



**Всемирная
организация здравоохранения**

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

Сто тридцать вторая сессия

Пункт 6.1 предварительной повестки дня

ЕВ132/6

30 ноября 2012 г.

**Профилактика неинфекционных заболеваний и
борьба с ними: Официальное совещание
государств-членов для завершения работы по
комплексной глобальной системе мониторинга,
включая показатели и комплекс добровольных
глобальных целей по профилактике
неинфекционных заболеваний и борьбе с ними**

Доклад Генерального директора

Генеральный директор имеет честь препроводить Сто тридцать второй сессии Исполнительного комитета доклад Официального совещания государств-членов для завершения работы по комплексной глобальной системе мониторинга, включая показатели и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (см. Приложение), которое состоялось в Женеве с 5 по 7 ноября 2012 г., для завершения до конца 2012 г. проводимой в настоящее время работы в связи с пунктами 61 и 62 Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, принимая во внимание пункты 8(5) и 8(6) решения WHA65(8).

ПРИЛОЖЕНИЕ

ДОКЛАД ОФИЦИАЛЬНОГО СОВЕЩАНИЯ ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ДЛЯ ЗАВЕРШЕНИЯ РАБОТЫ ПО КОМПЛЕКСНОЙ ГЛОБАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ МОНИТОРИНГА, ВКЛЮЧАЯ ПОКАЗАТЕЛИ И КОМПЛЕКС ДОБРОВОЛЬНЫХ ГЛОБАЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И БОРЬБЕ С НИМИ

1. Официальное совещание государств-членов для завершения работы по комплексной глобальной системе мониторинга, включая показатели и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, состоялось с 5 по 7 ноября 2012 г. в Женеве под председательством д-ра Vjørn-Inge Larsen (Норвегия). В работе совещания приняли участие представители 119 государств-членов, одной региональной организации экономической интеграции, одной межправительственной организации и 17 неправительственных организаций.
2. Государства-члены рассмотрели пересмотренный дискуссионный документ для обсуждения ВОЗ (версию от 25 июля 2012 г.) о комплексной глобальной системе мониторинга, включая показатели и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними¹, а также доклад с кратким изложением результатов дискуссий, проведенных во время заседаний всех региональных комитетов².
3. Прилагаемая глобальная система мониторинга, включая показатели, (Добавление 1) и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Добавление 2) были согласованы на основе консенсуса. Мониторинг показателей должен проводиться с учетом основных аспектов справедливости, включая пол, возраст и социально-экономический статус, и основных социальных детерминантов, таких как уровень доходов, образование и, при необходимости, социальная стратификация общества в конкретной стране.
4. Официальное совещание предлагает Генеральному директору представить этот доклад и прилагаемую глобальную систему мониторинга, включая показатели и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, через Исполнительный комитет на его Сто тридцать второй сессии Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения для рассмотрения и принятия.
5. Глобальная система мониторинга, включая показатели и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, будет интегрирована в проводимую в настоящее время деятельность по разработке проекта глобального плана действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, охватывающего период 2013–2020 гг., для представления

¹ Документ A/NCD/INF./1.

² Документ A/NCD/INF./2.

Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет.

6. Официальное совещание настоятельно рекомендует Исполнительному комитету рассмотреть настоящий доклад и его приложения, с тем чтобы принять данную систему и комплекс добровольных глобальных целей и рекомендовать Всемирной ассамблее здравоохранения принять их без дальнейшего рассмотрения этих вопросов.

Добавление 1

**КОМПЛЕКСНАЯ ГЛОБАЛЬНАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА
В ОТНОШЕНИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,
ВКЛЮЧАЯ НАБОР ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

1. В Таблице 1 представлен набор из 25 показателей. Показатели, охватывающие все три компонента глобальной системы мониторинга, перечислены в рамках каждого компонента.

