**Cel 3.4:** Zmniejszenie o jedną trzecią do 2030 r. przedwczesnej umieralności z powodu chorób niezakaźnych dzięki profilaktyce i leczeniu oraz promowaniu zdrowia psychicznego i dobrostanu.

**Informacje o Celach Zrównoważonego Rozwoju (SDG) - cele dotyczące zdrowia**

Choroby niezakaźne

Przedwczesna umieralność z powodu chorób niezakaźnych lub wieloletnie życie z chorobą niezakaźną i związaną z nią niepełnosprawnością stanowią coraz większe obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej, rozwoju gospodarczego i dobrostanu dużej części ludności. Dlatego w XXI w. choroby niezakaźne stały się jednym z najważniejszych wyzwań dla zrównoważonego rozwoju (1). Choroby niezakaźne są główną przyczyną zgonów na świecie (2) i chociaż od połowy pierwszej dekady drugiego tysiąclecia w Europejskim Regionie WHO obserwuje się spadek spowodowanej nimi przedwczesnej umieralności (3), sytuacja nadal jest alarmująca, ponieważ jest to region o największym obciążeniu tymi chorobami (2). Konieczne jest podjęcie działań w różnych sektorach i środowiskach w celu ograniczenia, profilaktyki i zwalczania chorób niezakaźnych.

# Informacje ogólne

Cztery główne choroby niezakaźne to choroby układu krążenia, cukrzyca, nowotwory i przewlekła obturacyjna choroba płuc. Są one powiązane z grupą wspólnych czynników ryzyka, takich jak używanie tytoniu i alkoholu, niezdrowy sposób żywienia, brak aktywności fizycznej, nadciśnienie, otyłość i czynniki środowiskowe. Szacuje się, że eliminacja głównych czynników ryzyka pozwoliłaby zapobiec co najmniej 80% wszystkich zachorowań na choroby serca, udary i cukrzycę oraz 40% przypadków nowotworów (4).

W niemalże wszystkich krajach Regionu Europejskiego, dla których dostępne są wiarygodne dane, od połowy pierwszej dekady XXI w. wyraźnie spada liczba przedwczesnych zgonów z powodu chorób niezakaźnych, toteż wysoce prawdopodobne jest, że ten Cel Zrównoważonego Rozwoju zostanie osiągnięty, a nawet przekroczony (3).

# Choroby niezakaźne a Cele Zrównoważonego Rozwoju - fakty i liczby

**Zmniejszenie o jedną trzecią przedwczesnej umieralności z powodu chorób niezakaźnych:** od końca lat 90. XX w. w Regionie Europejskim maleje prawdopodobieństwo przedwczesnych zgonów związanych z chorobami niezakaźnymi.

* W 2014 r. umieralność z powodu czterech głównych chorób niezakaźnych u osób w wieku 30-69 lat wyniosła 16,9% (11,8% wśród kobiet i 22,4% wśród mężczyzn) w porównaniu do jej szczytowej wartości 24,2% w 1994 r. (17,0% wśród kobiet i 31,9% wśród mężczyzn). W ciągu tych dwudziestu lat najszybszy spadek nastąpił po 2005 r., gdy wyniósł 2,4% w ujęciu rocznym (2).
* W latach 2010-2014 przedwczesna umieralność z powodu głównych chorób niezakaźnych w Regionie Europejskim spadła o 6,3% (rys. 1) (5). Jeśli takie trendy liniowe zostaną utrzymane, Region Europejski przekroczy cel, jakim jest ograniczenie przedwczesnej umieralności z powodu chorób niezakaźnych o jedną trzecią do 2030 r. W związku z tym proponuje się, aby region podjął większy wysiłek i dążył do zmniejszenia tego wskaźnika o co najmniej 45% w latach 2010-2030, wykorzystując sprzyjające tendencje (6).

**Wzmocnienie profilaktyki i leczenia w zakresie nadużywania substancji psychoaktywnych oraz ograniczanie użycia tytoniu:** realizacja zadań związanych z chorobami niezakaźnymi w Regionie Europejskim przebiega w sposób zróżnicowany. Pomimo zmniejszania się przedwczesnej umieralności, postępy w przypadku wielu zasadniczych celów związanych z czynnikami ryzyka nie są zadowalające.

* Ocena postępów realizacji zadań dotyczących chorób niezakaźnych wykazała, że chociaż spożycie alkoholu i tytoniu maleje, spadek ten nie jest wystarczająco szybki, aby osiągnąć uzgodnione cele (3). Szacuje się, że przy utrzymaniu obecnych tendencji żaden kraj nie wykona zadania, jakim jest zatrzymanie wzrostu nadwagi i otyłości (3). Aby osiągnąć wyznaczone cele, kraje powinny zwiększyć skalę wdrażania efektywnych kosztowo działań i innych zalecanych interwencji, wskazanych przez WHO, dostosowując je do własnych uwarunkowań (tabela 1) (5,7).
* W krajach o dużym obciążeniu chorobami układu krążenia, możliwe jest znaczne ograniczenie przedwczesnej umieralności poprzez zwiększenie skali dotychczas mocno niedowartościowanych interwencji klinicznych, takich jak ograniczenie spożycia soli, skuteczna kontrola ciśnienia tętniczego w ramach podstawowych świadczeń zdrowotnych czy skuteczne leczenie zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu (6).

