**Akcijski plan za prevenciju i kontrolu**

**kroničnih nezaraznih bolesti**

 **2015.-2020.**

**Zagreb, ožujak 2015.**

Sadržaj

[Uvod 3](#_Toc414264383)

[Strateški okvir 14](#_Toc414264384)

[Vodeće vrijednosti 15](#_Toc414264385)

[Povezanost s drugim značajnim problemima 16](#_Toc414264386)

[Zarazne bolesti 17](#_Toc414264387)

[Okoliš i zdravlje 17](#_Toc414264388)

[Ozljede 18](#_Toc414264389)

[Prioritetne intervencije 19](#_Toc414264390)

[Kronične nezarazne bolesti – prevencija i Akcijski plan 2015. – 2020. za Hrvatsku 19](#_Toc414264391)

[Sažetak 53](#_Toc414264392)

# Uvod

Stanovništvo Republike Hrvatske završilo je svoju “demografsku tranziciju“ i ubraja se u “stara stanovništva“ s visokim udjelom stanovništva starijeg od 65 godina. Trendovi ukazuju na loše stanje “demografskog zdravlja“ što predstavlja značajan izazov za održivi razvoj društva u cjelini, ali i za sam zdravstveni sustav koji će morati odgovoriti na zdravstvene potrebe sve većeg broja starijeg stanovništva.

Teret bolesti koje nosi stanovništvo Republike Hrvatske govori da je ono prošlo kroz "epidemiološku tranziciju" iz vremena u kojima su najveći teret za stanovništvo bile zarazne bolesti, u vrijeme u kojem su to postale kronične nezarazne bolesti (u daljnjem tekstu: KNB).

KNB imaju najveći doprinos teretu bolesti koje danas nosi stanovništvo Republike Hrvatske. **Bolesti srca i krvnih žila (u daljnjemm tesktu: KVB)** od kojih godišnje umire oko 25.000 osoba vodeći su uzrok smrtnosti i pobola, i najviše doprinose teretu bolesti. U 2013. godini umrlo je 24 232 osoba od KVB, a od toga 13.787 žena i 10.445 muškarca. One su uzrok smrti u 54,3% umrlih žena i 41,8% umrlih muškaraca. U dobnoj skupini do 65 godina KVB drugi su uzrok smrtnosti s 2.529 umrlih, odnosno udjelom od 25,8% u mortalitetu te dobne skupine. Na prvom mjestu uzroka smrti u toj dobi su maligne bolesti s 4.115 umrlih, odnosno udjelom od 41,9%. Najčešće dijagnostičke podskupine kao uzrok smrti su ishemijske bolesti srca s udjelom od 21,3% i cerebrovaskularne bolesti s udjelom od 14,4% u ukupnom mortalitetu. Analiza smrtnosti prema dobi u muškaraca i žena pokazuje da dobno-specifične stope smrtnosti za KVB rastu s dobi i više su u muškaraca nego u žena u svim dobnim skupinama. Intenzivniji porast smrtnosti počinje u dobi iznad 50 godina. U dobi iznad 65 godina bilježi se 89,6% umrlih od KVB (81,4% muškaraca i 95,7% žena).

Analizirajući kretanje smrtnosti od KVB uočava se trend smanjenja smrtnosti posljednjih deset godina, što je izraženije za cerebrovaskularne bolesti, nego za ishemijsku bolest srca i to osobito za dob 0-64 godine. Dobno standardizirana stopa smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti ukupno u Hrvatskoj 2000. godine iznosila je 572,7/100.000, a do 2012. godine pala je na 342,1/100.000, što je pad smrtnosti za 40,3%.

Za ishemijsku bolest srca pad smrtnosti u tom razdoblju iznosi 21,3%, a za cerebrovaskularne bolesti 45,1%. U dobnoj skupini do 64 godine pad smrtnosti za kardiovaskularne bolesti iznosi 36% u tom razdoblju.

U odnosu na druge europske zemlje Republika Hrvatska sa standardiziranom stopom smrtnosti za KVB od 342,1/100.000 je na nivou europskih zemalja koje imaju srednje visoke stope smrtnosti. Prosjek za »stare« zemlje članice Europske unije (u daljnjem tesktu:EU) prije 2004. godine iznosi 160,1/100.000, a za zemlje članice EU koje su pristupile od 2004. godine 403,8/100.000. U usporedbi s Hrvatskom susjedna Republika Slovenija ima znatno nižu stopu smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti 218,4/100.000, a Republika Češka malo nižu od Hrvatske 325,1/100.000. Većina zemalja Istočne Europe ima uglavnom više stope smrtnosti od Hrvatske, a zemlje Zapadne i Južne Europe (mediteranske zemlje) imaju znatno niže stope smrtnosti od Hrvatske sa stalnim trendom smanjenja.

Slika 1. Standardizirane stope smrtnosti, bolesti cirkulatornog sustava, sve dobne skupine, na 100 000. Izvor: Baza podataka Zdravlje za sve, Svjetska zdravstvena organizacija

Iako je zadnjih desetak godina prisutan trend smanjenja smrtnosti od KVB, one i dalje predstavljaju vodeći uzrok smrtnosti i pobola. U usporedbi s drugim europskim zemljama sa standardiziranom stopom smrtnosti za KVB od 342.1/100.000, Hrvatska je među onim europskim zemljama koje bilježe srednje i visoke razine stope smrtnosti. No, imajući u vidu starenje populacije, sveprisutnu globalizaciju i urbanizaciju, socioekonomsku situaciju, visoku prevalenciju nekih čimbenika rizika kao što je pretilost i dijabetes, moguće je očekivati sve veće opterećenje kardiovaskularnim bolestima, ako se ne poduzmu sveobuhvatne mjere prevencije. Bez ulaganja u prevenciju i kontrolu kardiovaskularnih bolesti, nije realno ni očekivati značajno smanjenje pobola i smrtnosti u sljedećim godinama kao ni očekivati ostvaranje postavljenog cilja za smanjenje smrtnosti od KVB-a za 25% do 2025. godine.

Hrvatska u ovom trenutku nema strategiju prevencije i kontrole bolesti srca i krvnih žila. Nacionalni program prevencije kardiovaskularnih bolesti donesen je u rujnu 2001. godine, međutim do njegove operacionalizacije i sustavnog provođenja nije došlo.

Definiranje strateških okvira za provođenje mjera primarne, sekundarne prevencije i kontrolu bolesti srca i krvnih žila preduvjet je za učinkovito smanjenje tereta ovih bolesti koje nosi stanovništvo.

**Arterijska hipertenzija** jedan je od najvažnijih nezavisnih faktora rizika od bolesti srca i krvnih žila. Prevalencija arterijske hipertenzije veća je nego prije nekoliko desetljeća i iznosi otprilike 40%. Nekontrolirana arterijska hipertenzija važan je javnozdravstveni problem. Podizanje svijesti o tom problemu, rano otkrivanje i poticanje stanovništva da se pridržavaju terapije za povišeni krvni tlak , zajedno sa zdravim načinom života, važni su za uspješnu kontrolu i smanjenje štete.

Prema procjenama IDF-a, prevalencija **šećerne bolesti** za dobnu skupinu od 20-79 godina starosti u svijetu za 2014. godinu iznosila je 8,3%, a u Europi 7,9%. Prema podacima CroDiab registra osoba sa šećernom bolešću u Hrvatskoj je 2013. godine bilo 241990 odraslih osoba sa šećernom bolešću. Šećerna bolest nalazila se na 8. mjestu ljestvice vodećih uzroka smrti u 2013. godini, s 2,47% udjela u ukupnoj smrtnosti i s prisutnim trendom porasta posljednjih desetljeća, sa standardiziranim i kumulativnim stopama mortaliteta za sve dobne skupine višim od onih u Europskoj regiji i EU. Nacionalni program za šećernu bolest prvi je puta pokrenut 2007. godine kao „Nacionalni program zaštite osoba sa šećernom bolešću s posebnim ciljem prevencije bolesti“. Program je inicijalno donesen na razdoblje od pet godina, a aktivnosti koje je program definirao kontinuirano se provode nakon završetka definiranog razdoblja 2012. godine.

S obzirom na rastuće trendove stopa smrtnosti u zadnjih nekoliko desetljeća, s time da su standardizirane i kumulativne stope smrtnosti za sve dobne skupine više od onih u Europskoj regiji I EU, šećerna bolest postaje rastuće javnozdravstveno pitanje.

Slika 2. Standardizirane stope smrtnosti, šećerna bolest, sve dobne skupine, na 100 000. Izvor: Baza podataka Zdravlje za sve, Svjetska zdravstvena organizacija

Smjernice za razvoj nacionalnih programa šećerne bolesti Svjetske zdravstvene organizacije (u daljnjem tekstu: SZO),SZO i IDF standardi, Bečka deklaracija EU o šećernoj bolesti i Deklaracija o prevenciji i kontroli KNB Ujedinjenih naroda (u daljnjem tekstu: UN), Strateški plan Ministarstva zdravlja 2014-2016 i Rezolucija o šećernoj bolesti Hrvatskog sabora definiraju jasan okvir nacionalnog programa za šećernu bolest u Republici Hrvatskoj. Nacionalni program za šećernu bolest prvi je puta donesen 2007. pod nazivom Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću s posebnim ciljem prevencije bolesti, a analizom rezultata provedbe istog evidentirano je djelomično dosizanje postavljanih ciljeva.Program je inicijalno donesen na razdoblje od 5 godina, a i nakon isteka definiranog razdoblja, 2012. godine, i dalje se kontinuirano provode aktivnosti definirane programom.

