



Skoordynowany Plan dla Grypy i COVID-19

Spis treści

- 4 | **To nie szczepionki zakończą pandemię, lecz szczepienia**
- 7 | **Stan organizacyjno-prawny**
- 9 | **Szczepienia przeciw COVID-19**
- 11 | **Szczepienia przeciw grypie**
- 14 | **Rekomendacje Skoordinowanego Planu dla Grypy i COVID-19**
- 15 | **Planowanie w oparciu o wiedzę**
- 16 | **Podstawa dobrego planu**
- 19 | **Ograniczenie dostępu do szczepień z puli publicznej**
- 21 | **Modelowanie ścieżki pacjenta**
 - 22 | 1. Wymogi formalne wykonania szczepienia
 - 23 | 2. Skierowania na szczepienia
 - 24 | 3. Konieczność umożliwienia farmaceutom oraz pielęgniarkom wystawiania recept (refundowanych) na szczepionki przeciw grypie
 - 26 | 4. Problemy z zakupem szczepionek przeciw grypie
 - 27 | 5. Umożliwienie dokonywania zakupu szczepionek w hurtowniach farmaceutycznych prywatnym praktykom lekarskim i pielęgniarskim
 - 27 | 6. Wymogi organizacyjne wykonania szczepienia
- 32 | **Łączenie szczepień przeciw COVID-19 i grypie**
- 34 | **Komunikacja na temat szczepień i ich promocja**
- 37 | **Podsumowanie rekomendacji**
- 39 | **Referencje**



Autorzy raportu w kolejności alfabetycznej:

Prof. dr hab. n. med. Adam Antczak – Przewodniczący Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy, Kierownik Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Dr n. biol., mgr farm. Marcin Balcerzak – Ekspert do spraw systemu ochrony zdrowia, Medink.

Prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko – Członek Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy, Zakład Genetyki i Immunologii Klinicznej, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Dr hab. n. med. Ernest Kuchar – Członek Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy, Prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, Klinika Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Niniejszy raport był diskutowany i analizowany w czasie warsztatów ekspertów, na których wspólnie zostały wypracowane wnioski i rekomendacje zawarte w raporcie.

Członkowie Rady Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy:

Prof. dr hab. n. med. Adam Antczak – Przewodniczący Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy, Kierownik Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko – Członek Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy, Zakład Genetyki i Immunologii Klinicznej, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Prof. dr hab. n. med. Karina Jahnz-Różyk – Członek Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy. Zakład Immunologii i Alergologii Klinicznej Wojskowego.

Dr hab. n. med. Ernest Kuchar – Członek Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy, Prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, Klinika Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW – Członek Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich.

Pozostali uczestnicy dyskusji:

Danuta Adamek – Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.

Prof. dr hab. Lidia Brydak – Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy.

Michał Byliniak – Związek Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA.

Danuta Chmiel – Wydział Polityki Społecznej.

Prof. Irena Chmielewska – Uniwersytet Warszawski.

Dr n. med. Grażyna Cholewińska-Szymańska – Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Chorób Zakaźnych dla Województwa Mazowieckiego.

Dr Maria Cianciara – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych.

Prof. dr hab. n. med. Marcin Czech – Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne.

Marzena Gil – Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dominika Gradek – Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.

Instytutu Medycznego w Warszawie.

Dr Bożena Janicka – Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Elżbieta Jankowiak – Urząd Miasta Poznania.

Dr n. farm. Mikołaj Konstanty – Rada Śląskiej Izby Aptekarskiej.

Katarzyna Kowalska – Stowarzyszenie Pielęgniarek Cyfrowych.

Prof. dr hab. n. med. Marek Kulus – Polskie Towarzystwo Alergologiczne.

Paulina Kuśmierska – Urząd Miasta Krakowa.

Dorota Krawiecka – Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych.

Dr n. med. Mirosława Malara – Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych.

Agnieszka Markielowska – Inspektor, Referat do spraw Zdrowia w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia.

Dr nauk farm. Piotr Merks – Związek Zawodowy Pracowników Farmacji.

Beata Michulec – Główny Inspektorat Sanitarny.

Dr hab. n. med. Maciej Niewada – Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne, Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM.

Alina Niewiadomska – Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych.

Urszula Piaszczyńska – Urząd Miasta Poznania.

Mgr farm. Elżbieta Piotrowska-Rutkowska – Naczelna Rada Aptekarska.

Dr n. med. Marcin Rybacki – Instytut Medycyny Pracy.

Aneta Sarniewicz – Urząd Miasta Stołecznego Warszawy.


Violetta Urban – Urząd Miasta Rzeszowa.

Marek Wójcik – Związek Miast Polskich.

To nie szczepionki zakończą pandemię, lecz szczepienia

Pandemia COVID-19, zmieniła sposób funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, z jednej strony – ukazała wszystkie problemy, a z drugiej – wymusiła wprowadzenie rozwiązań, które wydawałoby się, że przez długi czas pozostaną w sferze idei (1). W 2020 roku pandemia sparaliżowała nasze życie społeczne i gospodarcze. Był to okres oczekiwania na przełom w walce z chorobą, opracowywania i badań klinicznych szczepionek, leków antywirusowych i terapii post-COVID. Bezprecedensowe tempo badań doprowadziło do rejestracji pierwszych szczepionek, które okazały się głównym orężem walki z chorobą.

Pandemia trwa, bo to nie szczepionki ją zakończą, lecz szczepienia.



W minionym roku, przeprowadzono największy program szczepień w historii Polski, mający na celu ochronę zdrowia obywateli i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Sam koszt zakupu szczepionek niezbędnych do realizacji programu oszacowano na 2,4 mld zł (2). W marcu 2022 r. liczba osób w pełni zaszczepionych wynosiła około 22,3 mln, co stanowiło 58,3% wszystkich Polaków (3). Aktualnie tempo szczepień w Polsce jest bardzo wolne. W większości krajów europejskich przekroczono już 70% wskaźnika wyszczepialności uważany za docelowy i planowany do osiągnięcia globalnie w połowie tego roku (4). Efektywność Narodowego Programu Szczepień należy oceniać przez pryzmat bardzo szeroko zakrojonej aktywności ruchów antyszczepionkowych, skrajnie negatywnych postaw wobec szczepień u co czwartego Polaka (5, 6) oraz braku woli politycznej dla wprowadzenia jakiegokolwiek obligatoryjności szczepień i/lub ustawy bezpośrednio lub pośrednio wspierającej wyszczepialność przeciw COVID-19.

Niewątpliwym sukcesem jest wypracowanie i wprowadzenie wielu rozwiązań umożliwiających kontrolę i realizację kampanii szczepień (Rycina 1), które pozostaną z nami w przyszłości. Mamy tu na myśli m.in. proces zakupów i dystrybucji szczepionek, organizację punktów szczepień, nadanie uprawnień do kwalifikowania do szczepienia oraz wykonywania szczepień kolejnym zawodom medycznym, szczepienia w aptekach, elektroniczne systemy skierowań i rejestracji szczepień.

Narodowy Program Szczepień był jednym z największych wyzwań logistycznych, jakim sprostono w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat.

Dalszy kierunek rozwoju pandemii nie jest znany. Z jednej strony Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) dostrzega ryzyko pojawienia się kolejnych wariantów wirusa SARS-CoV-2, sprzyjają temu liczne globalne uwarunkowania, m.in. ograniczony dostęp do szczepień. Omikron może nie być

ostatnią literą greckiego alfabetu, o której usłyszymy (7). Z drugiej strony wiele krajów europejskich zmierza w kierunku traktowania COVID-19 jako choroby endemicznej, podobnie jak grypy. Dania, Holandia, Irlandia i Wielka Brytania zamierzają złagodzić obostrzenia, mimo wciąż dużej liczby zakażeń, przy jednoczesnym zmniejszającym się obciążeniu szpitali (8). Czy takie postępowanie, biorąc pod uwagę aktualny wskaźnik wyszczepialności i wolne tempo szczepień, będzie również bezpieczne w Polsce?