**Zmniejszenie liczby zgonów i chorób z powodu zagrożeń środowiskowych:** zagrożenia środowiskowe, m.in. zanieczyszczenie powietrza, substancje chemiczne i zmiany klimatu wiążą się z wieloma chorobami niezakaźnymi (8).

* Przeprowadzone w 2012 r. analizy wykazały, iż ograniczenie zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego w Regionie Europejskim do najniższego możliwego poziomu pozwoliłoby zmniejszyć o 2-4% wskaźnik lat życia skorygowanych niepełnosprawnością z powodu z przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, o 15-23% – z powodu raka płuca, o 11-13% – z powodu choroby niedokrwiennej serca i o 10-13% – z powodu udarów mózgu (9). Zanieczyszczenie powietrza zostało wyodrębnione jako ważny obszar w planie działania dotyczącym profilaktyki i ograniczania chorób niezakaźnych w Regionie Europejskim WHO (4).
* Region Europejski jest regionem WHO o drugim największym obciążeniu chorobami, którym można zapobiec poprzez racjonalne gospodarowanie środkami chemicznymi. Choroby układu krążenia i nowotwory związane z toksycznością substancji chemicznych i zanieczyszczeniem powietrza stanowią 95% obciążenia chorobami spowodowanymi przez chemiczne zagrożenia środowiskowe (10).

**Zapewnienie powszechnej opieki zdrowotnej i dostępu do leków:** kluczowe znaczenie dla realizacji Światowego planu działania na rzecz zapobiegania i zwalczania chorób niezakaźnych 2013-2020 ma dostępność i przystępność cenowa podstawowych leków. W planie tym określono cel, jakim jest zapewnienie „80% dostępności przystępnych cenowo […] podstawowych leków […] potrzebnych do leczenia najważniejszych chorób niezakaźnych” (11). Niemniej niektóre grupy ludności o szczególnie trudnej sytuacji życiowej mogą nie mieć środków na zakup podstawowych leków ratujących życie.

* W kilku państwach Europejskiego Regionu WHO, których gospodarki znajdują się w okresie przejściowym, koszty miesięcznego leczenia nadciśnienia mogą stanowić równowartość płacy za trzydzieści pięć dni pracy, a większość kosztów pokrywana jest z wydatków bieżących gospodarstw domowych (12,13).

Niższe dochody i wcześniejsze przechodzenie na emeryturę z powodu chorób niezakaźnych mogą być przyczyną ubóstwa indywidualnych osób i gospodarstw domowych. Na poziomie społecznym, oprócz rosnących kosztów opieki zdrowotnej, wzrasta zapotrzebowanie na opiekę społeczną i zasiłki oraz obciążenie absencją szkolną lub zawodową, przy malejącej wydajności i większej rotacji pracowników (14). Dlatego też zapobieganie chorobom niezakaźnym jest uzasadnione ekonomicznie.

* Choroby niezakaźne mają istotne konsekwencje gospodarcze. W przypadku utrzymania obecnej sytuacji przewidywane straty gospodarcze z powodu czterech głównych chorób niezakaźnych w krajach o niskich lub średnich dochodach wyniosą 7 bln dolarów w latach 2011-2025, co odpowiada około 4% wartości rocznej produkcji tych krajów w 2010 r. (15).
* Istotne znaczenie ma również spadek wydajności spowodowany chorobami niezakaźnymi. Szacuje się, że 10% wzrost umieralności z powodu chorób niezakaźnych powoduje spadek wzrostu gospodarczego o 0,5% (16). Powstałe w ten sposób straty kumulują się i dotyczą różnych sektorów (w tym zdrowia). Wyrażane są jako koszty bezpośrednie (np. diagnozy i leczenia, absencji czy strat produkcji) i pośrednie związane np. z tym, że inne osoby muszą zastępować chorych, aby wykonać część z ich obowiązków, co zwiększa obciążenie pracą lub powoduje inne nieprzewidziane potrzeby.

**** Ograniczenie chorób niezakaźnych i związanych z nimi czynników ryzyka sprzyja edukacji dzieci.

* Choroby niezakaźne stwarzają wiele problemów wśród dzieci, co z kolei wpływa na ich wykształcenie (17).
	+ Dzieci otyłe lub z nadwagą częściej cierpią na depresję, niskie poczucie własnej wartości oraz inne problemy behawioralne i emocjonalne, a także z powodu stygmatyzacji i izolacji społecznej.
	+ Używanie tytoniu i alkoholu, niezdrowy sposób żywienia i brak aktywności fizycznej uniemożliwiają dzieciom i młodzieży pełne korzystanie z edukacji.
	+ Długoterminowym skutkiem chorób niezakaźnych wśród dzieci będzie ich częstsza nieobecność w szkole i kierowanie środków z sektora edukacji do opieki zdrowotnej i pomocy psychospołecznej.
* Skuteczne metody edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkołach sprzyjają propagowaniu zdrowia psychicznego, zdrowego sposobu żywienia, sportu i aktywności fizycznej w szkołach promujących zdrowie (18).