**Zloćudne novotvorine (rak)** zauzimaju sve veći udio u teretu bolesti kojeg nosi stanovništvo i s udjelom od 27,8% na drugom su mjestu svih uzroka smrti. 2012. godine zabilježeno je ukupno 20.664 novooboljelih od raka (nije uključen rak kože), 11.219 muškaraca i 9.445 žena, a umrla je 13.704 osoba (7.904 muškarca i 5.800 žena). Najčešća sijela raka u muškaraca u 2012. godini bila su bronhi i pluća (2.046 novih bolesnika), prostata (1.758 novih bolesnika), debelo crijevo (1.680 novih bolesnika) i mokraćni mjehur (788 novih bolesnika). U žena su najčešća sijela raka dojka (2.227 novih bolesnica), debelo crijevo (1.261 novih bolesnica), bronhi i pluća (674 novih bolesnica) te tijelo maternice (651 nova bolesnica). U proteklom desetljeću ukupni mortalitet povezan s malignim bolestima u Hrvatskoj je stabilan.

Rak dojke najčešće je sijelo raka u žena prema incidenciji i mortalitetu. Incidencija raka dojke je u porastu, dok je mortalitet konstantan. U usporedbi s ostalim europskim zemljama, Hrvatska je područje intermedijarne incidencije i smrtnosti od raka dojke. Trendovi smrtnosti su nepovoljniji od onih u zapadnoeuropskim zemljama gdje se jasan pad smrtnosti bilježi već od 1980-ih kao posljedica napretka u liječenju i uvođenja skrining programa. Hrvatski Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke uveden je krajem 2006. godine. Do sada su uspješno provedena tri ciklusa, a četvrti, koji je započeo sredinom 2014. godine, još je u tijeku. Uvođenje programa odrazilo se na porast incidencije, no još je prerano za uočavanje eventualnih utjecaja na smanjenje smrtnosti.

Slika 3. Standardizirane stope smrtnosti, zloćudne novotvorine, sve dobne skupine, na 100 000. Izvor: Baza podataka Zdravlje za sve, Svjetska zdravstvena organizacija

Rak pluća najčešće je sijelo raka i najčešći uzrok smrti od raka u muškaraca, a treće najčešće sijelo raka i drugi najčešći uzrok smrti od raka u žena. Premda u padu, stope incidencije i smrtnosti od raka pluća u muškaraca su među najvišima u Europi dok su u žena intermedijarne u usporedbi s ostalim europskim zemljama. I u Hrvatskoj se, kao i u drugim zemljama Europe, u žena bilježi povećanje incidencije i smrtnosti.

Rak debelog crijeva treće je najčešće sijelo raka u muškaraca i drugo najčešće u žena u Hrvatskoj. U Hrvatskoj je incidencija raka debelog crijeva u muškaraca u porastu, a zabrinjava da smo jedna od rijetkih zemalja u Europi u kojoj se bilježi i porast smrtnosti od raka debelog crijeva u muškaraca. Incidencija raka debelog crijeva u žena je stabilna, dok je mortalitet u blagom porastu. Hrvatska se svrstava među pet zemalja s najvišim mortalitetom od raka debelog crijeva u Europi i u skupini muškaraca i žena. Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva uveden je u Hrvatskoj 2007. godine, no njegovi mogući učinci na mortalitet očekuju se nakon 13 godina od uvođenja programa.

Kod raka vrata maternice u Hrvatskoj se posljednjih 20-tak godina bilježi trend pada incidencije, dok je trend smrtnosti stabilan. Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice donijela je Vlada Republike Hrvatske u srpnju 2010. godine, a program se počeo provoditi u prosincu 2012. godine.

Rak prostate je od 2009. godine na drugom mjestu prema incidenciji raka u muškaraca. U Hrvatskoj se rak prostate nalazi i na visokom trećem mjestu prema mortalitetu u muškaraca (734 umrlih u 2012.).

Nacionalni program zaštite osoba s malignim bolestima koji bi mogao povezati sve dionike u definiranju i primjeni primarnih, sekundarnih i tercijarnih mjera zaštite u Hrvatskoj do sada nije postojao.

**Kronične bolesti dišnog sustava** sudjelovale su s 3,4% ukupne smrtnosti u Hrvatskoj i pokazuju trend rasta. U ovom području zaostajemo za razvijenim europskim državama koje bilježe blago smanjenje trenda smrtnosti. U skladu s projekcijama, do 2020. godine kronična opstruktivna plućna bolest zauzet će peto mjesto među uzrocima izgubljenih godina života zbog invalidnosti (u daljnjem tekstu: DALY) i postat će treći vodeći uzrok smrti širom svijeta.Oko 65% osoba oboljelih od kronične opstruktivne plućne bolesti (u daljnjem tekstu: KOPB) nije dijagnosticirano i u skladu s procjenama, kod odrasle populacije u Hrvatskoj postoji prevalencija od 10-15%, osobito u urbanim uvjetima života gdje je prisutnije zagađenje okoliša.

U ovom području zaostajemo za razvijenim europskim državama koje bilježe blago smanjenje trenda smrtnost. Kronične bolesti dišnog sustava nisu značajne samo zbog brzog širenja i utjecanja na poboli smrtnost, već i zbog svog učinka na očekivani životni vijek, teret bolesti, teret na zdravstvene usluge te ekonomske i socijalne posljedice koje one mogu uzrokovati. U skladu s projekcijama, do 2020. godine kronična opstruktivna plućna bolest zauzet će peto mjesto među uzrocima izgubljenih godina života zbog invalidnosti (DALY) i postat će treći vodeći uzrok smrti širom svijeta. Rastući faktori rizika kao što su povećano korištenje duhanskih proizvoda, populacija koja stari i duži očekivani životni vijek, također idu u prilog takvom razvoju događaja. Nacionalni program za kronične bolesti dišnog sustava u Hrvatskoj do sada nije postojao.

Slika 4. Standardizirane stope smrtnosti, bronhitis/enfizem/astma, sve dobne skupine, na 100 000. Izvor: Baza podataka Zdravlje za sve, Svjetska zdravstvena organizacija

**Ozljede** se nalaze na trećem mjestu uzroka smrti u Hrvatskoj s ukupno 2.785 umrlih tijekom 2013. godine i udjelom od 5,5% u ukupnoj smrtnosti. Od ozljeda umire više muškaraca nego žena (omjer 1,9:1). Dobno-standardizirane stope smrtnosti od ozljeda za Hrvatsku u 2012. godini iznosile su 52,6/100.000. Važnost ozljeda kao jednog od vodećih javnozdravstvenih problema je u tome što su one vodeći uzrok smrti u djece i mladih osoba (1-39 godina).

Mentalni poremećaji sudjelovali su u 2013. godini s udjelom od 7% u ukupnom bolničkom pobolu u Hrvatskoj. Procijenjena prevalencija shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja iznosi 5,3/1.000 stanovnika starijih od 15 godina. Prema procjenama DALY za Hrvatsku, unipolarni depresivni poremećaji zauzimaju visoko treće mjesto među svim promatranim entitetima.

Najvažnije determinantne zdravlja u Hrvatskoj povezane su s bihevioralnim i biomedicinskim faktorima rizika kao što su nezdrava prehrana, tjelesna neaktivnost, pretjerana tjelesna masa i debljina, a čemu moramo dodati i pušenje, alkoholizam i zloupotrebu droga.

Plan mjera i djelovanja na području jačanja **nadzora nad duhanom** definiran je Akcijskim planom za jačanje nadzora nad duhanom koji je Vlada RH donijela za razdoblje od 2013. do 2016. godine. Planirane aktivnosti temelje se na Okvirnoj konvenciji o nadzoru nad duhanom Svjetske zdravstvene organizacije (WHO Framework Convention on Tobacco Control –WHO FCTC) te preporukama Vijeća Europe o okolišu bez duhanskog dima (Council Recommendation on smoke-free environments 2009/C 296/02) i Direktivi Europskog parlamenta i Vijeća o proizvodnji, prezentiranju i prodaji duhanskih proizvoda (Directive 2001/37/EC of the European Parliament concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco products).

Odredbama Zakona o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda („Narodne novine“ broj 128/1999, 55/2000, 125/2008, 55/2009 – ispravak, 119/2009 i 94/13) u Hrvatskoj je zabranjeno izravno ili neizravno oglašavanje cigareta, pušenje na javnim mjestima i prikazivanje osoba koje puše na televiziji. Zabranjeno je oglašavanje proizvoda koji se ne smatraju duhanskim proizvodima, a koji svojim oblikom, nazivom ili namjenom neposredno potiču potrošnju duhanskih proizvoda. Zabranjeno je prodavati duhanske proizvode osobama mlađim od 18 godina, a zabranjena je i prodaja duhanskih proizvoda putem interneta. Dobre prakse o smanjenju dostupnosti duhanskih automata i zabrani vidljivog izlaganja duhanskih proizvoda na mjestima gdje se duhanski proizvodi prodaju uvode se u novije zakonske izmjene. Napravljene su značajne pozitivne promjene u odredbama o pakiranju i označivanju duhanskih proizvoda: duhanski proizvodi ne nose reklamu ili neki oblik promocije, kao i obmanjujuće natpise koji kod potrošača mogu stvoriti dojam da se radi o manje štetnom proizvodu. Tekstualna zdravstvena upozorenja su obvezna. Zabranjeno je pušenje u zatvorenim javnim mjestima i sredstvima javnog prijevoza.

Prema podacima Hrvatske zdravstvene ankete, 2003. godine je u Republici Hrvatskoj 20,4% odraslih osoba i 7,6% 7-godišnjaka bilo **debelo** dok procjene Hrvatske zdravstvene ankete iz 2008. godine ukazuju da se udio odraslih s debljinom dodatno povećao na 24,4%. Tijekom 2014. godine provedeno je istraživanje EHIS(European Health Interview Survey), a rezultati istog bit će dostupni 2015. godine. Također, Republika Hrvatska uključuje se u projekt SZO „Childhood Obesity Surveillance Initiative“ (u daljnjem tesktu: COSI) čime se i za ovaj dio populacije pridružujemo sudjelovanju u međunarodnom praćenju debljine čiji je cilj primjena jedinstvenog sustava u Europskoj regiji SZO i mjerenje trendova prekomjerne tjelesne mase i debljine u osnovnoškolske djece.

Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine donesen je za razdoblje od 2010. do 2012. te u ovom trenutku ne postoji plan prevencije i kontrole debljine u Republici Hrvatskoj te se stoga ne smije zanemariti definiranje daljnjih strateških okvira i planova. Nacionalne smjernice za prehranu učenika u osnovnim školama donesene su 2013. godine, međutim nadzor implementacije izostaje, a planirane Nacionalne smjernice za prehranu radno aktivne populacije za sada su još u pripremnoj fazi. Tijekom 2014. godine također je pokrenut Nacionalni program „Živjeti zdravo“ koji se sastoji od komponenti zdravstvenog obrazovanja, zdravstvenog turizma, zdravlja i prehrane, zdravlja i radnog mjesta, zdravlja i okoliša te mreže centara za promicanje zdravlja „Živjeti zdravo“ uključivo i ona za pravilnu prehranu i tjelesnu aktivnost. Nacionalni program „Živjeti zdravo“ integrira intervencije u području pravilne prehrane i tjelesne aktivnosti sinergistički utječući na više rizičnih čimbenika.

Dosadašnja provedena istraživanja o učestalosti tjelesne (ne)aktivnosti u Republici Hrvatskoj ukazuju da oko 60% odrasle populacije ne sudjeluje ni u kakvom obliku tjelesnog vježbanja, a tjelesna aktivnost najniža je među adolescentima i mladim odraslim ljudima (15–24 godine). Alarmantni su i podaci da je i u transportu i tijekom slobodnog vremena razina tjelesne aktivnosti izuzetno niska, a značajno najveća tjelesna neaktivnost tijekom slobodnog vremena zabilježena je među odraslim muškarcima Grada Zagreba (88,6%). Unatoč velikom javnozdravstvenom problemu koji tjelesna neaktivnost u Republici Hrvatskoj predstavlja, do sada nisu doneseni strateški dokumenti koji bi osigurali preduvjete za učinkovitu borbu i unapređenje u navedenom području. U Europskom urbanom kontekstu, gdje je više od 50% putovanja automobilom kraće od 5 km, a više od 30% kraće od 3 km, supstitucija kratkih putovanja autom s hodanjem i biciklizmom u velikoj je mjeri izvediva i uglavnom se podudara s preporučenim razinama dnevne tjelesne aktivnosti umjerena intenziteta. Stoga je prilikom donošenja strateških dokumenata poseban naglasak potrebno staviti na politike transporta i urbanizma i stvaranje uvjeta koji mogu omogućiti, ali i potisnuti dnevne tjelesne aktivnosti, posebno kroz biciklizam i šetnju bilo radi prijevoza ili u slobodno vrijeme.

Ekonomski razvoj, kultura, dostupnost alkohola, razina i učinkovitost politika vezanih uz alkohol relevantni su čimbenici za razumijevanje trendova konzumacije alkohola i povezane štete.

Prema podatcima SZO za razdoblje od 2008. do 2010. godine u odnosu na razdoblje od 2003. do 2005. godine bilježimo pad potrošnje alkohola u Hrvatskoj (12,2l), no ona je još uvijek veća od prosjeka europske regije SZO (10,9l).

Nacionalna strategija za sprječavanje štetne uporabe alkohola i alkoholom uzrokovanih poremećaja, za razdoblje od 2011. do 2016. godine, usvojena je 2010. godine na 75. sjednici Vlade Republike Hrvatske.

Hrvatska ima zakonodavni okvir za borbu protiv alkoholizma i njegovih posljedica. U tijeku je procedura za donošenje Akcijskog plana smanjenja štetne uporabe alkohola.



Slika 5. Usporedba prevalencije pušenja, potrošnje alkohola, tjelesne neaktivnosti, nezdrave hrane, debljine i hipertenzije u muškoj i ženskoj populaciji 2003. i 2007. godine.

U prevenciju i kontroli KNB potrebno je poticati suradnju između svih razina vlade, lokalne zajednice i svih dionika koji imaju za cilj smanjenje opterećenja bolestima razvijajući mehanizme suradnje koji su participativni, **međusektorski i višerazinski** i koji se protežu od lokalne do globalne razine. S obzirom da je većina rizika povezanih s KNB izvan dosega zdravstvenog sustava, najizazovniji zdravstveni problemi zahtijevaju angažman sa svim resorima i dionicima izvan vlade: međunarodnim tijelima, agencijama, profesionalnim udrugama i nevladinim organizacijama, privatnim sektorom i akademskom zajednicom. Savezi i umrežavanje temeljni su mehanizam za postizanje rezultata. Postoji niz profesionalnih udruženja koji djeluju u području prevencije KNB. Dobro je razvijen pokret zdravih gradova i županija te zdravih škola koji djeluju već dugi niz godina. Djeluje i niz udruga koje su usmjerene na prevenciju i kontrolu KNB. Iako postoje brojni preventivni programi, izostaje njihova sinergija i za mnoge se ne zna tko ih i na koji način provodi. Rijetki su programi u kojima je prisutno udruživanje više nevladinih udruga i institucija u zajedničkoj provedbi programa.

Prevencija KNB ograničena je dostupnim resursima i sredstva koja se koriste ne dodjeljuju se po kriteriju koji se temelji na dokazima. Procjenjuje se da se 2% budžeta zdravstvene zaštite troši na prevenciju. Isto tako, postoji nedostatak mjerljivih učinaka preventivnih mjera koje se danas koriste. Podaci o KNB često su zastarjeli te je teško pratiti napredak i identificirati “vruća mjesta” na kojima treba koncentrirati preventivne mjere. Procjenjuje se da KNB sudjeluju s 93% ukupnih smrti s kardiovaskularnim bolestima koje sudjeluju s 48%. Preventivne mjere nužne su za buduću zdravstvenu zaštitu, no određene studije ističu da samo debljina sudjeluje s 20% troškova zdravstvene zaštite. Izvješće McKinsey Global Instituta “Overcoming obesity: An initial economic analysis” (Prevladavanje debljine: početna ekonomska analiza) pokazuje na koji način bi korištenje 44 različite intervencije moglo preokrenuti porast debljine i vratiti oko 20% debelih ljudi i ljudi s prekomjernom težinom u normalnu kategoriju tjelesne mase u roku od pet do deset godina. To bi imalo ogroman učinak na troškove zdravstvene zaštite i dovelo bi do ušteda. Ta analiza također navodi da su sve intervencije troškovno efikasne. Ovakve analize mogu nam pomoći stvoriti preventivne mjere s najvećom troškovnom učinkovitošću za određeno područje ili populacijsku podgrupu. Za Hrvatsku je prevencija jedini način kojim se mogu objediniti troškovi zdravstvene zaštite i pružiti odgovarajuća skrb za pacijente.

Postoji potreba za razvojem alata, odnosno sustava koji bi potakli povezivanje dionika u razvoju zajedničkih projekata i programa. Strateški plan razvoja javnog zdravstva predviđa inicijativu osnivanja **“Zdravstvenog fonda”** koji bi osigurao financiranje za razvoj i implementaciju preventivnih programa i koji bi mogao, prilikom odobravanja financiranja, dati prioritet programima koji imaju zajednički pristup prevenciji KNB na integrirani način, u suradnji s nekoliko sektora.

Taj Strateški plan također predviđa razvoj **informacijskog sustava za upravljanje preventivnim programima** čiji bi cilj bio osigurati bazu podataka o preventivnim programima koji se primjenjuju na svim razinama i u svim sektorima kako bi se razmijenile informacije i potakla suradnja između različitih dionika. Razvoj tih alata pomoći će razvoju tog prioriteta.

Hrvatska ima razvijen sustav nadzora nad KNB koji daje osnovne podatke o pobolu i smrtnosti od KNB koji je usklađen s metodologijom EUROSTAT-a. Pobol i smrtnost od raka i šećerna bolesti prati se putem nacionalnih registara koji svoje podatke razmjenjuju s međunarodnim tijelima i daju osnovne podatke za mjerenje incidencije ovih bolesti u stanovništvu. Razvijen je i registar osoba s invaliditetom koji omogućava praćenje invalidnosti kao posljedice KNB. Prema metodologiji OECD započet je i razvoj sustava zdravstvenih računa (u dajnjem tekstu: SHA) koji za sada ne daje mogućnosti procjene ekonomskog tereta KNB, ali se planira njegov daljnji razvoj u tom smislu što je i naznačeno Strateškim planom razvoja javnog zdravstva 2013. - 2015.

Za sada je najslabije razvijen sustav praćenja rizičnih čimbenika za KNB. Do sada su provedene dvije nacionalne zdravstvene ankete (EHIS 2003. i 2008.). Pristupanjem EU Hrvatska se priključila europskom istraživanju EHIS te dodatno uvela EHES koji će dati međunarodno usporedive rezultate o zdravlju stanovništva pa tako i KNB.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje razvio je sustav **preventivnih panela** čiji je cilj pratiti informacije o faktorima rizika za osobe pokrivene osnovnim zdravstvenim obrazovanjem na razini primarne zdravstvene zaštite. Započelo je prikupljanje tih informacija i ono će omogućiti praćenje osnovnih faktora rizika među stanovništvom te će također služiti i kao alat za fokusiranje preventivnih aktivnosti na razini primarne zdravstvene zaštite. Također je razvijen i **CH-BIS sustav** koji omogućava proučavanje pobola i smrtnosti primjenjujući metodologiju geo-informacijskog sustava (GIS). Uključivanje indikatora okoliša u GIS sustav omogućit će nam da proučavamo učinak okoliša na KNB.

Potrebne su i daljnje aktivnosti kako bi se ojačao nadzor KNB i sustav istraživanja kako bi se osigurale informacije potrebne za planiranje i evaluaciju programa.

