

**DOSTĘPNOŚĆ DO SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W
WYBRANYCH KRAJACH EUROPY CENTRALNEJ
MECHANIZMY FINANSOWANIA SZCZEPIEŃ I
OCENY ICH EFEKTYWNOŚCI**

Dr med. Paweł Grzesiowski

FUNDACJA INSTYTUT PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ

WARSZAWA, 5.04.2013

PLAN PREZENTACJI

- ❑ **EFEKTYWNOŚĆ KOSZTOWA SZCZEPIEŃ**
- ❑ **AKTUALNA SYTUACJA FINANSOWANIA SZCZEPIEŃ W POLSCE**
- ❑ **PRZEGLĄD SYTUACJI W WYBRANYCH KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ**
- ❑ **PROPOZYCJE ZMIAN W SYSTEMIE SZCZEPIEŃ W POLSCE wg RAPORTU Z 2012 r.**

GLOBALNA STRATEGIA ROZWOJU SZCZEPIEŃ W LATACH 2005-2015 wg WHO



CZTERY OBSZARY STRATEGICZNE

- ZWIĘKSZENIE LICZBY ZASZCZEPIONYCH OSÓB
- WPROWADZANIE NOWYCH SZCZEPIONEK I TECHNOLOGII
- INTEGRACJA SZCZEPIEŃ I INNYCH INTERWENCJI W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA
- SZCZEPIENIA W KONTEKŚCIE GLOBALIZACJI