****W Regionie Europejskim występują znaczne dysproporcje chorób niezakaźnych ze względu na płeć.

* W całym Regionie Europejskim przedwczesna nadumieralność mężczyzn wynosi od 11% do 151% (19). Z pewnymi wyjątkami względne różnice między płciami wydają się być najmniejsze w krajach skandynawskich i północnoeuropejskich, a największe we Wspólnocie Niepodległych Państw, krajach bałtyckich i niektórych krajach śródziemnomorskich.
* Aby zniwelować poziom nierówności między mężczyznami i kobietami w krajach Wspólnoty Niepodległych Państw, gdzie umieralność z powodu chorób układu krążenia jest najwyższa w Regionie Europejskim, konieczne jest skierowanie do mężczyzn profilaktycznych strategii antynikotynowych i antyalkoholowych oraz poprawa dostępu do świadczeń zdrowotnych i ich stabilności (6).
* O ile kobiety żyją w Europie średnio o osiem lat dłużej niż mężczyźni, to żyją dłużej w złym stanie zdrowia głównie z powodu chorób niezakaźnych (20). Konieczne jest dostosowanie interwencji do warunków lokalnych i skupienie się na grupach nieuprzywilejowanych (21).

****Wśród podregionów Europejskiego Regionu WHO istnieje duże zróżnicowanie pod względem poziomu przedwczesnej umieralności z powodu chorób niezakaźnych i postępów w jego zmniejszaniu. Między państwami regionu utrzymują się duże nierówności w zakresie przedwczesnej umieralności z powodu chorób niezakaźnych, przy sześciokrotnej różnicy prawdopodobieństwa przedwczesnego zgonu między krajem, gdzie jest ono najwyższe (tj. Turkmenistanem - 30,1% w 2013 r.) a tym, gdzie jest ono najniższe (tj. San Marino - 5,2% w 2015 r.) i obserwowany jest malejący ze wschodu na zachód gradient prawdopodobieństwa przedwczesnego zgonu (5).

****Życie w środowiskach, w których istnieją bariery w dostępie do zdrowej żywności i mniej możliwości podejmowania aktywności fizycznej, przyczynia się do dużego obciążenia regionu chorobami niezakaźnymi.

* Szacuje się, że w Regionie Europejskim 5% obciążenia chorobą niedokrwienną serca, 7% obciążenia cukrzycą typu 2, 9% obciążenia rakiem sutka i 10% obciążenia rakiem jelita grubego wynika z braku aktywności fizycznej i jest przyczyną 1 mln zgonów rocznie (około 10% wszystkich zgonów) oraz 8,3 mln utraconych lat życia skorygowanych niepełnosprawnością (22).
* ****Działania takie jak zmniejszenie emisji pochodzących z paliw kopalnych, ograniczenie emisji krótkotrwałych zanieczyszczeń klimatu (np. przez węgiel kamienny i metan) oraz ograniczenie spożycia nasyconych tłuszczów zwierzęcych przyczynią się do promowania aktywności fizycznej, poprawy sposobu żywienia i zmniejszenia obciążenia chorobami układu krążenia, ograniczając jednocześnie zmiany klimatyczne (23,24).

Promocja zrównoważonych miast i społeczności (od poziomu lokalnego po globalny) stwarza korzystne dla wszystkich możliwości. Obejmuje inwestycje w aktywne systemy transportu, zrównoważone praktyki w zakresie żywności i rolnictwa, zmniejszenie emisji przemysłowych i energooszczędne budynki, a co za tym idzie, ograniczanie zmian klimatu.

Ryc.1. Prawdopodobieństwo bezwarunkowe zgonu w wieku 30-69 lat z powodu czterech głównych chorób niezakaźnych w Europejskim Regionie WHO i wybranych podregionach, trendy od 1990 r. i przewidywania do 2030 r. na podstawie trendów liniowych od 2000 r.

**Europejski Region WHO**

**UE15**

**UE13**

**WNP**

**Bezwarunkowe prawdopodobieństwo zgonu**



50%

40%

30%

20%

10%

50%

40%

30%

20%

10%

1990

2000

2010

2020

2030 1990

2000

2010

2020

2030

Obie płcie

Kobiety

Mężczyźni

*Źródło:* WHO Global Monitoring Framework on noncommunicable diseases (5).

*Uwagi:* WNP – Wspólnota Niepodległych Państw, UE13 – państwa członkowskie przyjęte do Unii Europejskiej po maju 2004 r., UE15 – państwa członkowskie Unii Europejskiej w maju 204 r.