# Strateški okvir

Akcijski plan zasniva se na nizu međunarodnih i hrvatskih strateških dokumenata koji prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti (dalje KNB) ističu u prvi plan. **Zdravlje 2020** predstavlja strateški okvir za razvoj zdravstvene politike koji prevenciju KNB uvrštava među četiri prioriteta u razvoju zdravstvenih politika. Cilj razvoja zdravstvene politike u prevenciji KNB jest razvoj učinkovitih javno-zdravstvenih intervencija koje predstavljaju koordiniranu akciju u najširem smislu, a koja uključuje suradnju zdravstvenog sustava, civilnog sektora i drugih resora vlade. Javno zdravstvo u tom smislu ima važnu ulogu zagovaranja, predlaganja i suradnje u provođenju intervencija koje moraju osiguravati jednakost u zdravlju, voditi računa o socijalnim odrednicama zdravlja te potrebe osiguravanja zdravog okoliša koji osnažuje i podržava pojedinca i zajednicu u održavanju i unapređenju zdravlja. Intervencije, koje moraju biti međusobno usklađene i nadopunjavati se, zahtijevaju kombinaciju različitih pristupa upravljanju – centraliziranog, decentraliziranog i participativnog – a sve u cilju osiguranja zdravlja i blagostanja za sve.

Osnovni principi Zdravlje 2020 koji su ugrađeni u **Europsku strategiju za prevenciju i kontrolu ne-zaraznih bolesti 2012.-2016**. bili su smjernica u razvoju ovog Akcijskog plana. Među ključnim porukama su:

* ulaganje u prevenciju mora se smatrati ulaganjem u zdravlje bez kojeg nije moguće osigurati održivi razvoj društva.
* održivi razvoj društva neće biti moguć bez osiguranja okoliša koji podupire zdravlje i koji olakšava pojedincu odabir zdravih opcija.
* zdravstveni sustav treba se razvijati sukladno potrebama i teretu bolesti koje nosi stanovništvo uz osiguranje promicanja zdravlja tijekom cijelom životnog ciklusa.
* pojedinci bi trebali biti osnaženi za promicanje vlastitog zdravlja, korištenje zdravstvenih usluga i biti aktivni partneri zdravstvenim djelatnicima u svojoj bolesti.

U svibnju 2013. godine Svjetska zdravstvena skupština donijela je Globalni akcijski plan za prevenciju i kontrolu KNB 2013.-2020. koji državama članicama, međunarodnim partnerima i SZO pruža zajednički putokaz i izbornik opcija razvoja zdravstvene politike koja može pridonijeti ostvarenju 9 globalnih ciljeva koje treba postići do 2025. godine, uključujući i 25% relativno smanjenje prerane smrtnosti od KNB do 2025. godine.

Akcijski plan nastavlja se na **Nacionalnu** s**trategiju razvoja zdravstva 2012.-2020.** koja naglašava usmjerenost zdravstvenog sustava na prevenciju bolesti, za što je nužno postupno povećati udio preventivnih programa i aktivnosti u zdravstvenom proračunu. Naglasak u prevenciji treba biti na najvećim zdravstvenim problemima– kroničnim nezaraznim bolestima, ozljedama, mentalnim poremećajima te rizičnim oblicima ponašanja, uključujući pušenje, zlouporabu alkohola i droga, tjelesnu neaktivnost i loše prehrambene navike. Strategija predviđa poticanje preventivnih aktivnosti u svim područjima i na svim razinama zdravstvene zaštite, osobito tamo gdje postoji veliki potencijal za jačanje preventivnog rada (timovi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, patronažna služba) kao i tamo gdje preventivne aktivnosti dosad nisu bile dovoljno zastupljene (npr. ljekarništvo). Naglašava se potreba za boljim upravljanjem preventivnim aktivnostima i programima kako bi se poboljšala pokrivenost stanovništva i evaluacija pojedinih programa te omogućila koordinacija, racionalno planiranje, poticanje i usmjeravanje preventivnih aktivnosti u zajednici.

**Strateški plan razvoja javnog zdravstva 2012.-2015.** prepoznaje potrebu unapređenja rada na primarnoj prevenciji kroničnih nezaraznih bolesti i utvrđuje potrebu izrade Akcijskog plana za prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti.

**Prevencija i kontrola kroničnih nezaraznih bolesti u zdravstvenoj mreži Jugoistočne Europe** daje pregled postojećih alata za primjenu međusektorskog djelovanja i sadrži preporuke o ključnim akcijama kako bi se ojačala međusektorska suradnja u prevenciji i kontroli kroničnih nezaraznih bolesti u budućnosti.

# Vodeće vrijednosti

U razvoju Akcijskog plana ugrađene su sljedeće vrijednosti:

1. Pravednost u zdravlju - svaki bi čovjek trebao imati pravo ostvariti svoj puni zdravstveni potencijal neovisno o svom društveno-ekonomskom položaju
2. Jačanje sustava zdravstva - na svim razinama, a osobito kroz osiguranje primarne zdravstvene zaštite i sustava javnog zdravstva, u području promicanja zdravlja, prevencije bolesti, ranog otkrivanja i integriranog pristupa liječenju i njezi oboljelih
3. Zdravlje u svim politikama - ključan pristup obzirom da je utjecaj na većinu odrednica KNB izvan kontrole zdravstvenog sustava i napredak nije moguće ostvariti bez suradnje s drugim resorima (trgovine i fiskalne politike, obrazovanja, urbanizma i dr.)
4. Zdravlje za cijeli život - izloženost rizicima za KNB počinje tijekom trudnoće i kumulira se cijelog života što nameće potrebu sveobuhvatnog pristupa promicanju zdravlja uključivo i stvaranje okruženja koje olakšava suočavanje s invaliditetom, osigurava socijalnu zaštitu te dostupnost odgovarajuće zdravstvene skrbi
5. Jačanje pojedinaca - kroz njihovo znanje i vještine za promicanje vlastitog zdravlja, znanja o mogućnostima prevencije i korištenja zdravstvenih usluga kako bi se svjesno suodlučivalo o vlastitom zdravlju
6. Primjena populacijskog i pojedinačnog pristupa – istraživanja su pokazala kako se jedino kombinacijom intervencija koje su usmjerene na pojedinca s onima koje su usmjerene na populaciju može ostvariti najbolji učinak
7. Razvoj integriranih programa - dokazi govore da su intervencije koje su svojim djelovanjem usmjerene na više odrednica KNB učinkovitije od onih koje su usmjerene na pojedinačne odrednice.
8. Suradnja vladinog i nevladinog sektora – potrebno je osigurati međusobnu suradnju resora vlade na svim razinama, državnih i nedržavnih dionika kao što su civilno društvo, tvrtke i pojedinci.

# Povezanost s drugim značajnim problemima

Kronične bolesti (zarazne i nezarazne) međusobno dijele neka zajednička obilježja, imaju slične uzroke kao što su ponašanje i okolišni čimbenici rizika; učestalu istovremenu prisutnost više bolesti u oboljelih; postojanje potrebe za razvoj sličnih modela skrbi koji integriraju socijalnu dimenziju, potrebu osnaživanja pacijenata na život s različitim bolestima, a koje jačaju zdravstvenu skrb orijentiranu na pacijenta nasuprot zdravstvene skrbi orijentirane bolestima. Pozornost na socio-ekonomsko okruženje i uvjete u kojima ljudi rastu, žive i stare, kao što su škola i radna mjesta, može dodatno doprinijeti zajedničkom pristupu u rješavanju međusobno povezanih problema.

**Mentalno zdravlje**

Procjene Svjetske zdravstvene organizacije za ukupan teret bolestima (DALYs) za Hrvatsku pokazuju situaciju sličnu europskim pokazateljima; mentalni i neurološki poremećaji na 2. su mjestu vodećih skupina, iza kardiovaskularnih bolesti s udjelom 20,7% kod muškaraca i 25,6% kod žena. Također, među 10 vodećih pojedinačnih uzroka tri su iz skupine mentalnih poremećaja (unipolarni depresivni poremećaji, poremećaji uzrokovani alkoholom, Alzheimerova i druge demencije) s ukupnim udjelom od 14,8%.

U Akcijskom planu za implementaciju Europske strategije za prevenciju i kontrolu nezaraznih bolesti naglašena je čvrsta povezanost mentalnog i tjelesnog zdravlja te znatan udio mentalnih poremećaja u teretu nezaraznih bolesti. S druge strane naglašeno je postojanje znanstveno dokazanih, specifičnih i jedinstvenih zahtjeva u zaštiti mentalnog zdravlja te potrebi za postojanjem usklađenih, ali zasebnih strategija i akcijskih planova za nezarazne bolesti i zaštitu mentalnog zdravlja. Slijedom toga ovaj Akcijski plan neće razvijati posebne aktivnosti u području mentalnog zdravlja.

## Zarazne bolesti

Neki od uzročnika zaraznih bolesti prepoznati su i kao uzročnici kasnijeg razvoja kroničnih oboljenja u ljudi. Tako su infekcije virusima hepatitisa B i C jedan od glavnih medicinskih problema diljem svijeta zbog mogućeg razvoja kroničnog hepatitisa, ciroze jetre i hepatocelularnog karcinoma. U Hrvatskoj se zadnjih godina godišnje evidentira oko 200 novootkrivenih hepatitis B infekcija (asimptomatskih nositelja virusa i akutno oboljelih od hepatitisa B zajedno), te isto toliko hepatitis C infekcija. Također, humani papiloma virus (HPV) uzrokuje karcinom cerviksa koji je u svijetu drugi najčešći karcinom u žena. Gotovo svi slučajevi karcinoma cerviksa (99%) povezani su s infekcijom HPV-om. Učinkovite mjere, među kojima valja istaknuti cijepljenje, dovode do pada incidencije ovih bolesti, ali još uvijek dio oboljelih zahtjeva osiguranje kronične i palijativne skrbi koje je zajedničko KNB. Treba napomenuti da brojni uzročnici zaraznih bolesti mogu značajno pogoršati ionako narušeno zdravstveno stanje kroničnih bolesnika te dovesti do komplikacija pa i smrtnih ishoda. Stoga je bitno planirati i osigurati sinergijsko djelovanje preventivnih programa prevencije zaraznih i nezaraznih bolesti jer su mjere prevencije zaraznih bolesti važne upravo za kronične bolesnike i edukativne poruke preveniranja zaraznih bolesti trebaju biti pažljivo usmjerene na te skupine stanovništva. Dobar primjer iz prakse je gripa, odnosno cijepljenje protiv gripe osoba s kroničnim bolestima koje se provodi već dugi niz godina kako bi kod njih prevenirali teške oblike gripe i spriječili smrtne ishode. Rizični čimbenici koji su rizični čimbenici za neke KNB kao što su pušenje i prekomjerno pijenje javljaju se kao prateći problem i u osoba oboljelih od TBC-a.