Błędem jest myślenie, że endemia oznacza, że choroba będzie rzadka i niegroźna. Tym bardziej, że na pandemię COVID-19 nakłada się kryzys wojny za wschodnią granicą.

Zmiana postrzegania i wysunięcie na pierwszy plan szczepień, jakiej byliśmy świadkami, wywarła wpływ na ochronę zdrowia. Jej trwałość zależy od kolejnych kroków.

COVID-19, nawet jako choroba endemiczna, wciąż pozostanie niebezpieczny.

Szczególnie groźny będzie dla pewnych grup ryzyka i przeciążonego systemu ochrony zdrowia. Wierzymy, że rozwiązania wypracowane w ramach Narodowego Programu Szczepień (Rycina 1) zostaną z nami na dłużej i staną się elementem wspólnej strategii podnoszenia poziomu wyszczepialności przeciw wszystkim chorobom zakaźnym.

To szczególnie ważne w czasie, gdy na kryzys pandemii nakłada się kolejny zwiąany z wojną w Ukrainie i falą uchodźców szukających schronienia w Polsce.

Oprócz pomocy humanitarnej, uchodźcy potrzebują dostępu do świadczeń systemu ochrony zdrowia. Stan zaszczepienia przeciw chorobom zakaźnym w Ukrainie jest niższy niż w Polsce; różnice dotyczą też kalendarza szczepień (9).

Już w chwili obecnej wiele rozwiązań wprowadzonych dla COVID-19 zostało wdrożonych do szczepień przeciw grypie. Należą do nich m.in. kompetencje dotyczące kwalifikacji i realizacji szczepień przez liczne zawody medyczne, możliwość realizacji szczepień w aptekach i populacyjnych punktach szczepień. Umożliwiono również bezpłatne szczepienia przeciw grypie dla wielu grup zawodowych w których występuje szczególne narażenie na zakażenia a także znacząco rozszerzono liczbę wskazań refundacyjnych. Kolejnym krokiem są zakupy i dystrybucja szczepionek poprzez RAPR (Rządową Agencję Rezerw Strategicznych) oraz wprowadzenie rejestru szczepień przeciwko grypie..

Fale zachorowań na COVID-19 i grypę nakładają się – szczepionki przeciw tym chorobom mogą być stosowane jednocześnie, co daje możliwość synergicznego zwiększania odporności (10). W niniejszym raporcie analizujemy stan organizacyjno-prawny szczepień przeciw COVID-19 i grypie w Polsce, w celu zarysowania skoordynowanego planu działań na rzecz wykonania w przyszłości jak największej liczby szczepień przeciw tym chorobom. Obecnie oferowany

system jest znacznie bogatszy w rozwiązania ułatwiające pacjentom dostęp do szczepień, choć wielość możliwych rozwiązań komplikuje proces i bez odpowiedniej synchronizacji działań i właściwej komunikacji z pacjentem i do świadczeniodawców, nie będzie on mógł być właściwie wykorzystany.



6

Rycina 1. Kluczowe elementy Narodowego Programu Szczepień

Stan organizacyjno-prawny

Szczepienia przeciw COVID-19 zmieniły podejście do profilaktyki pierwotnej chorób zakaźnych i stały się najważniejszym elementem polityki zdrowotnej w 2021 r. Wypracowano i wdrożono dla ich realizacji szereg nowych rozwiązań pozwalających na osiągnięcie odpowiedniej efektywności i monitorowania postępu narodowej kampanii szczepień (Rycina 1). Nigdy wcześniej nie dysponowaliśmy tak aktualnymi i dokładnymi informacjami na temat liczby osób zaszczepionych. Profilaktyka grypy i innych chorób zakaźnych może zyskać na szerszym zastosowaniu tych rozwiązań (Tabela 1). Pracownicy ochrony zdrowia powinni mieć dostęp do informacji na temat statusu immunizacyjnego swoich pacjentów i możliwość oceny ich potrzeb w tym zakresie.

Tabela 1. Podsumowanie stanu organizacyjno-prawnego szczepień przeciw COVID-19 i grypie w Polsce

	COVID-19	Grypa
Zakupy szczepionek	Publiczne centralne	Publiczne i niepubliczne
Uprawnienia do zamówienia/zakupu szczepionek	Punty szczepień przeciw COVID-19 (populacyjny, powszechny, apteczny)	ZOZ, apteki, punkty szczepień przeciw COVID-19
Dystrybucja	RARS (zakontraktowane hurtownie farmaceutyczne)	RARS i hurtownie farmaceutyczne
Kolejność szczepień	Określone grupy priorytetowe i kolejność realizacji szczepień na początku kampanii	Brak określenia priorytetowych grup w realizacji szczepień z puli publicznej
Podstawa do wykonania/wydania szczepionki	Skierowanie	Recepta (w sezonie 2021/2022 niewymagana od osób dorosłych szczepiących się w punktach szczepień przeciw COVID-19)

	COVID-19	Grypa
Cena szczepionki dla pacjenta	Bezpłatne	Różne, zależnie od poziomu refundacji, w tym bezpłatnie. Od listopada 2021 szczepienia były bezpłatne dla wszystkich dorosłych.
Obowiązek szczepień	Tak, w grupie pracowników ochrony zdrowia (od 1.03.2022)	Nie
Rejestracja na szczepienie	Prosta rejestracja w centralnym systemie wspomagany przez wiele kanałów dostępu, niekiedy niewymagana	Niezależne rozproszone systemy rejestracji, których rodzaj zależy głównie od miejsca realizacji szczepienia
Organizacja szczepień	Punkty szczepień stacjonarne, mobilne, w placówkach medycznych i niemedyceńskich (populacyjne, powszechne, apteczne)	Głównie stacjonarne w placówkach medycznych i w aptekach, ale również w punktach szczepień przeciw COVID-19, które dołączą do programu szczepień
Rejestr szczepień	Centralny system, publikacja danych	Centralny system, obowiązkowy tylko dla szczepień finansowanych ze środków publicznych, brak publikacji danych
Informacja/promocja szczepień	Narodowa kampania	Kampanie o zasięgu lokalnym, np. samorządowe

Szczepienia przeciw COVID-19

Zakupy szczepionek przez kraje Unii Europejskiej są scentralizowane. Nie ma możliwości zakupu szczepionek przez podmioty niepubliczne. W Polsce, za logistykę dostaw szczepionek odpowiada Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych (RARS) (Rycina 2). Hurtownie farmaceutyczne dostarczają szczepionki z RARS do punktów szczepień, regularnie zgłaszających swoje zapotrzebowanie za pomocą platformy informatycznej SDS (System Dystrybucji Szczepionek). W 2021 r. w Polsce funkcjonowało kilka tysięcy punktów szczepień różnego typu (Tabela 1). Dzięki temu szczepienia wyszły poza mury placówek systemu ochrony zdrowia.

Logistyka szczepień jest wspomagana przez liczne systemy informatyczne. Punkty szczepień przygotowują grafiki terminów na szczepienia, które są widoczne dla pacjentów i pracowników rejestrujących na szczepienia (e-Rejestracja). Podstawą do wykonania szczepień są skierowania. Są one wystawiane automatycznie przez system P1 wg ustalonej kolejności szczepień (11) lub mogą być wystawiane indywidualnie przez lekarzy. Status skierowań jest weryfikowany przez system rejestracji i modyfikowany przez wykonujących szczepienia (e-Rejestracja i e-Gabinet). Z punktu widzenia części użytkowników, praca w 3 różnych systemach służących do zamawiania, rejestracji i potwierdzania wykonania szczepień jest uciążliwa i pomocna byłaby ich integracja. To ich działanie w dużym stopniu usprawnia komunikację między interesariuszami całego systemu.

Polacy chcący się zaszczepić mają wiele możliwości rejestracji, m.in. przez Internetowe Konto Pacjenta (IKP), na portalu pacjent.gov.pl, infolinię Narodowego Programu Szczepień Przeciw COVID-19 lub bezpośrednio w punkcie szczepień (12). Zarejestrowani mogą liczyć na przypomnienie o terminie szczepienia, np. za pośrednictwem wiadomości SMS. Dodatkowo, możliwe są szczepienia bez rejestracji i przez zespoły mobilne. Szczepienie przeciw COVID-19 było pierwszym szczepieniem wykonanym w aptece, dzięki rozszerzeniu kompetencji farmaceutów. Każdy pacjent otrzymywał potwierdzenie wykonania szczepienia z wyznaczonym terminem podania kolejnej dawki. Ponadto informacje były zbierane w systemie informatycznym umożliwiającym certyfikację szczepień.