# Zobowiązanie do działania

We wrześniu 2011 r. szefowie państw i rządów zgromadzeni w Organizacji Narodów Zjednoczonych zobowiązali się do przeciwdziałania globalnemu obciążeniu i zagrożeniu chorobami niezakaźnymi poprzez przyjęcie podczas pierwszego posiedzenia wysokiego szczebla Zgromadzenia Ogólnego ONZ w sprawie chorób niezakaźnych szeroko zakrojonej deklaracji politycznej dotyczącej zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych (1).

W lipcu 2014 r., podczas drugiego posiedzenia wysokiego szczebla ONZ w sprawie chorób niezakaźnych przedstawiciele państw, ministrowie i szefowie delegacji zobowiązali się do przeprowadzenia czterech następujących pilnych działań krajowych (zobowiązań określonych w czasie): wyznaczenia celów krajowych, opracowania wielosektorowych strategii politycznych i planów, przyspieszenia ograniczania czynników ryzyka oraz usprawnienia systemów opieki zdrowotnej (25) w oparciu o wytyczne Światowego planu działania na rzecz zapobiegania i zwalczania chorób niezakaźnych 2013-2020 (11) zatwierdzonego podczas 66. Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 2013 r.

W następstwie tego na poziomie europejskim przyjęto Plan działania w sprawie zapobiegania i zwalczania chorób niezakaźnych w Europejskim Regionie WHO 2016-2025 podczas 66. sesji Europejskiego Komitetu Regionalnego WHO w 2016 r. (4). Regionalny plan działania wyznacza aspiracyjną wizję Europy promującej zdrowie, wolnej od chorób niezakaźnych, którym można zapobiec, przedwczesnej umieralności i możliwej do uniknięcia niepełnosprawności oraz korzystającej z odpowiednich, dostosowanych do lokalnych uwarunkowań strategii i planów działania. Celem europejskiego planu działania jest unikanie przedwczesnej umieralności i znaczne zmniejszenie obciążenia chorobami niezakaźnymi poprzez podejmowanie zintegrowanych działań, poprawę jakości życia i zapewnienie bardziej sprawiedliwego wskaźnika lat zdrowego życia zarówno w poszczególnych państwach członkowskich, jak i pomiędzy nimi (ramka 1).

**Ramka 1. Nikt nie może być pomijany…**

***Grupy nieuprzywilejowane*** ***społecznie są bardziej narażone na choroby niezakaźne:***istnieją mocne dowody potwierdzające występowanie powiązań między niektórymi uwarunkowaniami społecznymi a przedwczesną umieralnością z powodu chorób niezakaźnych. Osoby w trudnej sytuacji życiowej i nieuprzywilejowane społecznie szybciej zapadają na te choroby i szybciej z ich powodu umierają niż osoby zajmujące wyższą pozycję w społeczeństwie, przede wszystkim dlatego, że są bardziej narażone na styczność ze szkodliwymi wyrobami (np. tytoniem) lub na niezdrowy sposób żywienia i mają ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej (16).

Sprawnie działające systemy opieki zdrowotnej odgrywają kluczową rolę w skutecznym i sprawiedliwym reagowaniu na potrzeby osób dotkniętych chorobami niezakaźnymi.

Globalne ramy monitorowania chorób niezakaźnych przyjęte przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w maju 2013 r. wskazały dziewięć celów, z których pierwszy to „względne ograniczenie o 25% ogólnej umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy lub przewlekłych chorób układu oddechowego w latach 2010-2025” (tabela 1) (26). W Regionie Europejskim WHO w ramach europejskiej polityki Zdrowie 2020 przyjętej w 2013 r. przez Komitet Regionalny wyznaczono następujący cel: „względne ograniczenie o 1,5% rocznie ogólnej (4 przyczyny łącznie) przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy i przewlekłych chorób układu oddechowego do 2020 r.” (27). Wszystkie te działania zostały ostatecznie włączone do przyjętej przez ONZ Agendy 2030 jako zadanie 3.4 Celu Zrównoważonego Rozwoju 3.

Osiągnięcie tych celów wymaga kompleksowego podejścia, które w sposób systematyczny łączy politykę z realizacją działań służących zmniejszaniu nierówności zdrowotnych i zwalczaniu problemów związanych z chorobami niezakaźnymi (ramka 2). Wymaga wspierania programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób na poziomie populacji, aktywnego kierowania działań do osób i grup bardziej narażonych oraz maksymalnego zwiększenia zasięgu skutecznego leczenia i opieki w populacji.