##

## Okoliš i zdravlje

Značajan dio KNB tereta posljedica je izloženosti utjecaju okoliša i radne okoline. Svjetska zdravstvena organizacija procijenila je da zagađenje zraka u okolišu sudjeluje s udjelom od 0,6% među deset vodećih rizičnih čimbenika povezanih s ukupnom smrtnošću u Hrvatskoj (The European Health Report 2005). Prema procjenama SZO oko 2% ukupnih smrti u Hrvatskoj vezano je uz onečišćenje zraka (The European Health Report 2009.).

Tjelesna aktivnost pod utjecajem je okolišnih uvjeta poput razvoja prometne infrastrukture i urbaniziranosti prostora u kojem ljudi žive. Razvojem sigurne infrastrukture može se poticati primjerice prijevoz biciklom i pješačenjem. Osiguranje dostupnih zelenih površina za tjelesnu aktivnost u slobodno vrijeme preduvjet su za uspješno poticanje promjene ponašanja.

Prihvatljiva i održiva politika koja se odnosi na okoliš i zdravlje može izravno pridonijeti smanjenju tereta KNB.

## Ozljede

Ozljede su važan javnozdravstveni problem u Hrvatskoj zbog značajnog udjela u ukupnoj smrtnosti i pobolu, a nerijetko dovode i do trajnih posljedica po zdravlje. Značajno opterećuju zdravstveni sustav, uzrokuju visoke troškove i u konačnici utječu na socijalni i ekonomski razvoj države. U kontekstu povezanosti s nezaraznim bolestima može se naglasiti veza s tjelesnom neaktivnošću zbog načina života - putovanja osobnim automobilima i drugim načinima prijevoza. Ozljede imaju zajedničke rizike s drugim nezaraznim bolestima u smislu socioekonomskih nejednakosti i štetnog utjecaja konzumacije alkohola.

# Prioritetne intervencije

# Kronične nezarazne bolesti – prevencija i Akcijski plan 2015. – 2020. za HrvatskuVizija: *Hrvatska – slobodna od tereta kroničnih nezaraznih bolesti koji se mogu izbjeći.*