KOSZTY SZCZEPIEŃ A ZYSKI DLA SPOŁECZEŃSTWA

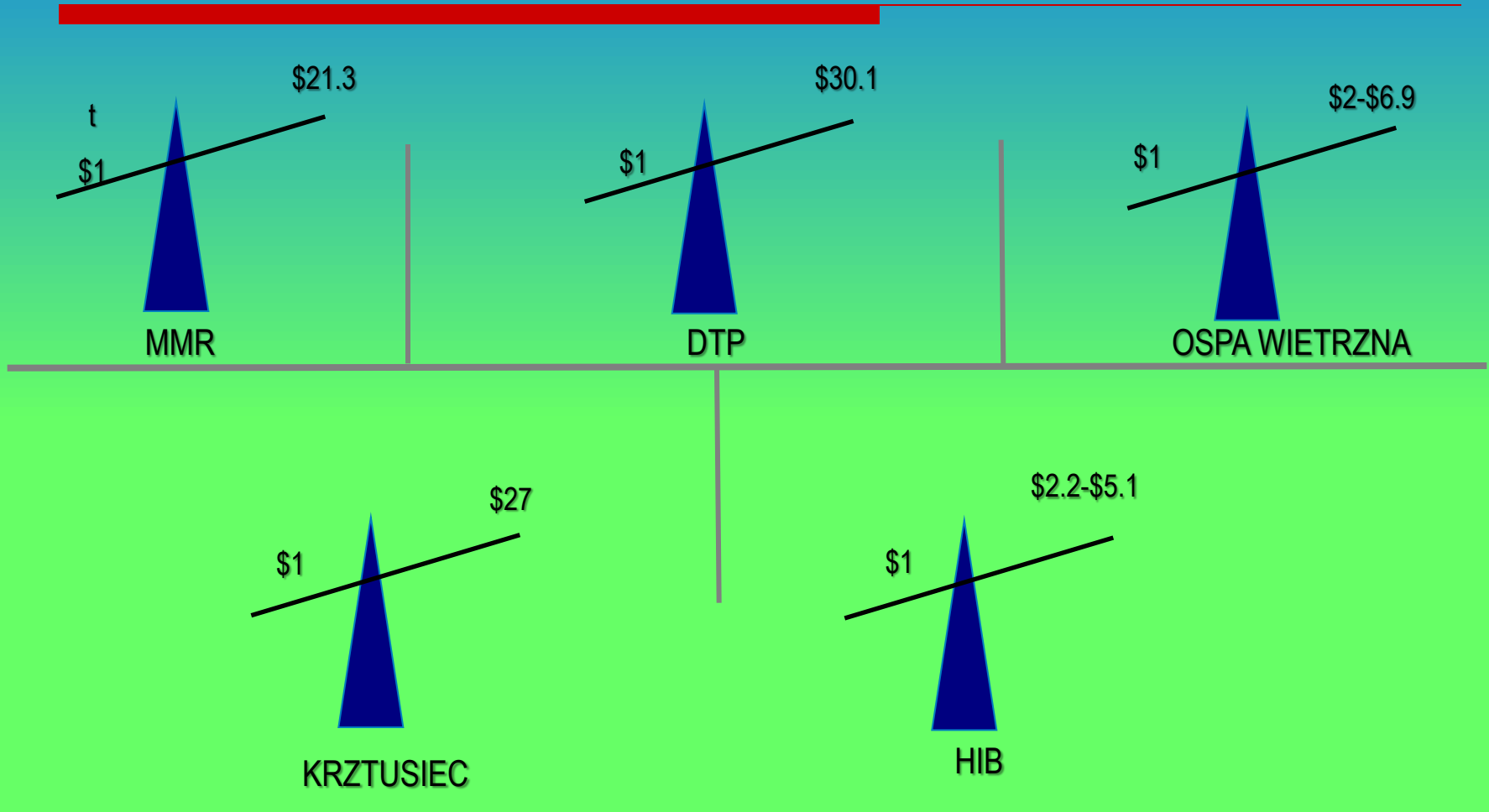


KOSZT SZCZEPIONKI VS KOSZT URATOWANIA ŻYCIA

ODRA	\$ 3 - \$15
BCG+DTP+OPV+ODRA	\$14 - \$41
Hib	\$21 - \$55
Hepatitis B	\$ 8 - \$59

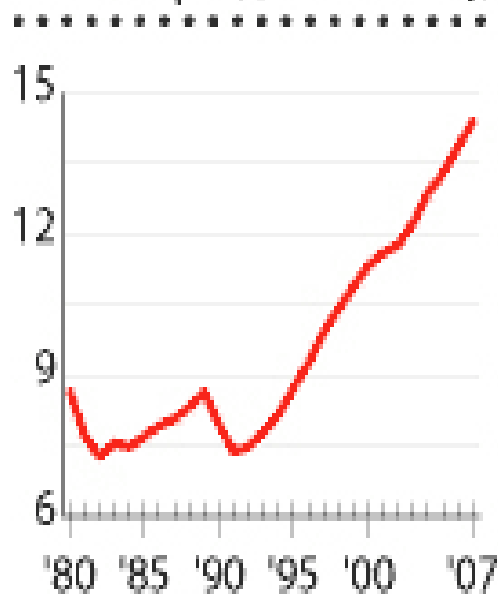
Birmingham and Stein (2002)

INWESTYCJA W SZCZEPIENIA PRZYKŁAD USA

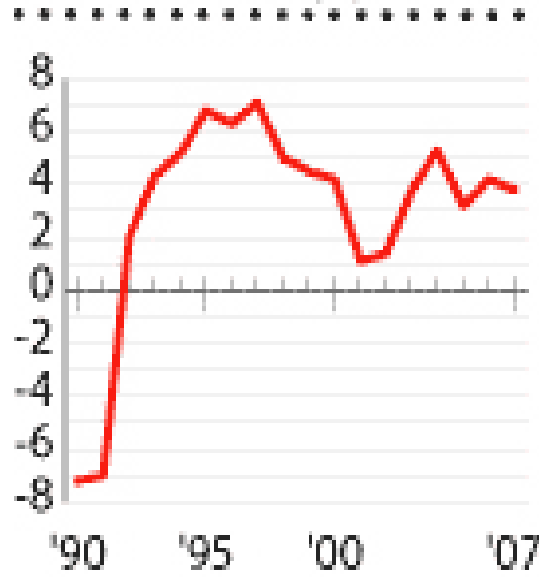


WYDATKI NA PSO W POLSCE

GDP/cap (1,000 Polish Zolty)



GDP Growth (%)



KOSZT ZAKUPU SZCZEPIONEK W POLSCE

- 2000 r. ok. 40 mln zł
- 2006 R. ok. 63 mln zł
- 2007 r. ok. 61 mln zł
- 2008 r. ok. 69 mln zł
- 2009 r. ok. 70 mln
- 2010 r. ok. 70 mln
- 2011 r. ok. 80 mln
- 2012 r. ok. 80 mln

RODZICE KUPUJĄ 50-60% SZCZEPIONEK DTP-IPV-HIB/HBV

DOCHÓD NA JEDNEGO MIESZKAŃCA POLSKI W 2010 r. ~ 10.000 \$

OPŁACALNOŚĆ INWESTYCJI W SZCZEPIENIA PRZECIW PNEUMOKOKOM w POLSCE

(częstość występowania zakażeń pneumokokowych u dzieci do 5 lat w ciągu 1 roku w Polsce wg WHO)



	Liczba dzieci < 5 lat = 2.003.443	
	średnio	zakres
Zgony	52	28-71
Wszystkie przypadki	11666	8805-14565
ZAP. PŁUC	Polskie doświadczenia – miasto Kielce – 4 lata szczepień → spadek zapadalności na zapalenia płuc o 50% - oszczędność ok. 1 mln zł	
ZOMR		
SEPSA	600	233-788

ZMIANY W SYSTEMIE SZCZEPIEŃ W POLSCE w LATACH 2001-2013

- zastąpienie pojedynczych szczepionek przeciw odrze i różyczce szczepionką skojarzoną
 - zastąpienie szczepień przeciw polio OPV szczepionką IPV w pierwszych dwóch latach życia,
 - wprowadzenie szczepienia przeciw krztuścowi szczepionką z acelularnym komponentem krztuścowym dla dzieci w wieku 6 lat oraz dla wcześniaków
 - wprowadzenie powszechnego szczepienia przeciw inwazyjnym zakażeniom wywołanym przez pałeczki Hib;
 - wprowadzenie szczepionki przeciw Streptococcus pneumoniae oraz
 - wirusowi ospy wietrznej w grupach ryzyka
-