Tabela 1. Ogólne wyniki realizacji przez Europejski Region WHO dziewięciu celów Globalnych ram monitorowania chorób niezakaźnych

|  |  |
| --- | --- |
| **Cel** | **Postęp/przewidywania dla Europejskiego Regionu WHO w przypadku utrzymania obecnej sytuacji** |
| 1. Względne ograniczenie o 25% ogólnej umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy lub przewlekłych chorób układu oddechowego
 | Jeżeli utrzymają się obecne trendy, to prawdopodobnie cel zostanie przekroczony. |
| 1. Względne ograniczenie o co najmniej 10% szkodliwego używania alkoholu zgodnie z warunkami krajowymi
 | Jeżeli utrzymają się obecne trendy, przewiduje się, że spożycie alkoholu na mieszkańca spadnie o 9% do 2025 r. |
| 1. Względne ograniczenie o 10% rozpowszechnienia braku dostatecznej aktywności fizycznej
 | Przewidywanie wyników do 2025 r. nie jest możliwe, jednak na podstawie trendów wynikających z badań wśród młodzieży i dorosłych w regionie cel prawdopodobnie nie zostanie osiągnięty. |
| 1. Względne ograniczenie o 30% średniego spożycia soli/sodu
 | Przewidywanie wyników do 2025 r. nie jest obecnie możliwe, jednak biorąc pod uwagę obecne tempo zmian, cel prawdopodobnie nie zostanie osiągnięty. |
| 1. Względne ograniczenie o 30% rozpowszechnienia codziennego użycia tytoniu
 | Przewiduje się, że region ogółem oraz 36 z 53 krajów nie osiągną celu, jeżeli nie podejmą więcej działań. |
| 1. Względne ograniczenie o 25% rozpowszechnienia nadciśnienia lub eliminacja rozpowszechnienia nadciśnienia, zgodnie z sytuacją krajową
 | Jeżeli utrzymają się obecne trendy, to prawdopodobnie cel zostanie osiągnięty, przy czym prawdopodobny jest również wzrost nierówności w regionie. |
| 1. Zatrzymanie wzrostu zachorowań na cukrzycę i otyłości
 | Region opóźnia się w realizacji celu na 2025 r; przewiduje się wzrost rozpowszechnienia zarówno nadwagi/otyłości, jak i cukrzycy. |
| 1. Zapewnienie co najmniej 50% uprawnionych osób terapii lekami i poradnictwa (w tym kontroli glikemii) w celu zapobiegania zawałom i udarom
 | Jest to trudne do zmierzenia i przewidywanie wyników do 2025 r. nie jest obecnie możliwe. |
| 1. Zapewnienie 80% dostępności przystępnych cenowo podstawowych technologii i leków (w tym odpowiedników) potrzebnych do leczenia najważniejszych chorób niezakaźnych w placówkach publicznych i prywatnych
 | Jest to trudne do zmierzenia i przewidywanie wyników do 2025 r. nie jest obecnie możliwe. |

*Źródło:* WHO Global Monitoring Framework on noncommunicable diseases (5).

*Uwagi:* oznaczenie kolorem czerwonym – region opóźnia się w realizacji celu i prawdopodobnie nie zostanie on osiągnięty; pomarańczowym – region może lub nie zdoła osiągnąć celu, postęp/przewidywania są trudne do zmierzenia/określenia; zielonym – region prawdopodobnie osiągnie cel.

**Ramka 2. Działania międzysektorowe**

***Działania na poziomie populacji:***o ile czynniki ryzyka chorób niezakaźnych wiążą się z indywidualnymi zachowaniami, na poziomie populacji istotny wpływ na te czynniki wywiera publiczna polityka danego kraju w sektorach takich jak handel, podatki, edukacja, rolnictwo, rozwój obszarów miejskich czy produkcja żywności i wyrobów farmaceutycznych. Natomiast szersze społeczno-ekonomiczne i środowiskowe uwarunkowania zdrowotne związane z globalizacją i urbanizacją, jak również starzeniem się społeczeństwa oddziałują na behawioralne czynniki ryzyka (28).

W deklaracji politycznej podjętej podczas posiedzenia wysokiego szczebla ONZ w sprawie zapobiegania i zwalczania chorób niezakaźnych w 2011 r. podkreślono potrzebę reakcji ze strony całych rządów i społeczeństw (1). Szefowie państw i rządów uznali konieczność wielosektorowego podejścia do zdrowia na wszystkich szczeblach władzy w celu podjęcia kompleksowych i zdecydowanych działań dotyczących czynników ryzyka tych chorób i leżących u ich podstaw uwarunkowań zdrowotnych. Zobowiązanie to zostało potwierdzone w dokumencie opisującym wyniki posiedzenia wysokiego szczebla ONZ w 2014 r. (25). W Regionie Europejskim WHO działania podejmowane w tym zakresie przez rządy i *społeczeństwa są wspierane przez europejską politykę ramową* Zdrowie 2020 (29).

# Monitorowanie postępów

Dziewięć celów Globalnych ram monitorowania chorób niezakaźnych zawiera dwadzieścia pięć wskaźników, które należy systematycznie monitorować w celu oceny postępów. Wskaźniki te reprezentują różne kategorie procesów związanych z chorobami niezakaźnymi, m.in. oddziaływanie na zdrowie (np. przedwczesną umieralność i zachorowalność), czynniki ryzyka (rozpowszechnienie i wzorce występowania) oraz reakcję systemu opieki zdrowotnej (dane wejściowe i wyjściowe). Zróżnicowanie i potrzeby w zakresie informacji sprawiają, że monitorowanie jest procesem złożonym, ponieważ mimo istnienia szeregu sprawdzonych źródeł danych spełniających wymagania informacyjne, potrzebne są również inne nowsze dane uzyskane z badań ankietowych ludności i placówek, jak również z innych źródeł.