**Cilj: *Smanjiti teret od KNB, ključne prepreke za ekonomski i održivi razvoj, putem međusektorske suradnje***

|  |
| --- |
| **Područje: Uprava** |
| **Cilj 1:Ojačati nacionalni kapacitet, vodstvo, upravu, multisektorsko djelovanje i partnerstva kako bi se ubrzao odgovor države u vezi prevencije i kontrole nezaraznih bolesti**  |
| **Aktivnosti** | **Ciljevi** | **Indikator(i) mjerenja rezultata** | **Vremenski raspored** | **Odgovorna tijela** | **Partnerske organizacije** | **Financije (kn)** **2015.- 2017.** |
| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1.1 | Uspostaviti mehanizam u tijeku koji će olakšati razvoj i implementaciju Akcijskog plana za KNB koji je odgovoran Saboru |  | Uspostavljeno vijeće |  |  |  |  |  |  | Međuministarsko vijeće koje uključuje sljedeća ministarstva nadležna za zdravlje, znanost, Obrazovanje i sport, financije, promet, zaštitu okoliša, poljoprivredu, socijalnu politiku, pravosuđe, gospodarstvo, upravu | Lokalna uprave, specijalizirane agencije, nevladine organizacije, organizacije civilnog društva, privatni sektor. |  |
| 1.2 | Ojačati institucionalni kapacitet i radnu snagu kako bi se implementiralo međusektorsko djelovanje. |  | Broj obrazovnih radionica koje upućuju na međusektorske pristupe i alate. |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ | MZOS, SZO Regionalni ured |  |
| 1.3 | Podržati i ubrzati implementaciju vizije SEE 2020 (JI Europa 2020) koja uključuje stub zdravlja unutar poglavlja o uključivom rastu |  | Uspostavljen međusektorski forum za prevenciju KNB |  |  |  |  |  |  | MZ, MSPM, MRMS, MF, MZOS | Regionalno vijeće JI Europe za suradnju  |  |
| 1.4 | Analizirati međunarodnu evidencijui istražiti održivost uvođenja mjera sveobuhvatne fiskalne politike koje uključuju dostupnost, raspoloživost i prihvatljivost zdravijih prehrambenih proizvoda | Uvedene fiskalne promjene koje utječu na dostupnost zdravijih proizvoda  | Broj uvedenih fiskalnih promjena |  |  |  |  |  |  | MF, MPolj., HAH, AZOO | Prehrambena industrija,trgovci na malo, dobavljači hrane, kuhari, itd.Mediji (nacionalni, regionalni i lokalni)  |  |
| **Područje: Promicanje zdravlja** |
| **Cilj 2:Smanjiti izmjenjive faktore rizika za kronične nezarazne bolesti i isticanje društvenih odrednica kroz stvaranje okruženja za promicanje zdravlja** |
| **Ciljevi** | **Aktivnosti** | **Namjene** | **Indikatori mjerenja ishoda** | **Vremenski raspored** | **Odgovorna tijela** | **Partnerske organizacije** | **Financije (kn)** **2015.- 2017.** |
| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 2.1Prehrana | 2.1.1 Olakšati zdrav odabir putem oznaka „Živjeti zdravo“ | Prepoznatljivost oznaka „Živjeti zdravo“; povećati svijest o zdravoj hrani i odgovarajućoj prehrani | Broj proizvoda s oznakom „Živjeti zdravo“ |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ,MPolj., HAH | Prehrambena industrija(pekare, itd.)Mediji (nacionalni, regionalni i lokalni) |  |
| 2.1.2 Reguliranje trans-masti | Stvaranje, implementacija i praćenje mjera politike koje smanjuju trans-masti u hrani |  |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ,MPolj., HAH  | Prehrambena industrijaTrgovci na malo i dobavljači hraneMediji (nacionalni, regionalni i lokalni) |  |
| 2.1.3 Smanjenje dnevnog unosa soli | Unos soli / natrija - 20% relativno smanjenje kod prosječne populacije  | 9/g/po osobi na dan |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ,MPolj., HAH | Prehrambena industrijaPrivatni sektorMediji (nacionalni, regionalni i lokalni) |  |
| 2.1.4 Politika prehrane u školi – primjena Nacionalnih smjernica za prehranu u školi, oblikovanje nutritienata, aparata za prodaju hrane, učenje o zdravoj prehrani u školama | Poboljšanje prehrane i smanjenje debljine kod djece u školama |  |  |  |  |  |  |  | MK, HAH, MZOS, AZOO | Industrija hrane i pićaPrivatni sektorMediji (nacionalni, regionalni i lokalni) |  |
| 2.1.5 Odrediti izvedivost implementacije niza preporuka SZO o oglašavanju hrane i bezalkoholnih pića djeci | Promjena u oglašavanju hrane i bezalkoholnih pića u skladu s nizom preporuka SZO |  |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ, MK, MPolj. | Industrija hrane i pićaPrivatni sektorSZO Regionalni uredMediji (nacionalni, regionalni i lokalni) |  |
| 2.1.6 Praćenje debljine kod djece kroz COSI (Inicijativa za praćenje debljine kod djece) (dio za nadzor) | Nadzor debljine kod djece |  |  |  |  |  |  |  | HZJZ | Medicinski timovi za škole i adolescente |  |
| 2.1.7 Osigurati ravnomjerno visok standard promicanja dojenja, zaštite i podrške kroz politike o dojenju | Provesti informativne javne kampanje s dokazima te socijalne marketinške inicijative kako bi se potrošači potakli i obavijestili o dojenju, osobito trudnice i obitelji s malom djecom | Broj kampanja |  |  |  |  |  |  | MZ, MK, MRMS, HZZO,HZJZ | Zdravstveni djelatnici (primarna i sekundarna zaštita)SZO Regionalni uredMediji (nacionalni, regionalni i lokalni) |  |
| 2.1.8 Povećanje konzumiranja voća kroz „Shemu školskog voća“(EKOLOGIJA) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2 Tjelesna aktivnost | 2.2.1 Usvajanje i implementacija Nacionalnih smjernica o tjelesnoj aktivnosti za zdravlje | Zaustaviti porast tjelesne neaktivnosti | Broj smjernica |  |  |  |  |  |  | MZ, MZOS, MRMS, MPPI, MZOP, MSPM | HZJZKineziološki fakultet Sveučilišta u ZagrebuLokalne uprave, specijalizirane agencije, nevladine organizacije,organizacije civilnog društva, privatni sektor |  |
| 2.2.2 Povećati broj škola s povećanim programom tjelesne aktivnosti (poligoni, dnevni 10-minutni program vježbanja, kurikulum o Olimpijskim igrama) | Zaustaviti porast tjelesne neaktivnostikod djece i mladih | Nacionalno istraživanje: broj škola koje su dobile didaktičku opremu; broj škola koje koriste didaktičku opremu; broj razreda i djece uključene u 10-minutno vježbanje; Broj edukativnih seminara; broj učitelja koji su pohađali edukacijske seminare,HBSC istraživanje |  |  |  |  |  |  | MZOS, AZOO | MZ, HZJZ, Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu |  |
| 2.2.3 Aktivna uključenost u raspravu o povećanju broja sati tjelesnog odgoja u školama | Zaustaviti porast tjelesne neaktivnostikod školske djece | Broj sati tjelesnog odgoja |  |  |  |  |  |  | MZOS, AZOO | MZ, HZJZ, Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu |  |
| 2.2.4 Razviti i proširiti mrežu „pješačkih staza“ za tjelesnu aktivnost za sve dobne skupine  | Promovirati tjelesnu aktivnost za sve dobne skupine | Općinska izvješća o broju pješačkih staza, sudionicima, učestalosti aktivnosti |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ | MT, HTZ, Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, HUPLokalne uprave, specijalizirane agencije, nevladine organizacije, organizacije civilnog društva, privatni sektor |  |
| 2.2.5 Povećati broj funkcionalnih prostora za rekreaciju i osigurati sigurnost (volonteri u parku) | Zaustaviti porast tjelesne neaktivnosti | Nacionalno istraživanje o broju parkova, volontera, učestalosti aktivnosti, sudionicima, obrazovnim seminarima za volontere |  |  |  |  |  |  | MZOP, MZ | HZJZ, MSPM, MUP, HTZLokalne uprave, specijalizirane agencije, nevladine organizacije, organizacije civilnog društva, privatni sektor |  |
| 2.2.6 Podržati druge sektore i zajednice | Promocija tjelesne aktivnosti | Podaci Eurobarometra o broju aktivnih i neaktivnih korisnika transportaNacionalno istraživanje o broju gradskih biciklističkih staza, biciklista, pješaka, školske djece |  |  |  |  |  |  | MPPI | MZ, HZJZ, Kineziološki fakultet Sveučilišta u ZagrebuLokalne uprave, specijalizirane agencije, nevladine organizacije, organizacije civilnog društva, privatni sektor |  |
| 2.2.7 Promovirati i ojačati dostupnost infrastrukture za tjelesnu aktivnost u profesionalnim okruženjima | Promovirati tjelesnu aktivnost u profesionalnim okruženjima | Broj praksi koje su uvele infrastrukturu za tjelesnu aktivnost u profesionalnim okruženjima , sudionici, učestalost aktivnostiSmanjenje (%) broja dana bolovanjaEurobarometar -broj aktivnih i neaktivnih korisnika transporta |  |  |  |  |  |  | MH, MLPS | HZJZ, HUP, HOK, HGK Lokalne uprave, specijalizirane agencije, nevladine organizacije , organizacije civilnog društva, privatni sektor  |  |
| 2.3 Duhan | 2.3.1 Smanjiti dostupnost duhanskih proizvoda povećanjem posebnog poreza na duhanske proizvode  | Osigurati provedbu regulative koja povećava posebni porez na duhanske proizvodeRelativno smanjenje od 30% u prevalenciji sadašnje upotrebe duhanskih proizvoda kod osoba starijih od 15 godina | Povećanje posebnog poreza na duhanske proizvode od 4% Prevalencija sadašnje upotrebe duhanskih proizvoda među adolescentimaPrevalencija sadašnje upotrebe duhanskih proizvoda kod osoba starijih od 15 godina  |  |  |  |  |  |  | MF | MP, MPolj., MZ, HZJZ |  |
| 2.3.2Ograničavanje ili zabrana pušenja u svim zatvorenim radnim prostorima, javnim mjestima i javnom prijevozu | Osigurati provedbu regulative koja u potpunosti zabranjuje pušenje u svim zatvorenim radnim prostorima, javnim mjestima i javnom prijevozuOsigurati usklađenost s politikama „bez dima“ u svim zatvorenim radnim prostorima, javnim mjestima i javnom prijevozuSmanjenje izlaganja sekundarnom duhanskom dimu u svim zatvorenim radnim prostorima, javnim mjestima i javnom prijevozu30% relativno smanjenje prevalencije upotrebe duhanskih proizvoda kod osoba starijih od 15 godina | Postojanje regulative koja osigurava potpunu zabranu pušenja u svim zatvorenim radnim prostorima, javnim mjestima i javnom prijevozu Postojanje regulative koja osigurava usklađenost s politikama „bez dima“ u svim zatvorenim radnim prostorima, javnim mjestima i javnom prijevozuBroj kazni za povredu politike „bez dima“ u svim zatvorenim radnim prostorima, javnim mjestima i javnom prijevozuPratiti izlaganje sekundarnom duhanskom dimu u svim zatvorenim radnim prostorima, javnim mjestima i javnom prijevozuPrevalencija sadašnje upotrebe duhanskih proizvoda među adolescentimaPrevalencija sadašnje upotrebe duhanskih proizvoda kod osoba starijih od 15 godina |  |  |  |  |  |  | MZ, MRMS, MG, MZOS | Državni inspektorat, MZOS, HZZZSR,HZJZ |  |
| 2.3.3Zabrana svih oblika oglašavanja duhanskih proizvoda, promocije i sponzorstava | Osigurati provedbu regulative koja u potpunosti zabranjuje sve oblike oglašavanja duhanskih proizvoda, promocije i sponzorstava | Postojanje regulative koja osigurava usklađenost s regulativom koja u potpunosti zabranjuje sve oblike oglašavanja duhanskih proizvoda, promocije i sponzorstavaPratiti usklađenost s regulativom koja u potpunosti zabranjuje sve oblike oglašavanja duhanskih proizvoda, promocije i sponzorstavaBroj kazni za povredu legislative o oglašavanju duhanskih proizvoda, promociji i sponzorstvu  |  |  |  |  |  |  | MZMediji | Državni inspektorat |  |
| 2.3.4.Upozoriti ljude na opasnosti od duhanskih proizvoda putem djelotvornih zdravstvenih upozorenja | Osigurati primjenu kombiniranih slikovnih i tekstualnih, zdravstvenih upozorenja na pakiranjima duhanskih proizvoda u skladu s Direktivom 2014/40/EU | Kombinirana (slikovna i tekstualna) zdravstvena upozorenja koja pokrivaju 65% prednje i stražnje strane pakiranja cigareta i pakiranja duhana za motanjeInformacije o skužbi za prestanak pušenja na svakom pakiranju duhanskih proizvoda |  |  |  |  |  |  | MZ, MG | Državni inspektoratMF (carina) |  |
| 2.3.5.Uklanjanje svih oblika protuzakonite trgovine duhanskim proizvodima | Ojačati regulativu koja osigurava uklanjanje svih oblika protuzakonite trgovine duhanskim proizvodimaOsigurati potrebnu koordinaciju s nadležnim međuvladini organizacijama i drugim tijelima | Ratifikacija SZO FCTC protokola za uklanjanje protuzakonite trgovine duhanskim proizvodimaPrimjena SZO FCTC protokola za uklanjanje protuzakonite trgovine duhanskim proizvodima |  |  |  |  |  |  | MF (carina), MUP | MZ, MP, MPolj. |  |
| 2.3.6.Potražnja za mjerama vezanih za smanjenje ovisnosti o duhanu i prestanak | Osigurati potrebne programe za promociju prestanka korištenja duhanskih proizvodaImplementacija sveobuhvatnog liječenja ovisnosti o duhanskim proizvodima i usluga savjetovanja za prestanak korištenja duhanskih proizvoda na nacionalnoj raziniOsigurati refundiranje troškova za liječenje ovisnosti o duhanskim proizvodima i uslugama savjetovanja | Postojanje besplatne telefonske linije za pomoć pri prestanku korištenja duhanskih proizvodaPostojanje usluge podrške za prestanak pušenja u jedinicama primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite (barem jedna u svakoj županiji)Postojanje nacionalnog pokrivanja zdravstvenog osiguranja za troškove farmaceutskih proizvoda koji se legalno dostupni za liječenje ovisnosti o duhanskim proizvodima |  |  |  |  |  |  | MZ, HZZO | HZJZ, županijski zavodi za javno zdravstvoDruge zdravstvene institucije primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite  |  |
| 2.3.7.Zaštita javnozdravstvenih politika vezanih za kontrolu duhanskih proizvoda od komercijalnih i drugih stečenih interesa u duhanskoj industriji | Uspostaviti mjere za ograničavanje među-djelovanja s duhanskom industrijom i osigurati transparen-tnost tih među-djelovanjaIzbjegavati sukobe interesa za vladine dužnosnike i zaposlenikeTražiti da informacije dobivene od duhanske industrije budu transparentne i točne | Usvajanje i implementacija odgovarajuće legislative vezane za zaštitu javnozdravstvenih politika vezanih za kontrolu duhanskih proizvoda od komercijalnih i drugih stečenih interesa u duhanskoj industriji |  |  |  |  |  |  | MZ, MG, MPolj. MF  | HZJZ, županijski zavodi za javno zdravstvoDruge zdravstvene institucije primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite  |  |
| 2.4 Alkohol | 2.4.1Reguliranje komercijalne i javne dostupnosti alkohola | Osigurati provedbu regulative koja ograničava dostupnost alkoholaSmanjiti prevalenciju pijenja, osobito među adolescentima | Postojanje regulative o ograničavanju upotrebe alkohola na javnim mjestima na nacionalnoj raziniBolja provedba (povećanje broja inspekcija) mjera za ograničenje dostupnosti alkohola maloljetnicima i alkoholiziranim osobamaOjačati izobrazbu za relevantne dužnosnike kako bi se otkrila ilegalna prodaja maloljetnicimaUvesti ograničenja vezana za određene dane i sate prodaje alkohola (uključujući i zabranu za „happy hours“) |  |  |  |  |  |  | MF, MP, MUP | Državni inspektorat, MG, MZ, HZJZ, županijski zavodi za javno zdravstvo, lokalne vlasti, mediji |  |
|  | 2.4.2. Ograničenje ili zabrana oglašavanja i promocije alkohola | Ograničiti ili zabraniti oglašavanje i promociju piva i vina | Ograničenje broja, vremena i trajanja oglašavanja piva i vina putem različitih medija (TV, radio, tiskani mediji, kino, plakati, prodajna mjesta, Internet…)Postojanje sustava za nadzor oglašavanja svih proizvoda koji sadrže alkohol (uključujući pivo)Broj kazni za povredu legislative o oglašavanju i plasmanu proizvodaBroj kazni za povredu legislative o sponzoriranju i promocije prodaje |  |  |  |  |  |  | MF, MP, MK, MPolj. | MZ,Državni inspektoratMGPoslodavci Mediji |  |
