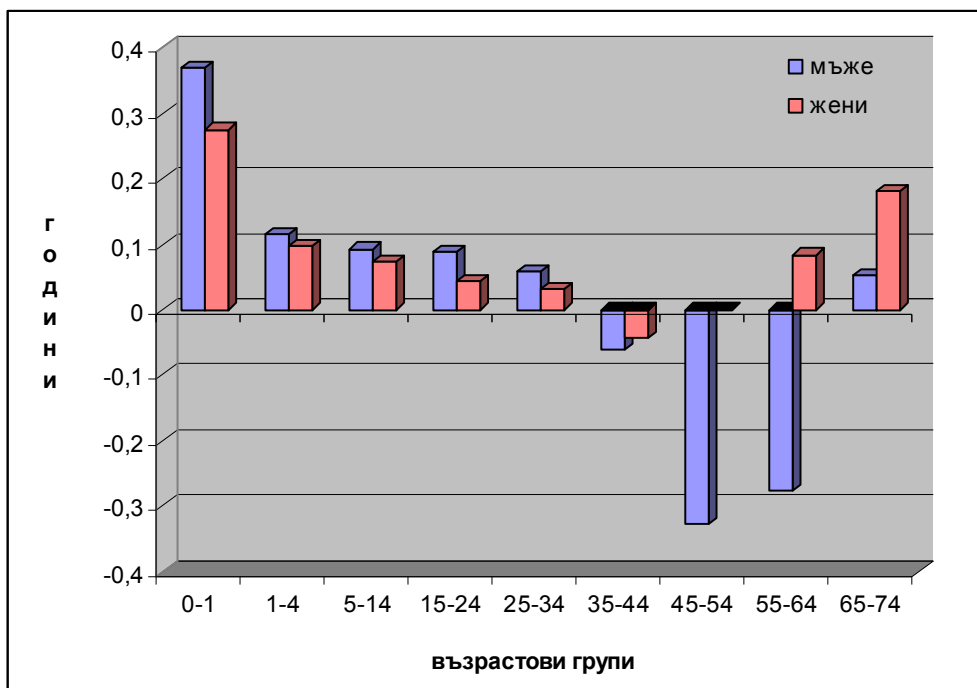
Възрастовото декомпозиране на различията в ТПЖ<sub>0-75</sub> между отделните периоди установява при мъжете в П<sub>2</sub> незначителна разлика от 0,09 г., която се дължи на позитивен принос от 0,26 г. поради снижаване на ДС и на загуби от 0,32 г. поради повишена смъртност при мъжете в активна възраст. Две трети от разликата (-0,49 г.) в ТПЖ<sub>0-75</sub> между П<sub>3</sub> и П<sub>2</sub> се дължи на повишена смъртност във възрастите 35-54 г. Загубите от смъртност на мъжете в групата 55-64 г. нараства и в П<sub>4</sub>. Увеличаването на ТПЖ<sub>0-75</sub> след 2000 г. с почти 0,91 год. се дължи в еднаква степен на снижаването на ДС и на смъртността в групата 35-44 г. (по 0,16 г.). Още 0,25 г. се добавят от нарасналата преживяемост на мъжете в активна възраст.

Различията в средните стойности на ТПЖ<sub>0-75</sub> при жените по периоди са представени в табл.23. Натрупаните години живот в П<sub>2</sub> са основно от редуция на ДС с добавяне на 0,21 г. и позитивен принос на най-старшата възрастова група. Задържането на нивата на ТПЖ<sub>0-75</sub> в П<sub>3</sub> се дължи на негативна промяна в преживяемостта на групите 0-1 г. и 35-44 г. Добавянето на години живот в последния период се дължи на намаляване на повъзрастовата смъртност във всички групи, с най-голямо принос на групата 55-64 г. и първата година от живота.

**Табл. 23. Декомпозиране по възраст на различията в ТПЖ<sub>0-75</sub> при жените в България по периоди**

Възрастова група	Разлика в ТПЖ <sub>0-75</sub> (в години)			
	П <sub>2</sub> -П <sub>1</sub>	П <sub>3</sub> -П <sub>2</sub>	П <sub>4</sub> -П <sub>3</sub>	П <sub>5</sub> -П <sub>4</sub>
<b>общо</b>	<b>0,34</b>	<b>0,01</b>	<b>-0,13</b>	<b>0,53</b>
<b>0-1 г.</b>	0,21	-0,05	0,02	0,09
<b>1-4 г.</b>	0,03	0,01	-0,02	0,07
<b>5-14 г.</b>	0,02	0,00	0,00	0,06
<b>15-24 г.</b>	-0,01	0,01	0,01	0,04
<b>25-34 г.</b>	0,00	-0,01	0,00	0,04
<b>35-44 г.</b>	0,00	-0,04	-0,02	0,02
<b>45-54 г.</b>	0,02	0,00	-0,03	0,02
<b>55-64 г.</b>	-0,01	0,01	-0,03	0,12
<b>65-74 г.</b>	0,09	0,07	-0,06	0,08

За целия 25-годишен период населението в България добавя към ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете 0,11 г. и 0,74 г. - при жените (фиг.75). Това е резултат от позитивна промяна в смъртността под 5-годишна възраст и при двата пола. При мъжете негативните тенденции на смъртността във възрастта 45-64 г. редуцират ТПЖ<sub>0-75</sub>. При жените негативен принос през периода има групата 35-44 г.



**Фиг. 75. Декомпозиция по възраст на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> по пол в България между П<sub>5</sub> и П<sub>1</sub>.**

### Естония

Промените в средните стойности на ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете по периоди в Естония показват добавяне на 1,42 г. в П<sub>2</sub> към нивото от П<sub>1</sub>, значимо намаляване с 2,32 г. в периода 1990-94 г. спрямо П<sub>2</sub>, нарастване с половин година в П<sub>4</sub>, което продължава и в следващия период с добавяне на 1,38 г. За 25-те години на изучаване ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете се повишава с една година.

Възрастовата декомпозиция на разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете между отделните периоди установява в П<sub>2</sub> добавяне на години живот във възрастовите групи 0-1 г. и от 15-54 г., като половината от това нарастване се дължи на намалената смъртност сред лицата над 35-годишна възраст. Значимото намаление на ТПЖ<sub>0-75</sub> в началото на социално-икономическия преход (П<sub>3</sub>) се дължи на увеличена смъртност във всички възрасти между 15 и 64 г. със загуба от една година живот сред лицата от младите възрасти (25-44 г.). В П<sub>5</sub> всички групи намаляват смъртността и добавят години живот, като позитивните резултати са най-големи за групата 35-44 г.

При жените възрастовото декомпозиране на различията в ТПЖ<sub>0-75</sub> между отделните периоди отличава приноса към загубите живот в П<sub>3</sub> на възрастовите групи 35-64 г. (общо -0,46 г.). През всички периоди най-голям положителен принос към различията в ТПЖ<sub>0-75</sub> се наблюдава поради значимата редукция на ДС.

Проучването на различията в ТПЖ<sub>0-75</sub> между П<sub>1</sub> и П<sub>5</sub> показва и при двата пола най-голям позитивен принос на групата 0-1 г. от 0,67 г. при мъжете и 0,59 г. при жените. Негативен принос при мъжете има активната възраст 45-64 г. със загуби от 0,41 г. При жените положителен принос се наблюдава в най-старшата възраст – 65-74 г. (0,22 г.).

## Латвия

Латвия показва динамика на средните стойности на ТПЖ<sub>0-75</sub> при двата пола по периоди, подобна на тази при мъжете и жените в Естония. В периода 1985-89 г. при мъжете се добавят 1,8 г. към нивото на ТПЖ<sub>0-75</sub> от П<sub>1</sub> в резултат на снижаване на ДС и смъртността в групите 15-54 г., като последните допринасят общо 1,37 г. Значими загуби на живот при мъжете се реализират в П<sub>3</sub>, като всяка от възрастовите групи между 25 -64 г. губи повече от половин година. Най-засегнатата от нарастване на повъзрастовата смъртност е групата 45-54 г. В П<sub>4</sub> и П<sub>5</sub> повъзрастовата смъртност намалява във всички групи, с най-голям позитивен принос на възрастта 45-54 г.

При жените декомпозицията по възраст на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> между П<sub>2</sub> и П<sub>1</sub> показва, че най-значим принос има промяната в ДС - 0,17 г. След 1990 г. повъзрастовата смъртност при жените показва задържане или нарастване, като най-засегнати са момичетата до 1-годишна възраст и жените на възраст 35-64 г., които допринасят за над 90% от разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> с предходния период. Неблагоприятната тенденция на ДС се запазва и в П<sub>4</sub>, а позитивната промяна в останалите възрастови групи е несъществена. В последния период средната стойност на ТПЖ<sub>0-75</sub> се увеличава с почти една година спрямо П<sub>4</sub>, като една трета е резултат от снижаване на ДС.

Разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> между П<sub>5</sub> и П<sub>1</sub> е 1,1 г. при мъжете и 0,74 г. при жените. И при двата пола най-голям позитивен принос към нея има снижаването на детската смъртност. При мъжете на възраст 15-44 г. промяната в смъртността има общ принос от 0,54 г. Загуби от 0,41 г. търпят мъжете в активна възраст (45-64 г.). При жените в повечето възрастови групи промяната в смъртността между двата периода е незначителна и се отразява в позитивен принос с размер под 0,1 г. Групите 1-4 г. и 65-74 г. добавят по 0,15 г. В групата 45-54 г. смъртността нараства в П<sub>5</sub> в сравнение П<sub>1</sub> и отбелязва негативен принос към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub>.

## Литва

Литва споделя моделът на промяна на ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете и жените, наблюдаван в другите две Балтийски страни. При мъжете в П<sub>2</sub> ТПЖ<sub>0-75</sub> нараства с 1,57 г. спрямо стойността от първия период. В началото на 90-те години на ХХ в. нивото намалява съществено с 2,15 г. в сравнение с П<sub>2</sub>, а в последните два периода се увеличава съответно с 0,64 г. и 0,91 г. Най-значим принос (0,43 г.) за нарастването на ТПЖ<sub>0-75</sub> има редукцията на смъртността в групата 25-34 г. От началото на социално-икономическия преход се наблюдава влошаване на преживяемостта в почти всички възрастови групи и се отбелязва повече от 1,5 г. обща загуба при лицата на възраст 25-64 г. с най-голям негативен принос на групите 35-44 г. и 45-54 г. В следващия П<sub>4</sub> смъртността на мъжете в повечето възрастови групи намалява, с най-висок позитивен принос на групата до 1-годишна възраст и на групата 35-44 г. Благоприятните промени в смъртността продължават и в П<sub>5</sub>.

При жените ТПЖ<sub>0-75</sub> също нараства във втория период, с най-значим принос (0,22 г.) на първата година от живота. В П<sub>3</sub> коефициентите за смъртност се повишават, като най-засегната е групата до 1 г. и жените на възраст 35-64 г., които губят 0,46 г. Близко две трети от нарастването на ТПЖ<sub>0-75</sub> в П<sub>4</sub> се дължи на понижаването на ДС.

Разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в Литва между П<sub>5</sub> и П<sub>1</sub> е почти една година. Най-голям принос (0,57 г.) към нея има групата до 1 г., а трите възрастови групи от 15 г. до 44 г. имат еднакъв принос от 0,2 г. Негативен принос към ТПЖ<sub>0-75</sub> имат възрастовите групи 45-54 г. и 55-64 г. При жените разликата между ТПЖ<sub>0-75</sub> в последния и първия период е 1,22 г. Повече от половината от нея (53%) се дължи на благоприятни промени в смъртността под 5-годишна възраст.

### **Полша**

Полша показва несъществени промени в средните нива на ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в П<sub>2</sub> и П<sub>3</sub> в сравнение с предходните периоди. В четвъртия период мъжете добавят около една година, а в П<sub>5</sub> нивото на ТПЖ<sub>0-75</sub> от предшестващия период нараства с 1,33 г. В П<sub>2</sub> най-голям е приносът на възрастта до 1 г. (0,25 г.). Неблагоприятна промяна в смъртността се наблюдава при мъжете в активна възраст (45-64 г.), които губят общо 0,35 г. в същия период. Третият период (1990-94 г.) се характеризира с повишаване на повъзрастовата смъртност и в помладите възрастови групи (15-44 г.), но с незначителен негативен принос към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub>. Позитивен принос отбелязва възрастта 0-1 г. В последните два периода позитивен принос към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> имат всички възрастови групи, като най-значим е този на групата до 1-годишна възраст, активната възраст 45-64 г. и на групата 25-34 г. През 2000-04 г. възрастовата група 55-64 г. има най-голям позитивен принос.

При жените в Полша се установяват само нарастващи нива на ТПЖ<sub>0-75</sub>, с положителни разлики между периодите. Във всички периоди най-съществен е приносът на възрастта до 1 г. Неблагоприятни промени на смъртността в П<sub>2</sub> се наблюдават при жените на възраст 45-64 г. В П<sub>3</sub> негативен принос към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> има възрастовата група 35-44 г.

Добавените 2,36 г. към ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в Полша между П<sub>5</sub> и П<sub>1</sub> в най-голяма степен се дължат на промените в ДС, като групата до 1-годишна възраст допринася почти една година. Възрастовите групи 25-34, 15-24 и 45-54 г. имат еднакъв принос от 0,2 г. Жените показват общо нарастване от 1,85 г. на ТПЖ<sub>0-75</sub> за целия период на изучаване. Най-значим принос има групата до 1-годишна възраст (0,75 г.). Жените над 55 г. добавят почти 0,5 г. към ТПЖ<sub>0-75</sub>.

### **Румъния**

Разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в Румъния показват намаляване на нивото на индикатора в П<sub>2</sub>, П<sub>3</sub> и П<sub>4</sub> в сравнение с нивото от предходните периоди. Подобряване на преживяемостта се отбелязва едва в последния период след 2000 г. В П<sub>2</sub> се установяват негативни приноси към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете за възрастовите групи 1-4 г., 25-34 г., 45-54 г. и 55-64 г. От началото на социално-

икономическия преход неблагоприятна промяна в повъзрастовата смъртност се наблюдава в четирите възрастови групи от 25 г. до 64 г. В  $P_4$  намалява смъртността в групата 25-34 г., но негативен принос вече имат групите на възраст 5-14 г. и 65-74 г. Последният период е на благоприятни изменения във всички възрасти, като най-голям принос от 0,32 г. има групата 35-44 г.

ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените в Румъния незначително намалява във  $P_2$  (-0,05 г.), и отбелязва нарастващи нива в следващите периоди. Декомпозирането по възраст на различията в ТПЖ<sub>0-75</sub> по периоди показва задържане или незначително намаляване на смъртността във всички възрастови групи, като приносът на отделните възрасти не надвишава 0,05 г. В периода 1990-94 г. всички групи имат позитивен принос, с изключение на 45-54-годишните. Несъществено нарастване на повъзрастовите коефициенти за смъртност има в следващия период, като се засягат децата на 5-14 г. и лицата над 35-годишна възраст. След 2000 г. ТПЖ<sub>0-75</sub> се увеличава с 0,87 г. спрямо нивото от  $P_4$ , най-вече в резултат на снижаване на ДС и промените в смъртността на възрастовите групи 35-44 и 55-64 г.

За целия период на изучаване мъжете добавят 0,57 г. към нивото на ТПЖ<sub>0-75</sub> от  $P_1$ , а жените – 1,44 г. И при двата пола намаляването на ДС и смъртността под 5-годишна възраст имат най-голям принос за наблюдаваната разлика. Смъртността при лицата на възраст 35-64 г. показва неблагоприятно развитие. Мъжете от тези групи губят 0,72 г. от ТПЖ<sub>0-75</sub>, а при жените приносът от снижаване на смъртността е едва 0,12 г.