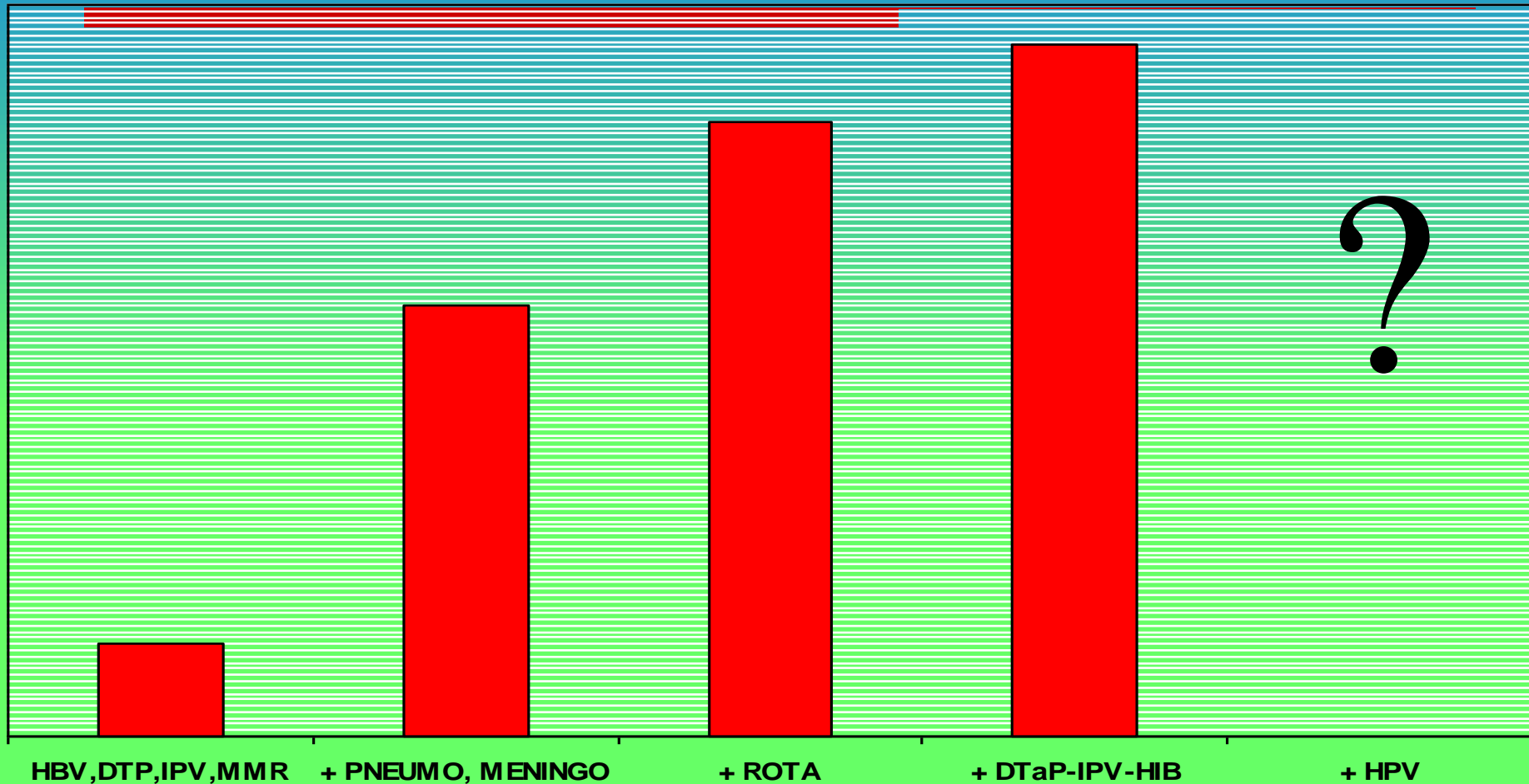
ZMIANY W SYSTEMIE SZCZEPIEŃ W POLSCE w LATACH 2007-2013

- niewielki postęp w rozszerzaniu zakresu szczepień ochronnych w Polsce jest niewielki.
- zmiany dotyczą przede wszystkim szczepień dla osób z grup ryzyka oraz szczepień zalecanych

ZMIANY W SYSTEMIE SZCZEPIEŃ W POLSCE w LATACH 2012-2013

- Rozszerzenie grup ryzyka dla szczepień pneumokokom – wszystkie dzieci urodzone < 37 tygodnia ciąży lub urodzone z masą < 2500 g;
- Rozszerzenie grup ryzyka dla szczepień przeciw wirusowi ospy wietrznej dzieci poniżej 12 lat, które ze względów środowiskowych są w sposób szczególny narażone na zakażenie
- Uzupełnienie szczepienia przeciw H. influenzae u dzieci do 6 lat
- Wprowadzenie 4-dawkowego schematu szczepienia przeciw wzv B u dzieci z masą urodzeniową < 2000 g,
- wdrożenie szczepień przeciw wzv B u pacjentów wzv C
- wprowadzenie szczepionki przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi z bezkomórkową komponentą przeciwkrztuścową dla wszystkich dzieci urodzonych < 37 tygodnia ciąży lub urodzonych z masą < 2500 g,