|  | 2.4.3Korištenje cjenovnih politika kao što je povećanje posebnih poreza na alkoholna pića | Povećati poreze na alkoholZabraniti prodaju ispod cijene i/ili popust na količinuBarem 10% relativnog smanjenja štetne upotrebe alkoholaNastaviti smanjivati potrošnju alkohola po glavi stanovnika (15+) (u litrama čistog alkohola)Zaustaviti prevalenciju teškog epizodnog opijanja među ukupnom populacijomSmanjiti prevalenciju teškog epizodnog opijanja (binge drinking) među adolescentima | Ekonomska dostupnost kupnje alkohola (mjerljivo usporedbom relativnog indeksa cijene alkoholai indeksa stvarnog raspoloživogprihoda domaćinstva)Potrošnja alkohola (zabilježena i nezabilježena) po glavi stanovnika (15+) ( u litrama čistog alkohola) manja od 12,2 lPrevalencija teškog epizodnog opijanja među ukupnom populacijom ne više od 20,5 za muškarce i 2,0 za žene (WHO Global Status report 2014)Niža prevalencija teškog epizodnog opijanja (binge drinking) u skladu s ESPAD istraživanjem |  |  |  |  |  |  | MF, MG | MPolj., MZ, Državni inspektorat,Poslodavci, DZS |  |
|  | 2.4.4Podrška zajednicama u usvajanju efikasnih pristupa (kao promocijazdravlja i primarna prevencija) i intervencije za sprečavanje i smanjivanje štetne upotrebe alkohola | Osigurati kontinuitet i povećati postotak škola, općina i radnih mjesta koja primjenjuju politike i programe o smanjenju štete uzrokovane alkoholomPovećati akcije koje podržavaju okruženja koja promoviraju zdravlje | Postotak škola koje primjenjuju politike i programe o smanjenju štete uzrokovane alkoholomPostotak općina koje primjenjuju politike i programe o smanjenju štete uzrokovane alkoholomPostotak radnih mjesta koja primjenjuju politike i programe o smanjenju štete uzrokovane alkoholom |  |  |  |  |  |  | MZOS, MZ, Poslodavci, lokalne vlasti, MSPM, HZJZ, AZOO, HZZZSRMUP | Županijski zavodi za javni zdravstvo, obrazovne institucije, HUP, MT (državni inspektorat), Nevladine organizacijeMediji |  |
|  | 2.4.5Jačanje svijesti o teretu koji se može pripisati alkoholu; vodstvo i politička obveza štetene upotrebe alkohola | Osigurati višesektorsku suradnju za smanjivanje štetne upotrebe alkoholaPrimjena javnozdravstvenih kampanja o alkoholu | Usvajanje pisanog akcijskog plana o alkoholuJačanje rada višesektorske radne grupe o alkoholuUska suradnja grupe za alkohol s međuministarskim vijećem za KNBPromovirati međudioničke programe uključujući ekonomske operatore, policiju i lokalne vlasti kako bi se osigurala bolja provedba dobnih ograničenjaBroj javnozdravstvenih kampanja o alkoholu |  |  |  |  |  |  | MZ, MF, MG, MP, MUP, MT (Državni inspektorat), MPolj., MZOS, MSPM, Zapošljavanje, HZJZ | Lokalne vlastiŽupanijski zavodi za javni zdravstvo Trgovina i industrijaNevladine organizacijeŠkola narodnog zdravlja Andrija ŠtamparMediji |  |
|  | 2.4.6Osiguranje prevencije i intervencija za liječenjeza one koji su ugroženi ili pogođeni poremećajem upotrebe alkohola i sličnim stanjima | Povećati kapacitet zdravstvene zaštite i drugih usluga kako bi se osigurala prevencija i intervencije za liječenje za rizično korištenje alkohola i alkoholom uzrokovane poremećaje uključujući skrining i kratke intervencije | Broj izobrazbi za rano otkrivanje i programe kratke intervencije Broj davatelja usluga primarne zdravstvene zaštite koji su prošli izobrazbu o kratkim intervencijama vezanim za alkoholBroj ljudi s rizičnim i štetnim navikama konzumiranja alkohola koji primaju terapiju i savjete od primarne zdravstvene zaštite |  |  |  |  |  |  | MZOS, MZ, MSPM, HZJZ, AZOO, MUP | HZZZSR, Županijski zavodi za javno zdravstvo, liječnici opće prakse, medicinska profesionalna udruženja, obrazovne institucije, bolnice, nevladine organizacije |  |
| 2.5. Prijenos istraživanja u politiku i praksu | U skladu s JA o prehrani i tjelesnoj aktivnosti (WP7) - stvaranje mreže za buduće praćenje i prijenos istraživanja u politiku i praksu vezano za odrednice prehrambenih navike, tjelesnu aktivnost i sjedilačko ponašanje  |  |  |  |  |  |  |  |  | MZ, MZOS | HZJZ |  |
| **Područje: Zdravstvena zaštita** |
| **Cilj 3: Ojačati i usmjeriti zdravstvene sustave kako bi se obraćali prevenciji i kontroli nezaraznih bolesti i njihovim biološkim faktorima rizika (npr. povišeni tlak, debljina i dislipidemija) kroz zdravstvenu zaštitu usmjerenu na ljude** |
| **Ciljevi** | **Aktivnosti** | **Namjene** | **Indikatori mjerenja ishoda**  | **Vremenski raspored** | **Odgovorna tijela** | **Partnerske organizacije** | **Trošak implementacije** |
| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 3.1 Kardiometabolički rizik (CMR)– procjena i upravljanje | 3.1.1 Jačanjekapaciteta primarne zdravstvene zaštite za procjenu i upravljanje kardiometaboličkim rizikom kroz obrazovanje pružatelja zdravstvenih usluga | Barem 50% pogodnih osoba prima terapiju lijekovima i savjetovanje kako bi se spriječili srčani i moždani udari – preporuka SZO | Broj praksi koje su uvele CMR procjenu Omjer pogodnih osoba u dobi od 40 i više godina s 1-godišnjim kardiovaskularnim rizikom većim od 30% uključujući i one s postojećim kardiovaskularnim bolestima (primaju terapiju lijekovima i savjetovanje kako bi se spriječili srčani i moždani udari) – preporuka SZO |  |  |  |  |  |  | MZ, HZZO, hrvatska udruženja liječnika primarne zdravstvene zaštite | HZJZ, Hrvatsko kardiološko društvo, Hrvatsko društvo za dijabetes |  |
| 3.1.2. Uspostaviti osiguranje kvalitete i kontinuirane sustave za poboljšanje kvalitete radi prevencije i upravljanja kardiometaboličkim rizikom s naglaskom na primarnu zdravstvenu zaštitu | Razvoj sustava za poboljšanje kvalitete radi prevencije i upravljanja kardiometaboličkim rizikom | Poboljšana kvaliteta skrbi o kardiometaboličkom riziku |  |  |  |  |  |  | Hrvatska udruženja liječnika primarne zdravstvene zaštite | MZ, HZJZ, HZZO |  |
| 3.2 Hiper-tenzija | 3.2.1 Jačanje kapaciteta primarne zdravstvene zaštite za procjenu i upravljanje hipertenzijom kroz obrazovanje pružatelja zdravstvenih usluga | Relativno smanjenje od 25% u prevalenciji povišenog krvnog tlaka ili zaustavljanje prevalencije povišenog krvnog tlaka | 50% ljudi s hipertenzijom liječi se s nekoliko vrsta lijekova |  |  |  |  |  |  | MH, HZZO, Hrvatska udruženja liječnika primarne zdravstvene zaštite | HZJZ, Hrvatsko društvo za hipertenziju |  |
| 3.2.2 Osigurati naglasak na otkrivanju i liječenju hipertenzije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kroz panele za hipertenziju | Relativno smanjenje od 25% u prevalenciji povišenog krvnog tlaka ili zaustavljanje prevalencije povišenog krvnog tlaka | Prevalencija hipertenzije 37% kod odrasle populacije 18+ |  |  |  |  |  |  | MZ, HZZO, Hrvatska udruženja liječnika primarne zdravstvene zaštite | HZJZ, Hrvatsko društvo za hipertenziju |  |
| 3.3 Šećerna bolest | 3.3.1. Jačanje kapaciteta primarne zdravstvene zaštite za procjenu i upravljanje šećernom bolešću kroz obrazovanje pružatelja zdravstvenih usluga | Zaustaviti rast šećerne bolesti | Prevalencija povišene glukoze u krvi / šećerne bolesti standardi-zirana prema godinama, kod osoba 18+ Opseg pacijenata kojima je mjeren HbA1C u prošloj godini, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti |  |  |  |  |  |  | MZ, HZZO, Hrvatska udruženja liječnika primarne zdravstvene zaštite | HZJZHrvatsko društvo za dijabetes |  |
| 3.3.2 Razvoj specifičnog preventivnog panela za šećernu bolest |  |  |  |  |  |  |  |  | MZ, HZZO, Hrvatska udruženja liječnika primarne zdravstvene zaštite | HZJZHrvatsko društvo za dijabetes |  |
| 3.4 Debljina | 3.4.1 Razvoj specifičnog preventivnog panela koji uključuje debljinu | Zaustaviti porast debljine u općoj populaciji | Prevalencija debljine |  |  |  |  |  |  | MZ, HZZO, Hrvatska udruženja liječnika primarne zdravstvene zaštite | HZJZ |  |
| 3.5 Integrirano savjetovanje za debljinu, šećernu bolest, hipertenziju i kardiovaskularne bolesti | 3.5.1 Individualno savjetovanje pacijenata o prevenciji debljine, hipertenzije, šećerne bolesti i jasniji prijelaz za korištenje sustava zdravstvene zaštite | Povećati svijest, znanje i osobno jačanje donošenja odluka  | 50% pogodnih osoba pokriveno je savjetovanjem |  |  |  |  |  |  | MZ, Hrvatska udruženja liječnika primarne zdravstvene zaštite | HZJZ, HZZO |  |
| 3.6 Rak | 3.6.1 Pregledati Nacionalni program za skrining raka (dojke, vrata maternice i debelog crijeva) kako bi se poboljšao udio skrining programa | Povećati udio skrining programa | Omjer žena u dobi od 30-49 koje su prošle skrining za rak vrata maternice barem jednom ili češće, a za niže ili više dobne skupine u skladu s nacionalnim programima i politikama |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ,  | Mreža županijskih zavoda za javno zdravstvo, HZZO, mediji, udruženja liječnika primarne zdravstvene zaštite, Društvo za ginekologiju |  |
| 3.6.2 Jačanje kapaciteta primarne zdravstvene zaštite za procjenu i upravljanje rakom kroz obrazovanje pružatelja zdravstvenih usluga |  |  |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ,  | Mreža županijskih zavoda za javno zdravstvo, HZZO, mediji, udruženja liječnika primarne zdravstvene zaštite, Društvo za ginekologiju |  |
| 3.6.2 Nastaviti s pojačanim naporima za HepB i HPV imunizaciju kako bi se osigurala pokrivenost cijele populacije | Imunizacija protiv HepB i HPV | Postotak pokrivenosti imunizacijom |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ | Mreža županijskih zavoda za javno zdravstvo, HZZO, mediji,  |  |
| 3.7 KOPB | 3.7.1 Osigurati naglasak na kontroli KOPB-a u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kroz panele za KOPB |  | Broj pacijenata koji primaju zdravstvenu zaštitu |  |  |  |  |  |  | MZ, Hrvatska udruženja liječnika primarne zdravstvene zaštiteHrvatska udruga za plućne bolesti | HZJZ |  |
| 3.7.2 Jačanje kapaciteta primarne zdravstvene zaštite za procjenu i upravljanjeKOPB-om kroz obrazovanje pružatelja zdravstvenih usluga |  | Barem 50% pogodnih osoba prima terapiju lijekovima |  |  |  |  |  |  | MH, Hrvatska udruženja liječnika primarne zdravstvene zaštiteHrvatska udruga za plućne bolesti | HZJZ |  |
| 3.8 Razvoj radne snage | 3.8.1 Uključiti promociju zdravlja i prevenciju KNB u obrazovne planove i programe za djelatnike primarne zdravstvene zaštite (liječnike, medicinske sestre, itd.) | 80%liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti su specijalisti; organizacija radionica, konferencija, obrazovnih programa na svim razinama  | Broj radionica, konferencija i obrazovnih programa |  |  |  |  |  |  | MZ, profesionalna društva Hrvatskog liječničkog zbora i ostala udruženja | HZJZ, HZZO |  |
| 3.8.2 Ojačati ulogu primarne zdravstvene zaštite u prevenciji i kontroli KNB kroz razvoj i integraciju specifičnih alata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (informacijski sustavi i smjernice) | Razvoj smjernica KNB za primarnu zdravstvenu zaštitu | Smjernice za primarnu zdravstvenu zaštitu za: šećernu bolest, hipertenziju bolesti kardiometaboličkog sindroma, debljinu, KOPB, rak |  |  |  |  |  |  | MZ, profesionalna društva Hrvatskog liječničkog zbora i ostala udruženja | HZJZ, HZZO |  |
| **Područje: Nadzor i upravljanje** |
| **Cilj 4: Pratiti trendove i odrednice nezaraznih bolesti te ocijeniti napredak u njihovoj prevenciji i kontroli** |
| **Ciljevi** | **Aktivnosti** | **Namjene** | **Indikatori mjerenja ishoda** | **Vremenski raspored** | **Odgovorna tijela** | **Partnerske organizacije** | **Financije (kn)** **2015.- 2017.** |
| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 4.1 EHIS/EHES | Implementacija EHIS/EHES | Nadzor KNB i društvenih odrednica zdravlja | Indikatori proizvedeni EHIS/EHES metodologijom |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ | DZS |  |
| 4.2 Dezagregiranje | Dezagregiranje podataka prema spolu, dobi, društvenim odrednicama | Mapiranje zdravstvenih nejednakosti | Indikatori zdravstvenih nejednakosti |  |  |  |  |  |  | HZJZ, DZS | MZ |  |
| 4.3 COSI (Inicijativa za praćenje debljine kod djece) | Praćenje visine i težine školske populacije i faktora koji utječu na prehrambene navike | Rizici ponašanja kod školske populacije povezani s nutritivnim statusom | Nutritivni status školske populacije , debljina kod školske populacije  |  |  |  |  |  |  | HZJZ | MZ |  |
| 4.4 Paneli | 4.4.1 Analiza panela u svrhe praćenja i  | Preusmjeravanje aktivnosti za prevenciju najvećih faktora rizika | Pokrivenost i kvaliteta podataka |  |  |  |  |  |  | HZZO, HZJZ | MZ |  |
| 4.5 Sustav praćenja | 4.5.1 Uspostaviti sveobuhvatni okvir indikatora za prevenciju i kontrolu KNB u skladu s Globalnim okvirom za praćenje (Global Monitoring Framework – GMF) | Praćenje KNB kroz među-narodno usporediv niz indikatora | 25 GMF indikatora |  |  |  |  |  |  | HZJZ | HZZO, DZS |  |
| 4.5.2 Upotpuniti sustav praćenja sa indikatorima društvenih odrednica zdravlja (SDH) | Uvođenje dezagregira-nja KNB indikatora pomoću društvenih odrednica zdravlja omogućit će prepoznava-nje nejednakosti u zdravlju u skladu s populacijskim grupama | Broj istraživanja SDH |  |  |  |  |  |  | HZJZ, DZS | Medicinski fakultetiMZOS |  |
| 4.5.3 Poboljšati diseminaciju podataka kroz geografske zdravstvene sustave putem alata za vizualizaciju podataka | Potpuna implementa-cija i operaciona-lizacija CH-BIS sustava | Glavni indikator raspršen po geografskim područjima |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ |  |  |
| 4.6 Mogućnosti povezivanja podataka | 4.6.1 Izvori podataka iz drugih sektora |  |  |  |  |  |  |  |  |  | HZZO, DZS, MJU, MRMS, Institut za ekonomska istraživanja |  |
| 4.6.2 Preventivni panelis nacionalnim zdravstvenim bazama podataka i registrima | Pouzdaniji podaci o KNB kroz poboljšanje kvalitete podataka u KNB registrima | Broj registara povezanih s preventivnim panelom |  |  |  |  |  |  | HZZO, HZJZ | MZ |  |
|  | 4.6.3. Uspostaviti zasebne sustave nadzora za infarkt miokarda, moždani udar i KOPB korištenjem postojećih izvora podataka (Primarna zdravstvena zaštita - CEZIH, bolnički IS) | Korištenje informacija o KNB koje postoje u IS Nacionalnog informatičkog sustava javnog zdravstva | Incidencija infarkta miokarda, KOPB-a, moždanog udara |  |  |  |  |  |  | HZJZ, HZZO  | MZ |  |
| 4.8 Nadzor radi prevencije i kontrole KNB | 4.8.1 Poboljšati korištenje podatka za postavljanje prioriteta i odgovornosti | Osigurati odabir prioriteta za prevenciju i kontrolu KNB kojima će se izvršiti alokacija resursa | Lista prioriteta |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ, HZZO |  |  |
| 4.8.2 Povećati kapacitet za procjenu učinka na zdravlje | Osigurati mehanizam za definiranje zdravlja u svim politikama | Broj izvršenih procjena učinka na zdravlje(HIA)  |  |  |  |  |  |  | MZ, HZJZ |  |  |