Biuro Regionalne WHO na Europę opracowuje obecnie wspólne ramy monitorowania wskaźników Celów Zrównoważonego Rozwoju, strategii Zdrowie 2020 i chorób niezakaźnych , co ma na celu ułatwienie sprawozdawczości państwom członkowskim oraz zapewnienie spójnego i terminowego pomiaru postępów. Choroby niezakaźne zagrażają wszystkim celom strategii Zdrowie 2020 (27), a monitorowanie postępów w tym obszarze wspierać będą poniższe wskaźniki zaproponowane w globalnych ramach wskaźników Rady Gospodarczej i Społecznej ONZ (ECOSOC) (30).

|  |
| --- |
| **Wskaźniki ECOSOC**3.4.1. Współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy i przewlekłej choroby dróg oddechowych3.5.2. Szkodliwe spożycie alkoholu zdefiniowane zgodnie z kontekstem krajowym jako spożycie alkoholu na 1 mieszkańca (w wieku 15 lat i więcej) w roku kalendarzowym w litrach czystego alkoholu3.8.1. Liczba osób objętych podstawowymi świadczeniami zdrowotnymi (określana jako średnia liczba osób objętych podstawowymi świadczeniami zdrowotnymi na podstawie interwencji monitorujących obejmujących opiekę nad matką, noworodkiem i dzieckiem, choroby zakaźne, choroby niezakaźne, wydajność i dostęp do świadczeń wśród ogółu ludności i w grupach nieuprzywilejowanych)3.a.1. Standaryzowane wg wieku rozpowszechnienie codziennego palenia tytoniu wśród osób w wieku 15 lat i więcej 3.b.1. Odsetek ludności posiadającej stały dostęp do lekarstw i szczepionek po przystępnej cenie |
| Podstawowe wskaźniki strategii Zdrowie 20201.1.a. Standaryzowany wskaźnik przedwczesnej umieralności ogółem (30-70 lat) dla 4 głównych chorób niezakaźnych (układu krążenia (kody ICD-10a 100-199), nowotworów (kody ICD-10 C00–C97), cukrzycy (kody ICD-10 E10–E14) i przewlekłych chorób układu oddechowego (kody ICD-10 J40-47)), z podziałem na płeć; zaproponowano tu również choroby układu pokarmowego (kody ICD-10 K00-K93), ale mają one być zgłaszane oddzielnie (31).1.1.b. Standaryzowane wg wieku rozpowszechnienie codziennego, nieregularnego lub okazjonalnego palenia tytoniu wśród osób w wieku 18 lat i więcej1.1.c. Całkowite (odnotowane i nieodnotowane) spożycie alkoholu na 1 mieszkańca w wieku 15 lat i więcej w roku kalendarzowym1.1.d. Standaryzowane wg wieku rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród osób w wieku 18 lat i więcej (określanych odpowiednio jako BMI ≥25 kg/m² i BMI ≥30 kg/m², o ile to możliwe z podziałem na wiek i płeć); dane z pomiarów i przekazywane przez badanych są zgłaszane oddzielnieDodatkowe wskaźniki strategii Zdrowie 20201.1.a. Standaryzowany wskaźnik umieralności z jakiegokolwiek powodu, z podziałem na wiek i płeć1.1.b. Rozpowszechnienie palenia tytoniu w tygodniu wśród młodzieży1.1.c. Jednorazowe nadmierne spożycie alkoholu (60 g czystego alkoholu lub około 6 standardowych napojów alkoholowych co najmniej raz w tygodniu) wśród młodzieży1.1.d Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród młodzieży (określanych odpowiednio jako wartość BMI dla wieku powyżej +1 Z i +2 Z zgodnie z medianą odniesienia WHO z 2007 r.) (32) |

1 In this regards, surveys such as the WHO STEPS, the Country capacity and response on NCD (CCS), the Health behaviours of school- aged children (HBSC) and the Child obesity surveillance initiative (COSI), among others, are examples that have been used to address the gaps within routine information systems.

2 EUR/RC67/Inf.Doc./1: joint monitoring framework: proposal for reducing the reporting burden on Member States.

# Wsparcie WHO dla państw członkowskich

Biuro Regionalne WHO na Europę przygotowuje obecnie szereg norm, wytycznych technicznych i narzędzi dotyczących zdrowia publicznego, które pomogą krajom wdrażać skuteczne programy i ograniczać czynniki ryzyka. Prace te prowadzone są w czterech głównych obszarach: polityki, monitorowania, profilaktyki i zarządzania, które są zbieżne z czterema zobowiązaniami określonymi w czasie, wymienionymi w szczegółowym sprawozdaniu ze wspomnianego wyżej posiedzenia wysokiego szczebla Zgromadzenia Ogólnego ONZ (25).

