Programy polityki zdrowotnej (12)

Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: sobota, 21, maj 2016 00:00
Bernadeta Skóbel
Odsłony: 1219

Przy planowaniu programu polityki zdrowotnej jednym z kryteriów oceny zasadności jego realizacji powinna być ocena skutków następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do przedwczesnego zgonu, niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby, obniżenia jakości życia.

Innymi słowy przy podejmowaniu decyzji o podziale ograniczonych przecież środków na realizację programów polityki zdrowotnej warto patrzyć szerzej, systemowo, na to jakie pozytywne skutki i to nie tylko w obszarze ochrony zdrowia dla wskazanej w programie grupy docelowej może przynieść dana interwencja. Takimi skutkami mogą być m.in. zmniejszenie liczby hospitalizacji, zmniejszenie liczby osób korzystających ze zwolnień lekarskich (w konsekwencji zmniejszenie kosztów pracodawców i zakładów ubezpieczeń społecznych), czy przykładem takiej interwencji są programy szczepień przeciwko pneumokokom.

W tym miejscu warto wspomnieć, że na bazie doświadczeń międzynarodowych i krajowych ministerstwo zdrowia podjęło prace nad włączeniem szczepień przeciwko Streptococcus pneumoniae do obowiązkowych szczepień ochronnych. W uzasadnieniu do projektu rozporządzenia powołując się na dane Światowej Organizacji Zdrowia wskazano m.in., że zakażenia pneumokokowe to najczęstsza przyczyna zgonów, powoduje ona na świecie ponad 1,6 mln. zgonów rocznie dzieci poniżej 5 roku życia. Zakażenia te odpowiadają za 17-44 % hospitalizacji z powodu zapalenia płuc. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny wskazuje, że współczynnik zapadalności na inwazyjną chorobę pneumokokową na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w 2014 r. w porównaniu z 2007 r. zwiększył się prawie trzykrotnie. Dalej wskazano, że badania prowadzone na terenie Norwegii wskazują na wystąpienie zwiększenia odporności we wszystkich grupach wiekowych po wprowadzeniu szczepienia populacyjnego. Wskazuje to na wysoką efektywność szczepienia również w grupach niezaszczepionych w ramach efektu pośredniego, czyli tzw. odporności środowiskowej. Podobny efekt potwierdziły badania prowadzone w Polsce. Wprowadzenie w Kielcach w 2006 r. szczepień populacyjnych wskazuje, że w latach 2005 – 2012 jako efekt bezpośredni u dzieci poniżej 2 roku życia nastąpił spadek zapadalności na zapalenie płuc wywołane przez pneumokoki o 96,5%. Jednocześnie w wyniku odporności środowiskowej u osób między 50 a 64 rokiem życia nastąpił spadek zachorowań na powyższe schorzenie o 30,8% a u osób powyżej 65 roku życia o 56,8%.

Projektodawca wskazał, że poza korzyściami zdrowotnymi wprowadzania szczepienia przeciwko pneumokokom na listę szczepień obowiązkowych należy się spodziewać również pozytywnych społecznych skutków wprowadzenia szczepienia w szczególności:

1. zmniejszenia obciążenia pracą pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, a w wyniku tego zwiększenia dostępności do świadczeń z podstawowej opieki zdrowotnej; w jednym z przeprowadzanych badań dotyczących efektywności szczepień stwierdzono, że spadek liczby porad ambulatoryjnych z powodu zapaleń płuc związany z wprowadzeniem szczepień przeciwko pneumokokom wynosił 41%;
2. zmniejszenie absencji pracowników wywołanej zwolnieniami lekarskimi.

Podobne analizy przeprowadzano w odniesieniu do szczepień przeciwko grypie. W uzasadnieniu do Opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 14/2016 z dnia 22 stycznia 2016 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla

Phoca PDF

osób 60 roku życia, zamieszkałych na terenie gminy Ustka" podniesienio, że badania (m.in. The Cost-Effectiveness of Influenza Vaccination for People Aged 50 to 64 Years 2007, Influenza vaccination: health impact and cost effectiveness among adults aged 50 to 64 and 65 and older, 2006) wskazują, że działania profilaktyczne przeciwko grypie charakteryzują się dużą efektywnością i relatywnie niskimi kosztami. Według niektórych doniesień bardziej opłacalne kosztowo mogą być działania profilaktyczne niż samo leczenie choroby i jej powikłań. W polskim badaniu (Health economic impact of viral respiratory infections and pneumonia diseases on the elderly population in Poland, Karina Jahnz-Różyk; Pol. Merk. Lek., 2010) wykazano, że w 2009 roku średni koszt przeciętnej infekcji leczonej ambulatoryjnie wyniósł 101 PLN, a w przypadku zewnątrzszpitalnego zapalenia płuc wzrósł do 186 PLN. Infekcja powikłana, zakończona hospitalizacją, kosztowała powyżej 7 000 PLN. Koszty pośrednie grypy są niedocenianym problemem, mającym jednocześnie niezwykle istotne znaczenie społeczne. Przykładowo z danych ZUS w 2010 roku na 205 478 500 dni absencji chorobowej, choroby układu oddechowego stanowiły 27 207 300 dni (13%). Wydatki ZUS z powodu absencji chorobowej wyniosły 11 140 243 000 PLN, w tym z powodu chorób układu oddechowego 1 527 516 000 PLN (14%).

Pełna treść uzasadnienia powołanej Opinii dostępna jest tutaj.

Phoca PDF