Wszystko to przygotowano, aby umożliwić dostęp do szczepień jak największej liczbie osób. Tysiące punktów szczepień działających w publicznych i prywatnych instytucjach ochrony zdrowia, aptekach i niejednokrotnie poza placówkami medycznymi było do dyspozycji obywateli. Kampania informacyjna nt. szczepień miała charakter ogólnokrajowy i równoległe regionalny i lokalny. W tej chwili nie wiadomo jaki charakter będą miały w przyszłości szczepienia przeciw COVID-19. Jednak wiadomo, że choroba pozostanie z nami na dłużej i będzie groźna szczególnie dla osób z grup ryzyka (Tabela 2).



Tabela 2. Grupy ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 i grypy, i osoby z zawodowym narażeniem na zachorowanie (11, 13, 14)

Kryteria	COVID-19	Grypa
Wiek	<ul style="list-style-type: none"> Osoby powyżej 60. roku życia. 	<ul style="list-style-type: none"> Zdrowe dzieci w wieku od 6 miesiąca życia do 18. roku życia. Osoby powyżej 55. roku życia*.
Stan zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> Pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjach, DPS. Osoby dializowane. Chorzy na nowotwory. Pacjenci chorzy na Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc (POChP) wentylowani mechanicznie. Osoby po przeszczepach lub oczekujące na przeszczep. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjach, DPS. Osoby po przeszczepach lub oczekujące na przeszczepienie. Dzieci i dorośli przewlekłe chorzy**. Osoby w stanach obniżonej odporności i chorzy na nowotwory układu krwiotwórczego.
Stan kliniczny	<ul style="list-style-type: none"> Kobiety w ciąży lub planujące ciążę. 	
Narażenie zawodowe/ przesłanki epidemiczne	<ul style="list-style-type: none"> Pracownicy sektora ochrony zdrowia i placówek opiekuńczych. Uczniowie i studenci kierunków medycznych mający kontakt z pacjentem. Nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni. Funkcjonariusze służb mundurowych i żołnierze. 	

DPS – dom pomocy społecznej

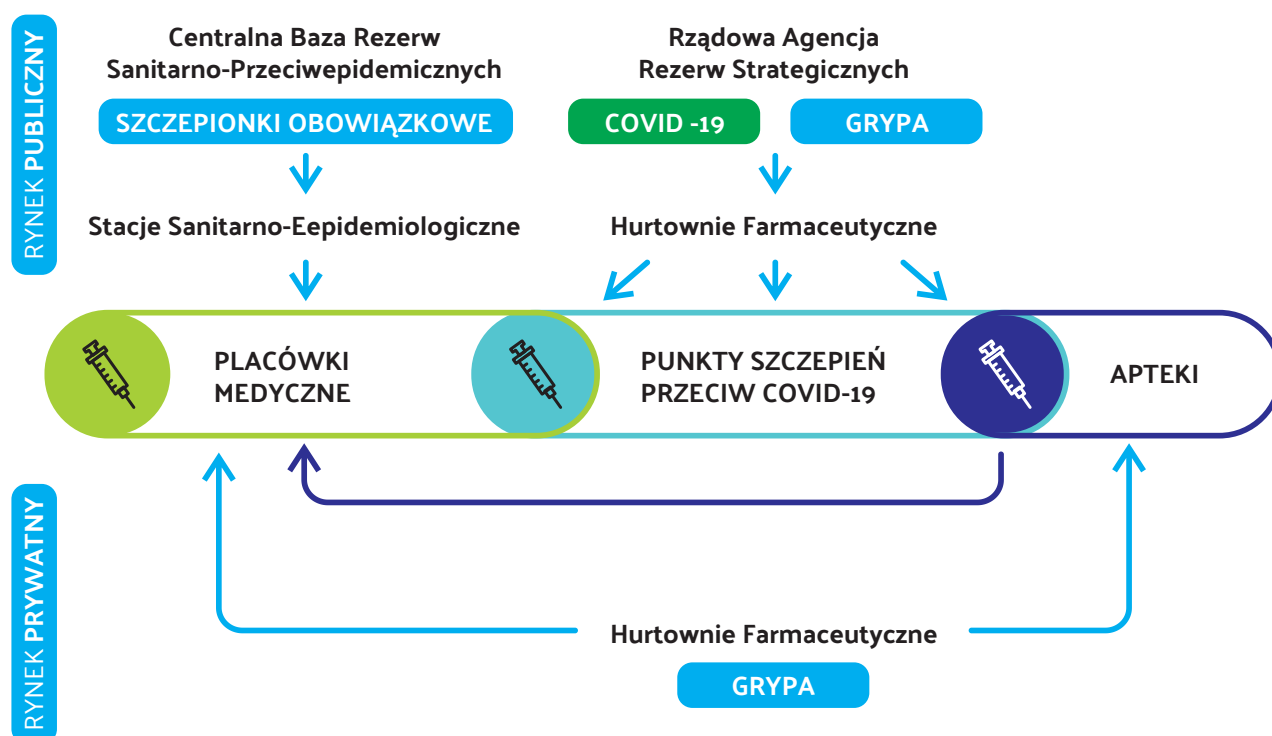
* – szczepionki są refundowane z różnymi stopniami odpłatności dla osób powyżej 65. i 75. roku życia (patrz Tabela 3)

** – po przeszczepieniu narządu mięszowego, z niewydolnością układu oddechowego, astmą oskrzelową, POChP, niewydolnością układu krążenia, chorobą wieńcową, niewydolnością nerek, nawracającym zespołem nerczycowym, chorobami wątroby, metabolicznymi, w tym cukrzycą, neurologicznymi oraz neurorozwojowymi, z upośledzeniem układu odporności, w tym po przeszczepieniu komórek hematopoetycznych i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego.

Szczepienia przeciw grypie

Kampania szczepień przeciw grypie nie ma charakteru ogólnokrajowego. Szczepionki są zamawiane przed każdym sezonem szczepień na potrzeby rynku publicznego i prywatnego. Za zaopatrzenie rynku publicznego odpowiada RARS, a rynku prywatnego – hurtownie farmaceutyczne (Rycina 2). Centralna Baza Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych nie bierze udziału w łańcuchu dystrybucji szczepionek przeciw grypie i COVID-19. Jednostka ta zajmuje się głównie szczepionkami obowiązkowymi.

Sezon szczepień przeciw grypie 2021/2022 był wyjątkowy, ponieważ RARS przekazała zakupione szczepionki punktom szczepień w celu bezpłatnego udzielania świadczeń wszystkim osobom dorosłym (15). Aktualny wyjątek regulowany jest rozporządzeniem odnoszącym się tylko do sezonu 2021/2022 (15, 16). Szczepionki przeciw grypie były dostępne dla wszystkich dorosłych Polaków nawet bez potrzeby posiadania recepty – normalnie jest ona wymagana. Od 11 stycznia 2022 r. farmaceuci mogą szczepić przeciw grypie w aptekach, natomiast mogą wystawić jedynie recepty *pro auctore* i *pro familiae*, co znacząco utrudni szczepienia w aptekach w kolejnych sezonach. Ogranicza to potencjał tej grupy zawodowej.



Rycina 2. Schemat organizacji logistyki szczepień przeciw COVID-19, grypie i innym chorobom zakaźnym w Polsce

Doszło do korzystnej zmiany dotyczącej finansowania szczepień osób uprawnionych w ramach osobnej stawki (17). Dotyczy ona szczepień wykonywanych z rezerwy RARS, natomiast pozostałe szczepienia wykonywane są wciąż w ramach stawki kapitacyjnej. To samo świadczenie nie powinno być finansowane w różny sposób, ponieważ niesprawiedliwie różnicuje świadczeniodawców. Duża zmiana sposobu finansowania wykonywania szczepień sprzyjałaby zaangażowaniu w akcję szczepień sezonowych. To ważne, tym bardziej że aktualnie pielęgniarki, położne i farmaceuci, po spełnieniu odpowiednich wymagań mogą przeprowadzić badanie kwalifikacyjne osoby dorosłej przed szczepieniem i je wykonać.

