



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 133/2011 z dnia [REDACTED]
o projekcie programu zdrowotnego
„Program wczesnego rozpoznawania i interwencji wobec osób
pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie przez podstawową opiekę
zdrowotną”
Miasta [REDACTED]

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej wyrażam pozytywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Program wczesnego rozpoznawania i interwencji wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie przez podstawową opiekę zdrowotną”, pod warunkiem uwzględnienia w nim następujących kwestii:

- dokonania zmiany nazwy programu,
- ponownej weryfikacji grupy docelowej,
- wyszczególnienia wyceny kosztu jednostkowego,
- usunięcia z projektu następujących interwencji: „towarzyszenie pacjentowi w zdobywaniu motywacji”, czy „zapewnienie mu możliwości przybycia na kolejne wizyty”.

Głównym celem programu jest ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających z picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu. Spośród licznych problemów społecznych, jakie występują w naszym kraju, problemy związane z alkoholem mają szczególne znaczenie. Wynika to przede wszystkim z rozmiarów szkód alkoholowych oraz kosztów społecznych i ekonomicznych, jakie z tego tytułu ponosi budżet państwa. W [REDACTED] w 2006 roku 13,6% populacji w wieku 25-40 lat przejawiało objawy picia ryzykownego.

Wśród proponowanych działań wchodzących w skład programu znajduje się: ocena poziomu spożycia alkoholu, krótkie porady specjalistyczne, jak również niedoprecyzowane, mogące budzić wątpliwości działania motywujące i organizacyjne („towarzyszenie pacjentowi w zdobywaniu motywacji”, „zapewnienie mu możliwości przybycia na kolejne wizyty”). Proponowane w programie działania mają charakter przesiewowy. Program będzie realizowany w roku 2011. Jedynym kryterium włączającym do programu jest wiek (25–40 lat). Wnioskodawcy nie uzasadniają w żaden sposób, dlaczego wybrano taką populację. W przypadku kobiet największe spożycie alkoholu występuje w grupie 18–29 lat, natomiast wśród mężczyzn w grupie 30–39, wydaje się więc, że wnioskodawca w taki sposób powinien wybierać grupę docelową. Według danych przedstawionych przez wnioskodawcę, liczba osób leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w [REDACTED] w 2009 roku wyniosła 562, natomiast w największym stopniu problem dotyczył osób w wieku 30–64 lata. Wydaje się zatem, że populacja docelowa nie została dobrana prawidłowo.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) miasto [REDACTED] w 2010 roku zamieszkiwane było przez 19 911 osób w wieku 25–39 lat. Autorzy szacują, że do programu zgłosi się ok. 2000 osób,



co stanowi ok. 10% populacji, wydaje się więc, że efekt przesiewowy (jak zaznaczają autorzy) nie zostanie osiągnięty.

Nie jest jasne, czy oszacowany koszt programu (ok. [REDAKTOWANE] zł) jest jednocześnie sumą, którą samorząd zamierza przeznaczyć na realizację działań. Określono koszty jednostkowe w wysokości [REDAKTOWANE] złotych na pacjenta. Nie wiadomo jednak, co dokładnie wliczone jest w tę sumę.

W ocenianym programie w sposób wyczerpujący opisano wymagania oraz zadania stojące przed realizatorami programu. Jako podstawową interwencję autorzy projektu podają „krótką interwencję terapeutyczną”. Wytyczne wskazują, że należy ona do interwencji o udowodnionej skuteczności. Do zdiagnozowania problemu alkoholowego użyty zostanie test AUDIT i jest to zgodne z wytycznymi w tym zakresie.

Informacje na temat programu zostaną rozpowszechnione za pośrednictwem lokalnych zakładów opieki zdrowotnej oraz mediów. Zaplanowane jest monitorowanie oraz szczegółowa ewaluacja działań. Zostanie ona sporządzona na podstawie raportów końcowych przedstawionych przez wykonawców.

Przedstawiony do zaopiniowania program miasta [REDAKTOWANE] jest zgodny z polskim ustawodawstwem oraz z zaleceniami Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Choć więc nie stanowi programu zdrowotnego o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji, który mógłby być oceniony przy wykorzystaniu metodologii oceny technologii medycznych zgodnie z art. 31a ust. 1 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest formalnie poprawny.

Nadużywanie i niezdrowe spożywanie alkoholu stanowi cel działań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Komisji Europejskiej. Interwencje skierowane na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych zostały ocenione w licznych badaniach oraz podsumowane w przeglądach systematycznych i przeglądach systematycznych przeglądów systematycznych. Na podstawie zebranych dowodów przedstawiono wytyczne i rekomendacje postępowania w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych w Europie.

Wytyczne wskazują następujące interwencje jako efektywne:

- interwencje o udowodnionej efektywności: obłożenie sprzedaży alkoholu podatkiem, monopol państwowy na sprzedaż detaliczną alkoholu, ograniczenie gęstości sieci sprzedaży oraz dni i godzin sprzedaży, ustalenie minimalnego wieku nabywców, obniżenie progu dopuszczalnej zawartości alkoholu we krwi u kierowców, losowe sprawdzanie zawartości alkoholu w wydychanym powietrzu u kierowców, krótka interwencja terapeutyczna (*brief intervention*) dla osób z problemem alkoholowym,
- interwencje o prawdopodobnej efektywności: leczenie zaburzeń spożywania alkoholu (choroby alkoholowej), ustalenie minimalnej ceny w przeliczeniu na gram alkoholu, ograniczenie reklamy alkoholu, regulacje wymuszające ograniczenie sprzedaży osobom będącym pod wpływem alkoholu i młodzieży,
- interwencje, których efektywność można podejrzewać na podstawie dowodów niskiej wiarygodności: odbieranie prawa jazdy kierowcom przyłapanym na prowadzeniu pod wpływem alkoholu, instalowanie w drzwiach samochodów zamków reagujących na zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu, programy zapobiegające używaniu alkoholu w miejscu pracy, antyalkoholowe programy skierowane do ogółu obywateli.

Wytyczne wskazują też działania, które uznane zostały za nieefektywne:

- interwencje o udowodnionym braku efektywności: programy edukacyjne i informacyjne prowadzone na terenie szkół,
- interwencje o prawdopodobnym braku efektywności: zapobieganie przywożeniu alkoholu z zagranicy poprzez niskie podatki na alkohol, szkolenia dla sprzedawców alkoholu, kampanie skierowane do kierowców, oznakowanie i ostrzeżenia na opakowaniach skierowane do kupujących alkohol, publiczne kampanie edukacyjne,
- interwencje, których brak efektywności można podejrzewać na podstawie dowodów niskiej wiarygodności: kampanie finansowane przez producentów alkoholu.

Dla krajów takich jak Polska, największą kosztową efektywność wyznaczają: pojedyncza interwencja polegająca na zwiększeniu opodatkowania alkoholu o 50% oraz interwencje łączone – zwiększenie opodatkowania wraz z ograniczeniem dostępu, zwiększenie opodatkowania wraz z rosnącym opodatkowaniem napojów o większej zawartości alkoholu i ograniczeniem dostępu, połączenie trzech poprzednich z zakazem reklamy i zapewnieniem dostępu do krótkiej interwencji terapeutycznej.

W Polsce, zgodnie z art. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego są obowiązane do podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożycia. Działania te są prowadzone w postaci corocznie uchwalanego gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych. Środki na realizację tych zadań pochodzą z opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu oraz z funduszy Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, na który przeznaczają się corocznie z budżetu państwa środki w wysokości 1% podatku akcyzowego od wyrobów alkoholowych.