### **Словакия**

Данните за Словакия описват развитието на ТПЖ<sub>0-75</sub> в три периода ( $P_3$ - $P_5$ ). Те показват при мъжете възходяща тенденция на ТПЖ<sub>0-75</sub>. В  $P_4$  всички възрастови групи имат позитивен принос, с изключение на групата 65-74 г., в която повъзрастовата смъртност задържа нивата си. Най-голям е приносът на възрастовите групи 0-1 г. и 45-54 г. Мъжете на 55-64 г. добавят 0,12 г. към ТПЖ<sub>0-75</sub>. Тази група снижава в  $P_5$  повъзрастовата смъртност най-много и увеличава ТПЖ<sub>0-75</sub> с 0,22 г.

При жените ТПЖ<sub>0-75</sub> също нараства през изучаваните периоди. В  $P_4$  всички възрастови групи постигат позитивен принос към ТПЖ<sub>0-75</sub> вследствие намаляване на повъзрастовата смъртност. Наблюдаваното снижаване на смъртността в отделните групи не е голямо, в сравнение с нивата от предходния период и приносите към ТПЖ<sub>0-75</sub> са под 0,1 г. Тази тенденция се задържа и в  $P_5$  с най-значим принос на групите 55-64 г. (0,14 г.) и 0-1 г. (0,12 г.).

Мъжете добавят 1,38 г. към ТПЖ<sub>0</sub> между  $P_5$  и началния  $P_3$ , а жените повишават темпоралната преживяемост с 0,76 г. И при двата пола групите с най-съществен принос са 55-64 г. и 0-1 г. Лицата на възраст 35-64 г. добавят повече години към ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете и жените, в сравнение с младшите групи (1-34 г.). Мъжете имат по-благоприятна промяна на повъзрастовите коефициенти за смъртност във всички групи, в сравнение с жените, с изключение на възрастова група 65-74 г. и групата 1-4 г.

## Словения

Изучаването на промените в ТПЖ<sub>0-75</sub> за Словения е проведено за 4 периода. При двата пола ТПЖ<sub>0-75</sub> показва възходящо развитие, като мъжете добавят повече години, в сравнение с жените. При декомпозиране по възраст на разликите между ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в отделните периоди се установява намаляване на смъртността за всички възрасти. Най-значими промени претърпява ДС и смъртността в активна възраст (45-64 г.). В П<sub>3</sub> и П<sub>4</sub> приносят на групата 0-1 г. е почти еднакъв (0,21-0,22 г.). Мъжете в активна възраст добавят почти половин година към ТПЖ<sub>0-75</sub> в П<sub>4</sub>, основно поради снижена смъртност в групата 55-64 г.

Жените в Словения също увеличават ТПЖ<sub>0-75</sub> в резултат от снижаване на ДС, като по-големи позитивни резултати се установяват в П<sub>3</sub> и П<sub>4</sub>. Във всички периоди възрастовите групи над 55 г. добавят еднакво количество години с групата 0-1 г., което представлява от 33% до 45% от общата разлика в ТПЖ<sub>0-75</sub>.

Разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете между П<sub>5</sub> и началния период П<sub>2</sub> е 2,66 г. Тя се дължи предимно на групите 0-1 г., 45-54 г. и 55-64 г., всяка от които добавя по половин година. При жените към ТПЖ<sub>0-75</sub> между двата периода са добавени 1,55 г. Най-съществен принос има отново групата 0-1 г. и възрастовите групи над 55 г., на които се дължи една трета от добавените години.

## Унгария

Проследяването на динамиката на ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете в Унгария по периоди показва задържане и намаляване на показателя в П<sub>2</sub> и П<sub>3</sub> и възходящо развитие в последните два периода. Анализът по възраст установява в П<sub>2</sub> и П<sub>3</sub> негативен принос за лицата на възраст 35-64 г. в резултат на повишаване на повъзрастовата смъртност. В края на 80-те години най-засегната от загубата на години живот е възрастта 55-64. В П<sub>3</sub> загубите са най-големи за по-младите групи 35-44 г. и 45-54 г. (по -0,3 г.). Детската смъртност в същото време се променя благоприятно и добавя 0,29 г. към ТПЖ<sub>0-75</sub>. Всички възрасти отбелязват снижаване на смъртността в последните два периода, като в П<sub>5</sub> значимо намалява смъртността на възрастовите групи 25-64 г. и те добавят 1,08 г. към ТПЖ<sub>0-75</sub>.

При жените се наблюдава повишаване на нивото на ТПЖ<sub>0-75</sub> във всички изучавани периоди. Те добавят години живот във всички възрастови групи през отделните периоди, с изключение на негативния прираст в две групи в П<sub>2</sub> и П<sub>3</sub>.

За целия 25-годишен период на изучаване към ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в Унгария е добавена 1,98 г., а при жените растежът е с 1,85 г. Декомпозирането по възраст показва, че и при двата пола тази разлика се дължи на непрекъснатото снижаване на ДС, при което се добавя почти цяла година (0,93 г.) към ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете и 0,75 г. - при жените. При мъжете следващи по принос са групите 25-34 г. и 15-24 г., а при жените - двете възрастови групи над 55 г. (0,55 г.).

## Чехия

Динамиката на ТПЖ<sub>0-75</sub> в Чехия е проследена в 4 периода. При мъжете индикаторът показва непрекъснато нарастване. В П<sub>3</sub> всички възрастови групи при

мъжете снижават смъртността и добавят години към ТПЖ<sub>0-75</sub>, с изключение на групите 15-24 г. и 25-34 г. Най-много години във всички периоди допринасят възрастовите групи 55-64 и 45-54 г., като първата група има сравним или по-голям принос от този на групата 0-1 г.

При жените ТПЖ<sub>0-75</sub> също се увеличава във всички периоди. Промените на повъзрастовата смъртност и съответно добавените години живот са незначими за повечето групи, с изключение на групите 0-1 г. и 55-64 г. Те имат почти еднакъв принос към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> за всеки два съседни периода.

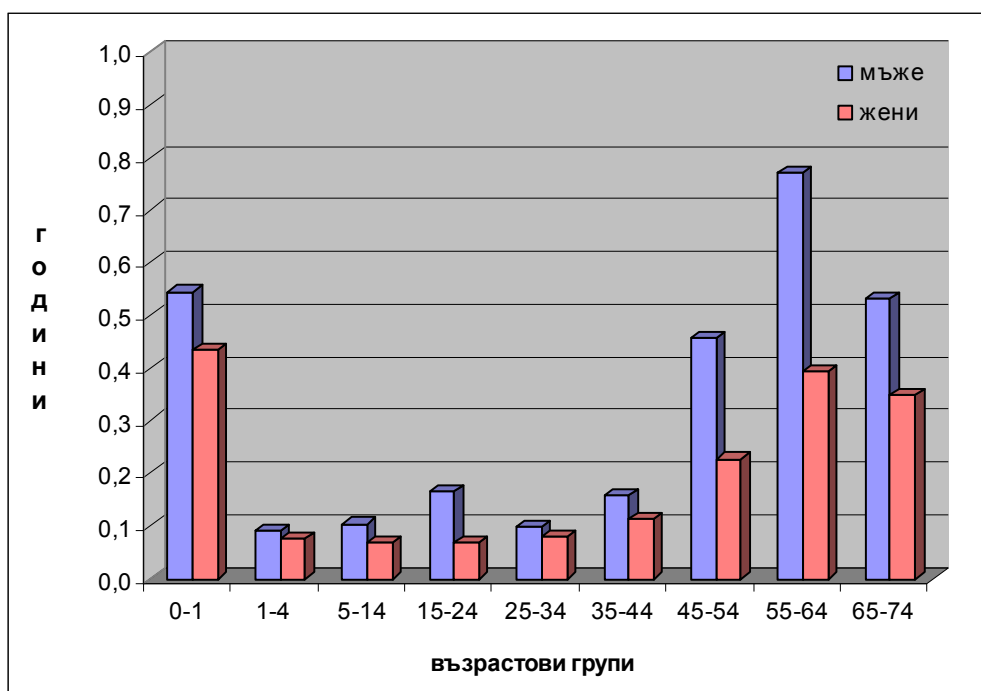
За 20 години мъжете в Чехия добавят 2,58 г. към ТПЖ<sub>0-75</sub>. Най-голям принос за разликата между П<sub>5</sub> и П<sub>2</sub> имат мъжете на възраст 55-64 г. (0,74 г.), групата 0-1 г. (0,57 г.) и групата 45-54 г. (0,39 г.). Жените добавят 1,6 г. към ТПЖ<sub>0-75</sub> за същия период. Тази разлика се дължи на снижаването на ДС (0,44 г.) и на смъртността при жените в групите над 55 г., като последните добавят общо 0,71 г. Печалбите при жените във всяка възраст са по-малки от тези на мъжете.

### **СЗЕ**

Страните от Западна Европа през всички периоди показват възходяща динамика на ТПЖ<sub>0-75</sub> и при двата пола. При мъжете в П<sub>3</sub> и П<sub>4</sub> темповете на прираст се запазват подобни на този в П<sub>2</sub> и нарастването на ТПЖ<sub>0-75</sub> спрямо предходните периоди е с близки размери. Разликата е най-голяма между П<sub>5</sub> и П<sub>4</sub>, когато мъжете добавят цяла година към ТПЖ<sub>0-75</sub>. Повъзрастовата смъртност при мъжете в отделните периоди снижава с позитивен принос към ТПЖ<sub>0-75</sub> за всички групи, с изключение на групата 25-34 г. в П<sub>2</sub>, а в П<sub>3</sub> – на групите 25-44 г. Намалването на ДС през всички периоди обяснява от една четвърт до една десета от разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub>. През цялото време значим принос има групата 55-64 г., като в последните три периода тя добавя най-голямо количество години към промяната в ТПЖ<sub>0-75</sub>.

При жените ТПЖ<sub>0-75</sub> нараства несъществено в П<sub>3</sub> и П<sub>4</sub>. Всички възрастови групи при жените в СЗЕ демонстрират позитивна промяна с добавяне на години живот, макар и в малко количество, през всички периоди. Единствено при жените във възрастта 25-34 г. в П<sub>3</sub> се отчита негативен прираст. Първата възрастова група (0-1 г.) допринася за около 30% от разликите на П<sub>2</sub>-П<sub>4</sub> с предходните периоди, а в П<sub>5</sub> приносът намалява до 14%. Висок позитивен принос (16-24%) към разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> отбелязват и групите над 55-годишна възраст.

За целия 25-годишен период ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете в СЗЕ нараства с 2,92 г., а при жените – с 1,81 г. И при двата пола промените се дължат на подобряване на преживяемостта на лицата над 45-годишна възраст, особено на групата 55-64 г. (фиг. 76). Редукцията на ДС при момчетата прибавя половин година към ТПЖ<sub>0-75</sub>, а при момичетата има най-голям принос (0,43 г.) сред всички възрастови групи.



**Фиг. 76. Декомпозиция по възраст на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> по пол между П<sub>5</sub> и П<sub>1</sub> в СЗЕ**

#### 4.4.4. Декомпозиране по възраст и причини на разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> между СЦИЕ и СЗЕ по периоди

Представени са резултати от декомпозирането по причини на разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> между отделните СЦИЕ и страните от Западна Европа по периоди.

Таблица 24 съдържа данни за разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете (общо и в резултат на ПЗИС<sub>0-75</sub>, вкл. ИБС) между отделните СЦИЕ и СЗЕ по периоди.

**Табл. 24. Разлики в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете между СЦИЕ и СЗЕ по подпериоди**

Страна	Разлика в ТПЖ <sub>0-75</sub> (в години)									
	П <sub>1</sub> (1980-84 г)		П <sub>2</sub> (1985-89 г)		П <sub>3</sub> (1990-94 г)		П <sub>4</sub> (1995-99 г)		П <sub>5</sub> (2000-04 г)	
	общо	ПЗИС	общо	ПЗИС	общо	ПЗИС	общо	ПЗИС	общо	ПЗИС
България	-1,97	-1,14	-2,71	-1,86	-3,79	-2,71	-4,62	-3,02	-4,78	-2,48
Естония	-5,46	-3,48	-4,70	-3,31	-7,60	-4,92	-7,71	-4,09	-7,40	-3,50
Латвия	-5,92	-3,27	-4,78	-3,20	-8,59	-5,49	-8,32	-4,87	-7,75	-4,17
Литва	-5,08	-2,78	-4,18	-2,67	-6,91	-4,63	-6,88	-3,94	-7,03	-3,25
Полша	-3,30	-1,13	-3,87	-1,65	-4,48	-2,19	-4,12	-1,96	-3,86	-2,20
Румъния	-3,45	-1,94	-4,49	-2,56	-5,27	-3,43	-6,14	-4,13	-5,81	-4,03
Словакия	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	-2,99	-2,41	-2,95	-2,07	-2,81	-1,79
Словения	н.д.	н.д.	-2,56	-1,89	-2,34	-1,91	-1,94	-0,41	-2,17	-1,17
Унгария	-4,24	-3,18	-4,88	-3,79	-5,98	-4,53	-5,54	-4,15	-5,19	-3,69
Чехия	н.д.	н.д.	-2,59	-2,16	-2,76	-2,32	-2,12	-1,62	-2,27	-1,34



Разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете между СЗЕ и отделните СЦИЕ, която се дължи на ПЗИС<sub>0-75</sub> представлява от една трета до 80% в отделните страни. При отстраняване ефекта на ИБС<sub>0-75</sub>, ПЗИС<sub>0-75</sub> допринася от една трета до една втора (в редки случаи – до две трети) от разликата.

Проучването на приноса на отделните възрастови групи към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете, дължаща се на ПЗИС<sub>0-75</sub>, между СЦИЕ и СЗЕ в П<sub>1</sub> е илюстрирано с табл.25.

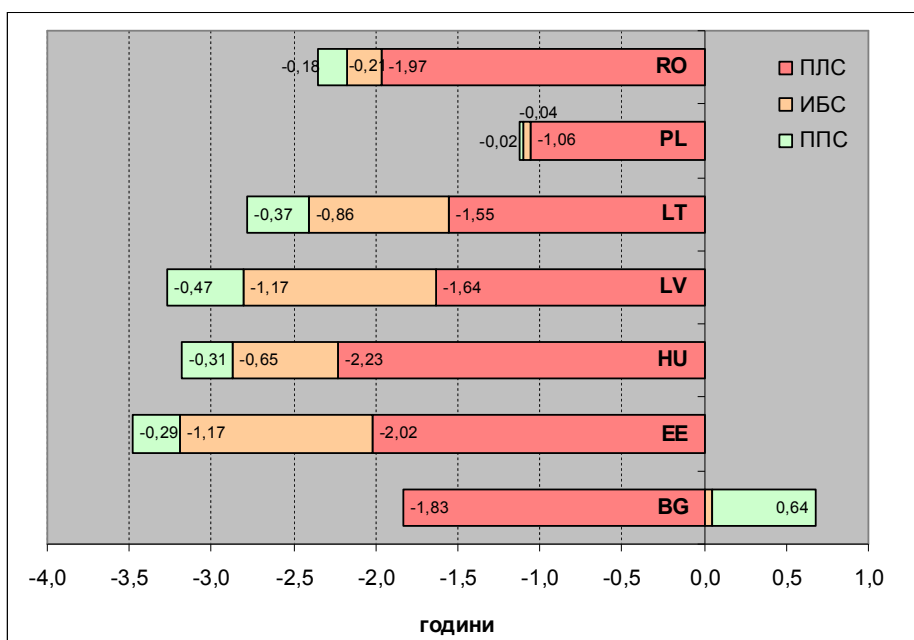
**Табл. 25. Декомпозиция по възраст на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете между СЦИЕ и СЗЕ в периода 1980-84 г. (в години)**

Страна	0-1 г.	1-4 г.	5-14 г.	15-24 г.	25-34 г.	35-44 г.	45-54 г.	55-64 г.	65-74 г.	общо
България	-0,760	-0,062	-0,026	0,369	-0,048	-0,138	-0,151	-0,170	-0,164	-1,149
Естония	-0,387	-0,053	-0,017	-0,161	-0,425	-0,607	-0,717	-0,588	-0,528	-3,482
Латвия	-0,168	-0,039	-0,037	-0,147	-0,489	-0,749	-0,766	-0,571	-0,308	-3,274
Литва	-0,191	-0,037	-0,032	-0,196	-0,497	-0,626	-0,542	-0,274	-0,387	-2,782
Полша	-0,548	0,001	0,001	0,061	-0,116	-0,246	-0,288	-0,083	0,092	-1,127
Румъния	-0,920	-0,155	-0,059	-0,079	-0,125	-0,255	-0,238	-0,092	-0,017	-1,940
Унгария	-0,651	-0,004	-0,001	-0,016	-0,260	-0,617	-0,809	-0,599	-0,225	-3,181

В трите Балтийски държави правят впечатление значимите ранни загуби в резултат на по-висока ПЗИС<sub>0-75</sub>, като още във възрастта 25-34 г. те достигат около половин година, и нарастват до 0,75-0,77 г. в групите 35-44 г. и 45-54 г. В Унгария най-голям негативен принос към разликата със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете има групата 45-54 г., следвана от първата година на живота (-0,65 г.), както и от групите 35-44 г. и 55-64 г. Румъния губи почти 1 г. поради големите различия със СЗЕ в нивото на ДС, като в същото време загубата поради предотвратима смъртност във възрастта 45-64 е -0,33 г. Полша има най-малка разлика със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете, като почти половината от нея е резултат от по-високите нива на ДС, а останалата половина е поради загуби при мъжете на възраст 35-64 г. В този период сред мъжките популации на СЦИЕ по-съществена позитивна промяна (0,37 г.) постига единствено групата на 15-24-годишните в България.