Szczepienia przeciw grypie mimo, że refundowane nie mają jednak stałej wysokości refundacji, stopień odpłatności pozostaje różny. Szczepionki objęte refundacją muszą zostać zakupione w aptece, bowiem te oferowane w ZOZ-ach (Zakładach Opieki Zdrowotnej) są produktami pełnopłatnymi. Wynika to z braku uprawnień ZOZ-u do obrotu produktami leczniczymi a tym bardziej refundowanymi. To istotne ograniczenie w korzystaniu z ZOZ-ów ponieważ do niedawna były domyślnym miejscem wykonywania szczepień. Aktualnie coraz częściej wybieramym miejscem stacją się apteki, które w przyszłości mogą stać się głównym miejscem wykonywania szczepień, finansowanych ze środków publicznych. Istotnym jednak ograniczeniem pozostaje zakaz reklamy usług świadczonych przez aptekę.

Tabela 3. Stopień odpłatności za szczepionki refundowane

Odpłatności za szczepionkę	Grupy pacjentów
Bezpłatne	<ul style="list-style-type: none"> kobiety w ciąży, osoby powyżej 75. roku życia.
50%	<ul style="list-style-type: none"> dzieci po ukończeniu 6 m.ż., do ukończenia 18 r.ż., osoby powyżej 65. r.ż., do ukończenia 74 r.ż. roku życia, osoby w wieku 18 – 65 w przypadku chorujące przewlekle*.

* – po transplantacji narządów; chorujących na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby neurologiczne i neurorozwojowe; w stanach obniżonej odporności (w tym po przeszczepie tkanek i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego).

Ponadto, do bezpłatnych szczepionek przeciw grypie w sezonie 2021/2022 upoważnione były (16):

- osoby zatrudnione w podmiotach leczniczych, aptekach, laboratoriach diagnostycznych,
- wszyscy nauczyciele akademicki oraz studenci i doktoranci uczestniczący w zajęciach z udziałem pacjentów,
- osoby zatrudnione w organach Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, inspektorzy regionalni i Głównego Inspektora Farmaceutycznego,

- osoby zatrudnione w jednostkach pomocy społecznej lub w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku,
- pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjów i oddziałów medycyny paliatywnej,
- osoby przebywające w DPS, w placówkach opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku,
- osoby pracujące w przedszkolu, w szkole lub w innych placówkach działających w systemie oświaty, w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, opiekuńczo-terapeutycznych i ośrodkach preadopcyjnych,
- funkcjonariusze służb mundurowych i żołnierze,
- rzecznicy praw pacjenta szpitali psychiatrycznych,
- osoby urodzone nie później niż w 1946 r.

Informacje na temat osób zaszczepionych przeciw grypie są ograniczone. Dzieje się tak, ponieważ nie każde szczepienie przeciw grypie jest rejestrowane, a dotyczy to jedynie tych, które są finansowane ze środków publicznych. Powoduje to braki w wiedzy o liczbie wykonywanych szczepień i w systemowej informacji o statusie immunizacyjnym wszystkich pacjentów. Sam system szczepień jest rozproszony i opiera się na zakładach opieki zdrowotnej, a od tego roku również na aptekach. Każda z tych placówek prowadzi swój niezależny system zapisów. W przypadku grypy, nie funkcjonują skierowania na szczepienia (Tabela 1). W wielu krajach na świecie służą one pielęgniarcom, położnym i farmaceutom do weryfikowania potrzeb immunizacyjnych pacjentów i wykonywaniu różnych szczepień – w tym finansowanych ze środków publicznych (19).

Co sezon szczepienie przeciw grypie jest rekomendowane wszystkim dzieciom od 6. miesiąca życia i dorosłym, którzy spełniają kryteria kwalifikacji. Grupy, w których szczepienia przeciw grypie są szczególnie zalecane wg Programu Szczepień Ochronnych (13) przedstawiono w Tabeli 2. Z porównania grup ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 i grypy wynika, że częściowo zachorowania w tych grupach się pokrywają. Chodzi tu zwłaszcza o osoby w wieku powyżej 60. roku życia, chorych na nowotwory, zwłaszcza na nowotwory krwi i osoby przed/po przeszczepach (Tabela 2). Dodatkowo, z powodów epidemiologicznych obydwie szczepienia powinny dotyczyć m.in. pracowników ochrony zdrowia, edukacji, służb mundurowych i żołnierzy, itd.

Istotne pokrywanie się grup ryzyka ciężkiego przebiegu obu chorób i przesłanek epidemicznych do zapobiegania im, wskazuje na racjonalność jednoczesnego zwiększania poziomu wyszczepialności. Oba szczepienia mogą być wykonywane w tym samym czasie, co daje istotny potencjał wzrostu ilości wykonywania szczepień przeciw grypie przy okazji konieczności podania kolejnych dawek przypominających szczepionki przeciw COVID-19 w przyszłości.

Nadchodzący sezon zachorowań na grypę i kolejna fala COVID-19 mogą być wyjątkowe również z powodu narastającej liczby uchodźców z Ukrainy. Bezprecedensowa w naszym regionie od czasów II Wojny Światowej migracja ludności cywilnej będzie nie tylko wyzwaniem humanitarnym, ale również epidemiologicznym.

Rekomendacje Skoordynowanego Planu dla Grypy i COVID-19

Biorąc pod uwagę potencjalną synergię między szczepieniami przeciw COVID-19 i grypie zespół autorów i konsultantów niniejszego raportu przygotował rekomendacje dotyczące zmian, które umożliwią w przyszłości:

- **racjonalną alokację zasobów i wczesne uodpornienie osób kluczowych dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Państwa oraz najbardziej zagrożonych zachorowaniem,**
- **koncentrację zasobów w celu jednoczesnego zwiększania wyszczepialności przeciw obu chorobom,**
- **zwiększenie wydajności wykonywania szczepień i lepsze wykorzystanie szczepionek.**

Planowanie w oparciu o wiedzę

Podsumowanie rekomendacji:



Wczesne planowanie zapotrzebowań i działań przed sezonem szczepień



Zaangażowanie świadczeniodawców w szczepienia grup priorytetowych dla działania systemu ochrony zdrowia i państwa



Wspieranie współpracy świadczeniodawców i świadczeniobiorców w planowaniu szczepień przed sezonem



Informowanie pacjentów o przysługujących uprawnieniach i lokalizacjach punktów szczepień



Umożliwienie wczesnego zamawiania szczepionek przez świadczeniodawców w celu racjonalnej alokacji zasobów i zabezpieczenia grup zawodowych kluczowych dla działania w czasie epidemii



Zaplanowanie i przeprowadzenie kampanii informacyjnej oraz świadomościowej przed i w trakcie sezonu szczepień

Podstawa dobrego planu

Na początku 2021 r. zapotrzebowanie na szczepionki przeciw COVID-19 było ogromne i choć potrzeby krajów europejskich są dziś zaspokojone, globalnie wciąż potrzeba większej liczby szczepionek (20), aby osiągnąć cel zaszczepienia 70% światowej populacji w połowie 2022 r. (4). W przypadku grypy, niedobór szczepionek nie jest tylko pozornym zagrożeniem. W sezonie szczepień 2020/2021, Światowa Organizacja Zdrowia reagowała na niedobory szczepionek rekomendując kolejność szczepień grup ryzyka (21), podobną do tej, jaką określano na początku kampanii szczepień przeciw COVID-19. W 2021 r. wzrosła wycena szczepionek przeciw grypie, co wzmocniło pozycję Polski w negocjacjach na temat wielkości dostaw w obliczu wysokiego popytu. W kolejnych sezonach spodziewany jest dalszy wzrost popytu na szczepionki przeciw grypie. Wiąże się to m.in. z możliwością jednoczesnego szczepienia przeciw COVID-19 i grypie, które pożądane będzie wraz z przejściem COVID-19 w fazę endemii. Fale zachorowań na obie choroby częściowo się pokrywają. Istotnym czynnikiem wpływającym na zapotrzebowanie na szczepionki w Polsce może być obecność kilku milionów uchodźców z Ukrainy. W tym momencie trudno jest oszacować te potrzeby, które zależą od dalszego rozwoju sytuacji za naszą wschodnią granicą.

