

# Priorytety Ministerstwa Zdrowia w czasie Polskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej

Prof. dr hab. n. med.  
**Bolesław Samoliński**

Przewodniczący  
podzespołu ds. Priorytetów  
Ministerstwa Zdrowia w  
czasie Polskiej Prezydencji  
w Radzie Unii Europejskiej  
Kierownik Zakładu  
Profilaktyki Zagrożeń  
Środowiskowych  
i Alergologii Wydziału  
Nauki o Zdrowiu WUM  
Dyrektor Uczelnianego  
Centrum Zdrowia  
Środowiskowego WUM

P R E Z Y D E N C J A P O L S K I W R A D Z I E U N I I E U R O P E J S K I E J

**Wyrównywanie różnic w zdrowiu jest zasadniczym priorytetem Polskiej Prezydencji. Wdrożenie zadania zbudowania zdrowia publicznego w nowych krajach członkowskich jest do tego celu istotnym narzędziem politycznym. Może odbyć się w oparciu zbudowanie wspólnego systemu profilaktyki i promocji zdrowia w zakresie chorób niezakaźnych. Jest to o tyle konieczne, iż obserwuje się istotne różnice w zdrowiu w poszczególnych regionach Europy.**

Samoliński B.: Priorytety Ministerstwa Zdrowia w czasie Polskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. *Alergia*, 2011, 2: 5-6

Polska w czasie prezydencji ma dwa priorytety:

1. Główny – wyrównanie różnic w zdrowiu krajów członkowskich UE
2. Badania nad chorobami mózgu, udarami mózgu, chorobami neurodegeneracyjnymi w tym nad chorobą Alzheimera.

Pierwszy priorytet ma dwa podpriorytety:

- choroby układu oddechowego u dzieci jako czynnik ryzyka upośledzenia zdrowia w dalszych etapach życia
- zaburzenia komunikacyjne u dzieci (słuchu, mowy i wzroku) jako istotnie upośledzające dzieci w życiu zawodowym społecznym, i odpowiadające za opóźniony rozwój i wykluczenie społeczne.

**Poniższe doniesienie koncentruje się na chorobach układu oddechowego (CRD).**

WHO dostrzegając tę problematykę wypracowała międzynarodowe programy, oraz przygotowała i przyjęła podczas 64 walnego zgromadzenia ONZ rezolucję dotyczącą niezakaźnych chorób przewlekłych (NCD, z ang. NonCommunicable Diseases). Zagadnienia te będą coraz bardziej obecne w polityce państw Unijnych, reprezentowanej również przez Komisję Europejską. Na szczególną uwagę zasługują schorzenia dotyczące okresu dziecięcego, słabo reprezentowane w programach poszczególnych dotychczasowych prezydencji rady UE. Z epidemiologicznego punktu widzenia zasadnicze znaczenie mają choroby układu oddechowego, a szczególnie alergia i astma. Należą one do najczęstszych schorzeń przewlekłych wieku rozwojowego i dotyczą od 10