Декомпозицията на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете, дължаща се на ПЗИС<sub>0-75</sub> по компоненти на смъртността в П<sub>1</sub> е представена на фиг.77.

България е единствената страна, която регистрира в П<sub>1</sub> позитивен принос на ИБС<sub>0-75</sub> и ППС<sub>0-75</sub>. Полша постига най-малки загуби от ППС<sub>0-75</sub>, докато Унгария поради по-висока ППС<sub>0-75</sub> губи 2,23 г. Почти една година от загубите при унгарските мъже се дължи на високата смъртност от НСПП (-0,54 г.) и МСБ (-0,48 г.). Латвия и Естония отбелязват най-високи загуби от ИБС<sub>0-75</sub>, а Латвия – и от ППС<sub>0-75</sub>. Мъжете в тази страна губят 0,34 г. от МПТЗ.

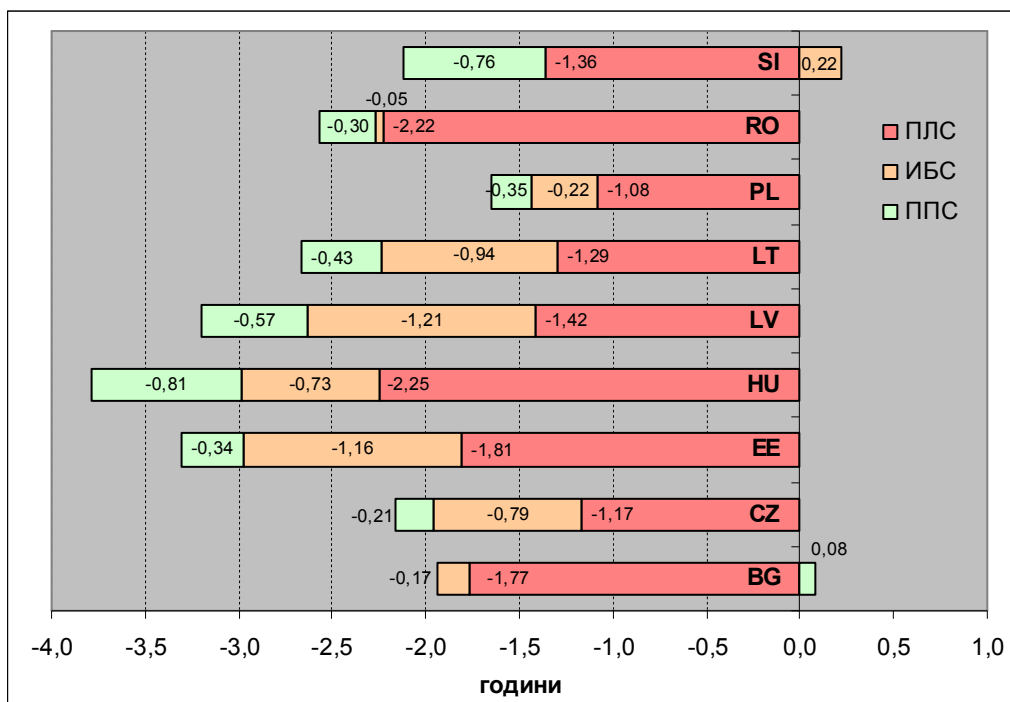


**Фиг. 77. Декомпозиция по компоненти на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ в периода 1980-84 г.**

Декомпозицията по възраст на разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> в периода 1985-89 г. установява, че във всички СЦИЕ нарастват загубите на години живот при мъжете на възраст 55-64 г. Балтийските страни показват благоприятно намаляване на разликата със СЗЕ в по-младите възрасти (25-44 г.) поради редуциране на предотвратимите умирения. В Румъния приносът към разликата със СЗЕ на първата година от живота не се променя в сравнение с П<sub>1</sub>, а нараства негативния принос на групите 45-64 г. В Унгария загубите в ТПЖ<sub>0-75</sub> поради предотвратима смъртност при мъжете нарастват до 3,79 г., като също се запазва приносът на групата 0-1 г. непроменен (-0,66 г.), а загубите на мъжете на възраст 35-64 г. от ПЗИС<sub>0-75</sub> достигат почти 2,5 г. и представляват 65% от общата разлика.

При проследяване приноса на отделните компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> през П<sub>2</sub> се установява нарастване на негативния принос на ИБС<sub>0-75</sub> и на ППС<sub>0-75</sub> в Унгария (фиг. 78). Разликата на тази страна със СЗЕ поради ПЛС<sub>0-75</sub> почти не се променя спрямо П<sub>1</sub>. Водещи причини за нея са отново НСПП с негативен принос от -0,54 г. и МСБ (-0,51 г.). От ППС<sub>0-75</sub> най-значими са разликите със СЗЕ в нивата на смъртност от ЧЦ, от която мъжете губят 0,5 г.

Румъния регистрира значим негативен принос на ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете. Една година от разликата със СЗЕ поради лечима смъртност се дължи на умирианията от пневмония, основно във възрастта до 5 г. От МСБ се губят 0,4 г., а от хипертония – още 0,25 г. Балтийските страни показват най-големи разлики със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> поради смъртност от ИБС<sub>0-75</sub>, като губят от 0,94 г. (Литва) до 1,21 г. (Латвия). България отново има позитивен принос от ППС<sub>0-75</sub> поради по-ниската честота на умирианията в сравнение със СЗЕ. Словения показва благоприятно пониски нива на смъртност от ИБС<sub>0-75</sub> спрямо тези на СЗЕ. В тази страна са високи загубите поради самоубийства сред мъжете (-0,79 г.), две трети от които са във възрастта 15-44 г.



**Фиг. 78. Декомпозиция по компоненти на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦИЕ и СЗЕ в периода 1985-89 г.**

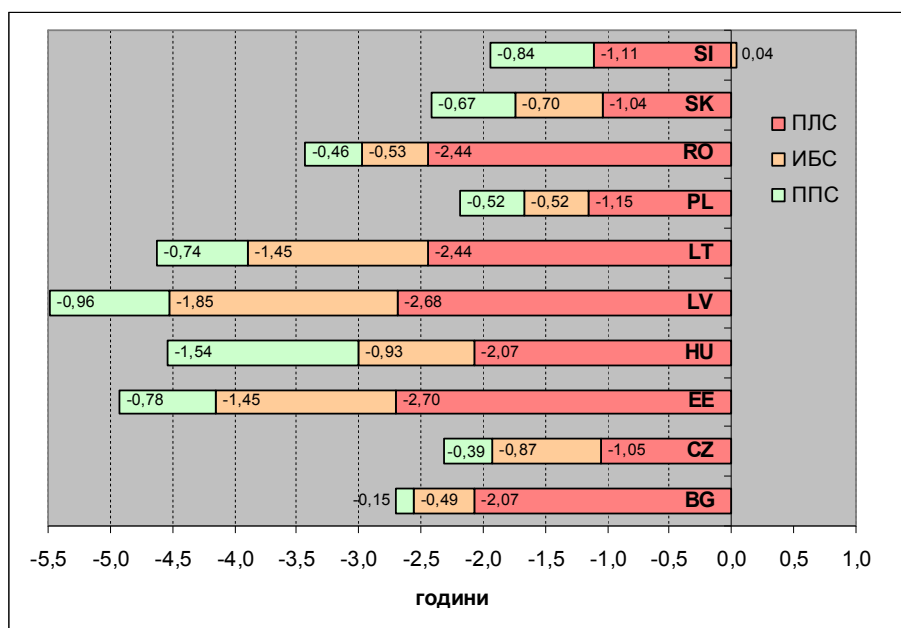
В П<sub>3</sub> (1990-94 г.) се задълбочават разликите със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в резултат на ПЗИС<sub>0-75</sub> за всички страни. Най-големи загуби отбелязват в Балтийските страни, като в Латвия повишаването на ПЗИС<sub>0-75</sub> води до 5,49 г. разлика в ТПЖ<sub>0-75</sub>. Естония губи 4,92 г., а Литва – 4,63 г.

Декомпозицията по възраст на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете поради ПЗИС показва, че значимото повишаване на разликата между Балтийските страни и СЗЕ е резултат на нарасналата ДС и смъртността в групите над 15-годишна възраст. За разлика от останалите СЦИЕ, които показват нарастващ негативен принос на групите над 35-годишна възраст, в трите Балтийски страни мъжете реализират съществени загуби (повече от 0,5 г.) и в по-ранна възраст (25-34 г.). Негативният принос на групата 0-1 г. към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете намалява поради снижаване на ДС в Полша, Словения, Чехия и Унгария, но докато в първите три страни приносът на младшите групи до 24 г. не се променя, в Унгария се повишава приносът на всички възрастови групи над 5 г.

Декомпозицията по компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> на разликите между отделните СЦИЕ със СЗЕ показва, че водеща роля за нарастване на различията с Балтийските страни имат ПЛС<sub>0-75</sub> и ИБС<sub>0-75</sub> (фиг.79). Разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> поради ПЛС<sub>0-75</sub> от 2,68 г. с Латвия се дължи на МСБ (-0,62 г.), самоубийства (-0,58 г.), НСПП (-0,35 г.), пневмония (-0,18 г.), туберкулоза (-0,16 г.). Голяма част от предотвратимите с лечение загуби в Естония (2,7 г.) и Литва (2,44 г.) се дължат на същите причини с подобен принос. Сред ППС<sub>0-75</sub> най-голям принос в трите страни имат умиранията поради МПТЗ, от които се губят 0,5-0,7 г.

Румъния отбелязва еднакви с Литва общи загуби поради ПЛС<sub>0-75</sub>, но при по-високи загуби в ТПЖ<sub>0-75</sub> от пневмония (-0,89 г.), МПТЗ (-0,56 г.), туберкулоза, НСПП

и хипертония (по -0,22 г.). Унгария има разлика със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете от 1,53 г. в резултат на ППС<sub>0-75</sub> с най-голям принос на чернодробната цироза (-0,96 г.) и на белодробния карцином (-0,42 г.).



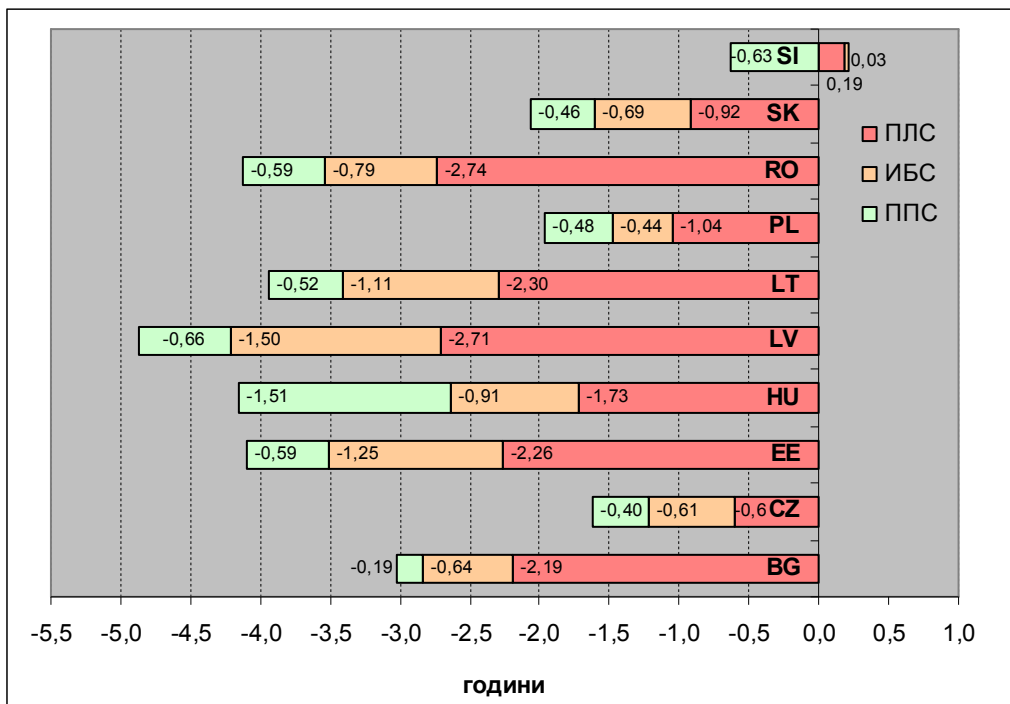
**Фиг. 79. Декомпозиция по компоненти на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете в СЦЕ и СЗЕ в периода 1990-94 г.**

В периода 1995-99 г. промените в нивата на ПЗИС<sub>0-75</sub> в СЦЕ са разнопосочни. България и Румъния увеличават разликата със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете, дължаща се на ПЗИС<sub>0-75</sub>, спрямо П<sub>3</sub>, докато останалите страни показват намаляване на разликите. Словения преодолява различията със СЗЕ най-успешно и разликата поради ПЗИС е -0,41 г. Латвия отбелязва най-висока стойност на разликата за периода (-4,87 г.), следвана от Унгария (-4,15 г.) и Румъния (-4,13 г.).

Декомпозицията на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете по възраст показва че малката разлика в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в Словения се дължи на стабилизиране на повъзрастовата смъртност от ПЗИС при младшите възрасти до 24 г. и намаляване във всички останали групи. Най-благоприятна промяна има за групата 0-1 г., чийто принос е позитивен и е 1,07 г. В Латвия разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете се дължи на приноса на групите 25-64 г. За разлика от другите Балтийски страни, в Латвия нараства негативния принос на първата година от живота. Унгария постига снижаване на приноса на възрастта 0-1 г. В Румъния най-висок принос към на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете продължава да има групата 0-1 г. Отбелязва се нарастване на разликите със СЗЕ в групите над 35-годишна възраст, като за мъжете на възраст 45-64 г. те съставляват почти половината (1,96 г.) от общата на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> поради ПЗИС. Полша и Словакия намаляват разликите със СЗЕ в отделните групи, с изключение на нарастване на негативния принос в двете старши възрастови групи 55-64 г. и 65-74 г. В България, подобно на Латвия, негативният принос на първата възрастова група нараства и продължава да се

увеличават разликите в групите над 35-годишна възраст, на които се дължи 71% от общата разлика в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете поради ПЗИС.

При декомпозицията по компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> се установява, че негативният принос на ПЛС<sub>0-75</sub> към наблюдаваните разлики в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете нараства в Румъния, Латвия и България (фиг.80). В повечето СЦИЕ загубите поради ИБС<sub>0-75</sub> намаляват, а тези от ППС<sub>0-75</sub> намаляват или задържат нивата си.