16

Koniec sezonu szczepień to okres, gdy ocenia się zapotrzebowanie i zamawia szczepionki na kolejny rok (Rycina 3). Ogólnopolski Program Zwalczania Grypy (OPZG) wspiera każdego roku Ministerstwo Zdrowia opracowując w gronie eksperckim na podstawie dostępnych danych rekomendacje w sprawie zapotrzebowania szczepionki przeciw grypie (22). Opisany wcześniej niedoskonały system raportowania szczepień przeciw grypie w dużej mierze ogranicza możliwości planowania. Dotyczy to m.in. braku danych dotyczących wykorzystania dawek przez Ministerstwo Zdrowia (MZ) w trakcie trwania sezonu szczepień, rejestrowanie tylko wykonania szczepień finansowanych ze środków publicznych i braku raportowania szczepień przez placówki ochrony zdrowia.

Pandemia zmieniła nastawienie dużej części dorosłych Polaków do szczepień przeciw grypie, a dane deklaracyjne wskazują na znaczny wzrost chęci szczepienia się (22). Potwierdza to również niezadowolone społeczne obserwowane z powodu deficytów szczepionek w ZOZ i aptekach.

**Jednak znacznie bezpieczniej jest planować na podstawie faktów,
a nie społecznych emocji.**

Stąd, należy szczepienia przeciw grypie raportować tak samo, jak raportuje się szczepienia przeciw COVID-19. Liczne kraje europejskie dysponują statystykami szczepień przeciw grypie wykonanymi w różnych grupach ryzyka zdrowotnego i epidemiologicznego (23). Nie należy

zapominać, że wiedza o statusie immunizacyjnym pacjentów, poza sferą organizacyjno-planistyczną, może mieć również istotną wartość kliniczną i diagnostyczną.

Określeniu zapotrzebowania na szczepionki w danym sezonie powinna towarzyszyć charakterystyka grup, dla których będą one zabezpieczone w ramach zakupów ministerialnych, tzw. grupy 0, tj. grupy o najwyższym priorytecie szczepień (Rycina 3). W sezonie 2021/2022, RARS była dysponentem rezerw ministerialnych. Działania Agencji to przede wszystkim utrzymywanie rezerw strategicznych na wypadek zagrożenia bezpieczeństwa i obronności państwa oraz porządku i zdrowia publicznego. Wydaje się, że rolę RARS w przyszłości mogłaby przejąć Centralna Baza Rezerw Sanitarno-Epidemiologicznych, która pełni rolę Centralnego Dystrybutora Szczepionek zaopatrującego głównie w szczepionki obowiązkowe (Rycina 2). Baza jest jednostką podległą ministrowi zdrowia (24). W nowym modelu szczepionki przeciw grypie byłyby przekazywane świadczeniodawcom przez regionalne stacje sanitarno-epidemiologiczne. Z drugiej strony, sytuacja wywołaną inwazją Rosji na Ukrainę, jest istotnym czynnikiem przemawiającym za utrzymaniem wiodącej roli RARS. Wojna ta i spowodowana nią ucieczka milionów obywateli z Ukrainy będzie miała wpływ na bezpieczeństwo systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Populacja, która będzie objęta bezpłatnymi szczepieniami z puli ministerialnej powinna być określona na drodze rozporządzenia, którego wydanie jest bezpośrednim następstwem zamówienia szczepionek (Rycina 3). Wczesna publikacja rozporządzenia pozwoli na rozpoczęcie przygotowań do sezonu szczepień. Formacje oraz instytucje zatrudniające i w których przebywają osoby uprawnione do szczepień z puli ministerialnej, wraz ze świadczeniodawcami mogą rozpocząć wspólne planowanie przygotowań do sezonu szczepień. Równoległe do postępu uzgodnień świadczeniodawcy powinni mieć możliwość zgłaszania i kontraktowania wykonywania szczepień finansowanych ze środków MZ. Podpisanie umów powinno umożliwić składanie zapotrzebowań/zamówień na szczepionki. Przedstawione na Rycinie 3 tempo przygotowań może wydawać się aż nazbyt pospieszne. Jednak w wielu europejskich krajach zamówienia na szczepionki złożone są przez lekarzy i farmaceutów już na niemal rok przed rozpoczęciem sezonu. Jest tak np. w Wielkiej Brytanii (Anglia i Walia), Belgii, Francji i Niemczech. Niektóre kraje planują działania na kilka sezonów zachorowań do przodu (21). Wczesne planowanie na szczeblu centralnym pozwoli uniknąć:

- **gwałtownej i nieprzewidzianej relokacji zasobów** takiej, jaka miała miejsce w sezonie 2021/2022. Umożliwienie wykonywania bezpłatnych szczepień osób dorosłych spowodowało załamanie popytu w aptekach i na rynku prywatnym,
- **ograniczyć potrzebę utylizacji niewykorzystanych szczepionek** po zakończeniu sezonu szczepień.

Dlatego decyzje o zasadach i dostępności szczepień powinny być podejmowane i ogłaszane na długo przed sezonem szczepień, aby wszyscy interesariusze mogli się do niego właściwie przygotować.

Pierwsze dostawy szczepionek powinny być w zdecydowanej większości przeznaczone na potrzeby szczepień osób uprawnionych do bezpłatnych świadczeń na mocy rozporządzenia. Na wzór map punktów szczepień przeciw COVID-19, przed rozpoczęciem sezonu szczepień powinna być dostępna lokalizacja punktów wykonujących szczepienia dla osób z różnych grup

(Rycina 3). W sezonie 2021/2022 punkty szczepień przeciw COVID-19 zaczęły wykonywać również szczepienia przeciw grypie. Scentralizowana informacja o ofercie i lokalizacji punktów szczepień jest podstawową potrzebą, zwłaszcza dla osób zdeterminowanych, aby się zaszczepić. Niestety, na początku sezonu szczepień 2021/2022 nierzadkie były przypadki, gdy np. osoby wykonujące zawód medyczny nie wiedziały, gdzie mogą wykonać bezpłatne szczepienia. W wielu krajach europejskich programy szczepień są wspierane przez ogólnonarodowe kampanie informacyjne.

Proponowane powyżej działania, zmierzające do

poprawy komunikacji między władzami, a świadczeniodawcami i pacjentami oraz zachęcające realizatorów szczepień do jak najwcześniejszych zamówień szczepionek,

są podstawą:

- **racjonalnego wykorzystania zasobów,**
- **uodpornienia jak najwcześniej dużej liczby osób kluczowych dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz Państwa.**

Podejście to sprawdza się również jako element strategii sprawnego reagowania w przypadku potencjalnego kryzysu, jakim może być wcześniejsza niż zwykle fala zachorowań (25).

Dodatkowo daje szansę na zabezpieczenie logistyki i organizacji szczepień na wypadek zagrożenia wojną i związaną z nią sytuacją humanitarno-epidemiologiczną.

Ograniczenie dostępu do szczepień z puli publicznej

Czy możliwe są inne scenariusze?

Udostępnienie zasobów szczepionek przeciw grypie znajdujących się w zasobach RARS w sezonie 2021/2022 do szczepień wszystkich dorosłych obywateli wskazuje na problemy z efektywnym wykorzystaniem tej puli. Pojawiają się głosy o potrzebie rezygnacji z publicznych zakupów szczepionek. Ogólnopolski Program Zwalczania Grypy (OPZG) nie rekomenduje ograniczania istniejących uprawnień do bezpłatnych szczepień grup osób wskazanych w Rozporządzeniu w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 (16). Być może warto zrezygnować z części zamówień publicznych na rzecz systemu niepublicznego, w którym szczepionki i szczepienia grup priorytetowych byłyby refundowane ze środków publicznych? Wymaga to jednak głębszej analizy.

