

# BARIERY I ROZWIĄZANIA W DOSTĘPIE DO PROFILAKTYKI CHOROÓB ZAKAŻNYCH

**KWIECIEŃ 2024**



OGÓLNOPOLSKI PROGRAM  
ZWALCZANIA CHOROÓB INFEKCYJNYCH



OPZCI.PL



OGÓLNOPOLSKI PROGRAM  
ZWALCZANIA CHOROÓB INFEKCYJNYCH



OPZCI.PL



# AUTORZY I RADA NAUKOWA

Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych

prof. dr hab. n. med. Adam Antczak  
mgr farm. dr n. med. Marcin Balcerzak  
mgr farm. Michał Byliniak  
prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko  
prof. dr hab. n. med. Marcin Czech  
prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska  
prof. dr hab. n. med. Karina Jahnz-Różyk  
dr n. farm. Mikołaj Konstanty  
dr n. med. Jarosław Krzywański  
dr. hab. n. med. Ernest Kuchar  
dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas  
prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Aneta Nitsch-Osuch

prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski  
dr n. med. i n. o zdr. Monika Pintał-Ślimak  
prof. dr hab. n. med. Piotr Sieroszewski  
prof. dr hab. n. med. Anna Skoczyńska  
prof. dr hab. n. med. Leszek Szenborn  
prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś  
mgr Marek Wójcik

W prace nad dokumentem zaangażowane było również kilkadziesiąt osób, reprezentujących liczne instytucje zdrowia publicznego i organizacje partnerskie OPZCI, które wzięły udział w dedykowanych warsztatach (13.03.2024 r.) oraz zgłosiły uwagi w trakcie tworzenia dokumentu.

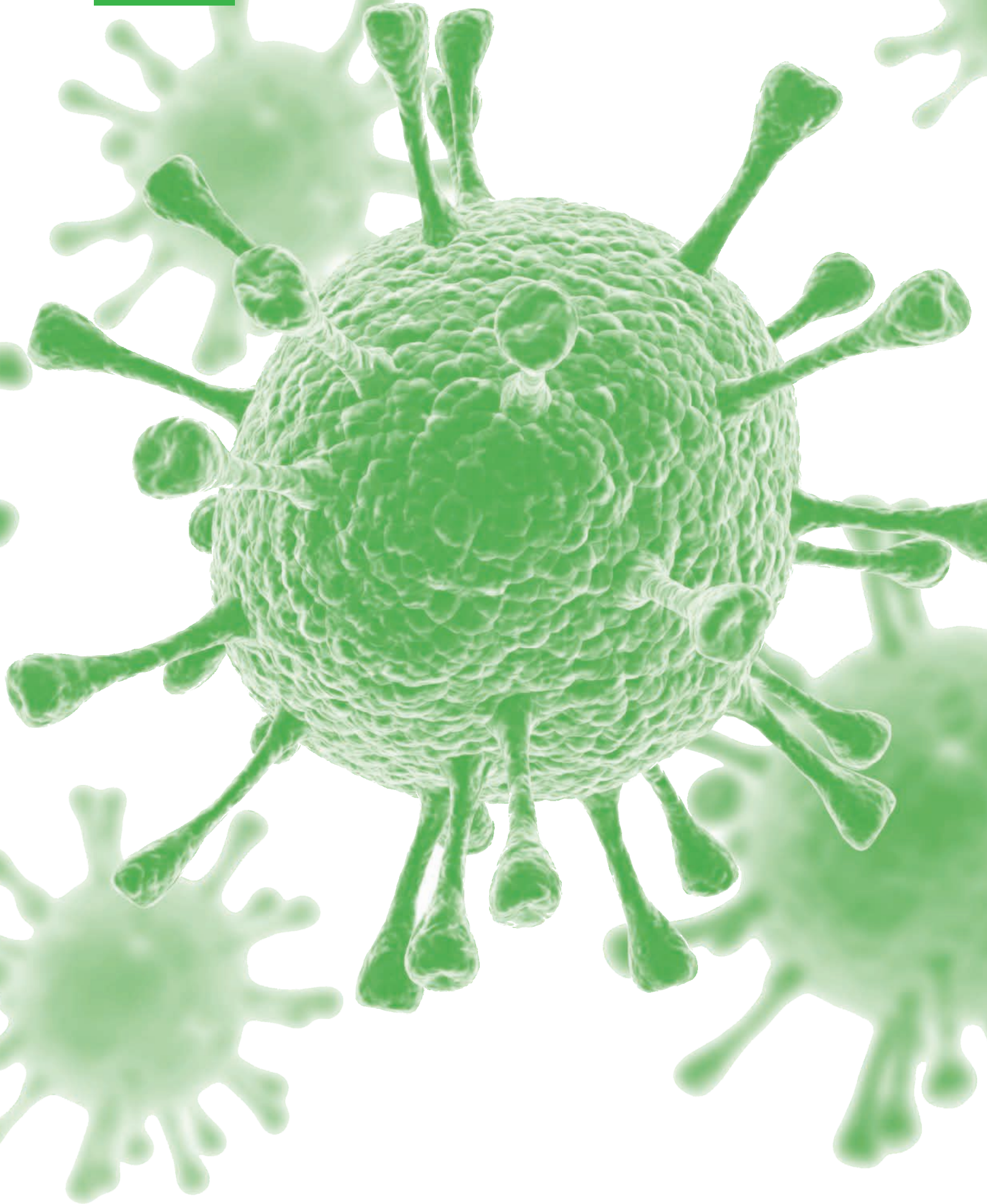
**Barbara Joanna Bałan** – Warszawski Uniwersytet Medyczny  
**Artur Białoszewski** – Warszawski Uniwersytet Medyczny  
**Agnieszka Górską** – Narodowy Fundusz Zdrowia  
**Bożena Janicka** – Porozumienie Pracowników Ochrony Zdrowia  
**Iga Jaroszevska** – Związek Pracodawców PharmaNET  
**Maria Kołatek** – Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych  
**Maciej Lazarek** – Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland  
**Joanna Lewoniewska** – Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe

**Piotr Merks** – Związek Zawodowy Pracowników Farmacji  
**Łukasz Montewka** – Departament Oceny Dokumentacji Produktów Leczniczych  
**Tomasz Jan Prycel** – CEESTAHC – Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care  
**Janina Przastek** – Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych  
**Marcin Repelewicz** – Dolnośląska Izba Aptekarska  
**Anna Śliwińska** – Polskie Stowarzyszenie Diabetyków  
**Katarzyna Tkaczuk** – Główny Inspektorat Sanitarny  
**Justyna Tymińska** – Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej  
**Tadeusz Zielonka** – Polskie Towarzystwo Chorób Płuc





# EXECUTIVE SUMMARY



# BARIERY organizacyjnie i finansowe oraz REKOMENDACJE zmian dotyczących szczepień ochronnych w POZ



	Bariera	Rozwiązania
Perspektywa pacjenta	Brak rekomendacji wykonywania szczepień	<ul style="list-style-type: none"><li>Finansowanie wykonywania szczepień poza stawką kapitacyjną oraz premiowanie wykonywania szczepień, w celu zwiększenia ilości osób zaszczepionych. Rekomendowanie wykonania szczepień, jako priorytetowy element opieki koordynowanej.</li></ul>
	Trudny dostęp do szczepień	<ul style="list-style-type: none"><li>Utworzenie centralnej e-rejestracji na wszystkie szczepienia. Pełne wdrożenie e-karty szczepień oraz obowiązku raportowania szczepień ochronnych zarówno obowiązkowych, jak i zalecanych.</li><li>Umożliwienie wykonywania szczepień w dni wolne od pracy.</li><li>Zwiększanie liczby placówek medycznych i innych miejsc, w których można wykonać szczepienia.</li></ul>
	Niedostępność szczepionek	<ul style="list-style-type: none"><li>Dla grup pacjentów uprawnionych do bezpłatnych szczepień zalecanych (np. dla dzieci do 18 r.ż., seniorów powyżej 65r.ż., kobiet w ciąży lub innych grupy uprawnionych na mocy programów zdrowotnych), powinno być ustanowienie świadczenia medyczne finansowane ze środków publicznych, zawierające zryczałtowaną cenę szczepionki oraz koszt usługi szczepienia. Szczepionki mogłyby pochodzić zarówno z rynku prywatnego, nabywane przez placówki medyczne w hurtowni lub dostarczane przez RARS lub inne uprawnione przez MZ podmioty (w tej sytuacji wycena świadczenia zawierałoby wyłącznie cenę usługi).</li><li>Możliwość zaopatrywania się w szczepionki indywidualne praktyki lekarskie (w tym prywatne).</li></ul>
	Brak możliwości skorzystania z prawa do bezpłatnych szczepionek w placówce medycznej	<ul style="list-style-type: none"><li>Dla grup pacjentów uprawnionych do bezpłatnych szczepień zalecanych (dzieci do 18 r.ż, seniorzy powyżej 65 r.ż., kobiety w ciąży), ustanowienie świadczenia medycznego finansowanego ze środków publicznych zawierającego cenę szczepionki oraz koszt usługi szczepienia.</li></ul>
	Ograniczone kompetencje zawodów medycznych	<ul style="list-style-type: none"><li>Każdy lekarz powinien mieć wiedzę i uprawnienia do wykonywania szczepień, które powinny być nabywane w ramach obowiązkowego stażu na kursie specjalizacyjnym.</li><li>Rozszerzanie uprawnień pielęgniarek i położnych do wystawiania recept (w tym refundowanych) na wszystkie szczepionki zalecane.</li></ul>
	Perspektywa placówki	Problemy z zaopatrywaniem w szczepionki stosowane w programach szczepień
Nieoptymalna organizacja szczepień		<ul style="list-style-type: none"><li>Ograniczanie liczby systemów wymaganych do zarejestrowania wykonania szczepienia.</li><li>Wprowadzenie e-rejestracji, e-kwalifikacji i e-karty szczepień.</li></ul>
Brak motywatorów do realizacji świadczeń		<ul style="list-style-type: none"><li>Odejście od systemu stawki kapitacyjnej na rzecz opłaty za usługę szczepienia.</li><li>Premiowanie placówek za osiągnięte wskaźniki wyszczepialności/ ilość wykonanych szczepień zalecanych.</li></ul>