Таблица 1. Показатели для отслеживания тенденций и оценки прогресса, достигнутого в реализации стратегий и планов в области неинфекционных заболеваний

Смертность и заболеваемость
<ul style="list-style-type: none"> • Безусловная вероятность смерти в возрасте от 30 до 70 лет в результате сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, диабета или хронических респираторных заболеваний. • Заболеваемость раком, по видам онкологических заболеваний на 100 000 населения.
Факторы риска
<p><i>Поведенческие факторы риска:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Вредное употребление алкоголя¹: Общее (зарегистрированное и незарегистрированное) потребление алкоголя на душу населения (в возрасте 15 лет и старше) в течение календарного года в литрах чистого алкоголя, в соответствующих случаях, с учетом национальных условий. • Вредное употребление алкоголя: Стандартизованная по возрасту распространенность эпизодического употребления алкоголя в больших количествах среди подростков и взрослых лиц, в соответствующих случаях, с учетом национальных условий. • Вредное употребление алкоголя: Связанная с употреблением алкоголя заболеваемость и смертность среди подростков и взрослых лиц, в соответствующих случаях, с учетом национальных условий. • Стандартизованная по возрасту распространенность потребления менее пяти суммарных порций (400 граммов) фруктов и овощей в день (лицами в возрасте 18 лет и старше). • Распространенность недостаточной физической активности среди подростков, определяемой как менее 60 минут активности от умеренной до высокой интенсивности в день.

¹ Страны определяют показатель (показатели) вредного употребления с учетом национальных условий и в соответствии с Глобальной стратегией ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя, что может включать, в том числе, эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах, общее потребление алкоголя на душу населения и связанную с употреблением алкоголя заболеваемость и смертность.

- Стандартизованная по возрасту распространенность недостаточной **физической активности** у лиц в возрасте 18 лет и старше (определяется как менее 150 минут активности умеренной интенсивности в неделю или эквивалентный показатель).
- Стандартизованный по возрасту среднепопуляционный уровень потребления **соли (хлорида натрия)** в день в граммах среди взрослого населения в возрасте 18 лет и старше.
- Стандартизованная по возрасту средняя доля общего потребления калорий за счет **насыщенных жирных кислот** у взрослых в возрасте от 18 лет¹.
- Распространенность употребления **табака** в настоящее время среди подростков.
- Стандартизованная по возрасту распространенность употребления **табака** в настоящее время среди лиц в возрасте 18 лет и старше.

Биологические факторы риска:

- Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного уровня **глюкозы в крови/** диабета у лиц в возрасте 18 лет и старше (определяется как уровень глюкозы в плазме натощак $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) или при приеме лекарств против повышения уровня глюкозы в крови).
- Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного **кровенного давления** у лиц в возрасте 18 лет и старше (определяется как систолическое кровяное давление ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое кровяное давление ≥ 90 мм рт. ст.); и среднее систолическое кровяное давление.
- Стандартизованная по возрасту распространенность **избыточной массы тела и ожирения** среди подростков (определяются в соответствии с принятыми ВОЗ стандартными показателями развития детей школьного возраста и подростков как одно среднеквадратичное отклонение индекса массы тела с учетом возраста и пола для избыточной массы тела и два среднеквадратичных отклонения индекса массы тела с учетом возраста и пола для ожирения).
- Стандартизованная по возрасту распространенность **избыточной массы тела и ожирения** у лиц в возрасте 18 лет и старше (определяются как индекс массы тела, превышающий 25 кг/м^2 для избыточной массы тела и $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ для ожирения).
- Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного **уровня общего холестерина** у лиц в возрасте 18 лет и старше (определяется как уровень общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л или 190 мг/дл); и средний уровень общего холестерина.

Ответные меры систем здравоохранения

- Доля женщин в возрасте от 30 до 49 лет, которые проходили скрининг **на рак шейки матки** по меньшей мере один раз или чаще, а также для более молодых или старших возрастных групп в соответствии с национальными программами или политикой.

¹ Отдельные жирные кислоты в рамках широкой классификации насыщенных жирных кислот обладают уникальными биологическими свойствами и оказывают воздействие на состояние здоровья, что может иметь значение при разработке рекомендаций по вопросам питания.