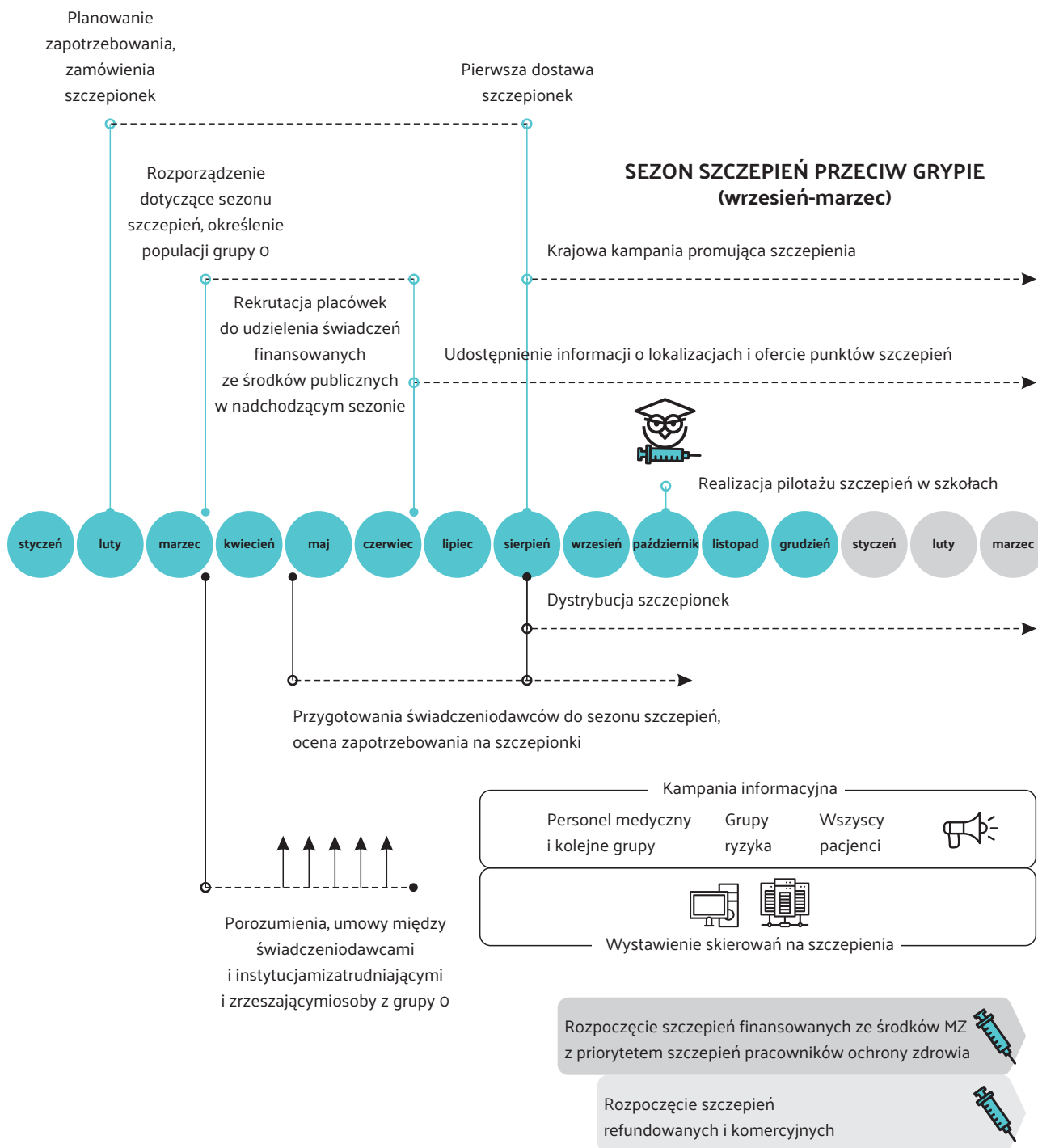
Całkowita rezygnacja z publicznej puli szczepień przeciw grypie to krok w tył w kształtowaniu Polityki Lekowej Państwa (26).

Szczepienia potrzebują stabilizacji i konsekwencji, a nie ciągłych zmian, zwłaszcza tych dokonywanych w środku sezonu szczepień. Nabyte przez pacjentów uprawnienia do szczepień powinny być zachowane. Niestabilność w zakresie uprawnień do szczepień, szczególnie widoczna w sezonie 2021/2022, spowodowała ogólne niezadowolenie pacjentów, którego odbiorcami były osoby wykonujące zawody medyczne. Trudno będzie tłumaczyć pacjentom, dlaczego nie ma bezpłatnych szczepień, szczególnie, że nie komunikuje się powodów rezygnacji z oferowania tych świadczeń. Dlatego tak ważny jest plan i jego realizacja. Wciąż nie jest na to za późno. Należy pamiętać, że stoimy u progu największego od II Wojny Światowej kryzysu migracyjnego. Uchodźcy z Ukrainy powinni mieć możliwość bezpłatnego szczepienia się przeciw COVID-19 i grypie, co z pewnością wpłynie na obciążenie polskiego systemu zdrowia jesienią i zimą 2022/2023.

Ograniczenie zamówień publicznych może być ryzykowne ze względu na sytuację epidemiologiczną i humanitarną w jakiej się znajdujemy. Z jednej strony w systemie niepublicznym grupy kluczowe dla funkcjonowania ochrony zdrowia i bezpieczeństwa Państwa nie byłyby traktowane priorytetowo. Z drugiej strony, większa dostępność szczepionek w aptekach i przychodniach na początku sezonu szczepień sprzytałaby efektywnemu wszczęciu dużej liczby osób w czasie, gdy zainteresowanie szczepieniami nieproporcjonalnie większe do potrzeb.

Niezależnie, ograniczenie publicznych zamówień szczepionek wymaga wczesnego planowania ich wykorzystania. Dodatkowo zmianę zasad realizacji świadczeń (np. refundację szczepień dla określonych grup priorytetowych) należy równie wcześnie zakomunikować świadczeniodawcom i pacjentom, aby ci mogli się przygotować do nowej sytuacji. Polityka szczepień przeciw COVID-19 i grypie powinna ewaluować, ale bez cofania się, a tym byłoby odebranie możliwości bezpłatnego szczepienia medykom, nauczycielom, służbom mundurowym oraz osobom w placówkach opiekuńczo-leczniczych (16).

Działania inicjowane i prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia



Działania inicjowane i prowadzone przez świadczeniodawców

Rycina 3. Cykl przygotowań centralnych i lokalnych od sezonu szczepień przeciw grypie

Modelowanie ścieżki pacjenta

Podsumowanie rekomendacji:



Należy dążyć do maksymalnego skracania ścieżek pacjentów, czyli zmniejszenia liczby działań niezbędnych do zrealizowania przez pacjenta, aby wykonać szczepienie

Modelowanie ścieżek powinno uwzględniać czynniki formalne i organizacyjne niezbędne do realizacji szczepień



Informacja dobrej jakości i na czas to podstawowe elementy dobrej organizacji systemu szczepień



Wprowadzenie powszechnego systemu skierowań na szczepienia grup ryzyka zdrowotnego, epidemiologicznego oraz uchodźców może usprawnić działanie systemu szczepień



Organizacja systemu szczepień powinna uwzględniać priorytetowe szczepienie grup ważnych dla utrzymania funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i państwa



Należy rozważyć nowe ścieżki pacjenta, m.in. zwiększenie kompleksowości usług świadczonych w ramach opieki specjalistycznej oraz prowadzenie szczepień w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, np. przedszkolach, szkołach

Modelowanie ścieżki pacjenta ma na celu zmniejszenie liczby działań, jakie pacjent musi zrealizować od podjęcia decyzji o zaszczepieniu się do wykonania szczepienia. Zmiany w docelowej ścieżce powinny zmieniać wymogi formalne i organizacyjne przy zachowaniu odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa pacjentów, osób kwalifikujących i wykonujących szczepienia. Nie ma jednej uniwersalnej ścieżki pacjenta.