# BARIERY organizacyjne i finansowe oraz REKOMENDACJE zmian dotyczących szczepień ochronnych w aptekach



	Bariera	Rozwiązania
Perspektywa pacjenta	Rejestracja na szczepienie	<ul style="list-style-type: none"><li>E-rejestracja na szczepienie możliwa również w przypadku innych szczepień niż przeciw COVID-19</li><li>Dostosowanie funkcjonalności e-rejestracji do potrzeb użytkowników</li></ul>
	Potrzeba posiadania recepty na szczepionkę	<ul style="list-style-type: none"><li>Umożliwienie farmaceutom wystawiania recept na szczepionki podawane w aptekach, w tym recept refundowanych, a w szczególności na szczepionki zawarte w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu szczepień ochronnych przeprowadzanych w aptece, które mogą być w całości lub w części finansowane ze środków publicznych.</li></ul>
	Brak refundacji recept farmaceutycznych	<ul style="list-style-type: none"><li>Umożliwienie farmaceutom wystawiania recept refundowanych (np. na podstawie kryterium wieku lub na podstawie skierowania na szczepienie)</li></ul>
	Brak finansowania usługi wykonania szczepienia	<ul style="list-style-type: none"><li>Pacjenci w aptekach powinni mieć możliwość realizacji usługi szczepienia zalecanego bezpłatnie, tak jak ma to miejsce w placówkach medycznych.</li></ul>
	Wąski zakres szczepionek, które można podawać	<ul style="list-style-type: none"><li>Poszerzenie listy szczepień, które można wykonywać w aptekach do wszystkich szczepień finansowanych ze środków publicznych, a także szczepień pełnopłatnych u dorosłych.</li></ul>
	Bariera wieku pacjentów	<ul style="list-style-type: none"><li>Obniżenie wieku pacjentów, u których można wykonywać szczepienia w aptekach.</li></ul>
	Brak możliwości wykonania szczepienia poza apteką	<ul style="list-style-type: none"><li>Umożliwienie farmaceutom wykonywania szczepień w miejscu pobytu pacjentów.</li></ul>
Perspektywa apteki	Problemy z zaopatrywaniem w szczepionki	<ul style="list-style-type: none"><li>Poprawa komunikacji między aptekami a RARS.</li><li>Określenie zasad zaopatrywania w szczepionki aptecznych punktów szczepień.</li></ul>
	Zbyt niska wycena świadczeń	<ul style="list-style-type: none"><li>Zwiększenie wartości świadczenia kwalifikacji i wykonania szczepienia w aptece.</li></ul>
	Brak możliwości informowania i promowania świadczeń	<ul style="list-style-type: none"><li>Kampanie promujące szczepienia w aptekach i aktywizujące pacjentów.</li><li>Zmiany przepisów dotyczących reklamy aptek umożliwiające farmaceutom informowanie pacjentów o szczepieniach wykonywanych w aptekach.</li></ul>

# BARIERY oraz REKOMENDACJE dotyczące procesu oceny i podejmowania decyzji nt. szczepień ochronnych



Bariera	Rozwiązania
Brak strategii zapobiegania chorobom zakaźnym w Polsce	<ul style="list-style-type: none"><li>• Opracowanie Narodowej Strategii Profilaktyki Chorób Zakaźnych.</li><li>• Zdefiniowanie celów i priorytetów polityki zapobiegania chorobom zakaźnym.</li><li>• Określenie harmonogramu działań w ramach strategii.</li><li>• Planowanie programów szczepień uwzględniających szeroki, łatwy i bezpieczny dostęp do szczepień dla populacji docelowych.</li><li>• Stworzenie systemu monitorowania postępu osiągnięcia celów poszczególnych programów szczepień i identyfikacja barier na drodze do ich realizacji.</li><li>• Dostosowanie treści programów edukacyjnych i kampanii do aktualnych wyzwań zdrowotnych, grup społecznych, do których oferowane są programy szczepień i pracowników ochrony zdrowia.</li></ul>
Niewłaściwy sposób oceny szczepionek	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ocena szczepionek w kontekście całych programów szczepień i ich wpływu społeczno-ekonomicznego.</li><li>• Uwzględnianie długofalowego wpływu osiągnięcia celów programów szczepień na:<ul style="list-style-type: none"><li>• czynniki ekonomiczne (produktywność, absenteizm, prezenteizm)</li><li>• zmniejszenie kosztów świadczeń zdrowotnych i społecznych wynikających z zachorowania na choroby zakaźne, których dotyczą programy.</li></ul></li><li>• Estymacja zwrotu z inwestycji polegającej na wprowadzeniu programu szczepień w kontekście epidemiologii danej choroby i zakładanej efektywności programu szczepień.</li></ul>
Niesprawne procesy decyzyjne	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wzmocnienie pozycji krajowych technicznych grup ds. immunizacji w procesie podejmowania decyzji nt. finansowania szczepień.</li><li>• Zwiększenie przejrzystości rekomendacji przez regularne przedstawianie stanowisk grup eksperckich opinii publicznej.</li><li>• Większa inkluzywność procesu decyzyjnego pozwalająca na udział w nim gron eksperckich, przedstawicieli pacjentów, strony społecznej i przedstawicieli przemysłu na stosownym etapie procesu oceny, budowania rekomendacji oraz podejmowania decyzji.</li><li>• Spójność procesu decyzyjnego z powstałymi rekomendacjami, ocenami i opiniami.</li><li>• Terminowe wdrażanie decyzji mające na celu możliwie wczesne udostępnienie szczepień.</li></ul>
Podejmowanie decyzji w oparciu o dane epidemiologiczne	<ul style="list-style-type: none"><li>• Usprawnienie biernego nadzoru epidemiologicznego przez automatyzację zgłaszania rozpoznań chorób zakaźnych.</li><li>• Centralizacja źródeł danych o chorobach zakaźnych w jednym systemie nadzoru epidemiologicznego.</li><li>• Zwiększanie dostępności diagnostyki chorób zakaźnych.</li><li>• Rozwój kompetencji w zakresie analizy danych do przewidywania epidemii.</li><li>• Utrzymanie funkcjonowania nadzoru epidemiologicznego w warunkach presji na system opieki zdrowotnej, którą mogą wywołać epidemie.</li></ul>

## BARIERY oraz REKOMENDACJE dotyczące dostępu do rzetelnej wiedzy



Bariera	Rozwiązania
Deficyt edukacji pacjentów	<ul style="list-style-type: none"><li>• Finansowanie kampanii społecznych mających na celu aktywizację pacjentów.</li><li>• Wybór środków popularyzacji szczepień poparty dowodami o ich efektywności.</li><li>• Planowanie kampanii i interwencji we współpracy z grupami docelowymi i środowiskiem profesjonalistów ochrony zdrowia.</li><li>• Monitorowanie efektywności działań.</li><li>• Dostosowywanie działań na podstawie danych o poziomie wyszczepialności i zachorowaniach.</li></ul>
Edukacja osób wykonujących zawody medyczne	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wsparcie kształcenia profesjonalistów ochrony zdrowia.</li><li>• Prowadzenie akcji edukacyjnych skierowanych do osób wykonujących zawody medyczne jednocześnie z kampaniami społecznymi.</li></ul>



# WPROWADZENIE

1

W obliczu licznych wyzwań zdrowotnych szczepienia pozostają jedną z najskuteczniejszych metod zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych i ograniczenia ich wpływu na społeczeństwo. Programy szczepień mają kluczowe znaczenie nie tylko dla indywidualnego zdrowia i dobrostanu, ale także dla stabilności ekonomicznej, społecznej oraz sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Mimo poprawiającej się systematycznie dostępności na rynku szczepionek o udowodnionej skuteczności, finansowanych przez Państwo, borykamy się z niskim poziomem wyszczepialności, w przypadku szczepionek, które są finansowane, ale nie są objęte obowiązkiem szczepień, co jest dostrzegalne zarówno wśród dzieci, nastolatków, jak i osób dorosłych. Obserwowane od lat zmniejszające się wskaźniki wyszczepialności w zakresie szczepień obowiązkowych wśród dzieci są niebezpiecznym znakiem dla systemu ochrony zdrowia i zapowiedzią wzrostu zapadalności na choroby zakaźne oraz utraty odporności zbiorowiskowej oraz rozwoju antybiotykooporności. Przyczyni się to w przyszłości do nieuchronnego wzrostu kosztów leczenia i zwiększonego obciążenia systemu opieki zdrowotnej. Liczne bariery w dostępie do szczepień obejmujące m.in. czynniki organizacyjne, finansowe, decyzyjne i edukacyjne ograniczają możliwości upowszechniania szczepień.

Bariery organizacyjne wynikają głównie ze struktury systemu ochrony zdrowia, której organizacja ogranicza wykonywanie szczepień w sposób dogodny i korzystny dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Ograniczenia te są przede wszystkim związane z: zawiłą ścieżką pacjenta w odniesieniu do szczepień refundowanych, brakiem programu szczepień ochronnych dla osób dorosłych, niedostatecznym systemem podnoszenia kompetencji niektórych pracowników ochrony zdrowia w zakresie szczepień, a także brakiem odpowiedniego porządku legislacyjnego w zakresie procesu oceny, rekomendowania, wykonywania i organizacji szczepień.

Bariery finansowe dotyczą zarówno finansowania szczepionek, jak i usług szczepienia. Wysokie koszty, współpłacenia oraz różnice w finansowaniu między aptekami a placówkami medycznymi mogą ograniczać dostępność szczepień dla szerokich grup społecznych, powodując nierówności w dostępie do ochrony zdrowia. Rozwiązaniem jest takie planowanie programów szczepień, aby funkcjonowały na tych samych zasadach ekonomicznych w różnych placówkach ochrony zdrowia, stanowiących możliwie szeroką bazę dla wykonywania szczepień oraz prowadzenia akcji popularyzujących profilaktykę i podnoszących świadomość zdrowotną.

Bariery w procesach decyzyjnych obejmują brak jednolitej ścieżki oceny i rekomendacji odróżniających szczepionki od preparatów stosowanych w medycynie naprawczej. Brak spójnej wizji zmian w tym zakresie i dostosowania procesów do realizacji strategii profilaktyki chorób zakaźnych jest istotnym niedostatkiem systemu. Wyzwaniem jest także stworzenie efektywnych systemów monitorowania i kontroli chorób zakaźnych oraz prowadzonej immunizacji, umożliwiające bieżącą identyfikację obszarów wymagających lokalnej intensyfikacji lub usprawnienia działań. Nadrzędną potrzebą jest konieczność stworzenia strategii zapobiegania chorobom infekcyjnym oraz zapewnienie przejrzystości, spójności, inkluzywności i terminowości procesów decyzyjnych dotyczących programów szczepień.

Wiedza o szczepieniach pada ofiarą dezinformacji, która niekiedy może dominować nad rzetelną wiedzą i zniekształcać świadomość zarówno pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia. Brak wiedzy na temat ryzyka związanego z chorobami zakaźnymi, korzyściami ze szczepień a także brak zaufania do szczepień może wyrządzić nieodwracalne szkody dla zdrowia przyszłych pokoleń. Kluczowe znaczenie zapobiegawcze ma tutaj prowadzenie bezpośrednich działań edukacyjnych, które

1

mogą zwiększyć świadomość i zaufanie do programów szczepień, aktywizację pacjentów i budowanie umiejętności radzenia sobie z dezinformacją poprzez sięganie do wiarygodnych źródeł danych.