**Фиг. 80. Декомпозиция по компоненти на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете в СЗЕ и СЦИЕ в периода 1995-99 г.**

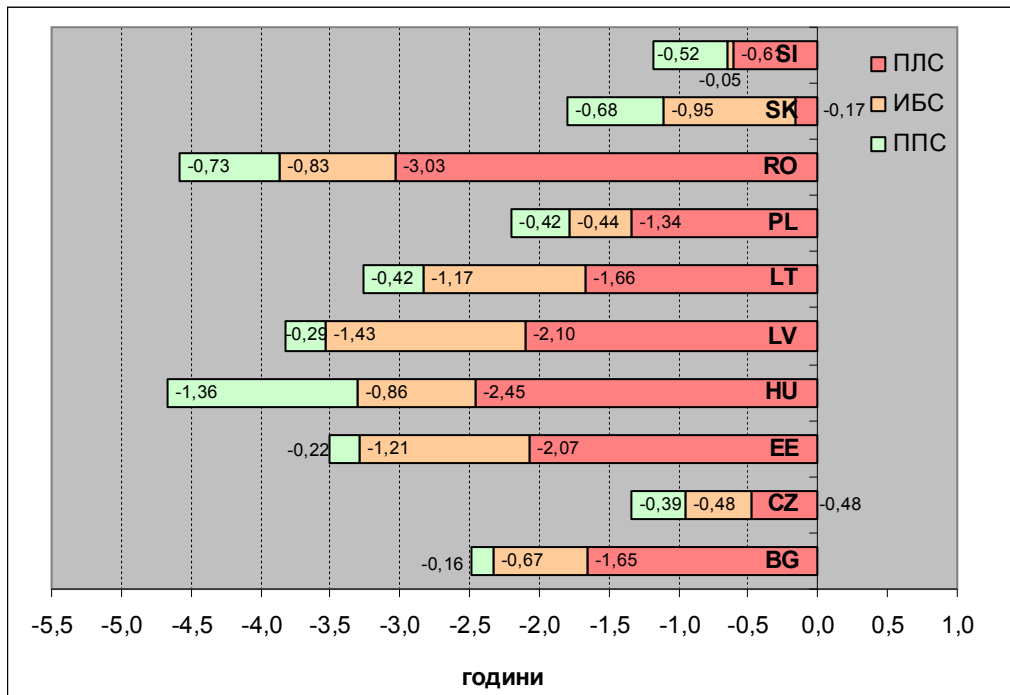
Анализът на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете между СЗЕ и СЦИЕ по причини показва, че латвийските мъже в периода П<sub>4</sub> губят поради нараснала разлика със СЗЕ в смъртността от самоубийства (-0,63 г.), МСБ (-0,57 г.), пневмония (-0,22 г.), туберкулоза (-0,23 г.). Загубите от НППП са непроменени в сравнение с тези в П<sub>3</sub> и са -0,37 г. Унгария редуцира разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> със СЗЕ, като намалява загубите от ПЛС<sub>0-75</sub>, най-вече от НСПП и самоубийства. Не се променят, обаче, загубите поради ИБС<sub>0-75</sub> и ППС<sub>0-75</sub>. Румъния и в този период губи години от ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете поради пневмония (-0,88 г.), МСБ (-0,75 г.), НСПП (-0,32 г.), туберкулоза (-0,27 г.). Словения единствена сред СЦИЕ показва по-ниски нива на ПЛС<sub>0-75</sub> и смъртност от ИБС<sub>0-75</sub> спрямо СЗЕ.

В заключителния период (2000-04 г.) всички СЦИЕ, с изключение на Полша и Словения, показват намаляване на разликата със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете, дължаща се на ПЗИС<sub>0-75</sub>. Латвия продължава да има най-голяма разлика (-4,17 г.), следвана от Румъния и Унгария. Въпреки че нараства в сравнение с П<sub>4</sub>, разликата на Словения със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете е най-малка (-1,17 г.).

Проследяването на приноса на възрастовите групи към разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете със СЗЕ показва благоприятни промени за групата 0-1 г. във всички СЦИЕ. Намаляване или стабилизиране на негативния принос отбелязват

навсякъде и възрастовите групи 1-24 г. Нарастват разликите в предотвратимата повъзrastова смъртност за групите 45-54 г. и 55-64 г. в Полша, Румъния и Словакия. Във всички страни се увеличава негативният принос на най-старшата възрастова група 65-74 г. В Балтийските страни, Румъния и Унгария той надхвърля -0,4 г.

При декомпозирането по причини на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете, редуцията на приноса на ПЗИС<sub>0-75</sub> в Латвия е за сметка снижаване на ПЛС<sub>0-75</sub> (фиг.81), като намалява приносът на самоубийствата (-0,5 г.), МСБ (-0,59 г.) и НСПП (-0,19).



**Фиг. 81. Декомпозиция по компоненти на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете в СЗЕ и СЦИЕ в периода 2000-04 г.**

Румънските мъже показват снижаване на ПЛС<sub>0-75</sub> в сравнение с П<sub>4</sub>, но се увеличава негативният принос на ППС<sub>0-75</sub> към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> в резултат на нарастване на смъртността от МПТЗ. В Унгария част от снижаването на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> се дължи на намаляване на приноса на чернодробната цироза (-0,86 г.).

**Разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените** (общо и в резултат на ПЗИС<sub>0-75</sub>, вкл. ИБС<sub>0-75</sub>) между отделните СЦИЕ и групата на СЗЕ по периоди са представени в таблица 26. При жените разликата между СЗЕ и отделните СЦИЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub>, която се дължи на ПЗИС, представлява от една трета до 85% в отделните страни. Подобно на наблюдаваното при мъжете, след отстраняване ефекта на смъртността от ИБС, и при жените ПЗИС допринася от една трета до една втора (в редки случаи – до две трети) от разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub>.

Проследяването на разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените между СЗЕ и отделните СЦИЕ по периоди показва нарастване на различията за 6 от изучаваните страни – България, Словакия, Румъния и Балтийските държави. В България и Словакия това увеличаване продължава през всички периоди. В Балтийските страни

задълбочаването на разликата се наблюдава и в П<sub>3</sub>, след което тя намалява. В Полша и Унгария разликите със СЗЕ се увеличават до П<sub>3</sub> вкл., след което намаляват, и в заключителния период отново се повишават, но са по-ниски от стойностите в П<sub>1</sub>.

**Табл. 26. Разлики в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените между СЦИЕ и СЗЕ по периоди**

Страна	Разлика в ТПЖ <sub>0-75</sub> (в години)									
	П <sub>1</sub> (1980-84 г)		П <sub>2</sub> (1985-89 г)		П <sub>3</sub> (1990-94 г)		П <sub>4</sub> (1995-99 г)		П <sub>5</sub> (2000-04 г)	
	общо	ПЗИС	общо	ПЗИС	общо	ПЗИС	общо	ПЗИС	общо	ПЗИС
България	-1,62	-1,51	-1,74	-1,54	-2,13	-1,58	-2,60	-1,78	-2,69	-1,66
Естония	-1,96	-1,45	-1,99	-1,50	-2,84	-1,98	-2,67	-1,88	-2,49	-1,48
Латвия	-2,01	-1,22	-2,02	-1,42	-3,26	-2,26	-3,39	-1,88	-3,08	-1,70
Литва	-1,72	-0,95	-1,61	-1,09	-2,42	-1,61	-2,40	-1,52	-2,31	-1,33
Полша	-1,51	-0,56	-1,75	-0,74	-1,86	-0,93	-1,63	-0,85	-1,48	-0,71
Румъния	-2,98	-2,18	-3,49	-2,45	-3,36	-2,55	-3,60	-2,82	-3,35	-2,63
Словакия	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	-1,39	-1,24	-1,46	-1,19	-1,58	-1,01
Словения	н.д.	н.д.	-0,94	-0,87	-0,77	-0,68	-0,58	-0,60	-0,74	-0,36
Унгария	-2,53	-2,24	-2,73	-2,46	-2,93	-2,36	-2,55	-2,08	-2,48	-1,76
Чехия	н.д.	н.д.	-1,30	-1,24	-1,30	-1,03	-0,96	-0,50	-1,05	-0,54

В началния период на изучаване (1980-1984 г.) разликите между СЗЕ и отделните СЦИЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените в резултат на ПЗИС<sub>0-75</sub> варират от -0,56 г. до -2,24 г. Най-високи стойности отбелязват Унгария и Румъния, а Полша показва най-малка разлика.

Декомпозицията по възраст на разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените между СЦИЕ и СЗЕ поради ПЗИС е представена в таблица 27.

**Табл. 27. Декомпозиция по възрастови групи на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените поради ПЗИС между СЦИЕ и СЗЕ в периода 1980-84 г. (в години)**

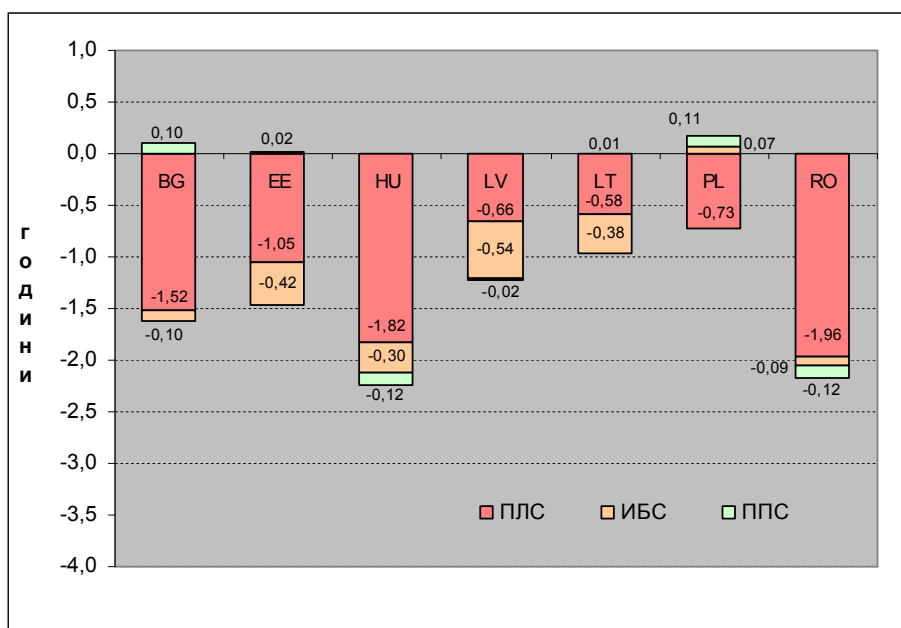
Страна	0-1 г.	1-4 г.	5-14 г.	15-24 г.	25-34 г.	35-44 г.	45-54 г.	55-64 г.	65-74 г.	общо
България	-0,666	-0,078	-0,034	-0,020	-0,043	-0,037	-0,094	-0,219	-0,320	-1,511
Естония	-0,295	-0,015	-0,014	-0,070	-0,099	-0,118	-0,201	-0,293	-0,342	-1,448
Латвия	-0,068	-0,030	-0,017	-0,025	-0,091	-0,146	-0,193	-0,322	-0,330	-1,223
Литва	-0,156	-0,039	-0,014	-0,019	-0,082	-0,140	-0,128	-0,174	-0,202	-0,954
Полша	-0,409	-0,000	-0,002	0,017	-0,009	-0,046	-0,086	-0,063	0,041	-0,557
Румъния	-0,801	-0,159	-0,058	-0,103	-0,146	-0,170	-0,237	-0,285	-0,218	-2,177
Унгария	-0,768	-0,001	-0,000	-0,033	-0,115	-0,262	-0,374	-0,404	-0,285	-2,242

Негативният принос на първата възрастова група (0-1 г.) е най-голям в няколко страни и представлява повече от една трета (в България, Румъния и Унгария), а в Полша - дори 73% от цялата разлика в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените поради ПЗИС. В Унгария следващ по размер негативен принос имат групите 55-64 г., 65-74 г. и 45-54 г. Техният общ принос представлява половината от разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените между Унгария и СЗЕ. В България, Естония и Латвия значим негативен принос има също последната възрастова група (65-74 г.), на която се дължи около 0,33 г. от установената разлика в ТПЖ<sub>0-75</sub> поради ПЗИС.

Декомпозирането по компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при жените показва, че водещо значение има ПЛС<sub>0-75</sub> (фиг.82). Най-голяма разлика поради ПЛС<sub>0-75</sub> отбелязват Румъния и Унгария. По-високата смъртност от ИБС<sub>0-75</sub> в Балтийските републики води до разлика с индикатора за жените в СЗЕ от -0,38 г. (в Литва) до -0,54 г. (в Латвия).

Декомпозирането на разликата по конкретни причини за отделните СЦИЕ установява, че жените в Унгария губят в П<sub>1</sub> най-много години живот от някои състояния в перинаталния период (-0,58 г.), от МСБ (-0,37 г.), от ВАССС (-0,13 г.). Карциномите на шийката и на тялото на матката редуцират преживяемостта на жените с 0,1 г, а ракът на гърдата е с по-ниска смъртност от тази при жените в СЗЕ. В Румъния най-висок негативен принос към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при жените има пневмонията – губи се почти цяла година живот (-0,92 г.), като 85% от загубите са от умирация до 5-годишна възраст. Румънските жени имат негативен принос в резултат на по-висока смъртност от МБС (-0,30 г.), от хипертония (-0,26 г.), от майчина смъртност (-0,14 г.).

В Полша разликата със западноевропейските страни в ТПЖ<sub>0-75</sub> от половин година се дължи в най-голяма степен на НСПП (-0,26 г.), смъртността от които причинява една трета от загубите в резултата на ПЛС<sub>0-75</sub>.



**Фиг. 82. Декомпозиция по компоненти на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при жените в СЗЕ и СЦИЕ в периода 1980-84 г.**

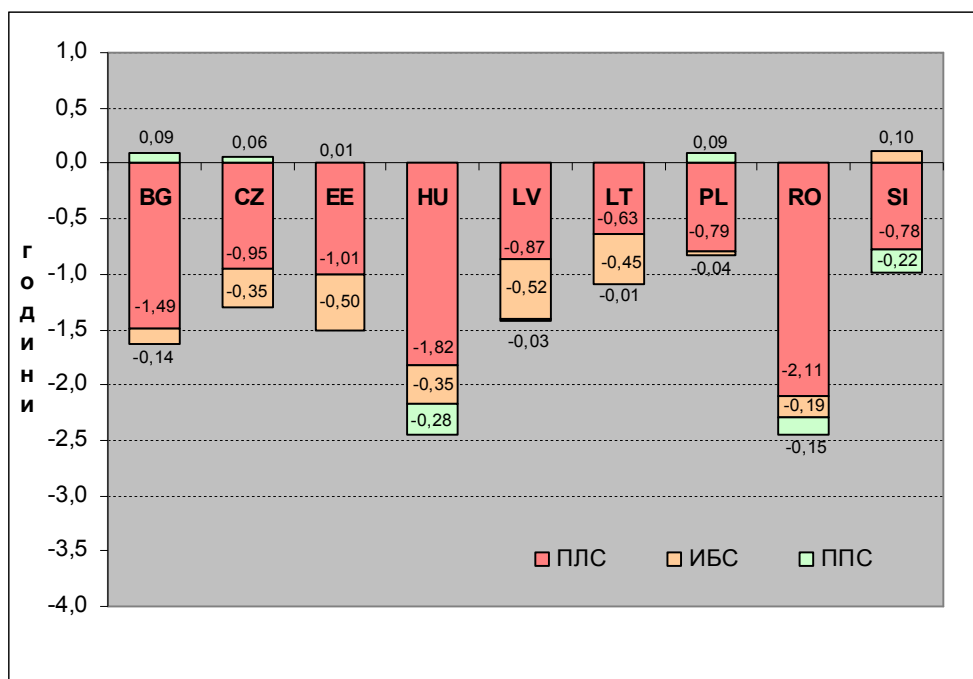


През периода 1985-89 г. всички СЦИЕ, с изключение на Унгария, показват нарастване на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените. Унгария и Румъния запазват водеща позиция с най-голяма разлика (-2,45 г.), а Полша отново е с най-близко ниво до преживяемостта на жените в СЗЕ.