- Доля лиц, удовлетворяющих определенным критериям (в возрасте 40 лет и старше с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет, который превышает или равен 30%, включая лиц с существующим сердечно-сосудистым заболеванием), получающих **лекарственную терапию и консультирование** (включая гликемический контроль) для профилактики сердечных приступов и инсультов.
- Наличие и ценовая доступность качественных, безопасных и эффективных **основных лекарственных средств** в отношении неинфекционных заболеваний, **включая генерики, и основных технологий** как в государственных, так и частных учреждениях.
- Охват вакцинацией против вируса **гепатита В** с мониторингом числа детей грудного возраста, получивших третью дозу вакцины Нер-В (НерВ3).
- Наличие, в соответствующих случаях, при условии их затратоэффективности и ценовой доступности, **вакцин против вируса папилломы человека**, в соответствии с национальными программами и стратегиями.
- Стратегии, направленные на снижение воздействия на детей **маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков** с высоким содержанием насыщенных жиров, *транс*-жирных кислот, свободных сахаров или соли.
- Доступ к **паллиативному лечению**, оцениваемый по эквивалентному морфину употреблению сильных опиоидных анальгетиков (исключая метадон) на один случай смерти от онкологического заболевания.
- Принятие национальных стратегий, в соответствии с которыми в поставляемых пищевых продуктах ограничивается содержание **насыщенных жирных кислот и фактически исключаются из употребления частично гидрогенизированные растительные масла**, в соответствующих случаях с учетом национальных условий и национальных программ.

2. Комплексная глобальная система мониторинга, включающая набор из 25 показателей, обеспечит получение сопоставимых на международном уровне оценок тенденций в отношении неинфекционных заболеваний в динамике по времени и позволит анализировать ситуацию в отдельных странах в сопоставлении с другими странами в том же регионе или в той же категории уровня развития.

3. Помимо показателей, описываемых в этой глобальной системе мониторинга, страны и регионы могут включить другие показатели с целью мониторинга прогресса национальных и региональных стратегий профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, принимая во внимание условия в отдельных странах и регионах.

Добавление 2

ДОБРОВОЛЬНЫЕ ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И БОРЬБЫ С НИМИ

В Таблице 2 приводятся 9 добровольных глобальных целей для рассмотрения государствами-членами. Достижение этих целей к 2025 г. будет представлять собой значительный прогресс в профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

Таблица 2. Комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними

Смертность и заболеваемость	Показатели
Преждевременная смертность, вызванная неинфекционными заболеваниями	
Цель: Относительное снижение общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных болезней на 25%.	Безусловная вероятность смерти в возрасте от 30 до 70 лет в результате сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, диабета или хронических респираторных заболеваний.
Факторы риска	Показатели
<i>Поведенческие факторы риска:</i>	
Вредное употребление алкоголя¹	
Цель: Относительное сокращение вредного употребления алкоголя ² , в соответствующих случаях, с учетом национальных условий, не менее чем на 10%.	<ul style="list-style-type: none"> • Общее (зарегистрированное и незарегистрированное) потребление алкоголя на душу населения (в возрасте 15 лет и старше) в течение календарного года в литрах чистого алкоголя, в соответствующих случаях, с учетом национальных условий.

¹ Страны определяют показатель (показатели) вредного употребления с учетом национальных условий и в соответствии с Глобальной стратегией ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя, что может включать, в том числе, эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах, общее потребление алкоголя на душу населения и связанную с употреблением алкоголя заболеваемость и смертность.

² В Глобальной стратегии ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя понятие вредного употребления алкоголя, охватывает употребление спиртного, имеющее пагубные медицинские и социальные последствия для пьющего, его окружения и общества в целом, а также формы употребления алкоголя, которым сопутствует повышенный риск неблагоприятных результатов в отношении здоровья.