Zrozumienie i adresowanie barier w dostępie do szczepień wymaga kompleksowego podejścia, które uwzględnia różnorodność wyzwań i potencjalnych rozwiązań. Tylko dzięki współpracy na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej, zaangażowaniu wszystkich interesariuszy i wdrażaniu spójnych strategii, można dążyć do zwiększenia poziomu wyszczepialności i rozwoju systemu skutecznej profilaktyki chorób zakaźnych.



# BARIERY ORGANIZACYJNE

## 2

Droga, jaką musi pokonać pacjent, aby wykonać szczepienie, bywa długa. W przypadku gdy chodzi o szczepionki zalecane, składają się na nią otrzymanie rekomendacji wykonania szczepienia i recepty na szczepionkę, uzyskanie szczepionki, przeprowadzenie kwalifikacji do szczepienia oraz jego wykonanie (Rycina 1). W zależności od rodzaju szczepionki, potrzeby skorzystania z uprawnień refundacyjnych i wieku pacjenta etapy mogą być realizowane w kilku placówkach i przez kilku pracowników ochrony zdrowia. Niekiedy droga, którą pacjent musi przebyć, aby wykonać szczepienie, jest tak długa, że zniechęca do podejmowania wysiłku. Dotyczy to przede wszystkim ścieżki prowadzącej do zaszczepienia dziecka lub dorosłego w ramach systemu refundacji. Wykonywanie szczepień zalecanych, w odróżnieniu od szczepień obowiązkowych, jest wyjątkowo uciążliwe. Często osoby, które, mimo że powinny wykonać szczepienia ze względu np. na występowanie czynników ryzyka, nie są w stanie wygospodarować czasu i pieniędzy na zaszczepienie się lub gubią się, podążając skomplikowaną ścieżką wytyczoną przez system.



**Rycina 1.** Droga od wykonania szczepienia może wymagać odwiedzenia wielu miejsc i spotkań z kilkoma pracownikami ochrony zdrowia

Pacjentom trudno jest poruszać się w skomplikowanym systemie. Nie wiedzą oni jakie kompetencje w zakresie wypisywania recept i wykonywania szczepień mają poszczególne zawody medyczne (Tabela 1) i nie rozumieją, czemu w jednym roku szczepienie przeciw grypie jest bezpłatne a w kolejnym już nie. Czemu w jednej przychodni mogą skorzystać z bezpłatnego programu szczepień a w innej nie? Problemy, które napotykają, każą im wybierać między wygodą a rezygnacją z przysługujących uprawnień; wielu też brakuje determinacji, aby przejść całą ścieżkę, co nie sprzyja zwiększaniu wskaźników wyszczepialności. Czy takie dylematy (Rycina 2) powinny towarzyszyć szczepieniom? Zdecydowanie nie, bo sprzyjają kształtowaniu postawy polegającej na zaniechaniu szczepienia. Bariery organizacyjne szczepień powodują, że postrzegane są one przez pacjentów jako skomplikowane i wymagające wielu procedur, co wykazało ostatnio przeprowadzone badanie [1].

**Tabela 1.** Kompetencje zawodów medycznych, jakie można nabyć w zakresie ordynacji i realizacji szczepień (+ posiada, – nie posiada)

	Recepta	Recepta refundowana	Kwalifikacja do szczepienia	Wykonanie szczepienia
Lekarz, felczer	+	+	Wszyscy pacjenci	Wszyscy pacjenci
Pięlegniarka, położna	+ (tylko w przypadku zleceń lekarskich – kontynuacja)	+ (tylko w przypadku zleceń lekarskich – kontynuacja)	Osoby dorosłe (szczepienia zalecane)	Wszyscy pacjenci
Farmaceuta	+ (tylko szczepionka przeciw grypie)	–	Osoby dorosłe	Osoby dorosłe (szczepienia zalecane)
Higienistka szkolna	–	–	Osoby dorosłe (szczepienie przeciw COVID-19)	Osoby dorosłe (szczepienie przeciw Covid-19)
Ratownik medyczny	–	–	Osoby dorosłe (szczepienie przeciw COVID-19)	Wszyscy pacjenci
Diagnosta laboratoryjny	–	–	Osoby dorosłe (szczepienie przeciw COVID-19)	Osoby dorosłe (szczepienie przeciw COVID-19)
Fizjoterapeuta	–	–	Osoby dorosłe (szczepienie przeciw COVID-19)	Osoby dorosłe (szczepienie przeciw COVID-19)



**Liczba zaangażowanych pracowników ochrony zdrowia i wizyt**

- ✓ Ile wizyt odbyć, aby zostać zaszczepionym?
- ✓ Z iloma pracownikami ochrony zdrowia muszę się spotkać, aby zostać zaszczepionym?
- ✓ Czy łatwo jest umówić się i dostać dogodny termin tych wizyt?



**Miejsca szczepień**

- ✓ Gdzie mogę zostać zaszczepionym?
- ✓ Jakie bariery muszę pokonać, aby dotrzeć na wizytę (dystans, czas, wymagane ustalenie terminu...)?
- ✓ Czy muszę mieć własną szczepionkę?



**Finansowanie**

- ✓ Kto finansuje koszty wykonania szczepienia i samej szczepionki?
- ✓ Jaki jest poziom współpłacenia?
- ✓ Jakie są ekonomiczne i społeczne motywatory wykonywania szczepień?

**Rycina 2.** Dylematy pacjentów na drodze do wykonania szczepienia

Pandemia COVID-19 i rozwój kompetencji centrum e-Zdrowia przyniosły wiele rozwiązań informatycznych, które mogą skutecznie wspierać wykonanie szczepień i pomóc pacjentom nawigować w systemie. Mogą również uprościć raportowanie i monitorowanie procesu immunizacji. Rycina 3 przedstawia już istniejące, choć czasem nieużywane powszechnie, i możliwe do wprowadzenia funkcjonalności, które wspierałyby wykonawstwo szczepień.



IKP, Internetowe Konto Pacjenta.

**Rycina 3.** Rozwiązania technologiczne wspierające pacjentów

## Barierzy dla szczepień w podstawowej opiece zdrowotnej

Sposób organizacji szczepień w placówkach ochrony zdrowia może odgrywać istotną rolę w zachęcaniu do szerszego oferowania tych usług. Wiele barier wykonywania szczepień w POZ wynika z podziału systemu wykonywania szczepień na te prowadzone w ramach programów i na podstawie realizacji recepty. Racjonalnym rozwiązaniem byłoby objęcie wszystkich finansowanych ze środków publicznych szczepień zalecanych programami zdrowotnymi, co pozwoliłoby pacjentom na korzystanie z uprawnień refundacyjnych również w przychodniach (Tabela 2). Jest to szczególnie zasadne w przypadku szczepień bezpłatnych. Dzięki sprawnej organizacji procesu szczepień większa liczba placówek mogłaby je oferować, a droga pacjentów do wykonania szczepienia znacząco by się skróciła.

**Barierzy organizacyjne, które napotykają placówki, związane są z reglamentacją szczepionek wykorzystywanych w programach szczepień, które ograniczają możliwości planowania szczepień oraz z koniecznością równoległego raportowania wykonywanych szczepień za pośrednictwem wielu systemów w formie elektronicznej oraz analogowej/papierowej (P1, NFZ, Inspekcja Sanitarna).**

Problemy te szczególnie dotyczą placówek uczestniczących w programie szczepień przeciw HPV. Czas potrzebny na wymagane zraportowanie szczepienia jest niemal równy czasowi potrzebnemu na kwalifikację i zaszczepienie pacjenta (kilkanaście minut). Wskutek tego np. tylko niewielka część przychodni podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) przystąpiła do realizacji programu szczepień przeciw HPV. Na początku kwietnia 2024 r. szczepienia te były możliwe do wykonania w 5,5 tys. placówek, co stanowi zaledwie kilkanaście procent wszystkich funkcjonujących [2]. Oznacza to, że wiele dzieci nie może być zaszczepionych w placówkach, do których są przypisane, a równocześnie w przychodniach, które do programu przystąpiły, każdy pacjent spoza placówki generuje dodatkowe obowiązki związane z raportowaniem, umówieniem szczepienia i pozyskaniem dla niego szczepionki. Należy definitywnie dążyć do uproszczenia konstrukcji programu poprzez umożliwienie jego realizacji wszystkim placówkom POZ realizującym szczepienia oraz zapewnić integrację systemów informatycznych służących rejestrowaniu wykonywanych szczepień i monitorowaniu poziomu immunizacji (Tabela 1).

Wykonywanie większości szczepień zalecanych w placówkach POZ jest nieoptymalne również ze względu na ograniczony dostęp do szczepionek, wynikający z braku finansowania szczepionek na poziomie placówek (potrzeba wizyty w aptece), oraz niewystarczająco zdefiniowane uprawnienia pielęgniarek i położnych w zakresie wypisywania recept na szczepionki i prowadzenie kwalifikacji do szczepień (Tabela 2). Poszerzenie uprawnień pielęgniarek o wypisywanie recept na produkty immunologiczne (szczepionek zalecanych dla osób dorosłych) pozwoli na skrócenie ścieżki pacjenta do szczepienia, co przełoży się na zwiększenie poziomu wyszczepialności w populacji, jak również odciążą lekarzy, którzy są w tej chwili wyłącznym realizatorem tej czynności (Tabela 2). Obecny stan prawny pozwala pielęgniarkom i położnym na przeprowadzenie badania kwalifikacyjnego do szczepienia przeciwko grypie oraz COVID-19. Należy jednak pamiętać, że jest to zawód odpowiedzialny za wykonywanie wszystkich szczepień, więc nie ma powodu, aby ograniczać uprawnienia jedynie do wybranych szczepień.

Zasięg i sukces programów szczepień zależy od wielu czynników. Gdy niejasne są zasady dystrybucji szczepionek, **komunikacja na temat dostępności jest niespójna** mimo gotowości placówek do udzielania świadczeń, a **wymogi związane z dokumentacją są nadmierne**, nie motywuje to świadczeniodawców do podejmowania aktywności. Rozczarowanie występuje, zarówno po stronie personelu medycznego, jak i pacjentów. W przyszłości należy podjąć działania mające na celu **poprawę przepływu informacji między dystrybutorami szczepionek oraz punktami szczepień** w celu lepszego planowania, oraz **dążyć do zniesienia wymogów prowadzących do wielokrotnego powielania tych samych informacji w wielu systemach** w celu uzupełniania dokumentacji medycznej, raportowania, rozliczania i monitorowania szczepień.