do 30% populacji krajów Europy. Epidemiologia z obszarów nowych krajów członkowskich wskazuje, iż tendencja wzrostowa w zakresie częstości występowania alergii, astmy i POChP rośnie i wyrównuje się między państwami starej unii i nowo włączonymi krajami członkowskimi. Jest to niebezpieczne zjawisko, które ma olbrzymi wymiar finansowy, socjalny, społeczny i zdrowotny. Koszty leczenia tych schorzeń przekroczyły w Europie Zachodniej w połowie lat 90. 40 mld euro (Biała Księga Alergii) i nadal rosną. Kalectwo wynikające z rozpowszechnienia np. astmy (12-16% dzieci, młodzieży i osób do 44 r.ż. w Polsce wg programu ECAP) , czy alergii (ponad 40% populacji wg danych ECAP) ma znamiona cywilizacyjnej epidemii. Nie tylko ciężar ekonomiczny, zdrowotny i społeczny ma tutaj istotne znaczenie (np. 1/10 kosztów ponoszonych na refundację leków recepturowych przeznaczona jest na astmę i alergię górnych dróg oddechowych). Niepokojący jest także łańcuch zależności między poszczególnymi postaciami niezakaźnych chorób układu oddechowego: Alergiczny nieżyt nosa (ANN) jest najwyższym czynnikiem ryzyka rozwoju astmy (OR=8) ANN, astma i rhinosinusitis występujące w dzieciństwie są odpowiedzialne za choroby układu krążenia: astma - 1.4 raza, ANN - 1.3 .Sezonowy ANN odpowiada za średnio 3,5 mmHg podwyższenie ciśnienia tętniczego Jakiegokolwiek choroby układu oddechowego w dzieciństwie zwiększają ryzyko POChP (OR>2.3). Ta ostania (POChP) jest schorzeniem prowadzącym do znacznego kalectwa, trwałej niewydolności oddechowej, narastającej niewydolności oddechowo-krążeniowej i śmierci. Ocenia się, iż za 20 lat POChP będzie trzecią przyczyną zgonów w krajach wysoko rozwiniętych. Dotknie 44 milionów obywateli w Europie do 2030 roku. Koszt leczenia CRD wynosi ponad 100 miliardów euro i ciągle rośnie. Obecnie choroby przewlekłe dróg oddechowych dotyczą ponad 1 miliarda mieszkańców na ziemi. 600 mln cierpi z powodu zapaleń alergicznych błony śluzowej nosa. W Europie 130 milionów obywateli ma alergię górnych dróg oddechowych, a 30 mln astmę. Populacja chorych na choroby alergiczne zrówna się z populacją osób zdrowych w ciągu najbliższych kilku lat. Problemy te dotyczą przede wszystkim dzieci i młodzieży, gdyż narastanie epidemii uczuleń i astmy występuje w pierwszych latach życia i pozostaje, z wyżej przedstawioną tendencją łańcucha zależności, do końca życia. Wg danych GUS w Polsce choroby układu oddechowego należą do najczęstszych przyczyn chorobowości do 30. roku życia i zajmują coraz wyższą pozycję w wieku starszym. Na ich przebieg ma istotny wpływ szereg czynników, które do tej pory występowały jako priorytety w poszczególnych prezydencjach: palenie tytoniu, zanieczyszczenie środowiska, czy nadużywanie alkoholu.

**Wydaje się być więc uzasadnione zbudowanie nowej wizji integracji wobec problemów zdrowotnych Europy, tym bardziej, iż problematyka ta ma swoje odzwierciedlenie w polityce WHO, czego przykładem jest program GARD (Global Alliance for Respiratory Diseases). Zagadnienia chorób przewlekłych i wieku rozwojowego przewijają się w planach prezydencji belgijskiej, co jest dodatkowym motywem dla wdrożenia polskiego projektu niniejszego priorytetu.**

## **1.0 Społeczny wymiar przewlekłych niezakaźnych chorób układu oddechowego**

Przewlekłe niezakaźne choroby układu oddechowego stanowią niejednorodną grupę chorób, wśród których najważniejszymi – ze względu na rozpowszechnienie i skutki – są astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), choroby zawodowe układu oddechowego oraz zwłóknienia płuc o innej etiologii. Zwłóknienia płuc, niezależnie od etiologii, są rzadkimi chorobami, a problematyka chorób zawodowych płuc – ze względu na prawne konsekwencje i procedurę odszkodowawczą – objęta jest krajowymi uregulowaniami legislacyjnymi. W związku z tym praktyczne znaczenie dla zdrowia publicznego w wymiarze międzynarodowym posiadają dwie wymienione niezakaźne przewlekłe choroby układu oddechowego, astma i POChP. Obie choroby są przedmiotem

intensywnych badań ukierunkowanych na poznanie etiopatogenezy, wypracowanie skutecznej profilaktyki, doskonalenie procedur diagnostycznych i terapeutycznych, prowadzonych w skali wielu krajów oraz w ramach dużych programów międzynarodowych, także w skali globalnej. Duże rozpowszechnienie, ich wpływ na jakość życia zwłaszcza w starzejących się społeczeństwach oraz istotne konsekwencje ekonomiczne w wymiarze jednostkowym i społecznym sprawiają, że przewlekłe niezakaźne choroby układu oddechowego są nie tylko dużym problemem klinicznym, ale także stanowią aktualne wyzwanie dla zdrowia publicznego i są traktowane jako zagadnienie priorytetowe w wielu krajowych programach polityki zdrowotnej.