Uznając konieczność silnego przywództwa i pilnych działań na poziomie globalnym, regionalnym i krajowym, w 2014 r. utworzono w Moskwie Europejskie Biuro WHO ds. zapobiegania i zwalczania chorób niezakaźnych, przy dobrowolnym wkładzie finansowym Ministerstwa Zdrowia Federacji Rosyjskiej. Biuro stało się katalizatorem działań podejmowanych przez państwa europejskie w zakresie zwalczania chorób niezakaźnych.

# Partnerzy

WHO współpracuje z wieloma partnerami i interesariuszami nad zapobieganiem i zwalczaniem chorób niezakaźnych za pośrednictwem różnych platform, sieci i grup, w tym obywatelskich i sektora prywatnego (18).

W 2014 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia ustanowiło Globalny mechanizm koordynacji WHO w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób niezakaźnych. Jest to prowadzona przez państwa członkowskie międzynarodowa platforma koordynacji działań na rzecz przeciwdziałania rosnącemu zagrożeniu zdrowia przez choroby niezakaźne (33). Mechanizm ten przyczynia się do przyspieszenia wdrażania światowego planu WHO w sprawie zapobiegania i zwalczania chorób niezakaźnych oraz realizacji związanych z nimi Celów Zrównoważonego Rozwoju poprzez propagowanie odpowiednich zobowiązań wysokiego szczebla w ramach wielosektorowego i wielostronnego zaangażowania na poziomie lokalnym, krajowym, regionalnym i globalnym. Platforma zrzesza zróżnicowaną grupę ponad trzystu uczestników, w tym państwa członkowskie WHO, organizacje ONZ i podmioty niepaństwowe, wokół wspólnego celu, jakim jest wspieranie krajów w ograniczaniu przedwczesnej umieralności i niepotrzebnego cierpienia z powodu chorób niezakaźnych.

Powołany w czerwcu 2013 r. przez Sekretarza Generalnego ONZ Międzyagencyjny Zespół Zadaniowy ds. Zapobiegania i Zwalczania Chorób Niezakaźnych (przekazany pod kierownictwo WHO) koordynuje działania odpowiednich organizacji ONZ i innych organizacji międzyrządowych, które mają na celu wspieranie rządów w wywiązywaniu się z zobowiązań wysokiego szczebla dotyczących reagowania na epidemie chorób niezakaźnych na świecie (34).

## Materiały

* Strona internetowa WHO dotycząca chorób niezakaźnych (w języku angielskim)

http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases

* WHO European Office for the Promotion and Control of NCDs (in Moscow)

http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/who-european-office-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-ncd-office

* Zestaw narzędzi WHO służących do zapobiegania i zwalczania chorób niezakaźnych (w języku angielskim)

http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/

* Global coordination mechanism on NCDs

http://www.who.int/ncds/gcm/en/

* United Nations Interagency Task Force on the Prevention and Control of NCDs

http://www.who.int/ncds/un-task-force/en/

## Podstawowe definicje

* Przedwczesna umieralność z powodu chorób niezakaźnych – prawdopodobieństwo zgonu w wieku dokładnie 30-70 lat z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy lub przewlekłych chorób układu oddechowego (kody ICD-10: I00–I99, C00–C97, E10–E14 i J30–J98) (31,35).