**Tabela 2.** Bariery organizacyjno-finansowe szczepień w podstawowej opiece zdrowotnej i postulowane rozwiązania

	Bariera	Rozwiązania
Perspektywa pacjenta	Brak rekomendacji wykonywania szczepień	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finansowanie usługi realizacji szczepień poza stawką kapitulacyjną, wyznaczanie celów wyszczepialności oraz premiowanie ich osiągnięcia, w celu zwiększenia liczby rekomendacji i osób zaszczepionych.</li> <li>Rekomendowanie wykonania szczepień, jako priorytetowy element opieki koordynowanej.</li> </ul>
	Trudny dostęp do szczepień	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utworzenie centralnej e-rejestracji na wszystkie szczepienia. Pełne wdrożenie e-karty szczepień oraz obowiązku raportowania szczepień ochronnych zarówno obowiązkowych, jak i zalecanych.</li> <li>Umożliwienie wykonywania szczepień w dni wolne od pracy.</li> <li>Zwiększanie liczby placówek medycznych i innych miejsc, w których można wykonać szczepienia.</li> </ul>
	Niedostępność szczepionek	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dla grup pacjentów uprawnionych do bezpłatnych szczepień zalecanych (np. dla dzieci do 18 r.ż., seniorów powyżej 65r.ż., kobiet w ciąży lub innych grupy uprawnionych na mocy programów zdrowotnych), powinno być ustanowienie świadczenie medyczne finansowane ze środków publicznych, zawierające zryczałtowaną cenę szczepionki oraz koszt usługi szczepienia. Szczepionki mogłyby pochodzić zarówno z rynku prywatnego, nabywane przez placówki medyczne w hurtowni lub dostarczane przez RARS lub inne uprawnione przez MZ podmioty (w tej sytuacji wycena świadczenia zawierałoby wyłącznie cenę usługi).</li> </ul>

	Bariera	Rozwiązania
Perspektywa pacjenta	Niedostępność szczepionek c.d.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Możliwość zaopatrywania się w szczepionki w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej (w tym prywatnej).</li> </ul>
	Brak możliwości skorzystania z prawa do bezpłatnych szczepionek w placówce medycznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dla grup pacjentów uprawnionych do bezpłatnych szczepień zalecanych (dzieci do 18 r.ż., seniorzy powyżej 65 r.ż., kobiety w ciąży), ustanowienie świadczenia medycznego finansowanego ze środków publicznych zawierającego cenę szczepionki oraz koszt usługi szczepienia.</li> </ul>
	Ograniczone kompetencje zawodów medycznych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Każdy lekarz powinien mieć wiedzę i uprawnienia do wykonywania szczepień, które powinny być nabywane w ramach obowiązkowego stażu na kursie specjalizacyjnym.</li> <li>Rozszerzanie uprawnień pielęgniarek i położnych do wystawiania recept (w tym refundowanych) na wszystkie szczepionki zalecane.</li> </ul>
Perspektywa placówki	Problemy z zaopatrywaniem w szczepionki stosowane w programach szczepień	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poprawa komunikacji między POZ a RARS i stacjami sanitarno-epidemiologicznymi (poprzez integrację różnych systemów w ramach e-karty szczepień).</li> <li>Określenie zasad zaopatrywania w szczepionki punktów szczepień.</li> </ul>
	Nieoptymalna organizacja szczepień	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ograniczanie liczby systemów wymaganych do zarejestrowania wykonania szczepienia.</li> <li>Wprowadzenie e-rejestracji, e-kwalifikacji i e-karty szczepień.</li> </ul>
	Brak motywatorów do realizacji świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> <li>Odejście od systemu stawki kapitacyjnej na rzecz opłaty za usługę szczepienia.</li> <li>Premiowanie placówek za osiągnięte wskaźniki wyszczepialności/ ilość wykonanych szczepień zalecanych.</li> </ul>

NFZ, Narodowy Fundusz Zdrowia; POZ, podstawowa opieka zdrowotna; RARS, Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych

## Bariery realizacji szczepień w aptekach

Apteki powinny być postrzegane jako placówki ochrony zdrowia mogące realnie wpływać na wzrost wskaźników wyszczepialności ze względu na ich dostępność i lokalizację blisko miejsca zamieszkania. Mapa aptek wykonujących szczepienia przeciw COVID-19, grypie i pneumokokom wskazuje, że jest to możliwe w 1,2 tys. placówek [3]. To apteki, które zgodnie z ostatnimi dostępnymi danymi podpisały umowy z NFZ, choć w praktyce tylko około połowa z nich wykonała w tym roku jakiegokolwiek szczepienie. Proces podpisywania umów opóźnił rozpoczęcie szczepień, przez długi okres nie było możliwości zamówienia szczepionek przeciw COVID-19, a nawet teraz część aptek boryka się z problemami z rozliczaniem wykonanych szczepień. Szczepionki przeciw COVID-19 z Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych były dystrybuowane w sposób nieprzewidywalny, co nie pozwalało na planowanie pracy. Nowy system e-rejestracji na szczepienia nie jest przyjazny pacjentom, a osoby wykluczone cyfrowo straciły możliwość korzystania z infolinii. Do wykonywania szczepień w aptekach nie motywuje również niska wycena tych świadczeń oraz brak kampanii informacyjnych i promujących szczepienia, i brak aktywnego włączenia aptek w proces edukacyjny, choćby w ramach opieki koordynowanej. Powoduje to, że farmaceuci, którzy byli bardzo aktywni i zdobyli uznanie swoich pacjentów, oferując szczepienia przeciw COVID-19 i grypie, stają się coraz bardziej sceptyczni i mniej zainteresowani realizacją świadczeń. **Stoimy w obliczu groźby utraty wykorzystania potencjału realizacji szczepień w aptekach, a odbudowanie go po raz drugi będzie bardzo trudne.** Organizacja

nadchodzącego sezonu szczepień i rozszerzanie oferty szczepień niesezonowych w aptekach oraz umożliwienie farmaceutom wykonywania szczepień w miejscu pobytu pacjenta (poza apteką) są kluczowe do utrzymania aptecznych punktów szczepień w polskim systemie immunizacji. Niezbędne są również zmiany w przepisach zabraniających reklamy aptek oraz ich działalności. Farmaceuci powinni mieć możliwość informowania pacjentów o szczepieniach, które wykonywane są w aptekach (Tabela 3).

**Tabela 3.** Bariery organizacyjno-finansowe szczepień w aptekach i postulowane rozwiązania

	Bariera	Rozwiązania
Perspektywa pacjenta	Rejestracja na szczepienie	<ul style="list-style-type: none"> <li>E-rejestracja na szczepienie możliwa również w przypadku innych szczepień niż przeciw-COVID-19.</li> <li>Dostosowanie funkcjonalności e-rejestracji do potrzeb użytkowników.</li> </ul>
	Potrzeba posiadania recepty na szczepionkę	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umożliwienie farmaceutom wystawiania recept na szczepionki podawane w aptekach, w tym recept refundowanych, a w szczególności na szczepionki zawarte w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu szczepień ochronnych przeprowadzanych w aptece, które mogą być w całości lub w części finansowane ze środków publicznych.</li> </ul>
	Brak refundacji recept farmaceutycznych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umożliwienie farmaceutom wystawiania recept refundowanych (np. na podstawie kryterium wieku lub na podstawie skierowania na szczepienie).</li> </ul>
	Brak finansowania usługi wykonania szczepienia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacjenci w aptekach powinni mieć możliwość realizacji usługi szczepienia zalecanego bezpłatnie, tak jak ma to miejsce w placówkach medycznych.</li> </ul>
	Wąski zakres szczepionek, które można podawać	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poszerzenie listy szczepień, które można wykonywać w aptekach do wszystkich szczepień finansowanych ze środków publicznych.</li> </ul>
	Bariera wieku pacjentów	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obniżenie wieku pacjentów, u których można wykonywać szczepienia w aptekach.</li> </ul>
	Brak możliwości wykonania szczepienia poza apteką	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umożliwienie farmaceutom wykonywania szczepień w miejscu pobytu pacjentów.</li> </ul>
Perspektywa apteki	Problemy z zaopatrywaniem w szczepionki	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poprawa komunikacji między aptekami a RARS.</li> <li>Określenie zasad zaopatrywania w szczepionki aptecznych punktów szczepień.</li> </ul>
	Zbyt niska wycena świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zwiększenie wartości świadczenia kwalifikacji i wykonania szczepienia w aptece.</li> </ul>
	Brak możliwości informowania i promowania świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kampanie promujące szczepienia w aptekach i aktywizujące pacjentów.</li> <li>Zmiany przepisów dotyczących reklamy aptek umożliwiające farmaceutom informowanie pacjentów o szczepieniach wykonywanych w aptekach.</li> </ul>



Farmaceuci, choć mają kompetencje do kwalifikacji pacjentów i wykonywania szczepień, to nie mogą z nich korzystać poza aptekami. Ogranicza to ich możliwości działania. W minionym sezonie infekcyjnym, mimo próśb ze strony domów pomocy społecznej, farmaceuci nie mogli realizować świadczeń dla pacjentów, którzy nie mogli opuścić miejsca pobytu. Należy dążyć do otwarcia aptek na działania realizowane w społeczności przez stworzenie odpowiednich przepisów zapewniających bezpieczeństwo szczepień wykonywanych przez farmaceutów poza miejscem pracy.

## Szczepienia poza podstawową opieką zdrowotną i aptekami

Dzisiejszy system wykonywania szczepień oparty jest na podstawowej opiece zdrowotnej i częściowo na aptekach, lecz jego rozszerzenie poza te placówki ma kilka kluczowych zalet, które mogą znacząco przyczynić się do poprawy ogólnego stanu zdrowia publicznego (Tabela 4). Rozmieszczenie miejsc szczepień w różnorodnych lokalizacjach ułatwia dostęp do szczepień dla różnych grup pacjentów, w tym zarówno dla osób, które w ograniczony sposób korzystają z podstawowej opieki zdrowotnej, ale też tych, którzy priorytetowo potrzebują szczepień. Dostępność większej liczby miejsc szczepień może zwiększyć wskaźniki szczepień poprzez ułatwienie dostępu do tych świadczeń, co jest kluczowe w zapobieganiu rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych.