Obciążenie populacji chorobami układu oddechowego (burden) jest znaczące także w odniesieniu do przedwczesnej umieralności i inwalidztwa. Wpływ obu tych zjawisk, mierzony wskaźnikiem DALY, stawia choroby układu oddechowego na piątym miejscu, w krajach Europejskiego Regionu WHO – są one odpowiedzialne za 4% całkowitej umieralności i 5% całkowitego wymiaru DALY (Singh 2008). Standaryzowane dla wieku współczynniki DALY odnoszące się do astmy i POChP są zróżnicowane w krajach UE (WHO 2004b).

Monitoring chorób przewlekłych i okoliczności ich powstawania znalazły się wśród celów strategii dotyczącej kontroli tych chorób, opracowanej pod egidą WHO (WHO 2008). Wśród zadań wymienia się opracowanie i wdrożenie systemu informatycznego umożliwiającego gromadzenie, analizę i upowszechnianie danych i informacji na temat trendów w zakresie umieralności, obciążenia populacji, czynników ryzyka, a także planów i programów w obszarze niezakaźnych chorób przewlekłych. W tej propozycji wymienia się także dostępność świadczeń zdrowotnych, związane z tym koszty i jakość opieki. W wymiarze międzynarodowym dostrzega się konieczność skoordynowanej współpracy w celu monitorowania oraz oceny postępów w zakresie profilaktyki i kontroli przewlekłych chorób niezakaźnych. W szczególności wskazuje się na konieczność opracowania standardowego, powszechnie stosowanego zestawu wskaźników służących monitoringowi. W ślad za tymi zadaniami dokument programowy projektu GARD formułuje działania specyficznie związane z monitoringiem przewlekłych niezakaźnych chorób układu oddechowego.

Monitoring zajmuje krytyczną rolę w programie GARD – ostateczne wyniki inicjatywy będą ocenione na podstawie analizy hospitalizacji, umieralności i dostępności farmakoterapii. Niezależnie od tego jednym z celów strategicznych programu GARD jest monitoring omawianych chorób, traktowany jako instrument realizacji zadań WHO.

Zakłada się, że jego wynikiem ma być:

- uznany przez WHO system oceny profilaktyki i kontroli w przewlekłych niezakaźnych chorobach układu oddechowego, wykorzystujący elektroniczne przetwarzanie informacji w zakresie monitoringu;
- dostępność aktualnych danych epidemiologicznych i wyników ich analiz w obszarze przewlekłych niezakaźnych chorób układu oddechowego;
- wykaz ekonomicznie uzasadnionych interwencji w obszarze przewlekłych niezakaźnych chorób układu oddechowego, ustalenie luk w stanie wiedzy oraz potrzeb w zakresie transferu wiedzy do praktyki.

Realizacja celów oraz wyniki programu GARD zależą od wielu czynników, w tym od ukierunkowanej i systematycznej aktywności poszczególnych krajów, skoordynowanej przez ośrodek technicznie odpowiedzialny za wdrożenie szeregu zadań niezbędnych dla przygotowania programu monitoringu, akceptowanego w skali międzynarodowej. Brak stosownych doświadczeń i wczesny etap aktywności w zakresie programu GARD stwarza możliwość zaangażowania się krajów członkowskich Unii Europejskiej w ewaluację tego zamierzenia, poprzez przygotowanie podstaw zunifikowanego monitoringu i ocenę jego

realizacji oraz wyników, w pierwszej fazie programu GARD do 2013 roku. Koncepcja przygotowania planu pracy i powołania ośrodka monitorującego może być rozważana w ramach programu roboczego polskiej prezydencji w Unii Europejskiej i stanowi przedmiot poniżej sformułowanych rekomendacji.