Възрастовото декомпозиране на разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените поради ПЗИС показва нарастване на негативния принос на възрастовите групи 45-54 г. и 55-64 г. във всички страни, като в Унгария тези две групи допринасят -0,89 г., а в Румъния -0,70 г. Увеличава се приноса и на по-младите възрастови групи (25-44 г.) в България, Румъния и Унгария. По-високата ДС при момичетата в същите страни запазва приноса на първата възрастова група над -0,5 г. Полша отбелязва позитивен принос на възрастовата група 15-24 г. към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените. Чехия има еднакви или несъществено по-ниски нива на смъртност от СЗЕ във възрастите между 1 и 15 години.

Декомпозицията по компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> показва най-голям принос на ПЛС<sub>0-75</sub> към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените в Румъния и Унгария (фиг.83). България, Чехия и Полша имат позитивен принос на ППС<sub>0-75</sub> към разликата поради по-ниска смъртност от тази в СЗЕ. ИБС<sub>0-75</sub> има, както в предходния период най-голям принос (около -0,5 г.) към разликата на СЗЕ с Балтийските страни.

Декомпозицията по конкретни причини показва в Унгария липса на промяна в приноса на ПЛС<sub>0-75</sub> спрямо П<sub>1</sub> и нарастване на приноса на ИБС<sub>0-75</sub> и на ППС<sub>0-75</sub>. Сред причините, предотвратими с профилактика, е нараснал негативният принос на чернодробната цироза от -0,14 г. в П<sub>1</sub> на -0,23 г. В Румъния разликата със СЗЕ расте поради увеличаване приноса на ИБС<sub>0-75</sub> (-0,19 г.). Незначително нараства негативният принос на хипертонията (-0,29 г.), а се ограничава приносът на пневмонията (-0,86 г.).

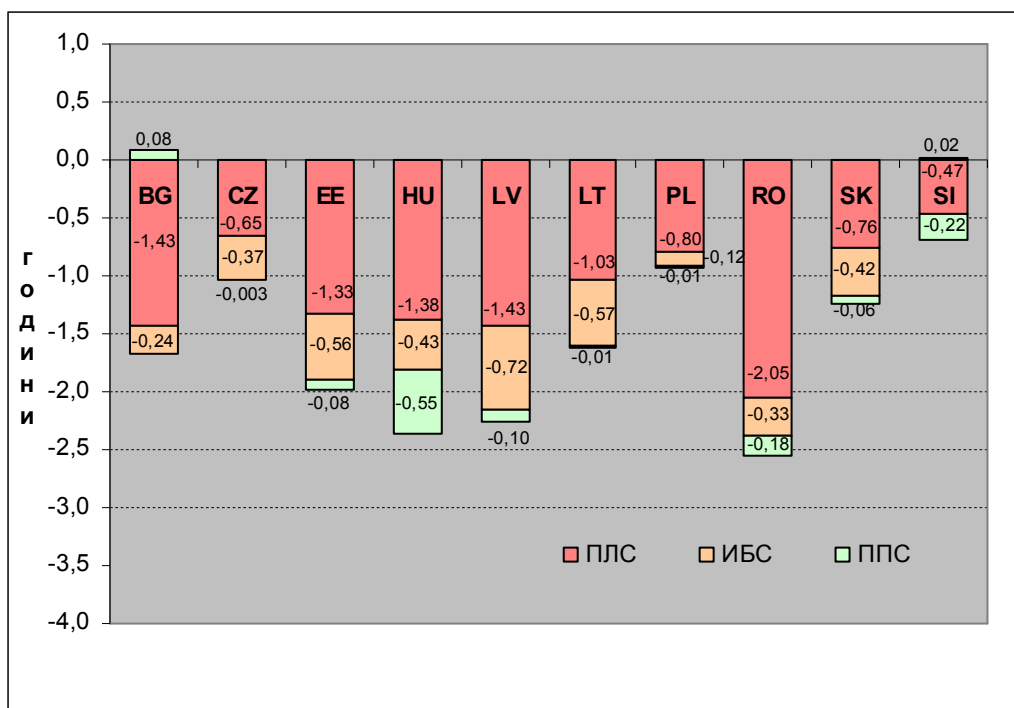


**Фиг. 83. Декомпозиция по компоненти на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при жените в СЗЕ и СЦИЕ в периода 1985-89 г.**

В третия период 1990-94 г. разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените между СЗЕ и отделните СЦИЕ се задълбочават за 6 от страните. Словения, Унгария и Чехия отбелязват намаляващи разлики в сравнение с предходния период. Румъния заема първо място с най-висока стойност на разликата (-2,55 г.), а Словения постига най-ниско ниво от -0,68 г.

При декомпозирането по възраст на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените в П<sub>3</sub> се установява увеличаване на негативния принос за възрастовите групи над 35-годишна възраст в почти всички СЦИЕ. В Унгария и Латвия нарастващата смъртност на жените в активна възраст (45-64 г.) причинява негативен принос от 1 година, т.е. почти половината от разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените поради ПЗИС<sub>0-75</sub>. Чехия не променя приноса на посочените възрастови групи спрямо предходния период, а Словения отбелязва намаляване на разликата за възрастовата група 35-44 г. В трите Балтийски страни и Румъния нараства негативният принос на групата 0-1 г., като в последната страна той е -0,79 г.

Декомпозицията на разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените между СЗЕ и СЦИЕ по компоненти е илюстрирана с фигура 84. Най-голям негативен принос на ПЛС<sub>0-75</sub> към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> се наблюдава в Румъния (-2,05 г.). България и Латвия имат еднакви разлики със СЗЕ в ПЛС<sub>0-75</sub> на жените (-1,43 г.). Близки по ниво са стойностите на приноса на ПЛС<sub>0-75</sub> и за Унгария и Естония. Приносът на ИБС<sub>0-75</sub> към разликата е най-голям при жените в Балтийските държави и надхвърля -0,5 г.



**Фиг. 84. Декомпозиция по компоненти на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при жените в СЗЕ и СЦИЕ в периода 1990-94 г.**

При декомпозирането по причини на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> се установява, че в Румъния в П<sub>3</sub> жените губят половин година живот поради повишената смъртност от МСБ. Значимо е нараснал в сравнение с предходния период негативният

принос на НСПП, който е -0,13 г. Увеличава се приносът на карциномите на шийката и тялото на матката (-0,17 г.), а този на майчината смъртност намалява до -0,04 г. Продължава да намалява приносът на пневмонията, но неговият размер все още е най-голям сред всички изучавани причини за смърт при жените (-0,73 г.). Сред причините за ППС<sub>0-75</sub> основен принос към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> има чернодробната цироза (-0,2 г.). В П<sub>3</sub> нарастват загубите от ИБС (-0,33 г.) в сравнение с П<sub>2</sub>.

Подобряване на здравния статус на жените в СЦИЕ започва да се забелязва в периода 1995-98 г., като разликите със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> поради ПЗИС<sub>0-75</sub> намаляват за всички страни, с изключение на България и Румъния. Последната страна има най-голяма разлика (-2,82 г.) със СЗЕ. Чехия показва най-малка разлика със СЗЕ, като тя е редуцирана наполовина в сравнение с П<sub>3</sub>.

Анализът на приноса на възрастовите групи в отделните СЦИЕ през П<sub>4</sub> към разликата със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените показва увеличаване или задържане на стойностите на негативния принос на всички възрастови групи в България и Румъния (табл.28). В Литва нарастват разликите със СЗЕ в повъзрастовата смъртност от ПЗИС на жените в ранните възрасти (1-24 г.) и съответният им негативен принос към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub>. В Чехия приносът на групата 0-1 г. намалява от -0,15 г. в П<sub>3</sub> до -0,02 г. в П<sub>4</sub>. Словения снижава смъртността в групите до 5-годишна възраст под тези на СЗЕ и позитивира приносът им към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените. Повечето СЦИЕ намаляват негативния принос на групите 45-54 г. и 55-64 г., но нараства този на последната възрастова група във всички СЦИЕ, без Латвия и Чехия.

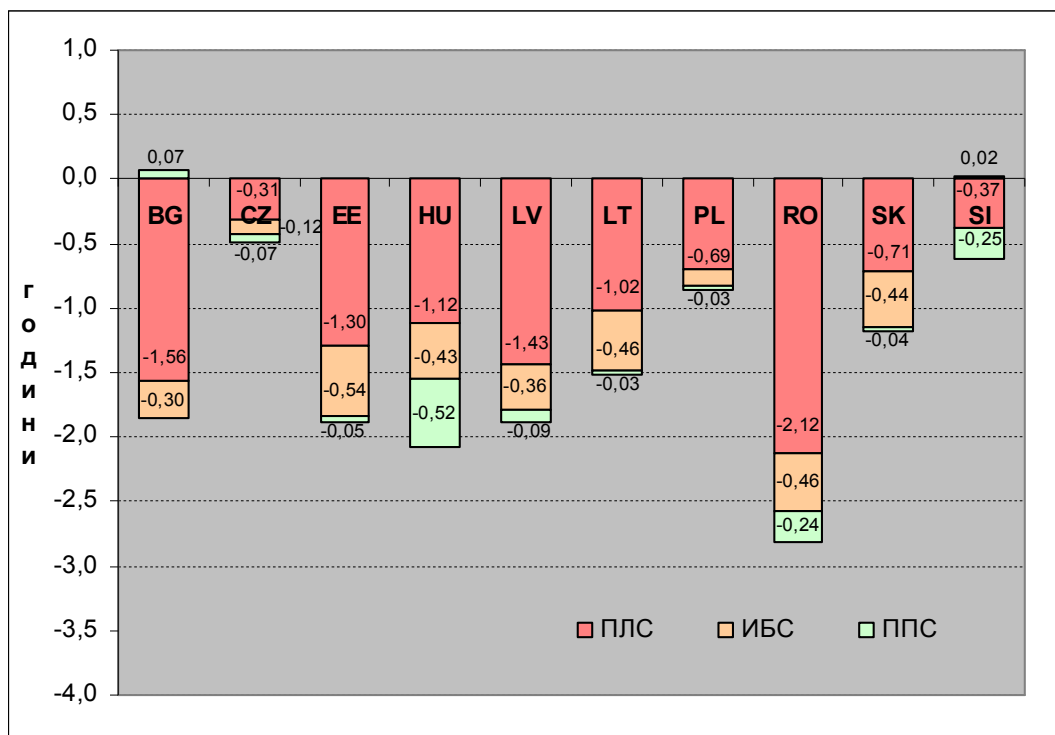
**Табл.28. Декомпозиция по възрастови групи на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените между СЦИЕ и СЗЕ в периода 1995-99 г. (в години)**

Страна	0-1 г.	1-4 г.	5-14 г.	15-24 г.	25-34 г.	35-44 г.	45-54 г.	55-64 г.	65-74 г.	общо
<b>България</b>	-0,415	-0,082	-0,047	-0,047	-0,074	-0,125	-0,225	-0,407	-0,361	<b>-1,784</b>
<b>Естония</b>	-0,293	-0,019	-0,055	-0,052	-0,075	-0,205	-0,308	-0,474	-0,402	<b>-1,883</b>
<b>Латвия</b>	-0,458	-0,020	-0,015	-0,052	-0,082	-0,194	-0,382	-0,413	-0,268	<b>-1,884</b>
<b>Литва</b>	-0,176	-0,014	-0,023	-0,072	-0,078	-0,186	-0,325	-0,354	-0,291	<b>-1,518</b>
<b>Полша</b>	-0,286	-0,012	-0,011	0,006	0,001	-0,074	-0,148	-0,213	-0,116	<b>-0,853</b>
<b>Румъния</b>	-0,787	-0,097	-0,065	-0,031	-0,081	-0,262	-0,429	-0,610	-0,454	<b>-2,818</b>
<b>Словакия</b>	-0,222	-0,018	-0,012	-0,001	-0,001	-0,058	-0,172	-0,367	-0,335	<b>-1,187</b>
<b>Словения</b>	0,002	0,005	-0,005	-0,049	-0,037	-0,072	-0,158	-0,156	-0,133	<b>-0,602</b>
<b>Унгария</b>	-0,263	-0,016	-0,009	-0,019	-0,067	-0,352	-0,473	-0,533	-0,349	<b>-2,080</b>
<b>Чехия</b>	-0,023	-0,009	-0,003	-0,003	0,017	-0,038	-0,105	-0,172	-0,161	<b>-0,497</b>

Изучаването на приноса на отделните компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените поради предотвратима смъртност е показано на фиг.85. ПЛС<sub>0-75</sub> има най-голям негативен принос (-2,12 г.) към разликата между СЗЕ и Румъния. Във всички страни приносът на ИБС<sub>0-75</sub> е под -0,5 г., а Словения запазва непроменен от предходния период позитивния принос на ИБС от 0,02 г. Унгария показва най-голяма разлика със СЗЕ в ППС<sub>0-75</sub>, чийто принос към ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените е -0,54 г. Румъния и Словения отбелязват еднакъв принос на ППС<sub>0-75</sub> от -0,25 г.

От предотвратимите с лечение причини за смърт в Румъния най-голям негативен принос към ТПЖ<sub>0-75</sub> отбелязват отново пневмонията (-0,66 г.), следвана от МСБ (-0,63 г.), някои състояния в перинаталния период (-0,20 г.), карциномите на шийката и тялото на матката (-0,18 г.), хипертонията (-0,16 г.). Нараства смъртността при жените от ИБС<sub>0-75</sub> със загуби от почти половин година. Умиранията от чернодробна цироза причиняват загуби от 0,28 г. в ТПЖ<sub>0-75</sub>.

Чехия постига намаляване на различията със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> поради благоприятна промяна в две от трите компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub>. От лечимите причини за смърт, в сравнение с П<sub>3</sub> е снижен 2 пъти приносът на МСБ. Значителна редукция е постигната в смъртността от НСПП. Намалява приносът на смъртността от самоубийства от -0,11 г. в П<sub>3</sub> до -0,01 г. Приносът на ИБС<sub>0-75</sub> към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> намалява три пъти в сравнение с П<sub>3</sub> и достига ниво от -0,11 г. Трикратно нарастване се наблюдава за ППС<sub>0-75</sub> в резултат на увеличената смъртност при жените от рак на белия дроб (с принос -0,06 г.).

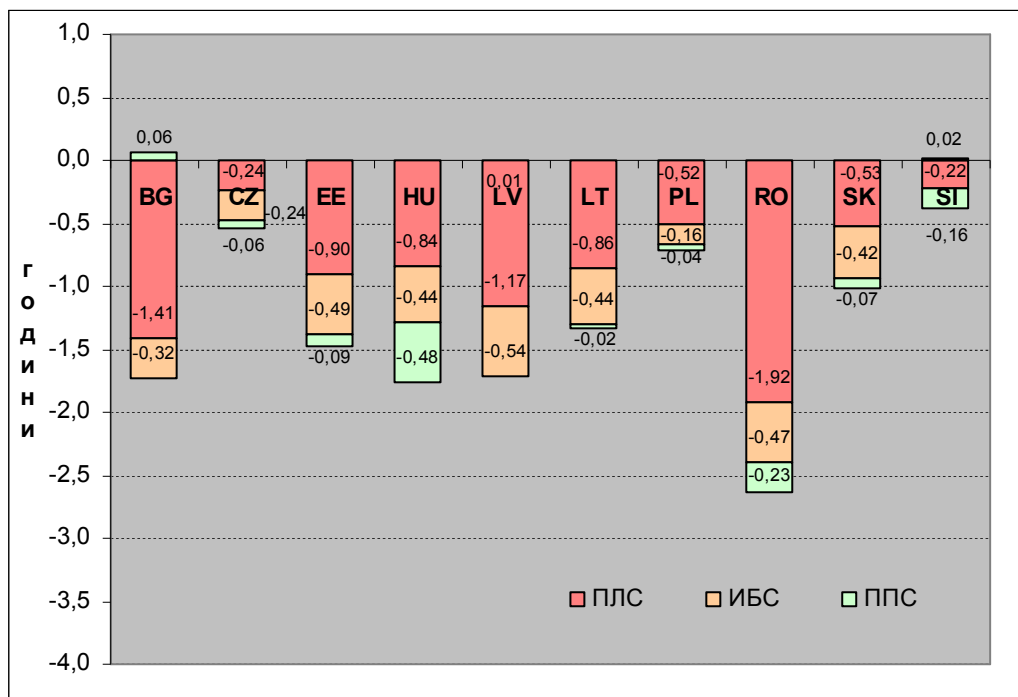


**Фиг. 85. Декомпозиция по компоненти на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при жените в СЗЕ и СЦИЕ в периода 1995-99 г.**

В последния проучван период (2000-04 г.) подобряването на здравето на жените продължава и разликите на отделните СЦИЕ със СЗЕ в нивото на ТПЖ<sub>0-75</sub> поради ПЗИС намаляват.