KOSZT ROZSZERZENIA PROGRAMU SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE

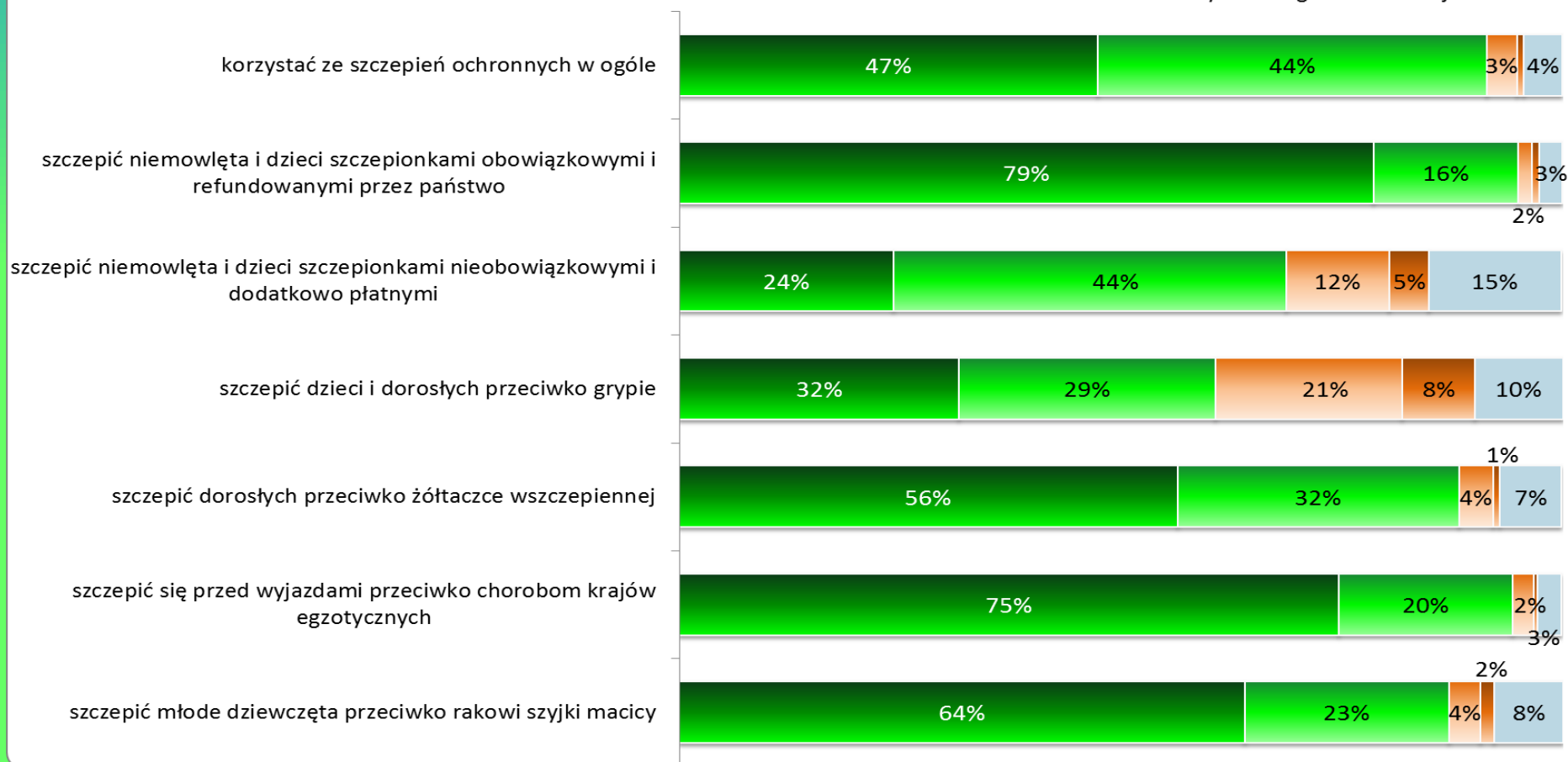


KOMPETENCJE ZDROWOTNE POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ



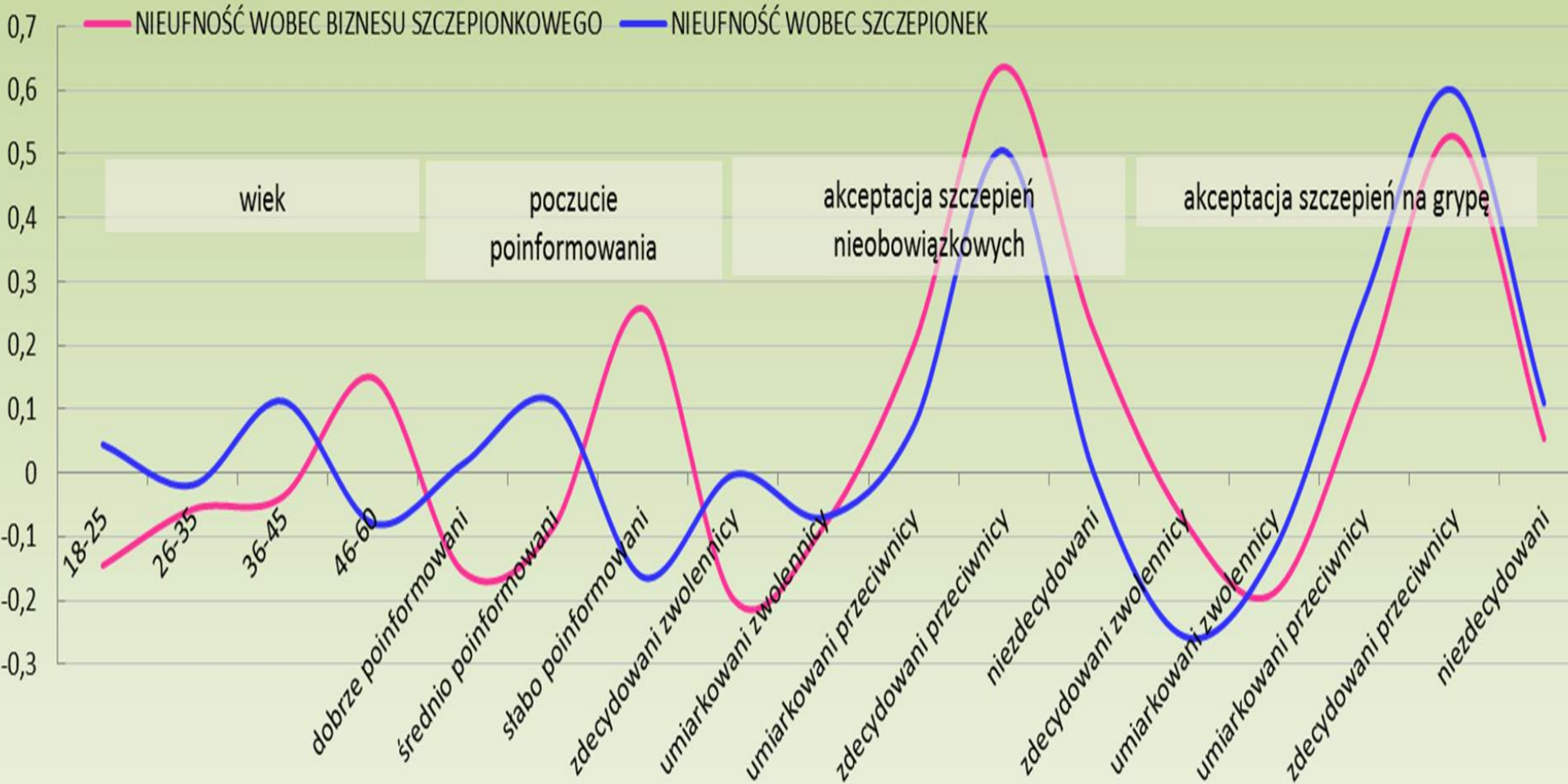
Czy należy czy nie należy...

- Zdecydowanie należy korzystać ze szczepień
- Raczej należy
- Raczej nie należy
- Zdecydowanie nie należy korzystać ze szczepień
- Nie mam wyrobionego zdania w tej kwestii



KOMPETENCJE ZDROWOTNE POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ

Profile (I)





**PROPOZYCJE ZMIAN W KRAJOWYM SYSTEMIE
SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH
W CELU ROZWOJU DOSTĘPU DO SZCZEPIEŃ W POLSCE**

Zespół autorski:

Andrzej Cylwik

Paweł Grzesiowski

Natalia Parda

Warszawa, listopad 2012

**Journal of Health Policy,
Insurance and Management**

Polityka Zdrowotna

ISSN 1734-221X

Tom XI
2012



UM | UNIwersytet
MEDYCZNY
W ŁÓDZI

KIU | KRAJOWY
Instytut
UBEZPIECZEŃ

MOŻLIWOŚCI ZMIAN W SYSTEMIE FINANSOWANIA SZCZEPIEŃ – CEL RAPORTU

- Identyfikacja nowych możliwości zwiększania dostępności i zakresu programu szczepień ochronnych poprzez analizę systemów organizacji i finansowania szczepień w innych krajach Unii Europejskiej.
- Obecny stan prawny oraz system finansowania szczepień w Polsce nie sprzyja rozwojowi tej dziedziny profilaktyki zdrowotnej, a dodatkowo tworzy niekorzystną sytuację zarówno pod względem epidemiologicznym, jak i społecznym.
- W porównaniu do kalendarzy szczepień ochronnych innych krajów UE polski Program Szczepień Ochronnych (PSO) jest znacznie uboższy i nie zapewnia obywatelom dostępu do optymalnego katalogu szczepień ochronnych.

WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W WYBRANYCH KRAJACH UE W 2010 r.



Kraj	PKB (Euro)	PKB/capita (Euro)	Publiczne wydatki na ochronę zdrowia (%PKB)	Prywatne wydatki na ochronę zdrowia (%PKB)	Publiczne wydatki na leki (%PKB)	Prywatne wydatki na leki (%PKB)
AT	281 179	34 100	8,50	2,47	0,9	0,4
CZ	145 324	14 200	6,59	1,29	1,0	0,5
DE	2 462 100	30 300	8,97	2,67	1,3	0,4
ES	1 047 103	22 800	6,95	2,59	1,2	0,4
FR	1 917 124	29 900	9,25	2,63	1,2	0,6
HU	92 553	9 700	5,08	2,24	1,4	1,0
IT	1 547 117	25 700	7,40	2,13	0,8	0,9
PL	322 679	9 300	5,42	2,04	0,6	1,0
UK	1 571 205	27 400	8,08	1,55	0,9	0,2

Źródło: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; <http://apps.who.int/nha>; <http://stats.oecd.org>

REALIZACJA SZCZEPIEŃ W WYBRANYCH KRAJACH UE



	błonica	teżec	krztusiec	Polio	Hib	wzw B	gruźlica	MenC	MMR	Var	PCV7,10,13	rotavirus	HPV	grypa
Dzieci	AT, CZ, DE, ES FR, HU, IT, PL , UK	AT, CZ, DE, ES FR, HU, IT, PL , UK	AT, CZ, DE, ES FR, HU, IT, PL , UK	AT, CZ, DE, ES FR, HU, IT, PL , UK	AT, CZ, DE, ES FR, HU, IT, PL , UK	AT, CZ, DE, ES FR, IT, PL	HU, PL	DE, ES FR, IT, UK	AT, CZ, DE, ES FR, HU, IT, PL , UK	DE	AT, CZ, DE, FR, HU, IT, UK	AT	IT	HU
Młodzież >14 lat	AT, DE, ES FR, IT, PL	AT, CZ, DE, ES FR, IT, PL , UK	AT, DE, ES FR, IT	AT, DE, FR, UK		AT, CZ, DE, ES, FR, HU		AT, DE, FR	AT, DE, FR, HU, IT	DE, ES, IT			ES, UK	

Źródło: Vaccination coverage assessment in EU/EEA, 2011. VENICE II. August 2011-March 2012.

REALIZACJA SZCZEPIEŃ W ANGLII

BCG	przy narodzinach (grupa ryzyka)	MenA CWY	≥ 2 r.ż. (grupa ryzyka)
DTaPHb IPV	2,3,4 m.ż.	MenC_conj	3,4 m.ż.
DTaPIPV	3,5 r.ż.	MMR	13 m.ż.; 3-5 r.ż.
HepB	przy narodzinach; 1,2,6 m.ż. (grupa ryzyka)	Pneumo_conj	2,4,12 m.ż.
Hib MenC	1 r.ż.	Pneumo_ps	≥ 65 r.ż.; grupa ryzyka
HPV	12-18 r.ż.	TdIPV	13-18 r.ż.

Zródło: http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/global_summary/countryprofileresult.cfm

REALIZACJA SZCZEPIEŃ W CZECHACH



DTaP	5 r.ż.	grypa	≥65 r.ż.
DTaPHibHep IPV	13,17,21 tydz.ż. 18 m.ż.	MMR	15,21 m.ż.
DTaPIPV	10 r.ż.	Pneumo_conj Pneumo_ps	4,5,6,11-18 m.ż.
HepB	12 r.ż.	TT	25 r.ż.

Zródło: http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/global_summary/countryprofileresult.cfm

REALIZACJA SZCZEPIEŃ W AUSTRII



DT aPHbHep IPV	0-1 r.ż. (x3); 1-2 r.ż.	MMR	1-2 r.ż. (x2) catch-up w każdym wieku
Hep B	12-13 r.ż.	Pneumo_conj	0-1 r.ż. (x3); 1-2 r.ż.
HPV	9 r.ż. (x3) sektor prywatny	Rotavirus	7 t.ż. - 6 m.ż. (x2) (3 dawka w zależności od szczepionki)

Źródło: http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/global_summary/countryprofileresult.cfm

REALIZACJA SZCZEPIEŃ NA WĘGRZECH



BCG	przy narodzinach	MMR	15 m.ż.; 11 r.ż.
DTaPHb IPV	2,3,4 m.ż.	Pneumo_conj	2,4,15 m.ż.
DTaPIPV	18 m.ż.; 6 r.ż.	Tdap	11 r.ż.
HepB	13 r.ż.		