## Piśmiennictwo

1. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. New York: United Nations; 2011 (66/2; http://www.who.int/nmh/events/un\_ncd\_summit2011/political\_declaration\_en.pdf, dostęp: 29.08.2017).
2. Global health estimates 2015: disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global\_burden\_disease/en/, dostęp: 29.08.2017).
3. Noncommunicable diseases progress monitoring. Are we meeting the time-bound United Nations targets? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0010/340867/Report-2.pdf?ua=1, dostęp: 29.08.2017).
4. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC66/11 on an action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/66th-session/documentation/working-documents/eurrc6611-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-who-european-region, dostęp: 29.08.2017).
5. The WHO global monitoring framework on noncommunicable diseases: progress towards achieving the targets for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (Background paper for the WHO European Meeting of National NCD Directors and Programme Managers, Moscow, Russian Federation, 8–9 June 2017; http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0003/340869/Report-3.pdf, dostęp: 29.08.2017).
6. Towards a Europe free of avoidable noncommunicable diseases: the future course of premature mortality in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0008/340865/Report-1-2.pdf?ua=1, dostęp: 29.08.2017).
7. “Best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Updated (2017) appendix 3 of the global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://who.int/ncds/management/WHO\_Appendix\_BestBuys.pdf?ua=1, dostęp: 29.08.2017).
8. Prüss-Ustün A, Wolf J, Corvalán C, Boss R, Neira M. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196\_eng.pdf, dostęp: 29.08.2017).
9. Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250141/1/9789241511353-eng.pdf?ua=1, dostęp: 29.08.2017).
10. The public health impact of chemicals: knowns and unknowns. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206553/1/WHO\_FWC\_PHE\_EPE\_16.01\_eng.pdf?ua=1, accesssed 29.08.2017).
11. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/, dostęp: 29.08.2017).
12. About health technologies and medicines. In: Health topics [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies-and-medicines/about-health-technologies-and-medicines, dostęp: 29.08.2017).
13. Medical products and technologies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0007/140668/CorpBrochure\_Med\_products.pdf, dostęp: 29.08.2017).
14. Guidance note for UN country teams on ensuring that health and equity issues, Health 2020 policy framework, and non-communicable diseases prevention and control are integral parts of UNDAF in fulfilment of the mandate of the UN political declaration. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0010/258670/Guidance-note,-Health-2020-Policy-framework,-and-Non-Communicable-Diseases-prevention-and-control.pdf?ua=1, dostęp: 29.08.2017).
15. Noncommunicable diseases: what ministries of labour and employment need to know. Geneva: World Health Organization for the UN Interagency Task Force on NCDs; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250229/1/WHO-NMH-NMA-16.90-eng.pdf?ua=1, dostęp: 29.08.2017).
16. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/ncd\_report\_full\_en.pdf, dostęp: 29.08.2017).
17. Noncommunicable diseases: what ministries of education need to know. Geneva: World Health Organization for the UN Interagency Task Force on NCDs; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250231/1/WHO-NMH-NMA-16.93-eng.pdf?ua=1, dostęp: 29.08.2017).
18. School health promotion: evidence for effective action. Haderslev: Schools for Health in Europe; 2014 (Fact sheet 2; http://www.schools-for-health.eu/pages-resources/she-factsheets-additional-information/read-more-she-network-factsheet-2, dostęp: 29.08.2017).
19. WHO mortality database [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.who.int/healthinfo/mortality\_data/en/, dostęp: 29.08.2017).
20. The European health report 2015. Targets and beyond: reaching new frontiers in evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0006/288645/European-health-report-2015-full-book-en.pdf, dostęp: 29.08.2017).
21. Women’s health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2016/womens-health-and-well-being-in-europe-beyond-the-mortality-advantage-2016, dostęp: 29.08.2017).
22. Factsheets on health-enhancing physical activity in the 28 European Union Member States of the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Commission; 2015 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0007/288106/Factsheets-on-health-enhancing-physical-activity-in-the-28-European-Union-Member-States-of-the-WHO-European-Region.pdf?ua=1, dostęp: 29.08.2017).
23. Air pollution: better air for better health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (Fact sheet 10; http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0019/341137/Fact-Sheet-10-Better-air-for-better-health.pdf, dostęp: 14.08.2017).
24. Friel S, Dangour AD, Garnett T, Lock K, Chalabi Z, Roberts I et al. Public health benefits of strategies

to reduce greenhouse-gas emissions: food and agriculture. Lancet. 2009;374(9706);2016–25.

1. Outcome document of the high-level meeting of the General Assembly on the comprehensive review and

assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases. In: Sixty-eighth

United Nations General Assembly, New York, 10 July 2014. New York: United Nations; 2014 (http://www.who.int/nmh/events/2014/a-res-68-300.pdf, dostęp: 29.08.2017).

1. Noncommunicable diseases global monitoring framework. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/nmh/global\_monitoring\_framework/en/, dostęp: 29.08.2017).
2. Target and indicators for Health 2020, version 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2016/targets-and-indicators-for-health-2020.-version-3-2016, dostęp: 29.08.2017).
3. Guidance note on the integration of noncommunicable diseases into the United Nations development assistance framework. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/nmh/ncd-task-force/guidance-note.pdf, dostęp: 29.08.2017).
4. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1, dostęp: 29.08.2017).
5. Statistical Commission report E/2017/24 on the 48th session. New York: United Nations; 2017 (https://unstats.un.org/unsd/statcom/48th-session/documents/Report-on-the-48th-session-of-the-statistical-commission-E.pdf, dostęp: 29.08.2017).
6. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision WHO version. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#!/X40-X49, dostęp: 29.08.2017).
7. Growth reference data for 5–19 years. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/growthref/en/, dostęp: 29.08.2017).
8. About the GCM/NCD [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/global-coordination-mechanism/about/en/, dostęp: 29.08.2017).
9. UN Interagency Task Force on NCDs (UNIATF). In: Noncommunicable diseases and their risk factors [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/ncds/un-task-force/en/, dostęp: 29.08.2017).
10. Noncommunicable diseases global monitoring framework: indicator definitions and specifications. Geneva: WHO; 2014 (http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF\_Indicator\_Definitions\_Version\_NOV2014.pdf, dostęp: 01.08.2017).

URL: [www.euro.who.int/sdgs](http://www.euro.who.int/sdgs)

© Światowa Organizacja Zdrowia 2017. Wszelkie prawa zastrzeżone.

Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia przyjmuje wnioski o wydanie zgody na powielanie lub tłumaczenie swoich publikacji, w całości lub w części.

**World Health Organization Regional Office for Europe**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01

E-mail: euroncd@who.int

10