Декомпозицията по възраст на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените показва, че в сравнение с предходния П<sub>4</sub> приносът на възрастовата група 0-1 г. намалява за всички СЦИЕ, с изключение на България. Жените в Латвия, Румъния и Чехия постигат намаляване на разликите със СЗЕ във всички възрасти, без последните две групи. В Полша, Словакия и Унгария приносът на възрастите над 35 години стабилизира или намалява. В Словения негативния принос за всички възрастови групи намалява.

От отделните компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> най-голям принос към разликите между СЦИЕ и СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените в последния период има ПЛС<sub>0-75</sub> (фиг.86). В Румъния ПЛС<sub>0-75</sub> допринася -1,92 г. към разликата, а в Чехия и Словения нейният принос е -0,22 г. ИБС<sub>0-75</sub> продължава да има по-значим принос в Балтийските държави, Унгария и Румъния. ППС<sub>0-75</sub> има значение за разликата в темпоралната преживяемост на жените в Унгария (-0,48 г.) и Румъния (-0,23 г.).



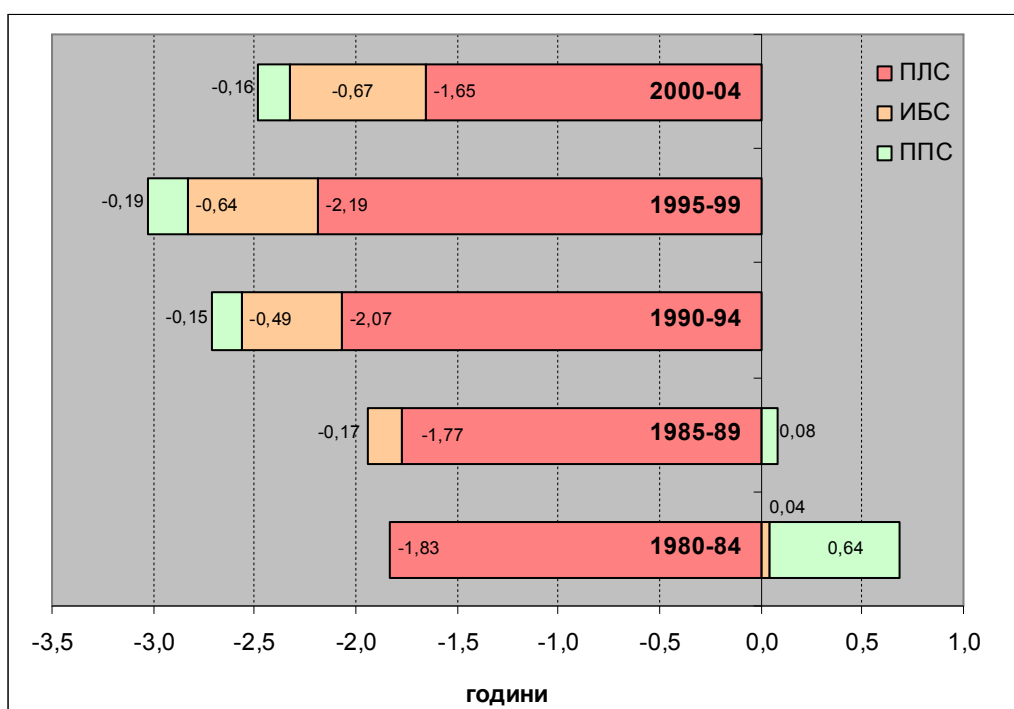
**Фиг. 86. Декомпозиция по компоненти на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при жените в СЗЕ и СЦИЕ в периода 2000-04 г.**

Декомпозицията на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените по конкретни причини показва, че в Румъния сред причините за ПЛС водеща позиция вече има МБС с принос -0,6 г. Ограничава се приносът на пневмонията (-0,48 г.). Неблагоприятно нараства в сравнение с П<sub>4</sub> приносът на НСПП (-0,23 г.), на хипертонията (-0,21 г.) и на карциномите на шийката и тялото на матката (-0,2 г.). В Словения снижаването на разликата със СЗЕ е постигнато чрез намаляване на ПЛС<sub>0-75</sub> и ППС<sub>0-75</sub>, и задържане на положителната разлика в смъртността от ИБС<sub>0-75</sub>. Сред причините за ППС значимо снижение има в приноса на МПТЗ и чернодробната цироза.

#### 4.4.5. Декомпозиция на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> между БЪЛГАРИЯ и СЗЕ по причини

Поради важноста за изводите по отношение на ефективността на националната здравна система, анализът на причините за наблюдаваните разлики в ТПЖ<sub>0-75</sub> поради ПЗИС между СЗЕ и България е представен в детайли.

Проучването на приноса на отделните компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> към разликата между СЗЕ и България в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете по периоди е илюстрирано с фиг.87. ПЛС<sub>0-75</sub> има най-голям принос към разликите в ТПЖ<sub>0-75</sub>. Тя допринася за повече от две трети от установените разлики в отделните периоди, а в П<sub>2</sub> достига 95%. Най-голям е негативният принос на ПЛС<sub>0-75</sub>, измерен в години, в П<sub>3</sub> и П<sub>4</sub>.



**Фиг. 87. Декомпозиция по компоненти на ПЗИС на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при мъжете в СЗЕ и България по периоди**

ИБС<sub>0-75</sub> показва позитивен принос към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в периода 1980-84 г., което отразява по-ниски нива на смъртността в България в сравнение с нивата в западноевропейските страни. Приносът на ИБС<sub>0-75</sub> става негативен и нараства в следващите периоди, като загубите в ТПЖ<sub>0-75</sub> след 1990 г. достигат и превишават половин година.

Предотвратимите с профилактични интервенции умирания имат позитивен принос към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в първите два периода. В годините на социално-икономически преход разликите в ППС<sub>0-75</sub> се променят неблагоприятно за България и приносът се задържа на нива от около -0,15 до -0,20 г.

Проследяването на приноса на отделните причини към разликата на България със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете по периоди е представено в табл.29. При мъжете с най-голям негативен принос към разликата са МБС, пневмония, НСПП, самоубийства, хипертония, ИБС. МСБ увеличава приноса си, като високите нива

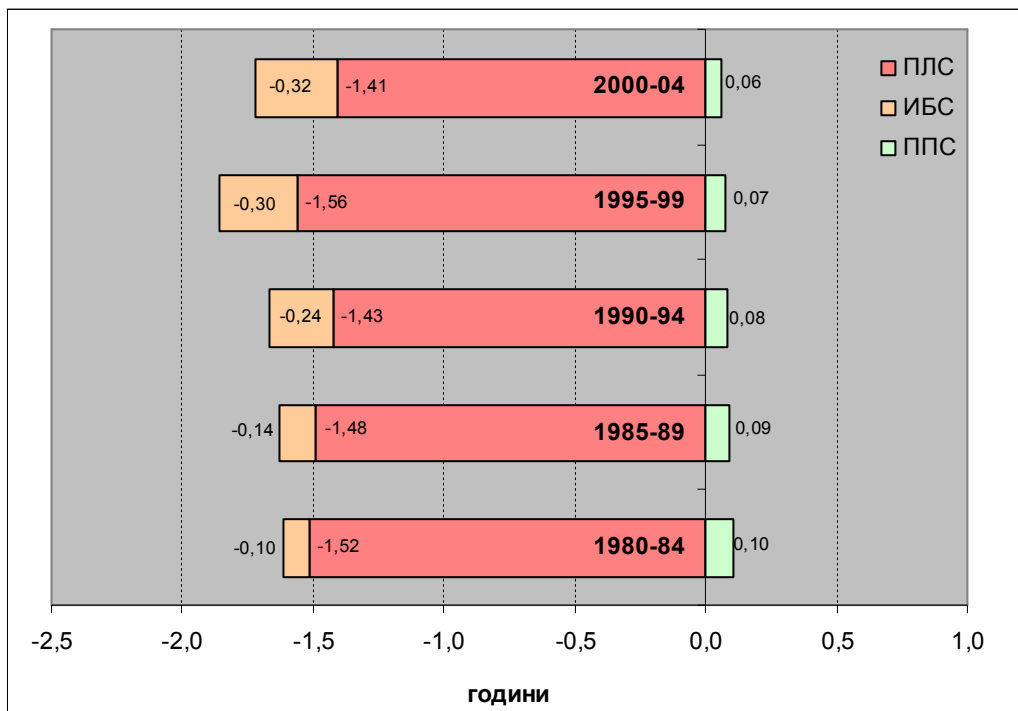
на смъртност при мъжете в България през П<sub>3</sub>-П<sub>5</sub> водят до загуби на 0,7-08 г. от ТПЖ<sub>0-75</sub>. ИБС променя позитивният принос от първия период в негативен принос със загуби над половин година след 1990 г.

Сред причините за смърт, предотвратима с профилактични интервенции КБД и ЧЦ показват нарастване на негативния принос към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub>. Ракът на белия дроб причинява редуция в ТПЖ<sub>0-75</sub> от 0,15 г. в последния период. МПТЗ през петте периода има позитивен принос, който нараства от 0,6 г. до 0,11 г.

**Табл. 29. Декомпозиция по причини за смърт на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на мъжете в СЗЕ и България (в години)**

Причина	1980-84 г.	1985-89 г.	1990-94 г.	1995-99 г.	2000-04 г.
Чревни инфекции	-0,02809	-0,01573	-0,02835	-0,02300	0,07094
Туберкулоза	-0,02074	-0,02094	-0,03238	-0,05859	-0,05260
Карцином на хранопровода	0,03040	0,02444	0,00747	0,01040	0,02276
Карцином на колона	0,02911	0,02669	0,02145	0,01928	-0,00027
Карцином на ректума и ануса	-0,02598	-0,03910	-0,04102	-0,051	-0,03798
Карцином на трахея, бронхи и бял дроб	-0,00321	-0,04794	-0,10255	-0,12578	-0,15321
Левкемия	-0,00563	-0,01548	-0,01269	-0,01921	-0,01086
Захарен диабет	-0,02110	-0,03390	-0,04457	-0,05527	-0,03987
ХРСБ	-0,07614	-0,04725	-0,03070	-0,02104	-0,01363
Хипертония	-0,04986	-0,09469	-0,12860	-0,19541	-0,20134
ИБС	0,04352	-0,16861	-0,49023	-0,64158	-0,66865
МСБ	-0,57853	-0,65794	-0,82976	-0,72944	-0,71185
Остри респ. инфекции	-0,03012	-0,02238	-0,02729	-0,04534	-0,02646
Пневмония	-0,61352	-0,49008	-0,44341	-0,43789	-0,28861
Язва на стомаха и дуоденома	-0,02383	-0,02149	-0,01853	-0,01910	-0,00490
Апендицит	-0,00663	-0,00202	-0,00138	-0,00018	0,00074
Чернодробна цироза	0,03749	-0,06669	-0,10592	-0,15253	-0,12019
Нефрит и невроза	-0,03688	-0,03378	-0,0392	-0,04902	-0,05699
Вродени аномалии на сърдечно-съдовата с-ма	-0,03016	-0,04732	-0,04105	-0,05404	-0,05160
Някои състояния в перинаталния период.	-0,32243	-0,26063	-0,26865	-0,32350	-0,17053
МПТЗ	0,60486	0,195741	0,062618	0,083689	0,11525
Самоубийства	-0,43434	-0,30886	-0,30068	-0,31807	-0,02372
Други	0,41165	0,28890	0,18723	0,17951	-0,05820
<b>Разлика в ТПЖ<sub>0-75</sub> поради ПЗИС</b>	<b>-1,15</b>	<b>-1,86</b>	<b>-2,71</b>	<b>-3,03</b>	<b>-2,48</b>

Декомпозицията на разликите със СЗЕ в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените поради ПЗИС<sub>0-75</sub> по вид на смъртността в отделните периоди е представена на фиг.88. Най-голям принос към разликата има ПЛС<sub>0-75</sub>. Тя представлява над 80% от съществуващите различия във всички периоди. Изравняването на нивата на лечима смъртност със средните за СЗЕ би добавило близо 1,5 г. към ТПЖ<sub>0-75</sub> при жените в България.



**Фиг. 88. Декомпозиция по компоненти на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> при жените в СЗЕ и България по периоди**

ИБС има нарастващ принос към разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub>, на жените, като по-високите нива на смъртност в сравнение с тези в СЗЕ определят загуби от -0,3 г. в последния период. Смъртността, предотвратима с профилактика има благоприятно по-ниски нива и позитивен принос към разликата, с което намалява нейната стойност във всички периоди. Приносът, обаче, е незначителен (0,1 г.) и намалява с времето.

Декомпозирането по причини за смърт на наблюдаваните различия в темпоралната преживяемост при жените е представено в таблица 30. Най-голямо значение за наблюдаваните различия в ТПЖ<sub>0-75</sub> имат по-високите нива на смъртност на българските жени от МСБ, пневмония, НСПП, вродени аномалии на сърдечно-съдовата система, хипертонията, ИБС, карциномите на шийката и тялото на матката, ХРСБ. С нарастващ негативен принос в годините сред тях са хипертонията, ИБС, ракът на шийката и тялото на матката. Стабилен остава приносът на МСБ, който показва загуба от половин година в ТПЖ<sub>0-75</sub>. Нарастват различията в смъртността от ИБС, които обуславят загуби от около 0,3 г. в последните два периода. Някои състояния в перинаталния период имат променлив във времето принос, и въпреки наблюдаваното намаляване в П<sub>3</sub> и П<sub>4</sub>, в последния период той отново нараства и е близък до наблюдавания в П<sub>1</sub>.



Приносът на ППС<sub>0-75</sub> към различията в ТПЖ<sub>0-75</sub> поради ПЗИС при жените остава незначителен – от 0.001 до 0.01 г. за всички периоди.