**Tabela 4.** Rozwój systemu punktów szczepień poza podstawową opieką zdrowotną i aptekami

Medycyna pracy	<p>Medycyna pracy koncentruje się głównie na zapobieganiu chorobom zawodowym i promowaniu zdrowia w miejscu pracy, ale placówki wykonujące badania medycyny pracy, mogłyby również oferować szczepienia, zarówno obowiązkowe dla pracowników określonych sektorów, jak i zalecane na danym stanowisku pracy.</p> <p>Lekarze medycyny pracy należy zaangażować w proces weryfikacji statusu immunizacji osób dorosłych, rekomendacji stosownych do profilu epidemiologicznego szczepień oraz ich realizacji. Dla zdrowych dorosłych narażonych na czynniki ryzyka, to w wielu przypadkach jedyna możliwość kontaktu z rekomendacją i realizacją tej profilaktyki.</p>
Szpitale	<p>W szpitalach sprawowana jest opieka nad licznymi grupami pacjentów o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu chorób zakaźnych, którzy powinni być szczepieni przeciw wielu chorobom zakaźnym, co potwierdzone jest wytycznymi praktyki klinicznej. Aby skrócić ścieżkę tych chorych do wykonania szczepień, powinny one być dostępne na miejscu. Niestety, w szpitalach nie ma możliwości korzystania ze szczepień dostępnych w refundacji aptecznej. Powoduje to, że choć lekarze różnych specjalności mają świadomość, że warto szczepić, to jednak nie wiedzą, jak to zrobić w kompleksowy sposób. Istnieje wiele sposobów organizacji szczepień w szpitalach obejmujących utworzenie specjalnych pionów profilaktyki oraz zaangażowanie farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych posiadających odpowiednie uprawnienia.</p>
Domy Pomocy Społecznej i Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze	<p>Choć osoby starsze i schorowane przebywające w instytucjach opieki długoterminowej miały zapewniony dostęp do szczepień przeciw COVID-19 w placówkach w trakcie pandemii, to obecnie te rozwiązania nie funkcjonują. Mimo, że mieszkańcy tych placówek są grupą szczególnie zagrożoną ciężkim przebiegiem chorób zakaźnych i łatwym ich rozprzestrzenianiem, to systemowe rozwiązania w ograniczonym stopniu wspierają profilaktykę pierwotną.</p> <p>Niezbędne jest stworzenie programów szczepień kierowanych do tych grup oraz umożliwienie realizacji szczepień w tych placówkach farmaceutom. Choć apteki otrzymują zapytania o możliwość wykonania szczepień przeciw grypie i COVID-19 w domach pomocy społecznej, to z powodu ograniczenia wykonywania tych szczepień wyłącznie do miejsca pracy farmaceuty nie było to możliwe.</p>

**Tabela 4.** Rozwój systemu punktów szczepień poza podstawową opieką zdrowotną i aptekami

Szkoły/ uczelnie	W 2024 r. szczepienia mogą po latach ponownie zagościć w szkołach, zgodnie z deklaracjami Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji. Choć wiąże się to z pewnym wysiłkiem legislacyjnym i organizacyjnym, jest to krok we właściwą stronę, aby zapewnić zwiększenie poziomu zaszczepienia, co jest udokumentowane w krajach, które przyjęły takie rozwiązania. Szkoły i uczelnie mogą służyć jako miejsca szczepień dla uczniów, studentów i personelu, promując profilaktykę zdrowotną wśród młodej populacji.
Miejsca pracy	Umożliwienie pracownikom dostępu do szczepień bezpośrednio w miejscu pracy może zwiększyć wskaźniki szczepień i zmniejszyć liczbę dni chorobowych. Niezwykle ważne jest prowadzenie programów szczepień pracowników ochrony zdrowia, ale również innych grup zawodowych kluczowych dla bezpieczeństwa kraju i gospodarki. Pandemia COVID-19 pokazała, jak dotkliwie mogą być skutki chorób zakaźnych.

## Jedna wizyta, jedno miejsce, jeden pracownik ochrony zdrowia

Rozpowszechnienie szczepień jest w interesie systemu ochrony zdrowia i płatnika, bo wzrost poziomu wyszczepialności przekłada się na obniżenie wydatków na leczenie chorób zakaźnych i ich następstw. Zatem stawianie barier w dostępie do profilaktyki polegających na ograniczaniu kompetencji pracowników ochrony zdrowia do jej ordynowania są wbrew interesowi systemu ochrony zdrowia. Zalecenie wykonania szczepienia powinno iść zawsze w parze z możliwością realizacji szczepienia. Rekomendacji ze strony personelu placówek ochrony zdrowia brakuje w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, a to właśnie takie sytuacje wpływają najsilniej na gotowość pacjentów do wykonywania szczepienia. Zalecenia te gubią się wśród innych priorytetów dotyczących postępowania terapeutycznego, są traktowane jako opcjonalne, mimo występowania czynników ryzyka ciężkiego przebiegu zachorowań, lub pomijane są świadomie, gdy wykonanie szczepienia wymaga wykonania zbyt wielu kroków na ścieżce pacjenta. Aby rekomendacji było więcej, należy motywować zarówno świadczeniodawców, jak i samych pacjentów i dążyć do tego, aby zalecenia dotyczące wykonania szczepienia były dostępne dla wszystkich zainteresowanych a szczególnie dla pracowników ochrony zdrowia, którzy sprawują opiekę nad pacjentem tak, aby wykorzystać optymalnie wszystkie szanse na zmniejszenie konsekwencji występowania chorób infekcyjnych. Skierowanie na poszczególne szczepienie mogłoby funkcjonować na zasadzie podobnej do działania skierowań na szczepienia przeciw COVID-19 i być podstawą do dalszej rejestracji i wykonania szczepienia. Choć wykorzystanie innowacyjnych rozwiązań informatycznych było szerokie podczas kampanii szczepień przeciw COVID-19, to obecnie nie jest wykorzystywane w odniesieniu do realizacji innych szczepień profilaktycznych. Taki system wychodziłby np. naprzeciw wyzwaniom związanym z niskimi wskaźnikami wyszczepialności w starzejącym się społeczeństwie [4]. Istniejący sposób wykonawstwa szczepień wymaga przebudowy organizacyjnej (nie strukturalnej) w celu ułatwienia korzystania z niego przez pacjentów. Aby to osiągnąć, potrzebna jest sieć punktów szczepień o szerokim zakresie oferowanych szczepień i kompetencjach personelu umożliwiającymi ich wykonywanie. Potrzebne jest ujednoczenie zasad wykonywania szczepień w POZ i aptekach, ponieważ ograniczenia w możliwościach wystawiania recept, stopnia finansowania i zakresu wykonywanych szczepień oraz możliwości informowania o ofercie kierowanej do pacjentów są różne i niekiedy krzywdzące dla pacjentów, tj. zakres świadczenia zależy od miejsca korzystania z niego.

Szczepienia, w szczególności te zalecane, powinny być dostępne na tych samych zasadach niezależnie od miejsca ich wykonywania. Musimy dążyć do sytuacji, w której osoba decydująca się na realizację szczepienia, nie musi zastanawiać się, ile wizyt musi odbyć, aby się zaszczepić.

Odpowiednim powinien być model szczepień 1 : 1 : 1, czyli jedna wizyta, jedno miejsce z udziałem jednego pracownika ochrony zdrowia (Rycina 4).



**Rycina 4.** Model 1 : 1 : 1 oraz czynniki niezbędne dla jego realizacji

# 3

## BARIERY FINANSOWE

Zwiększenie finansowania publicznego szczepionek i wsparcie dla wykonywania szczepień może poprawić dostępność i akceptację szczepień. System wykonywania szczepień zmienił się po pandemii i szczepionka przeciw COVID-19, oferowana każdemu Polakowi bezpłatnie, jest jedyną, którą można było wykonać w trakcie jednej wizyty w aptece. Byłoby to również możliwe w przypadku innych szczepień: przeciw grypie, pneumokokom, HPV, ale pacjenci muszą posiadać recepty lekarskie, aby skorzystać z przysługujących im uprawnień refundacyjnych. Recepta farmaceutyczna wystawiana na szczepionkę przeciw grypie nie jest refundowana (Tabela 3). W przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) pacjenci mogą otrzymać recepty refundowane na szczepionki, ale ich zakup wymaga wizyty w aptece i niekiedy powrotu do przychodni (Tabela 2). Te szczepienia mogłyby być wykonywane bezpośrednio w placówkach POZ, gdyby istniały odpowiednie programy zdrowotne pozwalające na realizację przysługujących pacjentom uprawnień refundacyjnych w przychodniach (Tabela 5).

Wysoki poziom wyszczepialności jest realną wartością dla systemu opieki zdrowotnej i dla płatnika, bo zapewnia przyszłe korzyści zdrowotne i oszczędności finansowe.



**Idealny system finansowania usługi szczepienia powinien oferować pacjentowi bezpłatny serwis niezależnie od miejsca realizacji szczepienia i być motywujący dla pracownika ochrony zdrowia do podejmowania działań na rzecz podnoszenia wyszczepialności.**

W Polsce istnieją równoległe dwa systemy finansowania świadczenia wykonywania szczepień. Większość szczepień wykonywanych w POZ są bezpłatne i finansowane w ramach stawki kapitacyjnej. Szczepienia przeciw COVID-19 i HPV w POZ oraz szczepienia przeciw COVID-19 i część szczepień przeciw grypie i pneumokokom w aptekach są finansowane w ramach opłaty za usługę. Każda z tych metod finansowania ma swoje wady i zalety. Stawka kapitacyjna gwarantuje prostotę i przewidywalność kosztów, ale nie motywuje świadczeniodawców do zwiększania dostępności usług, np. przez rekomendowanie szczepień, co może prowadzić do stabilizacji, a nawet spadku wskaźników wyszczepialności. W przypadku opłaty za usługę świadczeniodawcy otrzymują płatności za każde podanie dawki szczepionki, stąd są bardziej skłonni do oferowania szerokiego zakresu usług i rekomendowania ich. Wybór między stawką kapitacyjną a opłatami za usługę w kontekście programów szczepień powinien być podyktowany priorytetami systemu opieki zdrowotnej i oczekiwanymi przez decydentów wynikami w zakresie efektywności prowadzenia profilaktyki zdrowotnej. Potrzeby w tym zakresie są bardzo duże, a realizacja polityki zdrowotnej zmierzającej do popularyzacji szczepień na każdym etapie życia wymaga nakładów (Tabela 5).

Dodatkowym motywatorem byłoby premiowanie placówek za realizację szczepień. Tam, gdzie szczepienia są priorytetem ochrony zdrowia, stosuje się modele, które obok opłaty za usługę uwzględniają premię za:

- osiągnięcie określonego poziomu zaszczepienia populacji docelowej na poziomie placówki, gdy premię otrzymuje praktyka lekarska, która osiąga lub utrzymuje określony wskaźnik wyszczepialności wśród swoich pacjentów.

- zaszczepienie określonej liczby osób, gdy premię otrzymuje apteka lub praktyka lekarska w zależności od liczby wykonanych szczepień, np. premia za zaszczepienie określonej liczby osób.

W Polsce wciąż przeznaczamy na szczepienia niewielki odsetek całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej [5]. Ceny szczepionek, jeśli są częściowo refundowane, są istotną barierą dla wielu pacjentów. Pacjenci deklarują, że mimo częściowej refundacji na szczepionki przeciw pneumokokom lub półpaścowi niekiedy ich na nie stać [1]. Zwłaszcza dotyczy to sytuacji, gdy ze względu na stan zdrowia wymagane jest wykonanie kilku szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym. Często szczepienia dla dorosłych z grup ryzyka mają status zalecanych w Programie Szczepień Ochronnych (PSO) i nie zawsze objęte są refundacją. Należy dążyć do niwelowania tej bariery przez zwiększanie finansowania szczepień zalecanych w ramach PSO (Tabela 5). Rozwój programu szczepień dorosłych jest ogólnosięciowym trendem i priorytetem rozwoju systemu ochrony zdrowia, który w Polsce jest wspierany przez OPZCI oraz liczne instytucje i towarzystwa naukowe [4,6-11].