W Polsce rekomendowaną drogą modelowania ścieżek pacjentów jest dostosowywanie ich do:

- wieku pacjentów,
- sposobu finansowania szczepienia,
- miejsca realizacji szczepienia.

1. Wymogi formalne wykonania szczepienia

Tabela 4 przedstawia podstawowe wymogi formalne ścieżki pacjenta do wykonania szczepienia przeciw grypie oraz aktualne i alternatywne sposoby ich realizacji.

Tabela 4. Wymogi formalne na ścieżce pacjentów do szczepieniu przeciw grypie

Wymóg	Stan aktualny	Alternatywy
Skierowanie	Formalnie niewymagane. W przypadku szczepień finansowanych ze środków MZ uprawnione podmioty/ instytucje/ formacje zgłaszają pacjentów do świadczeniodawców. Szczepienia przeciw COVID-19 są oparte o system skierowań.	Zlecenia stałe wystawiane na szczepienie jako skierowania wystawiane automatycznie (np. na podstawie kryteriów demograficznych) przez personel medyczny (na podstawie kryteriów klinicznych), umożliwiają ocenę potrzeb immunizacyjnych przez personel uprawniony do prowadzenia badań kwalifikacyjnych i szczepień. Skierowania mogą służyć określeniu uprawnień do refundacji szczepionki i oraz wykonywania szczepień finansowanych ze środków MZ. Skierowania, zwłaszcza komunikowane bezpośrednio do pacjenta np. poprzez SMS pełnią rolę edukacyjną i alertową, skłaniająca do podjęcia działań prozdrowotnych.
Recepty	Wymagane w aptekach w celu zakupu szczepionki. Są wystawiane głównie przez lekarzy*, określają	Nadanie farmaceutom i pielęgniarkom uprawnień do wystawiania recept na szczepionki, w tym recept

Wymóg	Stan aktualny	Alternatywy
Recepty cd.	uprawnienia pacjentów do refundacji. W sezonie 2021/2022 nie wymagano recept w punktach szczepień przeciw COVID-19.	refundowanych wystawianych na podstawie skierowań lub kryteriów demograficznych, zniesienie wymogu wystawiania recept na szczepionki podawane w aptekach.
Zakup	Możliwy w aptekach (na receptę). Ograniczeniem korzyści związanych ze szczepieniem realizowanym w ZOZ jest brak możliwości ze skorzystania z refundacji, ponieważ, podmioty te nie mają uprawnień do obrotu produktami leczniczymi.	Zmiana przepisów umożliwiająca ZOZ obrót szczepionkami na zasadach odpowiadających obrotowi refundowanymi produktami leczniczymi.
Rejestracja	Indywidualne systemy rejestracji na szczepienie.	Scentralizowany system rejestracji na szczepienie, gdy szczepionka lub wykonanie szczepienia są finansowane ze środków publicznych.
Badania kwalifikacyjne Szczepienia	Wykonywane przez lekarzy, pielęgniarki, położne i farmaceutów i inne zawody medyczne.	Model optymalny i fundament do dalszego poszerzenia kompetencji o kolejne szczepienia dorosłych. Umożliwienie wykonywania szczepień młodzieży farmaceutom.



MZ – Ministerstwo Zdrowia; **ZOZ** - zakład opieki zdrowotnej.

* – pielęgniarki, położne i farmaceuci mają możliwość wystawiania recept, jednak uprawnienia te są rzadko wykorzystywane lub zbyt ograniczone

2. Skierowania na szczepienia

Skierowania na szczepienia przeciw COVID-19 były narzędziem ustalania kolejności szczepień grup wrażliwych i kolejnych roczników. System automatycznie wystawiał skierowania i równolegle mogli to zrobić lekarze. System, który sprawdził się w przypadku szczepień przeciw

COVID-19 byłby skuteczny również w przypadku szczepień przeciw innym chorobom, w tym grypie. Skierowania mogłyby być co sezon generowane przez:

- system informatyczny dla dzieci i dorosłych, którym ze względu na wiek przysługują szczepienia refundowane i bezpłatne,
- przez lekarzy i pielęgniarki dla osób, którym ze względu na stan zdrowia przysługują szczepienia refundowane.

System skierowań byłby również przydatny w obsłudze osób uprawnionych do bezpłatnych szczepień finansowanych z budżetu Ministerstwa Zdrowia. Skierowania na szczepienia przeciw grypie mają różne role:

- przypominają pacjentom o potrzebie wykonania szczepienia,
- pozwalają personelowi medycznemu weryfikować potrzeby immunizacyjne pacjentów,
- mogą być podstawą do określenia poziomu refundacji,
- dostarczają informacji na temat liczby osób upoważnionych do szczepień wg różnych kryteriów, jak również stopnia wyszczepialności w populacji pacjentów zaproszonych do szczepień.

Recepta na szczepionkę przeciw grypie była wystawiana na wizycie lekarskiej i określała stopień refundacji. Aktualnie e-recepty na szczepionki są wystawiane zwykle zaocznie lub w czasie zdalnych porad, przed kwalifikacją do szczepienia. Stopień refundacji w oparciu o obecne kryteria może być określany np. na podstawie skierowań lub kryteriów demograficznych.

24

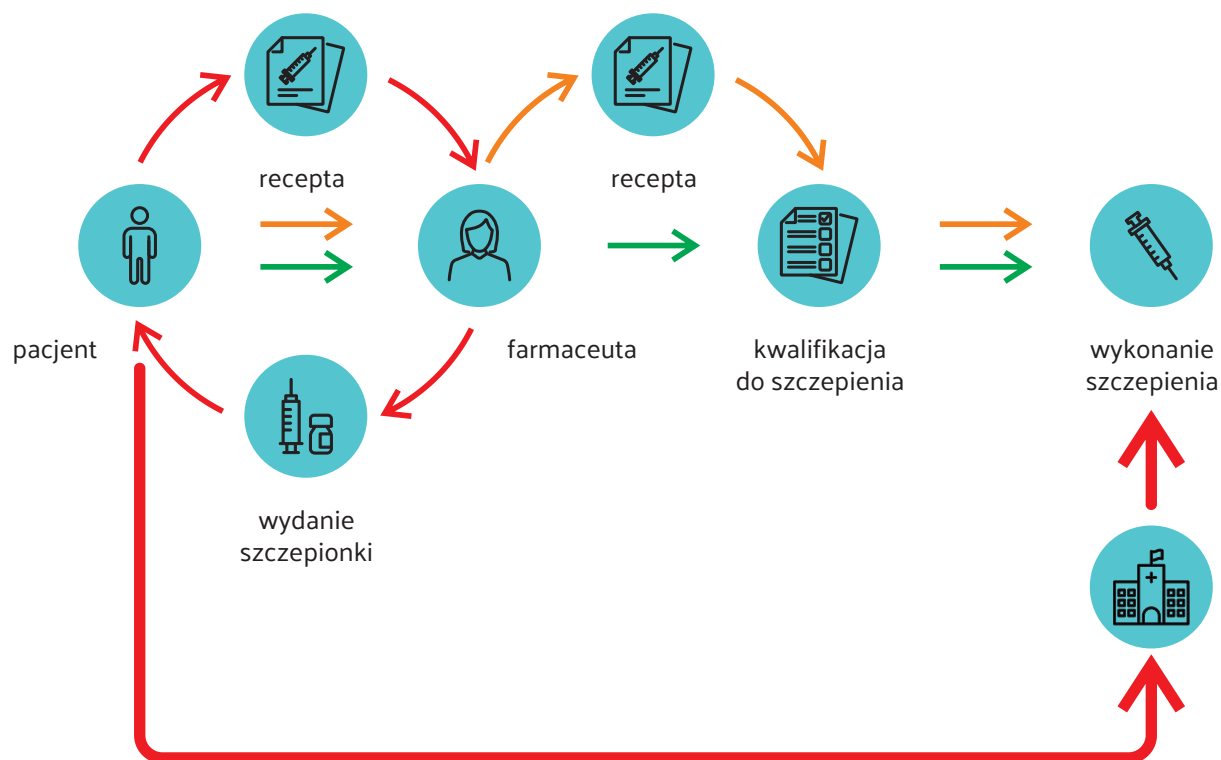
Obecnie obywatele Ukrainy przybywający do Polski otrzymują od lekarzy skierowania na szczepienia przeciw COVID-19. Po upływie 3 miesięcy pobytu w Polsce będą podlegać obowiązkowi szczepień (27), a tymczasem powinni szczepić się dobrowolnie. Stąd, niezbędne jest poszerzenie systemu skierowań dla obcokrajowców również o inne szczepienia, w tym szczepienia przeciw grypie. Należy pamiętać, że dotrą do nas ludzie z różnymi problemami zdrowotnymi, także wymagający ochrony przed zachorowaniem na gripę. Z powodu konfliktu zbrojnego ludzie ci mogą zostać w Polsce na długi czas. Ich bezpieczeństwo jest również naszym.