**Табл.30. Декомпозиция по причини за смърт на разликата в ТПЖ<sub>0-75</sub> на жените в СЗЕ и България (в години)**

Причина	1980-84 г.	1985-89 г.	1990-94 г.	1995-99 г.	2000-04 г.
Чревни инфекции	-0,02987	-0,01505	-0,02707	-0,02157	0,04854
Туберкулоза	-0,00638	-0,00381	-0,00498	-0,01145	-0,01718
Карцином на хранопровода	0,00826	0,00462	-0,00394	0,00208	0,00675
Карцином на колона	0,03512	0,03284	0,02106	0,01858	0,00854
Карцином на ректума и ануса	-0,02773	-0,04392	-0,04494	-0,04739	-0,03054
Карцином на трахея, бронхи и бял дроб	0,02805	0,03544	0,04510	0,05077	0,06490
Карцином на женската гърда	0,07919	0,06927	0,06206	0,04121	0,01880
Карцином на шийката и тялото на матката	-0,02357	-0,06861	-0,09746	-0,10152	-0,12229
Левкемия	-0,01036	-0,01227	-0,00272	-0,02273	-0,00712
Захарен диабет	-0,03338	-0,05192	-0,06391	-0,07996	-0,06429
ХРСБ	-0,08018	-0,06150	-0,03904	-0,02594	-0,01412
Хипертония	-0,05495	-0,08168	-0,10627	-0,14760	-0,14975
ИБС	-0,09708	-0,14393	-0,23903	-0,29809	-0,31666
МСБ	-0,53056	-0,53133	-0,58233	-0,53820	-0,49869
Остри респ. инфекции	-0,01952	-0,01743	-0,02199	-0,03055	-0,01462
Пневмония	-0,43707	-0,37071	-0,31094	-0,30096	-0,19870
Язва на стомаха и дуоденома	-0,00250	-0,00167	0,00094	-0,00053	0,00534
Апендицит	-0,00321	-0,00076	-0,00117	0,00011	0,00062
Чернодробна цироза	0,03605	0,01832	0,01434	0,00248	0,00196
Нефрит и невроза	-0,04726	-0,04900	-0,05045	-0,06273	-0,04096
Майчина смъртност	0,01118	0,00897	0,00868	0,00851	0,00810
Вродени аномалии на сърдечно-съдовата с-ма	-0,12672	-0,12010	-0,06356	-0,07142	-0,09246
Някои състояния в перинаталния период.	-0,22258	-0,16941	-0,07661	-0,12299	-0,21453
МПТЗ	0,03938	0,03559	0,02536	0,01839	-0,00346
Самоубийства	-0,11311	-0,11871	-0,11011	-0,11505	-0,09274
Други причини	0,11827	0,11560	0,08802	0,07131	0,05415
<b>Разлика в ТПЖ<sub>0-75</sub> поради ПЗИС</b>	<b>-1,51</b>	<b>-1,54</b>	<b>-1,58</b>	<b>-1,78</b>	<b>-1,66</b>

#### 4.5. КОЛИЧЕСТВЕНА ОЦЕНКА НА ВЛИЯНИЕТО НА НЯКОИ СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ФАКТОРИ ВЪРХУ ДИНАМИКАТА НА ИНДИКАТОРИТЕ ЗА ПЗИС В СЦИЕ

Оценката на влиянието на социално-икономически, свързани със здравната система и със стила на живот фактори е проведено поотделно за всяка СЦИЕ, като е оценяван ефекта върху всяка от компонентите на предотвратимата със здравни интервенции смъртност, смъртността от всички причини до 75-годишна възраст и детската смъртност. Анализите са проведени по пол. За илюстрация на проведените анализи са представени резултатите за България и Словения.

##### БЪЛГАРИЯ

След оценка на нивото на взаимна корелация между проверяваните фактори за включване в математическото моделиране за България бяха подбрани следните променливи: Брутен вътрешен продукт (БВП), брой на лекарите на 100000, брой на болниците на 100000, брой изпушени цигари на 1 лице за 1 година. Резултатите от еднофакторния анализ на влиянието на различните социално-икономически фактори върху предотвратимата смъртност, смъртността от всички причини и детската смъртност са представени в таблица 31. Поради недостигане ниво на статистическа значимост от 0,05, тютюнопушенето е изключено от моделите на множествена регресия в следващите анализи.

**Табл. 31. Количествена оценка на влиянието на 4 фактора върху ПЗИС<sub>0-75</sub>, СВП<sub>0-75</sub> и ДС по пол в България (1980-2004 г.)**

Зависима променлива	БВП		Брой лекари на 100000		Бр. болници на 100000		Бр. цигари на 1 лице	
	R <sup>2</sup>	β-коэф.	R <sup>2</sup>	β-коэф.	R <sup>2</sup>	β-коэф.	R <sup>2</sup>	β-коэф.
<b>мъже</b>								
ПЛС <sub>0-75</sub>	0,341	-0,018*	0,099	-0,170*	0,224	-22,62*	0,067	-0,008
ППС <sub>0-75</sub>	0,097	-0,002	0,361	0,124	0,067	4,730	0,006	-0,002
ИБС <sub>0-75</sub>	0,388	-0,012*	0,067	0,087	0,001	-0,749	0,012	0,003
ПЗИС <sub>0-75</sub>	0,398	-0,034*	0,002	0,041	0,225	-18,63	0,009	0,007
СВП <sub>0-75</sub>	0,396	-0,042*	0,423	0,755	0,219	48,07	0,074	0,031
ДС	0,090	-0,001*	0,517	-0,047*	0,357	-3,45*	0,042	-0,001
<b>жени</b>								
ПЛС <sub>0-75</sub>	0,022	-0,005	0,648	-0,468*	0,710	-43,29*	0,376	-0,022
ППС <sub>0-75</sub>	0,115	-0,001	0,002	-0,002	0,018	-0,444	0,029	-0,001
ИБС <sub>0-75</sub>	0,153	-0,053	0,236	-0,072*	0,357	-7,832*	0,044	-0,002
ПЗИС <sub>0-75</sub>	0,048	-0,009	0,572	-0,542*	0,663	-51,57*	0,336	-0,025
СВП <sub>0-75</sub>	0,063	-0,010	0,442	-0,435*	0,403	-36,71*	0,101	-0,014
ДС	0,109	-0,001	0,469	-0,035*	0,262	-2,297*	0,074	-0,001

\* - статистическа значимост при  $p < 0,05$

Еднофакторните анализи показаха негативна връзка между различните компоненти на смъртността и БВП, която е сигнификантна при мъжете, но не достига статистическа значимост при жените. Размерът на БВП обяснява около 40% от варирането в ПЗИС<sub>0-75</sub> и СВП<sub>0-75</sub> при мъжете. Броят на лекарите на 100000

души население влияе негативно върху компонентите на смъртността, като резултатите са сигнификантни при жените и обясняват около 50% от промяната в предотвратимата смъртност. При мъжете статистически значим е ефектът на броя на лекарите върху предотвратимата с лечение смъртност и детската смъртност. Подобни резултати показва еднофакторният анализ и за броя на болниците

Ефектът на всяка независима променлива - БВП, брой лекари и брой болници върху компонентите на предотвратимата смъртност, СВП<sub>0-75</sub> и ДС е проверяван при контролиране ефекта на останалите две променливи. Съвместното действие на трите фактора е представено в таблица 32. Представени са моделите, обясняващи най-голям дял от варирането на смъртността, подбрани въз основа на значимостта на промяната в R<sup>2</sup>.

**Табл. 32. Количествена нетна оценка на влиянието на 4 фактора върху ПЗИС<sub>0-75</sub>, СВП<sub>0-75</sub> и ДС по пол в България (1980-2004 г.)**

Зависима променлива	Константа (α)	БВП	Бр. лекари на 100000	Бр. болници на 100000	R <sup>2</sup> модел	P модел
		β-коэф.	β-коэф	β-коэф.		
<b>мъже</b>						
ПЛС <sub>0-75</sub>	396,215	-0,021*	0,070	-33,311*	0,693	0,001
ППС <sub>0-75</sub>	58,546	-0,002	0,275*	-16,787*	0,622	0,001
ИБС <sub>0-75</sub>	158,750	-0,011*	0,291*	-25,852*	0,605	0,001
ПЗИС <sub>0-75</sub>	613,518	-0,035*	0,639*	-76,551*	0,642	0,001
СВП <sub>0-75</sub>	702,031	-0,034*	0,904*	-29,536	0,687	0,001
ДС	37,868	-0,002*	-0,059*	0,496	0,750	0,001
<b>жени</b>						
ПЛС <sub>0-75</sub>	389,893	-0,012*	-0,241*	-28,342*	0,851	0,001
ППС <sub>0-75</sub>	20,678	-0,001	0,005	-1,070*	0,161	0,288
ИБС <sub>0-75</sub>	97,434	-0,004*	-0,009*	-8,414	0,618	0,001
ПЗИС <sub>0-75</sub>	508,006	-0,017*	-0,245*	-37,827*	0,835	0,001
СВП <sub>0-75</sub>	621,449	-0,016*	-0,374*	-12,974	0,630	0,001
ДС	29,105	-0,002*	-0,054*	1,313	0,745	0,001

\* - статистическа значимост при p<0,05

Изучаването на контролираните ефекти показва при мъжете промяна на посоката на влияние на осигуреността с лекари върху смъртността, което най-вероятно се дължи на неотчитане ефекта на други фактори, свързани с разпределението, достъпа и ефективността на наличните лекарски кадри. Тъй като променливите в нашето проучване са отчитани за цялата популация, не можем да направим валидно заключение относно истинския нетен ефект на променливата върху изучаваните компоненти на смъртността при мъжете.

## СЛОВЕНИЯ

Всички оценявани чрез еднофакторен анализ независими променливи показват значимо въздействие върху компонентите на предотвратимата смъртност, като БПВ, броят болници и броят ЕПЗП влияят негативно върху нейните нива.

Алкохолната употреба на 1 лице е положително свързана със стойностите на ПЗИС и при двата пола (табл.33).

**Табл. 33. Количествена оценка на влиянието на 4 фактора върху ПЗИС<sub>0-75</sub>, СВП<sub>0-75</sub> и ДС по пол в Словения (1985-2004 г.)**

Зависима променлива	БВП		Бр. болници на 100000		Бр. ЕПЗП на 100000		Алкохол на 1 лице (в л.)	
	R <sup>2</sup>	β-коэф.	R <sup>2</sup>	β-коэф.	R <sup>2</sup>	β-коэф.	R <sup>2</sup>	β-коэф.
<b>мъже</b>								
ПЛС <sub>0-75</sub>	0,706	-0,006*	0,771	-228,230*	0,505	-19,302*	0,483	7,852*
ППС <sub>0-75</sub>	0,706	-0,005*	0,790	-146,873*	0,368	-10,470*	0,404	4,562*
ИБС <sub>0-75</sub>	0,786	-0,004*	0,457	-89,579*	0,116	-4,722	0,255	2,905*
ПЗИС <sub>0-75</sub>	0,786	-0,015*	0,779	-467,681*	0,393	-34,494*	0,448	15,319*
СВП <sub>0-75</sub>	0,832	-0,019*	0,765	-670,986*	0,513	-57,419*	0,461	22,627*
ДС	0,654	-0,001*	0,591	-22,724*	0,663	-2,515*	0,469	0,879*
<b>жени</b>								
ПЛС <sub>0-75</sub>	0,691	-0,005*	0,740	-170,017*	0,475	-14,232*	0,475	5,919*
ППС <sub>0-75</sub>	0,540	-0,001*	0,531	-22,203*	0,247	-1,582*	0,263	0,680*
ИБС <sub>0-75</sub>	0,728	-0,002*	0,491	-34,981*	0,107	-1,705	0,132	0,789
ПЗИС <sub>0-75</sub>	0,736	-0,007*	0,752	-227,200*	0,409	-17,518*	0,421	7,387*
СВП <sub>0-75</sub>	0,740	-0,009*	0,724	-328,510*	0,491	-28,255*	0,449	11,240*
ДС	0,480	-0,0001*	0,580	-16,836*	0,567	-1,739*	0,555	0,716*

\* - статистическа значимост при  $p < 0,05$

При проследяване на нетния ефект на отделните фактори се установява, че алкохолът губи своето влияние върху компонентите на ПЗИС, броят на ЕПЗП не въздейства повече върху предотвратимата смъртност при двата пола след контролиране на влиянието на останалите независими променливи (табл.34). Броят на болниците запазва негативна връзка с ПЛС<sub>0-75</sub> при мъжете, а при жените – с ПЛС<sub>0-75</sub>, ППС<sub>0-75</sub> и ПЗИС<sub>0-75</sub> като цяло.

**Табл. 34. Количествена нетна оценка на влиянието на 4 фактора върху ПЗИС<sub>0-75</sub>, СВП<sub>0-75</sub> и ДС по пол в Словения (1985-2004 г.)**

Зависима променлива	Константа (α)	БВП	Бр. болници на 100000	Бр. ЕПЗП на 100000	Алкохол на 1 лице (в л.)	R <sup>2</sup> модел	P модел
		β-коэф.	β-коэф.	β-коэф.	β-коэф.		
<b>мъже</b>							
ПЛС <sub>0-75</sub>	365,347	-0,003*	-124,781*	отпада	отпада	0,885	0,001
ППС <sub>0-75</sub>	218,339	-0,003*	-60,421		2,069*	0,866	0,001
ИБС <sub>0-75</sub>	160,863	-0,003*	-46,783	5,302*	отпада	0,870	0,001
ПЗИС <sub>0-75</sub>	783,487	-0,009*	-230,766	отпада	отпада	0,888	0,001
СВП <sub>0-75</sub>	1131,350	-0,012*	-262,613*	отпада	отпада	0,920	0,001
ДС	12,692	-0,0001*	отпада	-1,246*	0,184	0,914	0,001
<b>жени</b>							
ПЛС <sub>0-75</sub>	251,191	-0,002*	-88,059*	отпада	отпада	0,839	0,001
ППС <sub>0-75</sub>	36,812	-0,001*	отпада	отпада	0,426	0,644	0,002
ИБС <sub>0-75</sub>	66,190	-0,001*	-22,714*	отпада	отпада	0,800	0,001
ПЗИС <sub>0-75</sub>	365,924	-0,004*	-116,189*	отпада	отпада	0,850	0,001
СВП <sub>0-75</sub>	534,246	-0,005*	-147,758*	отпада	отпада	0,858	0,001
ДС	5,155	0,0001*	отпада	отпада	0,239	0,599	0,004

\* - статистическа значимост при  $p < 0,05$

Анализите за отделните СЦИЕ включват оценка на ефекта на различен брой независими социално-икономически фактори. Това са най-често БВП на глава от населението, брой лекари на 100000, брой единици за първична здравна помощ на 100000, брой болници на 100000, брой болнични легла на 100000, брой изпушени цигари на 1 лице за 1 година, литри чист алкохол на 1 лице за 1 година. В зависимост от взаимната корелация на показателите за конкретните страни, са съставени модели с различни факторни комбинации.

Във всички страни еднофакторният регресионен анализ установява значима негативна връзка с БВП. Влиянието на факторите за осигуреност със здравни ресурси не е еднопосочно, постига различна статистическа достоверност в отделните страни и не дава основание да се направят надеждни заключения. Напр. броят на лекарите на 100000 е негативно свързан с нивото на различните компоненти на предотвратимата смъртност, като тази връзка стабилно се проявява с ПЛС, ИБС и ПЗИС като цяло. Когато се контролира ефектът на БВП и другите социално-икономически фактори, въздействието на осигуреността с лекари се променя за някои от страните. Например, в Унгария установеният значим ефект върху предотвратимата смъртност отпада; в Балтийските държави факторът продължава да влияе само на ППС при мъжете, докато в Полша и Чехия се запазва сигнификантно ниво на влияние върху ПЛС, ИБС и ПЗИС при двата пола.

Влиянието на променливите от стила и начина на живот върху предотвратимата смъртност също е разнопосочно и най-често - несъществено след контролиране на ефекта на останалите променливи. Голямата корелация с БВП и отложения във времето ефект на тютюнопушенето върху смъртността затруднява определянето на нетния им ефект с конвенционални статистически методи.

#### **4.6. ПРИЛОЖИМОСТ НА ИНДИКАТОРИТЕ ЗА ПРЕДОТВРАТИМА СЪС ЗДРАВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ СМЪРТНОСТ В ОЦЕНКАТА НА ДЕЙНОСТТА НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ В СЦИЕ**

Предотвратимата със здравни интервенции смъртност е сред показатели за оценяване на дейността на националните здравни системи, които са подложени на задълбочена научна дискусия. Предотвратимата смъртност намалява по-бързо от смъртността от други причини като резултат от прилагането на ефективни терапевтични и профилактични мерки. Усъвършенстването на здравната система може да понижи нивото ѝ и да допринесе значимо за подобряване на популационното здраве. Настоящото проучване проследява промените на индикаторите за ПЗИС в 10 СЦИЕ за 25-годишен период, фокусирайки вниманието към влиянието на социално-икономическия преход върху предотвратимата смъртност.