Inwestycje w szczepienia wspierają dobrostan i przyczyniają się do zrównoważonego rozwoju społecznego. Warto zatem finansować szczepionki i świadczenia związane z ich wykonywaniem, aby uzyskać znaczne korzyści zdrowotne, ekonomiczne i społeczne.

**Tabela 5.** Rekomendacje dotyczące usuwania barier finansowych w dostępie do szczepień

Finansowanie szczepionek	Finansowanie wykonywania szczepień	Premiowanie aktywności
<p>Zwiększanie finansowania szczepień zalecanych w ramach PSO</p> <p>Umożliwienie profesjonalistom ochrony zdrowia ordynowania szczepionek i wystawiania recept refundowanych</p> <p>Finansowanie refundowanych szczepionek zalecanych również w POZ, np. w ramach programów zdrowotnych</p>	<p>Finansowanie usługi wykonywania w aptekach wszystkich szczepień</p> <p>Odejście od finansowania wykonawstwa szczepień w POZ w ramach stawki kapitałowej, na rzecz płatności za usługę, np. w ramach programu zdrowotnego</p>	<p>Wprowadzenie systemu finansowego premiowania placówek za osiągnięcie celów, np.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zaszczepienie określonej liczby pacjentów</li> <li>• osiągnięcie wskaźników wyszczepialności, np. wg segmentów 40%, 60%, 80%, ...</li> </ul>

# 4

## BARIERY W PROCESACH DECYZYJNYCH

### Potrzeba strategii

Naszym zdaniem opracowanie i wdrożenie Narodowej Strategii Profilaktyki Chorób Zakaźnych jest jednym z kluczowych elementów ochrony zdrowia publicznego. Błędne jest przekonanie, że PSO i lista szczepionek refundowanych zapewniają wizję profilaktyki chorób zakaźnych. Są raczej jej częściową implementacją, lecz nie wyznaczają pełnego kierunku rozwoju. Polska Strategia Profilaktyki Chorób Zakaźnych powinna być kompleksowym planem mającym na celu organizację programów immunizacji uwzględniającym:



**Cele i priorytety** – zdefiniowane, posiadające określone ramy czasowe, oparte na dowodach cele dotyczące wskaźników wyszczepialności w różnych grupach wiekowych i grupach ryzyka, które powinny być na bieżąco monitorowane w celu oceny efektywności programów szczepień.



**Harmonogram szczepień** – plan rozwoju kalendarza szczepień, który uwzględnia wszystkie zalecane szczepionki, w tym te dla niemowląt, dzieci, nastolatków, dorosłych i osób starszych, kobiet w ciąży oraz szczepionki dla specjalnych grup ryzyka.



**Dostęp do szczepień** – plan organizacji programów szczepień mający na celu zapewnienie szerokiego, łatwego i bezpiecznego dostępu do szczepień dla populacji docelowych oraz identyfikację barier w dostępie do szczepień i ograniczanie ich wpływu.



**Monitoring i nadzór** – sprawny systemy monitorowania wskaźników wyszczepialności i nadzoru nad zapadalnością na choroby zakaźne, umożliwiające szybką identyfikację obszarów o niskich wskaźnikach wyszczepialności i pojawiających się ogniskach chorób.



**Edukację i komunikację** – plan prowadzenia programów edukacyjnych i kampanii informacyjnych skierowanych do społeczeństwa i różnych jego grup, których dotyczą szczepienia oraz do pracowników ochrony zdrowia, dopasowanych do aktualnych wyzwań zdrowotnych i mających na celu zwiększenie świadomości na temat korzyści płynących ze szczepień, kształtowanie postaw proszczepionkowych i radzenie sobie z tezami propagowanymi przez ruchy antyszczepionkowe.



**Szkolenie pracowników ochrony zdrowia** – programy szkoleniowe i edukacja dla pracowników ochrony zdrowia uprawnionych do wystawiania recept na określone szczepionki i wykonujących szczepienia, w celu zapewnienia wysokiej jakości usług szczepień i efektywnej komunikacji z pacjentami.

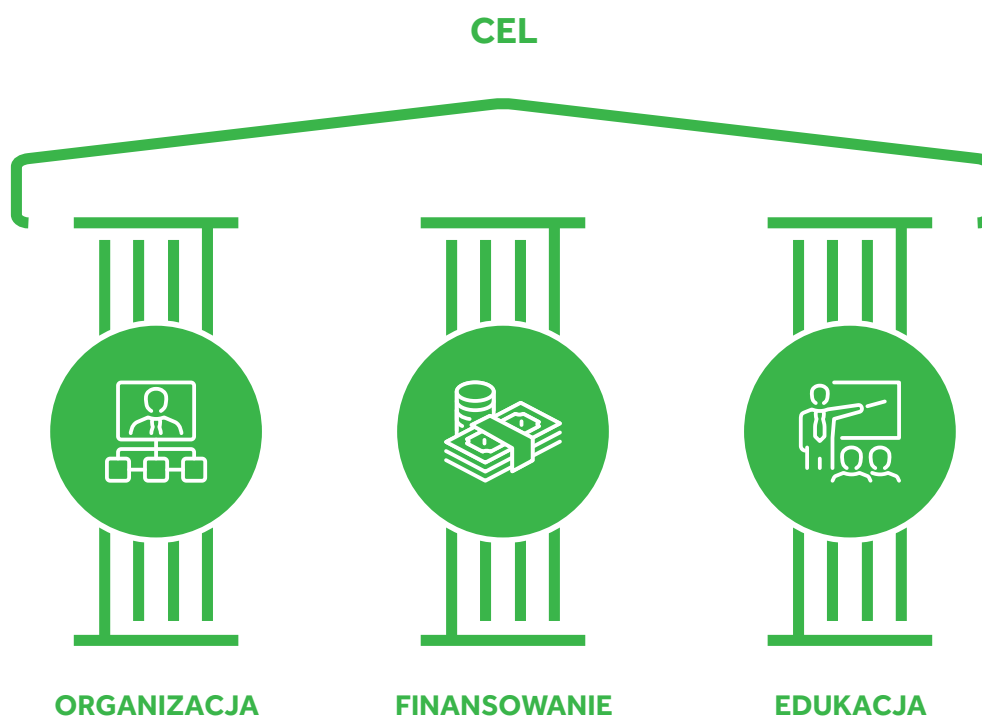


**Bezpieczeństwo szczepionek** – systemy do monitorowania bezpieczeństwa szczepionek i zarządzania ryzykiem, umożliwiające identyfikację i reagowanie na niepożądane odczyny poszczepienne.

Działania podejmowane w ramach każdego z elementów powinny być podporządkowane realizacji celów i priorytetów. Strategia powinna być dokumentem żywym, który podlega cyklicznym modyfikacjom wynikającym z postępu jej realizacji i zmian w epidemiologii. Do tej pory nie było w Polsce kompleksowej strategii, która wyznaczałaby kierunek rozwoju programów immunizacji. Jednie dwa programy szczepień, przeciw COVID-19 i HPV, były ujęte w pewne ramy strategiczne Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 i Narodowej Strategii Onkologicznej [12,13].

## Potrzeba sprawnych procesów

Realizacja strategii wymaga sprawnych procesów, które w sposób przejrzysty i spójny pozwalają na podejmowanie decyzji na czas na podstawie danych, m.in. tych pochodzących z nadzoru epidemiologicznego i realizacji szczepień. Proces podejmowania decyzji jest złożony, wieloetapowy i uczestniczy w nim wielu interesariuszy. Nie należy myśleć o nim jako jedynie o drodze do objęcia finansowaniem szczepionki, a raczej w kontekście organizacji, finansowania i działań edukacyjnych towarzyszących całym programom szczepień przeciw określonym chorobom zakaźnym. W ramach tych trzech elementów strategii powinny zostać zidentyfikowane potencjalne bariery i sposoby ograniczenia ich wpływu (Rycina 5).



**Rycina 5.** Trzy filary rozwoju programu szczepień

W Polsce, na tle innych krajów europejskich, czekamy na dostęp do szczepień finansowanych ze środków publicznych bardzo długo, np. po kilkunastu latach, w 2023 r. rozpoczęto szczepienia przeciw HPV, w czasie, gdy niektóre kraje są już bliskie wyeliminowania raka szyjki macicy [14,15]. Analiza ścieżek oceny szczepionek i procesu podejmowania decyzji dotyczących szczepień ochronnych wykazała, że wiele etapów realizowanych jest bez określonych ram czasowych, bez uwzględniania opinii ekspertów klinicznych i systemowych oraz strony społecznej. Niekiedy nie jest stosowana właściwa metodyka oceny szczepionki i planowania programu szczepień. Proces bywa też nieprzejrzysty, co oznacza, że nie są podawane uzasadnienia podejmowanych decyzji [15]. Przykładem procesu, który cierpi z powodu braku przejrzystości, spójności, inkluzywności i terminowości jest tworzenie PSO (Tabela 6). PSO jest fundamentem profilaktyki chorób zakaźnych w Polsce, ogranicza przedwczesną umieralność i związane z tym koszty. Niezbędna jest ciągłość inwestycji w szczepienia dzieci w Polsce, ale również adresowanie potrzeb immunizacyjnych dorosłych [16].

**Tabela 6.** Bariery procesów decyzyjnych na przykładzie tworzenia Programu Szczepień Ochronnych [15]

Bariera	Rozwiązania
Brak zasad tworzenia	Ramy i zasady tworzenia PSO nie są znane. Dokument jest przedstawiany co roku, jednak najczęściej jest to kopia poprzedniego z niewielkimi zmianami. Nowe szczepienia pojawiają się rzadko w PSO.
Brak inicjatora	Nie jest określony formalny inicjator zmiany PSO. Nie wiadomo kto może wpływać na zmianę kształtu programu. Nie ma osoby lub instytucji, która zajmowałaby się rozwojem PSO.
Brak przejrzystości	Opinie zespołów eksperckich (Zespół ds. Szczepień Ochronnych, Rada Sanitarno-Epidemiologiczna) nie są podawane do publicznej wiadomości i pozostają do dyspozycji decydentów poza konsultacją społeczną.
Metody oceny szczepionek	Ocena szczepionek skupiona jest na ich efektywności klinicznej, kosztowej i wpływie na budżet, lecz nie uwzględnia ich wpływu długofalowego na czynniki ekonomiczne, jak produktywność, absenteizm czy prezenteizm, a także nie uwzględnia elementów ekonomicznych w kontekście spodziewanych zwrotów z inwestycji w przypadku niektórych szczepień oraz z efektywności programu szczepień w kontekście epidemiologii danej choroby i nakładów związanych kosztami świadczeń wynikających z zachorowania.
Brak konsultacji	Nie uwzględnia się opinii towarzystw naukowych, ekspertów systemowych i strony społecznej.
Niespójny sposób podejmowania decyzji	Decydenci nie muszą podejmować działań na podstawie wydanych i dostępnych publicznie rekomendacji i ocen, ponieważ nie są one publikowane. W konsekwencji, mimo że deklarowana jest potrzeba zmiany, decyzje nie są podejmowane latami.
Brak zasobów finansowych na rozwój programu	Głównym powodem przez lata, gdy PSO był finansowany z dotacji budżetowej, był brak środków. Minister Zdrowia nie był w stanie przekonać członków rządu do zwiększenia finansowania PSO. Wynika to m.in. z faktu, że nie miał argumentów wynikających z właściwego sposobu oceny szczepionek (patrz wyżej).

