

Wpływ szczepień na stan zdrowia publicznego

Nie od dzisiaj wiadomo, że najlepszą inwestycją w zdrowie publiczne jest dobrze prowadzona immunoprofilaktyka. Wartości szczepień nie sposób przecenić – zapobiegają chorobom (również śmiertelnym) oraz ich powikłaniom, redukują absencję w pracy i generują oszczędności z tytułu świadczeń socjalno-zdrowotnych, mają wpływ na efektywność pracownika, generują oszczędności dla systemu opieki zdrowotnej m.in. poprzez redukcję liczby interwencji lekarskich oraz nakładów poniesionych na hospitalizację. Słowem – są najbardziej efektywną kosztowo technologią medyczną. Szczepienia podnoszą jakość życia społecznego, rodzinnego, gospodarczego – zapobiegając wykluczeniu z powodu choroby i jej następstw.

Prowadzony w Polsce Program Szczepień Ochronnych (PSO) zawiera listę szczepień obowiązkowych (bezpłatnych) oraz zalecanych (płatnych) i jest aktualizowany każdego roku. Relacja pomiędzy nakładami finansowymi na szczepienia ochronne a wydatkami ponoszonymi na refundację leków jest w naszym kraju wciąż niezadowalająca.

Wydaje się, że zastosowanie rozwiązań w zakresie finansowania zakupu szczepionek, które wprowadziły kraje unijne naszego obszaru, umożliwiłoby także w Polsce zwiększenie budżetu przeznaczonego na ten cel. Przykładami może być Słowacja i Czechy, gdzie regulacje prawne pozwalają na finansowanie szczepień ze składki zdrowotnej, czy też Bułgaria, Rumunia, Estonia i Litwa, w których zwiększono nakłady na zakup szczepionek wprost z budżetu ministerstw zdrowia.

Odnosząc się do polskiego Programu Szczepień Ochronnych, należy zwrócić uwagę na te obszary, które szczególnie wymagają rozwoju i zmian. W tym kontekście przede wszystkim trzeba wprowadzić powszechne szczepienia przeciw zakażeniom pneumokokowym i równocześnie szczepionki skojarzone, co ułatwi szczepienia najmłodszych dzieci – wcześniaków i pozwoli na dalsze rozszerzenie PSO, szczepienia przeciwko krztuścowi u młodzieży i osób dorosłych, szczepienia przeciwko grypie, szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, będącego jedną z przyczyn zachorowania na raka szyjki macicy.

Bez wątpienia istnieje obecnie w naszym kraju potrzeba prowadzenia konkretnych działań polityki zdrowotnej, które umożliwią dalszy rozwój PSO zgodnie z trendami obowiązującymi w krajach europejskich, a w efekcie doprowadzą do podniesienia jakości zdrowia publicznego.

Obecnie w Polsce na wprowadzenie nowej szczepionki do Programu Szczepień Ochronnych potrzeba ok. 10 lat, w porównaniu do okresu 2–4 lat. Tymczasem, jak pokazują przykłady innych krajów, wprowadzenie nowoczesnych szczepionek sprzyja wzrostowi wyszczepialności w ramach szczepień obowiązkowych. Zastąpienie 3 iniekcji podczas jednej wizyty dziecka w gabinecie lekarskim (dot. dzieci w wieku 0–2 lata) jedną iniekcją umożliwia dalsze rozszerzenie PSO oraz znakomicie redukuje niechęć do szczepień. Warto o tym pamiętać, mając również na uwadze przybierające na sile także w naszym kraju ruchy antyszczepionkowe.

Prof. dr hab. n. med. Ewa Bernatowska
Instytut Pomnik „Centrum Zdrowia Dziecka”
Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii
Kierownik Oddziału Immunologii

Tabela 1. Modernizacja kalendarzy szczepień pediatrycznych w krajach Europy Wschodniej i Centralnej – kraje członkowskie Unii Europejskiej*

Modyfikacje kalendarza szczepień	Kraje, które wprowadziły modyfikacje programów szczepień
1. Zmiana schematu szczepienia DTP, IPV, HIB na szczepionki skojarzone z acelularnym krztuścem DTaP-IPV-HIB lub DTaP-IPV-HIB-HB, zmniejszenie liczby ukłuć	Litwa (2006), Łotwa (2004), Węgry (2005), Czechy (2006), Słowenia (2005), Estonia (2007), Bułgaria (2008), Rumunia (2008); TYLKO w Polsce stosuje się pełnokomórkową szczepionkę przeciw krztuścowi
2. Zmiana z OPV na IPV	W żadnym z powyższych krajów nie stosuje się OPV, a wyłącznie IPV; TYLKO w Polsce nadal stosuje się OPV
3. Wprowadzenie szczepionki przeciw pneumokokom skoniugowanej	Czechy (2010), Słowenia (2010), Węgry (≤ 2 r.ż. 2010), Bułgaria (2010), Łotwa (2010); Nie wprowadzono jeszcze w krajach: Litwa, Estonia, Rumunia. W Polsce stosuje się tylko w grupach ryzyka (2010)
4. Wprowadzenie szczepienia przypominającego przeciw krztuścowi (dTAP) u dzieci w wieku 9–11 lat, w związku ze wzrostem zachorowań na krztusiec u dzieci w wieku 10–14 lat	Czechy (2009), Słowacja (2009), Węgry (2009), Łotwa (2010) Nie wprowadzono jeszcze w krajach: Litwa, Estonia, Bułgaria, Rumunia i Polska

* w innych krajach UE w PSO są: IPV, szczepionki skojarzone DTaP-IPV/HIB i skoniugowana szczepionka przeciw pneumokokom oraz szczepionka przypominająca przeciw krztuścowi

Tabela 2. Modernizacja kalendarzy szczepień dla dorosłych w krajach Europy Wschodniej i Centralnej – kraje członkowskie Unii Europejskiej

Modyfikacja kalendarza szczepień	Kraje, które wprowadziły modyfikacje programów szczepień
Szczepienie przeciw grypie u osób z grup ryzyka i w wieku 65 +*	Czechy (2003), Słowacja (2004), Węgry (1999), Litwa (2006), Łotwa (2005), Rumunia (2003), Bułgaria (2007) – w domach opieki społecznej Brak finansowania ze strony płatnika w Polsce i Estonii
Szczepienie przeciw pneumokokom dla grup ryzyka i w wieku 65 +**	Czechy (2003), Słowacja (2004), Węgry (1999) – w domach opieki społecznej Brak finansowania ze strony płatnika w Polsce, Estonii, Litwie, Łotwie, Bułgarii, Rumunii

* Obowiązuje w krajach „starej” UE (18): Austria, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Niemcy, Grecja, Islandia, Irlandia, Włochy, Luksemburg, Holandia, Norwegia, Portugalia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Wielka Brytania

** Obowiązuje w krajach „starej” UE (13): Austria, Belgia, Niemcy, Grecja, Islandia, Irlandia, Włochy, Luksemburg, Norwegia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Wielka Brytania

Rycina. Poziom finansowania szczepień obowiązkowych w Europie Środkowo-Wschodniej per capita (tj. na 1 mieszkańca)