Предотвратимата смъртност има за задача да насочва към недостатъци на здравната система, които се нуждаят от по-нататъшно изследване и действия и не е абсолютна мярка за качеството на здравната помощ. Тя е показател, отразяващ в значителна степен влиянието на качеството и ефективността на здравните интервенции, но в същото време се влияе, както останалите показатели за смъртност, от множество други фактори: социално-икономическо развитие и богатство на обществото, ресурсна осигуреност на системата, организация и достъпност на предоставяне на здравните услуги, стил и начин на живот, разпространение на основните рискови фактори, ниво на заболяемост и др. Тя не може да бъде използвана самостоятелно като рутинен показател за ефективността на здравната система, тъй като има редица ограничения като индикатор.

Оценките на здравната система чрез индикаторите за предотвратима смъртност зависят от използвания списък от състояния, от приетата възрастова граница за тяхната предотвратимост, от обхвата и целите на оценяваните здравни дейности. Използването на индикатора изисква прилагането на общоприета дефиниция на понятието и валидизиране на унифициран списък, който да позволява лесно сравнение на данните между страните в Европа, включително тези в ЦИЕ. В същото време трябва да се предприемат стъпки от всички европейски страни към стандартизиране на използваните диагностични модели, на сертифицирането на умиранията и на регистрацията на заболяванията, които повлияват изучаването на ПЗИС. Анализирането на агрегирани данни, каквато е досегашната научна и управленска практика, не позволява отчитане на ефекта на различни показатели и възпрепятства адекватността на оценките за ефективността на здравната система. Събирането на национални данни на регионално ниво и включването им в международна база данни ще осигури сравнимост и ще улесни международните анализи на нивото на СЦИЕ, Европейския съюз и Европейския регион като цяло

В СЦИЕ по време на социално-икономическия преход към пазарна икономика и демократично общество показателите за ПЗИС първоначално повишават своята стойност за различно дълъг период – 1-2 г. за страните от Централна Европа до 7-8 г. за България и Румъния. Идентифицираните от нас три модела на развитие на ПЗИС и нейните компоненти в отделните групи страни са свързани с възможностите на националните здравни системи да се справят с настъпилите значителни промени в структурата и функционирането на цялостната обществена система, със промените в самата здравна система и с промените в заболяемостта и леталитета на различните болестни състояния.

Приложените методи на анализ позволяват да се определи количествено резултатът от подобряване на ефективността на предоставяните здравни услуги и на здравната политика при използване за стандарт средното ниво на ефективност на западноевропейските страни, членуващи в Европейския съюз преди разширяването му от 2004 г. Те позволяват да се идентифицират проблемни области в дейността на националните здравни системи, като се посочат приоритетни популационни групи, нозологични състояния и обосновани интервенции за преодоляване на дефицитите в дейността, структурите или процесите на системата. Познаването и мониторирането на състоянието на ПЗИС е отправна точка за по-нататъшно развитие и прилагане на програми за контрол на предотвратимата смъртност в СЦИЕ и е необходимо условие за определяне на тяхната ефективност.

Използването на ПЗИС като индикатор за дейността на националните здравни системи изисква целенасочено събиране на информация за ефектите върху предотвратимата смъртност на първичната здравна помощ, финансирането на системата, универсалния достъп, осигуряването на безопасност за пациентите и приложението на ръководствата за добра медицинска практика. За да се повиши обществената полза от прилагането на ПЗИС като индикатор за дейността на здравната система е необходимо подобряване на валидността на данните за заболяемостта и за причините за умиранията в СЦИЕ, компрометирана по време на преходния период в много от тях. Постигането на ефективни интервенции изисква дисагрегиране на данните за предотвратимата смъртност до ниво субрегион в отделните страни.

Включването на ПЗИС сред индикаторите за оценка на дейността на здравните системи в СЦИЕ изисква да бъде направено с внимание, като се подчертае нейната важност като алармиращо средство по отношение настъпило влошаване на популационното здраве, налагащо незабавно предприемането на адекватни политически и управленски решения.

## 5. ИЗВОДИ

1. Страните от Централна и Източна Европа не са хомогенна група по състояние и тенденции на популационното здраве още през 80-те години на XX в. Предотвратимата със здравни интервенции смъртност варира в отделните страни, има по-високи нива и по-голям относителен дял в структурата на общата смъртност в сравнение със страните от Западна Европа. Промените в предотвратимата смъртност в СЦИЕ по време на социално-икономическия преход се осъществяват в рамките на 3 модела:

- **Страни от Централна Европа** – с по-ниски изходни нива на ПЗИС (с изключение на Унгария), непрекъснато снижаване на ПЛС, повишаване на ППС от средата на 80-те години с последващо намаляване в П<sub>4</sub>, нарастване на смъртността от ИБС при мъжете за период от 1-3 г. в ранните години на прехода с последваща редукция;
- **Балтийски страни** – благоприятно развитие на компонентите на ПЗИС през П<sub>2</sub>, нарастване на ПЛС, смъртността от ИБС и ППС в ранните години на прехода до 1995 г., с последваща стабилизация и снижаване за първите две компоненти и нарастване на ППС;
- **България и Румъния** - с високи изходни нива на лечимата смъртност, по-продължително нарастване на всички компоненти на предотвратимата смъртност в периода на социално-икономически преход до 1997-98 г., след което ПЛС и смъртността от ИБС намаляват при двата пола в България, докато ППС нараства при мъжете в двете страни.

2. Социално-икономическият преход се отразява на тенденциите на здравно развитие в СЦИЕ като забавя за различно дълъг период темповете на снижаване на предотвратимата смъртност и нейните компоненти в отделните СЦИЕ. В същото време страните от Западна Европа продължават да намаляват смъртността от предотвратими причини. Това води до по-нататъшно увеличаване на разликите в здравния статус между Изтока и Запада в Европа. Преодоляване на съществуващите здравни различия налага своевременното прилагане в СЦИЕ на здравно-политически и управленски, диагностични, терапевтични и профилактични технологии и стратегии с доказан ефект.

3. В България за период от 25 години предотвратимата със здравни интервенции смъртност намалява при мъжете с 11,7%, а при жените – с 29%. За целия период предотвратимата с лечение смъртност показва при мъжете снижаване с една пета, предотвратимата с профилактика смъртност нараства с почти една четвърт, основно поради нарастване на смъртността в групите над 45-годишна възраст, а смъртността от ИБС намалява с 11%. Жените показват благоприятно развитие на предотвратимата с лечение смъртност и смъртността от ИБС, които намаляват с около една трета, а предотвратимите с профилактика



умирания не променят честотата си. Социално-икономическият преход е съпроводен с влошаване нивата на всички компоненти на ПЗИС<sub>0-75</sub> и на СВП<sub>0-75</sub> при мъжете за период от 8 години, докато при жените негативните ефекти на прехода са ограничени и предотвратимата смъртност след 1990 г. продължава да намалява.

4. Сред проучените предотвратими причини за смърт до 75-годишна възраст при мъжете в България най-голямо значение имат ИБС, МСБ, ракът на белия дроб, пневмонията, хипертонията, МПТЗ и чернодробната цироза. Подобряването на качеството на терапевтичната помощ при тях е необходимо да се съчетае със специфични политики за ограничаване на предотвратимата с първична профилактика смъртност. При жените водещи по честота сред предотвратимите състояния са МСБ, ИБС, РМЖ, пневмония и хипертония. По-нататъшното намаляване на ПЗИС при жените изисква подобряване на качеството на лечебната помощ и ефективността на профилактичните програми по отношение на болестите на органите на кръвообращението и полово-специфичните карциноми.

5. Детската смъртност в повечето СЦИЕ показва стабилна низходяща тенденция при двата пола, като социално-икономическият преход се отразява в повишаване и задържане на нивата на смъртността до 1-годишна възраст в Латвия и България. Предотвратимата с лечение смъртност представлява 60-80% от ДС и намалява с 40-80% и при двата пола за целия период на изучаване, като позитивните резултати са по-големи при момчетата.

6. Снижаването на предотвратимата смъртност през първата година от живота в СЦИЕ е сред водещите източници за нарастване на ТПЖ<sub>0-75</sub> след 1995 г., като подобрява преживяемостта на популациите с около половин година. Повишаването на качеството на антенаталната и родилна помощ и преодоляването на пневмонията като причина за смърт през първата година от живота ще ускори доближаването на България и Румъния до здравното състояние на страните от Западна Европа.

7. Предотвратимата със здравни интервенции смъртност е съществена причина за общата разлика в ТПЖ<sub>0-75</sub> между СЦИЕ и СЗЕ, като в отделните периоди на нея се дължат между една трета и две трети. Ако се изключи влиянието на ИБС, приносът на предотвратимите причини за смърт намалява с 16-33% при мъжете и с 11-20% при жените, като обяснява около една трета до една втора от наблюдаваните разлики в преживяемостта. Снижаването на честотата на предотвратимите умирания в СЦИЕ до тази в СЗЕ в 2004 г. би добавило към ТПЖ<sub>0-75</sub> от 1,3 г. до 4 г. в отделните страни.

8. Политиката за ограничаване и преодоляване на предотвратимите със здравни интервенции умирания в СЦИЕ трябва да се насочи приоритетно към няколко възрастови групи – до 1-годишна възраст и над 35-годишна възраст, при

които рисковете за смърт надхвърлят неколнократно съответните в СЗЕ. ИБС, МСБ, ракът на белия дроб, ракът на шийката и на тялото на матката, чернодробната цироза, МПТЗ, някои състояния в перинаталния период и самоубийствата са водещи причини за ПЗИС в СЦИЕ с все още сигнификантно отличаващи се по-високи стойности на смъртността, отчасти в резултат на по-малка ефективност на здравните системи.

9. Изучаването на влиянието на социално-икономически фактори и фактори, свързани със здравната система и със стила на живот върху ПЗИС и нейните компоненти установи сигнификантно влияние на Брутния вътрешен продукт във всички страни. Ефектът на променливите за осигуреност със здравни ресурси е неконсистентен в отделните СЦИЕ и не позволява да се направи валидно заключение, но обяснява по-голям дял от варирането в ПЗИС, отколкото се установява за страните в СЗЕ. Факторите, свързани със стила и начина на живот са свързани положително с ПЗИС.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Предотвратимата със здравни интервенции смъртност в периода на социално-икономически преход се променя неконсистентно в отделните СЦИЕ и отразява сложното взаимодействие на множество фактори. Потенциалният принос от снижаването на ПЗИС до нивата в страните от Западна Европа варира, но може да добави от 1,3 до 4 години към преживяемостта на мъжете и жените и съществено да намали различията в здравето на Изтока и Запада. Нивото и тенденциите на развитие на ПЗИС в СЦИЕ за 25 години показват необходимост от по-нататъшно усъвършенстване на техните националните здравни системи, с внимание към всички фактори, дейности и процеси подобряващи качеството и ефективността на медицинската помощ и първичната профилактика.

## ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Дисертационният труд представлява първо комплексно, фундаментално научно проучване на предотвратимата смъртност в България, което проследява динамиката на смъртността от 33 предотвратими състояния и причини за 25-годишен период, позволяващ сравнение на състоянието на националната здравна система в две различни социално-икономически формации.
2. За пръв път в страната количествено се определя приносът на здравната система за подобряване на здравето на българската популация, като се прилага метод за декомпозиция на разликите в средната продължителност на живота по възраст и причина.
3. Проучването предоставя научни доказателства за приоритетната роля на определени възрастови групи и предотвратими със здравни интервенции причини за смърт, като посочва резерви за подобряване на ефективността на националната здравна система с практическо значение за здравната политика.
4. За пръв път в страната се провежда сравнително проучване за мястото и прогреса на България в годините на социално-икономическия преход сред страните от Централна и Източна Европа по отношение ефективността на националната здравна система, измерена чрез предотвратимата смъртност.
5. За пръв път у нас с помощта на индикаторите за предотвратима със здравни интервенции смъртност е оценен приносът на националните здравни системи в страните от Централна и Източна Европа за подобряване на общественото здраве и преодоляване на здравните различия със страните от Западна Европа.
6. Идентифицирани и детайлно са анализирани три модела на промени в предотвратимата със здравни интервенции смъртност в СЦИЕ по време на социално-икономически преход, които посочват резерви за повишаване ефективността на здравните системи и предоставят научни доказателства, потвърждаващи приоритетната роля на профилактиката.
7. Проучването доказва, че снижаването на предотвратимата със здравни интервенции смъртност през първата година от живота и във всички останали възрасти до нивата в Западна Европа чрез постигане на западно-европейските стандарти на качество на здравната помощ е съществен резерв за подобряване на средната продължителност на живота в СЦИЕ с 1,3 до 4 г.
8. Количествено определените различия в предотвратимата със здравни интервенции смъртност между СЦИЕ и СЗЕ обогатяват знанията на социално-медицинската наука с подходи за преодоляване на здравните

различия между Изтока и Запада на Европа и доказват необходимостта от прилагането в СЦИЕ както на здравно-политически и управленски стратегии, така и на диагностични, терапевтични и профилактични технологии с доказан ефект.

9. Проведеното проучване е единствено сред европейските научни изследвания по проблемите на предотвратимата смъртност, което проследява нейната динамика във всички страни от Централна и Източна Европа, приети в Европейския съюз след 2004 г. и страните от Западна Европа, при единна методика на изучаване, за дълъг период от време и с общ критерий за сравнение на дейността на националните здравни системи.

## НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Mackenbach J., **A. Velkova**, J.H. Wolleswinkel-van den Bosh.: The contribution of differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. In: Hertzman C., S. Kelly, M. Bobak. The East-West life expectancy gap in Europe, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht, 1996. ISBN 0-7923.4207-0.
2. **Velkova A.**, J. van den Bosh, J. Mackenbach. The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. *Int J Epidemiol*, 26, 1997, 1, 75-84. Impact-factor: 1,967
3. **Velkova A.** Trends of amenable mortality in Bulgaria and Greece in the period 1980-2004. In: Hristov J, Kyriopoulos J, editors. Aspects of Public health and health care policies in Greece and Bulgaria. Athens, Papazissis Publ.; 2009. p.23-32.
4. Kovacheva K, M Simeonova, **A Velkova**. Trends and Causes of Congenital Anomalies in the Pleven Region, Bulgaria. *BJMG*, 12, 2009, 1, 37-43.
5. **Велкова А.** Предотвратимата с медицински интервенции смъртност в България в периода на социално-икономически преход. Доклади от Юбилейна научна конференция „Дни на общественото здраве”, ИЦ на МУ-Плевен, 2007, 55-60.
6. **Велкова А.** Принос на предотвратимата с медицински интервенции смъртност към промените в средната продължителност на живота в България за 25-годишен период. Научни трудове на СУБ – Пловдив. Серия Б. Естествени и хуманитарни науки, том IX. Пловдив, 2008, 343-348.
7. **Велкова А.** Предотвратимата с медицински интервенции смъртност като мярка за качеството на здравната помощ. *Медицина и фармация*, 6, 2009, 1, 14-15.
8. **Велкова А.** Здравето в Централна и Източна Европа – какво можем да спечелим и да загубим от дейността на националните здравни системи? Сборник доклади, Юбилейна научна конференция „Здравеопазването през 21 век”, 30.септ.-2 окт. 2010, ИЦ на МУ-Плевен, 2010, т. 1., 1-11.
9. **Велкова А.**, П. Христова, Й. Симеонова. Различия в годините потенциално изгубен живот поради предотвратима с медицински интервенции смъртност между страните от Централна и Източна Европа и страните от Западна Европа за 25-годишен период (1980-2004 г.). *Scripta Scientifica Medica*, 2011; vol. 43 (7), 13-16.
10. **Велкова А.** Историческо развитие на концепцията за предотвратимата смъртност като мярка за ефективността на здравната помощ. Втори Балкански конгрес по история на медицината, Варна, 20-22.10.2005., Сб.рез. 44.
11. **Велкова А.** Различия в предотвратимата с медицински интервенции сърдечно-съдова смъртност между страните на Европейския съюз. Научна конференция на СУБ – Пловдив, Пловдив, 2009, Сб. рез. 23.
12. **Velkova A.**, P. Hristova, S. Georgieva, M. Kamburova, J. Simeonova. Trends in life expectancy in Bulgaria before and after the socio-economic transition. XII Public Health Congress, April, 27 – May, 1; Istanbul, Turkey.