**Legenda:**

AZOO – Agencija za odgoj i obrazovanje

DZS – Državni zavod za statistiku

HGK – Hrvatska gospodarska komora

HOK – Hrvatska obrtnička komora

HUP – Hrvatska udruga poslodavaca

HAH – Hrvatska agencija za hranu

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

HZZZSR – Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

HTZ – Hrvatska turistička zajednica

MPolj – Ministarstvo poljoprivrede

MK – Ministarstvo kulture

MG – Ministarstvo gospodarstva

MZOP – Ministarstvo zaštite okoliša i prirode

MMF – Ministarstvo financija

MZ – Ministarstvo zdravlja

MUP – Ministarstvo unutarnjih poslova

MP – Ministarstvo pravosuđa

MRMS – Ministarstvo rada i mirovinskog sustava

MPPI – Ministarstvo pomorstva, prometa i infrastrukture

MJU – Ministarstvo javne uprave

MSPM – Ministarstvo socijalne politike i mladih

MZOS – Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta

MT – Ministarstvo turizma

# Sažetak

Ulaganje u prevenciju i kontrolu kroničnih nezaraznih bolesti smanjuje broj preranih smrti te sprečava pobol i invaliditet, istovremeno unapređujući kvalitetu života i dobrobit ljudi i društva. Kronične nezarazne bolesti uzrok su 89% smrti i predstavljanju teret bolesti od 77%. Većina njih povezana je sa zajedničkim faktorima rizika što nam daje mogućnost da utječemo na nekoliko bolesti putem pojedinačnih intervencija. Ovaj dokument sadrži Akcijski plan za prevenciju i kontrolu kroničnih nezaraznih bolesti u Republici Hrvatskoj. On predstavlja sveobuhvatan okvir za djelovanje u prioritetnim područjima u sljedećih pet godina (2015.-2020.). Sastavljenje tijekom savjetodavnog procesa vođenog interdisciplinarnom radnom grupom Vlade Republike Hrvatske koja se sastojala od najviših državnih dužnosnika. Osnova za razvoj ovog plana može se pronaći u novoj Europskoj zdravstvenoj politici (Zdravlje2020), Zdravstvenoj strategiji Republike Hrvatske 2012.-2020.i Strateškom planu razvoja javnog zdravstva 2013.-2015.