	<ul style="list-style-type: none"> • Стандартизованная по возрасту распространенность эпизодического употребления алкоголя в больших количествах среди подростков и взрослых лиц, в соответствующих случаях, с учетом национальных условий. • Связанная с употреблением алкоголя заболеваемость и смертность среди подростков и взрослых лиц, в соответствующих случаях, с учетом национальных условий.
Недостаточная физическая активность	
Цель: Относительное снижение распространенности недостаточной физической активности на 10%.	<ul style="list-style-type: none"> • Распространенность недостаточной физической активности среди подростков, определяемой как менее 60 минут активности от умеренной до высокой интенсивности в день. • Стандартизованная по возрасту распространенность недостаточной физической активности у лиц в возрасте 18 лет и старше (определяется как менее 150 минут активности умеренной интенсивности в неделю или эквивалентный показатель).
Потребление соли/натрия	
Цель: Относительное снижение среднепопуляционного потребления соли/натрия на 30% ¹ .	Стандартизованный по возрасту среднепопуляционный уровень потребления соли (хлорида натрия) в день в граммах среди взрослого населения в возрасте 18 лет и старше.
Употребление табака	
Цель: Относительное снижение распространенности употребления табака лицами в возрасте 15 лет и старше в настоящее время на 30%.	<ul style="list-style-type: none"> • Распространенность употребления табака в настоящее время среди подростков. • Стандартизованная по возрасту распространенность употребления табака в настоящее время среди лиц в возрасте 18 лет и старше.
<i>Биологические факторы риска:</i>	
Повышенное кровяное давление	
Цель: Относительное снижение распространенности повышенного кровяного давления на 25% или сдерживание распространенности повышенного кровяного давления в соответствии с национальными условиями.	Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного кровяного давления у лиц в возрасте 18 лет и старше (определяется как систолическое кровяное давление ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое кровяное давление ≥ 90 мм рт. ст.).

¹ ВОЗ рекомендует употреблять менее 5 граммов соли или 2 граммов натрия на человека в день.

Диабет и ожирение¹	
<p>Цель: Остановить рост числа случаев диабета и ожирения.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного уровня глюкозы в крови/диабета у лиц в возрасте 18 лет и старше (определяется как уровень глюкозы в плазме натощак $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) или при приеме лекарств против повышения уровня глюкозы в крови). • Стандартизованная по возрасту распространенность избыточной массы тела и ожирения среди подростков (определяются в соответствии с принятыми ВОЗ Стандартными показателями развития детей школьного возраста и подростков как одно среднее квадратичное отклонение индекса массы тела с учетом возраста и пола для избыточной массы тела и два среднее квадратичных отклонения индекса массы тела с учетом возраста и пола для ожирения). • Стандартизованная по возрасту распространенность избыточной массы тела и ожирения у лиц в возрасте 18 лет и старше (определяются как индекс массы тела, превышающий 25 кг/м² для избыточной массы тела или 30 кг/м² для ожирения).
Ответные меры национальных систем здравоохранения	Показатели
Лекарственная терапия, применяемая для профилактики сердечных приступов и инсультов	
<p>Цель: Получение лекарственной терапии и консультирования (включая гликемический контроль) для профилактики сердечных приступов и инсультов не менее чем 50% лиц, которые удовлетворяют определенным критериям.</p>	<p>Доля лиц, удовлетворяющих определенным критериям (в возрасте 40 лет и старше с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет, который превышает или равен 30%, включая лиц с существующим сердечно-сосудистым заболеванием), получающих лекарственную терапию или консультирование (включая гликемический контроль) для профилактики сердечных приступов и инсультов.</p>

¹ Страны определяют показатель (показатели) с учетом национальных условий.

Основные лекарственные средства и технологии для лечения важнейших неинфекционных заболеваний	
Цель: Наличие доступных по цене основных технологий и лекарственных средств, включая генерики, требуемых для лечения основных неинфекционных заболеваний как в государственных, так и в частных учреждениях на уровне 80%.	Наличие и ценовая доступность качественных, безопасных и эффективных основных лекарственных средств в отношении неинфекционных заболеваний, включая генерики, и основных технологий как в государственных, так и частных учреждениях.

= = =