Źródło: http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofile/result.cfm

REALIZACJA SZCZEPIEŃ W NIEMCZECH



DTaPHbHep IPV	2,3,4,11-14 m.ż.	MMRV	11-14, 15-23 m.ż.
DTaPHb IPV	2,3,4,11-14 m.ż.	Pneumo_conj	2,3,4,11-14 m.ż.
HepB	2,4,11-14 m.ż.	Pneumo_ps	> 60 r.ż.
HPV	12-17 r.ż.	Tdap	5-6 r.ż.; co 10 lat
grypa	> 60 r.ż.	TdapIPV	9-17 r.ż.
MenC_conj	11-14 m.ż.	Varicella	11-14, 15-23 m.ż.
MMR	11-14, 15-23 m.ż.; (dorośli urodzeni po 1970)		

Źródło: http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/global_summary/countryprofileresult.cfm

SZCZEPIENIA W WYBRANYCH KRAJACH UE W 2010 r.



Przegląd dostępnych szczepionek pod względem odpłatności dla pacjenta, obligatoryjności oraz grupy docelowej w wybranych krajach Europy Centralnej

Sposób finansowania dla pacjenta	Obligatoryjność szczepień	Populacja docelowa	Czechy	Polska	Słowacja	Węgry
Szczepienia bezpłatne	Szczepienia obowiązkowe	populacyjne	D, T, P(a), IPV, MMR, Hib, HBV, PCV(dzieci do 5 r.ż.)*	BCG, D, T, P(w), IPV, MMR, Hib, HBV	D, T, P(a), IPV, MMR, Hib, HBV, PCV (dzieci do 2 r.ż.)	BCG, D, T, P(a), IPV, MMR, Hib, HBV, PCV (dzieci do 2 r.ż.)
		wybrane grupy ryzyka	BCG (osoby mające kontakt z chorobą)	PCV tylko grupy ryzyka dzieci do 5 r.ż., VZV jw. do 12 r.ż., meningokoki w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego	BCG (osoby mające kontakt z chorobą)	-
Szczepienia częściowo płatne	Szczepienia nieobowiązkowe		PCV (dzieci w wieku 5-7 m-cy)*, HPV (dla dziewcząt w 13 r.ż.)	-	HPV (dla dziewcząt w 13 r.ż.), Rota	PCV (dzieci w wieku 2-5 lat), meningokoki (dzieci do 2 r.ż.)
Szczepienia pełnopłatne	Szczepienia nieobowiązkowe		Rota, ospa wietrzna, meningokoki	PCV poza grupami ryzyka, HPV, Rota, VZV poza grupami ryzyka, meningokoki	meningokoki, ospa wietrzna	HPV, meningokoki, ospa wietrzna

* Tańsza szczepionka jest całkowicie refundowana, droższa dostępna za dopłatą pacjenta

REALIZACJA SZCZEPIEŃ W WYBRANYCH KRAJACH UE



Kraj	BCG	DTP1	DTP3	HepB3	Hib3	MMR	PoB
AT	.....	93	83	83	83	76	83
CZ	.....	99	99	99	99	98	99
DE	.....	97	93	90	94	96	95
ES	.....	99	97	97	97	95	97
FR	.....	99	99	42	97	90	99
HU	99	99	99	.....	99	99	99
IT	.....	98	96	96	95	90	96
PL	94	99	99	98	98	98	96
UK	.....	98	96	.....	97	93	98

Źródło: http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileresult.cfm

WYBRANE PRIORYTETY ZMIAN SYSTEMÓW SZCZEPIEŃ wg UE



- zachowanie wysokiego poziomu zaszczepienia populacji, tj. co najmniej 90% wyszczepialności na poziomie centralnym i lokalnym,
- redukcja chorobowości oraz umieralności dzieci z powodu chorób zakaźnych o 2/3 w porównaniu ze wskaźnikami obserwowanymi w 2000r.,
- zapewnienie dostępu do szczepionek ochronnych o potwierdzonej jakości zgodnie z kalendarzem szczepień,
- zapewnienie dostępu do nowych szczepionek ochronnych dla osób podlegających tym szczepieniom według kalendarza szczepień w ciągu 5 lat od ich wdrożenia,
- usprawnienie systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi poprzez wdrożenie zbierania danych dla indywidualnych przypadków, potwierdzanych laboratoryjnie

POSTULATY ZMIAN W SYSTEMIE SZCZEPIEŃ - NOWE SZCZEPIENIA

- rozszerzenie szczepień przeciwko pneumokokom na całą populację niemowląt,
- wprowadzenie dawki przypominającej szczepionki przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (komponenta acelularna) w 10-14 roku życia,
- wprowadzenie szczepionki przeciw ospie wietrznej dla wszystkich dzieci w 2 roku życia,
- wprowadzenie szczepień przeciw meningokokom w wybranych grupach wiekowych
- wprowadzenie szczepień przeciw grypie w wybranych grupach ryzyka,
- wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw rotawirusom
- wprowadzenie szczepień przeciw HPV w wybranych grupach wiek.
- wprowadzenie szczepionek wysoko skojarzonych na bazie DTaP (5/6 w 1)

KIERUNKI ZMIAN W SYSTEMIE ORGANIZACJI I FINANSOWANIA SZCZEPIEŃ W POLSCE



- propozycje zmian w zakresie mechanizmów finansowania szczepień,
- propozycje zmian prawno-organizacyjnych systemu szczepień ochronnych,
- propozycje inicjatyw dodatkowych zwiększających dostępność szczepień ochronnych.