PSO, Program Szczepień Ochronnych

Aby dokonać poprawy efektywności działania procesów decyzyjnych dotyczących szczepień ochronnych potrzeba:

- **zwiększenia aktywności** istniejących zespołów doradczych w zakresie planowania programów szczepień (czynniki organizacyjne, finansowe i działania edukacyjne) oraz wskazania, kto może być inicjatorem zmian w PSO,
- **oceny szerokiego wpływu społeczno-ekonomicznego szczepień profilaktycznych** z uwzględnieniem: efektywności kosztowej, wpływu na produktywność, zwrotu z inwestycji oraz dostosowania do aktualnej sytuacji epidemiologicznej w perspektywie czasu i w kontekście celów, jakie szczepienia mają przynieść,
- **zabezpieczenia środków** na rozwój programu szczepień.

Na całym świecie tzw. techniczne grupy ds. immunizacji posiadające określone kompetencje planowania i oceniania programów szczepień odgrywają coraz większą rolę w definiowaniu krajowych wizji i strategii szczepień. Wraz z agencjami oceny technologii medycznych wspólnie tworzą plany i rekomendacje dla przyszłych decyzji. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca rozwój i wzmacnianie tych instytucji w celu kształtowania polityk profilaktyki pierwotnej [17]. Krajowa techniczna grupa





ds. immunizacji powinna mieć określoną rolę w procesie decyzyjnym, zagwarantowaną niezależność oraz zasoby pozwalające na realizację powierzanych jej zadań.

Jaka będzie przyszłość populacyjnego dostępu do nowych szczepionek, takich jak szczepionki przeciw półpaścowi, syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV), szczepionek modyfikowanych pod kątem szerszej ochrony zgodnej z danymi epidemiologicznymi, nowo opracowywanych szczepionek opartych na technologii mRNA oraz innych metod zwalczania chorób zakaźnych, takich jak pasywna immunoprofilaktyka RSV u dzieci? Czy decydenci polityki zdrowotnej obserwują i uwzględniają w planach nowe technologie i nowe dane epidemiologiczne, które pojawiają się na horyzoncie? Choć wytyczne praktyki klinicznej wskazują na potrzebę i korzyści z implementacji nowych rozwiązań, a szerszy dostęp do diagnostyki, wskazuje na cykliczne/sezonowe zwiększanie obciążenia systemu ochrony zdrowia chorobami infekcyjnymi, brakuje strategicznej wizji i dialogu nt. wykorzystania nowych możliwości i nowych danych epidemiologicznych przez włączenie ich na stałe do strategii immunizacji i profilaktyki pierwotnej w Polsce.

### **Potrzeba decyzji podejmowanych w oparciu o dane**

Opracowywanie i wdrażanie spójnych strategii wymaga danych pochodzących z nadzoru epidemiologicznego i rejestru szczepień. Te informacje to kluczowy aspekt dostosowania programu szczepień. Nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi w Polsce prowadzony jest w ramach nadzoru biernego oraz czynnego i SENTINEL. Głównym źródłem danych są formularze przekazywane do powiatowych inspektorów sanitarnych przez lekarzy i laboratoria. W zgłoszeniach tych, przekazywanych w postaci papierowej lub środkami komunikacji elektronicznej (m.in. aplikację gabinetową) lekarze informują o podejrzeniach, rozpoznaniach i zgonach z powodu chorób zakaźnych. Taki sam obowiązek dotyczy laboratoriów. W oparciu o wiedzę medyczną, oceną stopnia zagrożenia dla zdrowia publicznego oraz wytyczne państwowego inspektora sanitarnego wyższego stopnia, niezwłocznie weryfikuje się uzyskane informacje, przeprowadza dochodzenie epidemiologiczne, a następnie, w razie potrzeby, podejmuje czynności mające na celu zapobieganie oraz zwalczanie szerzenia się zakażeń i zachorowań na tę chorobę zakaźną.

### **Wszystkie te trzy systemy działają niezależnie, a ich efektywność zależy m.in. od :**

- zdolności do systematycznego i ciągłego zbierania danych, które, choć jest obowiązkowe to nie zawsze dochowywane. Aby bierny nadzór epidemiologiczny był efektywny, to informacje o rozpoznaniach chorób zakaźnych powinny być automatycznie przenoszone do systemów nadzoru sanitarno-epidemiologicznego,
- dostępności metod diagnostycznych,
- dostosowania się do zmiennych warunków i ograniczonych zasobów, co było szczególnie widoczne podczas pandemii COVID-19, gdy system opieki zdrowotnej i nadzoru były przeciążone,
- wykorzystania technologii informatycznych do wymiany danych.

### **Istotnym wzmocnieniem systemu nadzoru epidemicznego byłyby:**

- centralizacja źródeł danych, pozwalająca na ujęcie szerokiego obrazu epidemiologii chorób zakaźnych,
- zwiększenie kompetencji w zakresie zaawansowanej analizy danych do przewidywania rozprzestrzeniania się chorób.

Dane te są filarem strategii zapobiegania chorobom zakaźnym. Oprócz nadzoru nad chorobami niezbędna jest ciągła ocena poziomu zaszczepienia poszczególnych populacji docelowych. Mimo, że uzupełnienie elektronicznej karty szczepień miało towarzyszyć każdemu szczepieniu, ten obowiązek jest realizowany tylko w aptekach, a zdecydowana większość szczepień wykonywanych w POZ nie jest w ten sposób rejestrowana.

Systemy nadzoru umożliwiają śledzenie trendów w zachorowalności na choroby zakaźne w czasie, monitorują postępy działań edukacyjnych i polityk zdrowotnych, a także sygnalizują potrzeby zmian w zależności od dystrybucji poszczególnych typów patogenów chorobotwórczych.

Nadzór jest również krytyczny po wprowadzeniu nowych szczepionek, aby monitorować bezpieczeństwo po dopuszczeniu do obrotu, wskaźniki wyszczepialności i spadek zachorowalności. Dla chorób o bardzo niskim występowaniu oraz tych, gdzie celem jest ich eliminacja, nadzór musi być bardzo kompletny. Dokumentacja wpływu programów szczepień, ocena skuteczności szczepionek i efektywności programów szczepień, śledzenie trendów zachorowalności są kluczowe dla właściwego działania procesów decyzyjnych.

# BARIERY W DOSTĘPIE DO RZETELNEJ WIEDZY

5

Wiedza i świadomość ryzyka chorób zakaźnych i korzyści płynących ze szczepień mają kluczowe znaczenie dla efektywności programów szczepień. Szczepienia nie tylko przynoszą korzyści zdrowotne dla zaszczepionej jednostki, ale także mogą wpłynąć na ogólne zdrowie i dobrostan, rozwój poznawczy i produktywność ekonomiczną. Szczepienia mogą obniżyć koszty opieki zdrowotnej i pozytywnie wpływać na krajową gospodarkę.

## Edukacja pacjentów

Jednak choć korzyści indywidualne wydają się najbardziej oczywiste, to tylko połowa Polaków w wieku 18–65 lat jest przekonana o tym, że szczepienia chronią przed powikłaniami chorób. Wyniki przeprowadzonej ostatnio przez Fundację My Pacjenci ankiety wśród dorosłych Polaków są spójne z określonymi wcześniej w Europie czynnikami kształtującymi negatywne postawy wobec szczepień, gdzie przeważają obawy o bezpieczeństwo stosowania szczepionek, brak informacji na temat chorób i szczepień oraz przekonanie o własnym dobrym zdrowiu i odporności [1,18]. Działania mające na celu zmiany postaw wobec szczepień i aktywizację pacjentów są złożone (Rycina 6) i wymagają woli politycznej oraz konsekwencji w zajmowaniu się tą kwestią w celu zwiększenia wyszczepialności. Tego brakuje, a często po stronie racji stanu obecne są postawy przeciwne szczepieniom. Przekazy te kierowane są do różnych grup społeczeństwa i celnie do nich trafiają, mając podłoże życia zgodnie z naturą i unikania stosowania substancji obcych, religijne, antysystemowe i dążące do wywołania obaw przed konsekwencjami szczepień. Wpływ pojedynczych osób lub grup jest najczęstszym czynnikiem utraty zaufania wobec szczepień. Nie lada wyzwaniem jest adresowanie kampanii edukacyjnych skierowanych do grup społecznych będących pod wpływem tych przekazów. Tym bardziej że trudno jest pozyskać adwokatów szczepień wśród przywódców tych grup. **W Polsce zaufanie między społeczeństwem a organami państwowymi w kwestii szczepień również pozostaje pod ciągłą presją ze względu na przeciwstawne komunikaty, brak konsekwencji w podejmowaniu decyzji i cykliczne zaburzenia organizacyjne towarzyszące kampaniom szczepień.**

**zrozumienie przyczyn**  
niezdecydowanych  
postaw

**opracowanie**  
interwencji

**obejmowanie**  
interwencjami  
określonych grup

**monitorowanie**  
efektów  
i odbioru działań



**identyfikacja**  
populacji kluczowych  
do interwencji

**zapewnienie zasobów**  
do realizacji  
interwencji

**współpraca**  
z grupami docelowymi  
interwencji

**Rycina 6.** Czynniki, które trzeba uwzględnić planując i realizując kampanię popularyzującą szczepienia

Konieczne jest, aby kampanie podnoszące świadomość potrzeby szczepień były odpowiednio finansowane oraz, aby oceniać ich wpływ i wyniki. Katalog możliwych interwencji jest bardzo szeroki,

ale nie wszystkie są skuteczne. Światowa Organizacja Zdrowia i Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób oceniają różnego rodzaju interwencje na podstawie ich efektywności. Warto brać pod uwagę wyniki tych analiz, ponieważ niekiedy z góry można przewidzieć, że pewne interwencje będą miały tylko znikomy wpływ [19]. Nauka ta daje podstawy do działań politycznych i praktyki. Bez kampanii popularyzujących szczepienia, szczepionki marnują się. Małe zainteresowanie szczepionkami przeciw COVID-19 w sezonie 2023/2024 powodowało, że większość terminów szczepień nie była zajęta, a zaszczepienie pojedynczej osoby wymagało otwarcia opakowania 5-dawkowego. Farmaceuci deklarują, że straty z powodu nieoptymalnej gospodarki szczepionkami są niepoliczalne.