## 2.0 Korzyści z ustanowienia tego priorytetu:

- kontynuacja dotychczasowych szczegółowych priorytetów będących czynnikami ryzyka chorób układu oddechowego (tytoń, alkohol, przewlekłe choroby niezakaźne NCD).
- wyznaczenie nowej strategii w zdrowiu publicznym, ze szczególnym uwzględnieniem krajów nowych UE, zgodnej z politycznymi celami (wyrównywanie szans w zdrowiu, wzmocnienie roli lekarzy rodzinnych, polityka dobrego sąsiedztwa).

## Współpraca UE z WHO w zakresie tematyki już podjętej i preferowanej przez WHO i ONZ.

WHO w ramach NCD = Non Communicable Diseases (Departament Non Communicable and Mental Diseases) stworzyło bowiem światowy program GARD (Global Alliance for Respiratory Diseases). Objął on prawie wszystkie regiony świata. Ponieważ Polska należy do krajów o wysokim odsetku chorób dróg oddechowych, w zakresie alergii i astmy plasuje się na czołowych pozycjach w Europie (program ECAP – największe w Europie badanie epidemiologii chorób alergicznych zrealizowane z inicjatywy Ministra Zdrowia przez Warszawski Uniwersytet Medyczny), więc może być istotnym inicjatorem wdrożenia tego programu, z dostosowaniem go do warunków europejskich, a nawet liderem, tworząc centrum realizacji zadań wynikających z programu GARD. Polska realizując ten program może także odegrać istotną rolę w integracji krajów Europy Środkowej i Wschodniej wokół zagadnień zdrowia publicznego.

## 3.0 Cele praktyczne i metody realizacji w zakresie chorób układu oddechowego CRD

Zorganizowanie konferencji w dniach 21-22wrzesień 2011 roku z udziałem przedstawicieli wszystkich krajów UE, Komisji Europejskiej oraz WHO mającej na celu przedstawienie, omówienie problemu „closing the gap in health in Europe” w aspekcie CRD, zaprezentowanie programu GARD uwzględniającego rolę lekarza rodzinnego, dyskusję nad jego dostosowaniem i wdrożeniem w UE. Polska przedstawiłaby swój dorobek (program ECAP, badania GATS, program PolAstma i inne osiągnięcia np. w zakresie walki z chorobą tytoniową).

Ostatecznym skutkiem konferencji będzie opracowanie dokumentu do przedstawienia na posiedzeniach grupy roboczej Zdrowia Publicznego, a następnie na posiedzeniu EPSCO, tzw. konkluzji prezydencji, akceptowanej przez wszystkich ministrów zdrowia krajów UE.

Źródła literaturowe: • WHO 2008: 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of • noncommunicable diseases : prevent and control cardiovascular diseases, cancers, • chronic respiratory diseases and diabetes. WHO, Geneva 2008 • WHO2004a: WHO: The Global Burden of Disease: 2004 Update. WHO Report. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html) • • WHO 2004b: WHO: The Global Burden of Disease: 2004 Update. WHO Report. [www.who.int/entity/healthinfo/global\\_burden\\_disease/gbddeathdalycountryestimates2004.xls](http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/gbddeathdalycountryestimates2004.xls) • Busse R., Blumel M., Scheller-Kreinsen D., Zentner A.: Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. European Observatory on Health System and Policies. WHO, Copenhagen 2010 • Singh D., Fahey D.: England. In: Knai C, Nolte E, McKee M (eds). Managing chronic conditions: Experience in eight countries. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen 2008 • WHO 2005: Prevention and control of chronic respiratory diseases at country level: towards a Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases. World Health Organization meeting report, Geneva, 2005. • [www.who.int/respiratory/publications/WHO\\_NMH\\_CHP\\_CPM\\_CRA\\_05.1.pdf](http://www.who.int/respiratory/publications/WHO_NMH_CHP_CPM_CRA_05.1.pdf) • • Całość opracowane na podstawie dokumentów przygotowanych przez podzespół ds. Priorytetów MZ przy współpracy z Departamentem Zdrowia Publicznego MZ. • •

Pracę nadesłano.  
2011.05.18  
Zaakceptowano do druku.  
2011.05.23

Zamknij

Drukuj