KIERUNKI ZMIAN W SYSTEMIE FINANSOWANIA SZCZEPIEŃ W POLSCE



- Doraźne zwiększenie nakładów budżetowych przeznaczanych na realizację Programu Szczepień Ochronnych, umożliwiającą rozwój zakresu szczepień bezpłatnych;
- Wprowadzenie refundacji dla wybranych szczepionek w różnych wariantach – dotyczących poszczególnych grup pacjentów i poszczególnych preparatów.
- Wykorzystanie środków Narodowego Funduszu Zdrowia, pochodzących z oszczędności refundacji kosztów leczenia chorób zakaźnych i ich powikłań w wyniku realizowanych szczepień ochronnych.

KIERUNKI ZMIAN W ORGANIZACJI I ZMIAN PRAWNYCH PROGRAMU SZCZEPIEŃ



- Docelowo, nakłady na realizację Programu Szczepień Ochronnych powinny stanowić albo odrębną pozycję budżetu Ministra Zdrowia traktowaną tak jak programy lekowe,
- Wprowadzenie wieloletniego (np. 2-3 letniego) planowania środków finansowych na centralne zakupy szczepionek
- Uporządkowanie przepisów prawnych i wymagań NFZ w zakresie nabywania i przechowywania szczepionek zalecanych w gabinetach szczepień w ramach praktyk lekarzy rodzinnych.
- Powiązanie zakupu nowych szczepionek do katalogu powszechnych szczepień ochronnych z zobowiązaniami ich producentów,
- Wykorzystanie w przyszłości innych publicznych źródeł finansowania rozwoju szczepień ochronnych

MOŻLIWOŚCI DODATKOWYCH INICJATYW W SYSTEMIE SZCZEPIEŃ

- Powołanie ogólnopolskiej organizacji pożytku publicznego, która zajmowałaby się pozyskiwaniem środków na edukację i mobilizowanie różnych grup społecznych do współdziałania na rzecz zwiększania dostępu do szczepień ochronnych
- Zwiększenie zaangażowania władz samorządowych i budżetów lokalnych w realizację szczepień
- Wprowadzenie kryteriów ewaluacji szczepionek przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, które uwzględniałyby w modelu ocenę efektywności kosztowej szczepień z uwzględnieniem odporności populacyjnej i skutków wieloletnich

MOŻLIWOŚCI DODATKOWYCH INICJATYW W SYSTEMIE SZCZEPIEŃ



- Zapewnienie funduszy celowych, m.in. na organizację sieci punktów konsultacyjnych lub przychodni specjalistycznych ds. szczepień ochronnych, utworzenie funduszu, odszkodowawczego dla osób, które przebyły poważny odczyn poszczepienny, funduszu promocji i edukacji dot. szczepień w Polsce.
- Upoważnienie jednego organu administracyjnego odpowiedzialnego za nadzór nad realizacją i rozwój PSO z wdrożeniem jasnych procedur kwalifikacji szczepionek do PSO i podejmowania decyzji o ich finansowaniu

PODSUMOWANIE

- OBECNY ZASTÓJ W ZMIANACH W PSO NIE JEST MOŻLIWY DO POKONANIA BEZ ISTOTNYCH ZMIAN SYSTEMOWYCH**
- POLSKIE SPOŁECZEŃSTWO W WYNIKU ZAMROŻENIA ZMIAN W PSO STAJE SIĘ CORAZ BARDZIEJ ZAGROŻONE**
- KONIECZNA JEST ŚCISŁA WSPÓŁPRACA EKSPERTÓW MEDYCZNYCH Z ADMINISTRACJĄ PAŃSTWOWĄ I INNYMI UCZESTNIKAMI RYNKU MEDYCZNEGO**

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ!

paolo@fipz.edu.pl

PRIORYTETY PSO wg EBM



- W przypadku chorób zakaźnych wartość szczepienia to zachorowalność x śmiertelność lub częstość ciężkich powikłań
- Wprowadzenie szczepień przeciw
 - pneumokokom – zapadalność ~ 100-500/100.000* ale 1% śmiertelność, 10% częstość powikłań
 - meningokokom – zapadalność ~ 50/100.000*, ale 10% śmiertelność, 20% powikłań
 - ospie wietrznej – zapadalność ~ 500/100.000, ale 0,001% śmiertelność, 0,1% częstość powikłań
 - grypie, rotawirusom, krztuścowi, HPV, wzv A, kleszczowe z.m.
- Wprowadzenie nowych technologii – szczepionki wysoce skojarzonych