### **Instytucje zdrowia publicznego są tymi, które powinny kierować działaniami edukacyjnymi.**

Jednak, aby tego dokonać, muszą wykorzystywać środki masowego przekazu, media społecznościowe i pozyskiwać adwokatów swoich działań. To wszystko wymaga konsekwencji w działaniu i zasobów. Jednocześnie nie należy pozostawać biernym wobec postaw antyszczepionkowych, lecz aktywnie występować wobec nich odpowiadając na stawiane tezy. Krytyka postaw antyszczepionkowych i niezdecydowanych nie jest drogą ku rozwiewaniu wątpliwości, natomiast obalanie mitów i umiejętne posługiwanie się danymi może mieć znaczący wpływ na zmiany postaw. Nieliczni przedstawiciele zawodów medycznych podejmują się tego żmudnego zadania, zwykle poświęcając swój własny czas. Warto wspierać ich w tych działaniach, bo ogrom informacji dostępnych w internecie, prasie i telewizji kształtuje opinie odbiorcy, a w końcu decyzję o wykonaniu szczepienia. Dysproporcja między komunikatami powoduje, że dominującą dziś postawą jest niezdecydowanie. Musimy też mieć świadomość, że choć informacje o korzyściach szczepień są powszechne w literaturze, to potrzebujemy krajowych dowodów uświadamiających, że choroby, którym szczepienia zapobiegają, wciąż istnieją i są rzeczywistym zagrożeniem. Dlatego, te same dane, które powinny służyć podejmowaniu decyzji na temat organizacji i finansowania programów szczepień, powinny być wykorzystywane w komunikacji ze społeczeństwem. Tym samym jakość i aktualność informacji pochodzących z nadzoru epidemiologicznego ma podwójne znaczenie dla krajowej strategii immunizacji. **Tylko posiadając rzetelne dane jesteśmy w stanie uzasadnić potrzebę szczepień.**

## **Edukacja pracowników ochrony zdrowia**

Profesjonalistów ochrony zdrowia pracujących w przychodniach i aptekach uważa się na najbardziej wiarygodne źródło informacji nt. szczepień. Mają oni bezpośredni kontakt z pacjentami, dzięki czemu mogą odnosić się do ich obaw, przekonywać i zachęcać do szczepień. Komunikacja interpersonalna, obok kampanii społecznych, jest ważnym narzędziem popularyzacji szczepień. Wymaga ona czasu, wiedzy i umiejętności. Trzeba pamiętać, że lekarze, pielęgniarki i farmaceuci znajdują się pod wpływem tych samych komunikatów, co społeczeństwo. Kilka procent lekarzy zajmujących się realizacją szczepień ochronnych otwarcie potwierdzało fałszywe twierdzenia na temat szczepień, a najczęstszym źródłem wiedzy o szczepieniach były media, w tym media społecznościowe [20]. Nie sposób ocenić, jaka część profesjonalistów ochrony zdrowia wykazuje negatywne podstawy wobec szczepień, ponieważ zwykle nie są one jawne, ale skutkują biernością lub odradzaniem szczepień. Dość powszechne jest przekonanie, że występowanie chorób przewlekłych jest przeciwskazaniem do wykonywania szczepień, gdy w rzeczywistości ci pacjenci potrzebują ich zwykle najbardziej. Dlatego obok działań skierowanych do społeczeństwa, niezbędna jest również edukacja profesjonalistów ochrony zdrowia. Niezbędne jest, aby kursy dotyczące szczepień obejmowały wszystkich lekarzy, pielęgniarki, położne, farmaceutów, higienistki i felczerów, a następnie, aby osoby wykonujące te zawody były odpowiednio motywowane do działania, ponieważ bez ich pracy i wiedzy nie uda się zmienić niezdecydowanej postawy wobec szczepień.

**Ponieważ personel medyczny cieszy się największym zaufaniem w sprawie szczepień, to rozwój wiedzy i postaw zawodów medycznych jest niezbędny, aby wpływ ten zmaksymalizować.**

## PODSUMOWANIE

Usuwanie barier organizacyjnych, finansowych, decyzyjnych i edukacyjnych w dostępie do profilaktyki chorób zakaźnych wymaga kompleksowego podejścia, które powinno uwzględniać potrzeby pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Mimo postępu w organizacji i finansowaniu szczepień, jaki dokonał się w ostatnich latach, wykonywanie części z nich pozostaje nadmiernie obciążone wymogami i ograniczeniami systemowymi w zakresie zasad finansowania, kwalifikacji poszczególnych zawodów medycznych, miejsca wykonania szczepienia. Systemy informatyczne stworzone w czasie pandemii wciąż służą głównie wykonawstwu szczepień przeciw COVID-19 a można na ich fundamentach budować kompleksowy system rekomendowania, rejestracji i realizacji szczepień. Brakuje wizji i strategii rozwoju polskiego systemu immunizacji, a procesy oceny szczepień i podejmowania decyzji o ich finansowaniu nie działają w sposób spójny i efektywny. Rzetelne dane epidemiologiczne powinny być fundamentem strategii zapobiegania chorobom zakaźnym oraz drogowskazem dla decydentów. Edukacja i komunikacja o potrzebie szczepień są niezbędne dla budowania zaufania wobec szczepionek, jednak brakuje skutecznych działań edukacyjnych i informacyjnych skierowanych do społeczeństwa oraz pracowników ochrony zdrowia.

Mimo ogromu barier dysponujemy licznymi rozwiązaniami. Wymagają one współpracy na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej, zaangażowania licznych interesariuszy, oraz wdrażania spójnych strategii mających na celu zwiększenie wyszczepialności i rozwój systemu skutecznej profilaktyki chorób zakaźnych. Opracowanie i wdrożenie Narodowej Strategii Profilaktyki Chorób Zakaźnych, zwiększenie finansowania publicznego szczepień oraz efektywności systemu podejmowania decyzji, równość i poprawa dostępności oraz akceptacji szczepień, oraz skuteczna edukacja i komunikacja stanowią kluczowe kroki w kierunku przełamania barier w zapewnieniu powszechnego i równego dostępu do szczepionek i szczepień na każdym poziomie opieki zdrowotnej i również poza nią.

1. *Szczepienia dorosłych Polaków - raport z badania*; Fundacja My Pacjenci: Warszawa, 2024.
2. Szczepienie, które chroni przed rakiem. Available online: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/szczepienie-ktore-chroni-przed-rakiem#mapaHPV> (accessed on 02.04.2024).
3. Zaszczep się w aptece. Available online: <https://szczepimysie.pacjent.gov.pl/aktualnosc/zaszczep-sie-w-aptece> (accessed on 18.03.2024).
4. Antczak, A.; Balcerzak, M.; Byliniak, M.; Chorostowska-Wynimko, J.; Jackowska, T.; Jahnz-Rozyk, K.; Konstanty, M. *Szczepienia na każdym etapie życia*; OPZCI: Warszawa, 2023.
5. Faivre, P.; Benčina, G.; Campbell, R.; Quilici, S.; Dauby, N.; Tešović, G.; Bonanni, P.; Drury, R. Immunization funding across 28 European countries. *Expert Rev Vaccines* 2021, 20, 639-647, doi:10.1080/14760584.2021.1905257.
6. *Life-course immunization: Country landscape report*; International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations: 2022.
7. *Adult vaccination: a key component of healthy aging. The benefits of life-course immunisation in Europe*; Supporting Active Ageing Through Immunisation Partnership: 2013.
8. Argirova, R.; Zlatareva, A. Lifelong vaccination model: for a better quality of life. *Biotechnology & Biotechnological Equipment* 2023, 37, 24-33, doi:10.1080/13102818.2022.2151379.
9. Philip, R.K.; Attwell, K.; Breuer, T.; Di Pasquale, A.; Lopalco, P.L. Life-course immunization as a gateway to health. *Expert Rev Vaccines* 2018, 17, 851-864, doi:10.1080/14760584.2018.1527690.
10. Michel, J.P.; Chidiac, C.; Grubeck-Loebenstien, B.; Johnson, R.W.; Lambert, P.H.; Maggi, S.; Moulias, R.; Nicholson, K.; Werner, H. Advocating vaccination of adults aged 60 years and older in Western Europe: statement by the Joint Vaccine Working Group of the European Union Geriatric Medicine Society and the International Association of Gerontology and Geriatrics-European Region. *Rejuvenation Res* 2009, 12, 127-135, doi:10.1089/rej.2008.0813.
11. Kalendarz szczepień dorosłych. Available online: <https://ptmr.info.pl/szczepienia/> (accessed on 18.03.2024).
12. *Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19*; Ministry of Digitalization: Internet, 2020.
13. *Program wieloletni pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030*; Ministerstwo Zdrowia: Warszawa, 2020.
14. Laigle, V.; Postma, M.J.; Pavlovic, M.; Cadeddu, C.; Beck, E.; Kapusniak, A.; Toumi, M. Vaccine market access pathways in the EU27 and the United Kingdom - analysis and recommendations for improvements. *Vaccine* 2021, 39, 5706-5718, doi:10.1016/j.vaccine.2021.07.040.
15. Czech, M.; Augustynowicz, E.; Byliniak, M.; Jackowska, T.; Konstanty, M.; Kuchar, E.; Mastalerz-Migas, A.; Niewada, M.; Nitsch-Osuch, A.; Paradowska-Stankiewicz, I.; et al. Improving Vaccine Assessment Pathways and Decision Making in the Polish Immunization Program. *Vaccines* 2024, 12, 286.
16. Mellott, C.E.; Jaworski, R.; Carrico, J.; Talbird, S.E.; Dobrowolska, I.; Golicki, D.; Bencina, G.; Clinkscales, M.; Karamousouli, E.; Eiden, A.L.; et al. Public health impact and return on investment of the pediatric immunization program in Poland. *Expert Review of Vaccines* 2023, 22, 1114-1125, doi:10.1080/14760584.2023.2275712.
17. *European Immunization Agenda 2030*; WHO Regional Office for Europe: Kopenhaga, 2021.
18. *Rapid literature review on motivating hesitant population groups in Europe to vaccinate*; ECDC: Sztokholm 2015.
19. Antczak, A.; Balcerzak, M.; Kuchar, E.; Mastalerz-Migas, A. *Razem przeciw chorobom zakaźnym. Strategia na rzecz podniesienia poziomu wyszczepialności* Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy: 2021.
20. Badania ankietowe postaw lekarzy i źródeł informacji na temat szczepień. Available online: <https://szczepienia.pzh.gov.pl/dla-lekarzy/badania-ankietowe-lekarzy/> (accessed on 18.03.2024).





OGÓLNOPOLSKI PROGRAM  
ZWALCZANIA CHOROÓB INFEKCYJNYCH



OPZCI.PL