Rekomendacja: uwzględnienie wszystkich szczepień, w tym szczepień przeciw grypie, w systemie skierowań na szczepienia (alert sms, e-skierowania, e-rejestracja).

3. Konieczność umożliwienia farmaceutom oraz pielęgniarkom wystawiania recept (refundowanych) na szczepionki przeciw grypie

Farmaceuci, którzy niedawno nabyli uprawnienia do kwalifikacji i wykonywania szczepień przeciw grypie, nie posiadają uprawnień do wystawiania recept na szczepionki. Jest to istotna bariera na drodze do wykonania szczepienia w aptekach, miejscach, które sprawdziły się już jako punkty szczepień przeciw COVID-19. Istnieją dwa sposoby usunięcia tej bariery: umożliwienie farmaceutom wystawiania recept na szczepionki (Rycina 4a), w tym recept na szczepionki refundowane (zarówno 50%, jak i w ramach Programu 75+) lub zniesienie wymogu posiadania

recepty na szczepionkę, która wykonana będzie w aptece (Rycina 4b). Oba warianty funkcjonują w krajach Unii Europejskiej, w których szczepienia w aptekach wykonują farmaceuci (28). Pacjenci posiadający uprawnienia do zakupu szczepionek refundowanych na podstawie kryterium wiekowego lub posiadający skierowanie na szczepienie pozwalające na określenie uprawnień do refundacji, mogliby otrzymywać je bezpośrednio w aptece nawet bez konieczności posiadania recepty; podobnie mogłoby być w przypadku szczepionek pełnopłatnych wykonywanych w aptece (Rycina 4).



Rycina 4. Ścieżki pacjenta w aptece. Pacjent może nabyć szczepionkę w aptece na podstawie recepty i wybrać inny punkt szczepień niż apteka (ścieżka czerwona). W przypadku szczepień wykonywanych w aptekach mogłyby być one realizowane również dla pacjentów nieposiadających recept (ścieżki pomarańczowa i zielona). Pierwszy wariant (ścieżka pomarańczowa) zakłada możliwość wystawienia recepty farmaceutycznej, a drugi (ścieżka zielona) będący najkrótszą ścieżką pacjenta, zakłada niewymaganie recepty dla szczepień wykonywanych w aptekach. Z punktu widzenia pacjenta i osiągnięcia celu wyszczepialności, najkrótsza droga jest najbardziej efektywną.

Rekomendacja: umożliwienie preskrypcji szczepionek realizowanych przez farmaceutów i pielęgniarki. W tym celu Ministerstwo Zdrowia powinno przeprowadzić nowelizację art. 96 ust. 4 ustawy Prawo Farmaceutyczne (29) oraz nowelizację Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków ordynowanych przez pielęgniarki na mocy, których farmaceuci oraz pielęgniarki otrzymają uprawnienia do reglamentacji recept na szczepienia przeciw grypie. Takie rozwiązania funkcjonują w niektórych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

4. Problemy z zakupem szczepionek przeciw grypie

Zakup szczepionek jest jednym z najmniej zorganizowanych elementów ścieżki pacjenta. Brak umów na obrót produktami refundowanymi między Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) i ZOZ powoduje, że osobom szczepiącym się w do niedawna podstawowym miejscu szczepień, nie przysługiwała refundacja szczepionek oferowanych w ramach zasobów tych placówek. Jest to istotną barierą w wykonywaniu szczepień w warunkach opieki specjalistycznej, której pacjenci w wysokim odsetku są uprawnieni do refundacji zakupu szczepionek. Barierą na poziomie POZ bywa odmowa szczepień produktami nabytymi w aptekach, z powodu ryzyka przerwania zimnego łańcucha dystrybucji, co jest dodatkowym powodem niewykorzystania szczepionek (30). Problem ten może być, choć częściowo, rozwiązany za pomocą scentralizowanej **komunikacji na temat uprawnień, jakie posiadają poszczególni pacjenci chcący szczepić się w wybranych placówkach.**

Ścieżki do wykonania szczepienia i uprawnień do refundacji bywają zbyt skomplikowane, zwłaszcza dla osób o niskich kompetencjach zdrowotnych, które tym bardziej nie potrafią nawigować w systemie. Dlatego niezbędnym minimum jest możliwość elektronicznej lokalizacji wszystkich punktów szczepień przeciw grypie i/lub COVID-19, a dodatkowo idealne byłoby umożliwienie rejestrowania się na szczepienia w tych punktach.

Apteki tylko w ograniczony sposób mogą promować szczepienia, tj. przez odpowiednie oznakowanie placówki za pomocą materiałów dostarczonych przez władze samorządowe. Biorąc pod uwagę interes społeczny należałoby poszerzyć zakres działań popularyzujących szczepienia w aptekach. Apteki powinny mieć możliwość organizacji kampanii popularyzujących szczepienia. Mocną stroną farmaceutów jest szybkie zaadoptowanie nowych świadczeń i osiągnięcie korzystnego efektu skali, które zostało potwierdzone w Polsce zarówno naukowo (31), jak i praktycznie.

Kolejnym elementem zmiany mogłoby być wsparcie komunikacji między lekarzami specjalistami i rodzinnymi. Skierowania na szczepienia wystawiane przez specjalistów mogłyby ją usprawnić. Dzięki widoczności w dokumentacji medycznej pacjentów personel POZ i aptek mógłby kontrolować potrzeby immunizacyjne i zapraszać na wykonanie szczepień, doradzając również optymalny finansowo model otrzymania świadczeń.

Zmiany kompetencji pielęgniarek, położnych i farmaceutów oraz innych zawodów medycznych, których byliśmy świadkami w 2021 r., umożliwiają osobom wykonującym te zawody, po spełnieniu odpowiednich wymagań, na kwalifikowanie i szczepienie pacjentów (32). Zmiany te poszerzają liczbę profesjonalistów mogących samodzielnie szczepić i wpisują się w światowe trendy zmierzające do maksymalnego uproszczenia ścieżki pacjenta (28,33).

Rekomendacja: umożliwienie wykonywania szczepień w aptekach ogólnodostępnych jest przykładem pożądanej zmiany organizacyjnej. Warto tę zmianę udoskonalić poprzez dodanie kompetencji wystawiania recept refundowanych bądź też znieść konieczność generowania tego dokumentu w systemie, gdy szczepienie jest zlecane i realizowane na poziomie apteki.

5. Umożliwienie dokonywania zakupu szczepionek w hurtowniach farmaceutycznych prywatnym praktykom lekarskim i pielęgniarskim

Obecnie praktyki lekarskie oraz podmioty lecznicze mają pewne przeszkody prawne dotyczące obrotu szczepionkami. Zaliczane są do nich nabywanie szczepionek oraz ich odsprzedaż. Praktyki lekarskie i pielęgniarskie nie są uprawnione do nabywania szczepionek w hurtowniach farmaceutycznych, ponieważ nie jest to dozwolone wprost w aktach wykonawczych. Jednocześnie barierą w pobieraniu opłat za szczepionkę jest art. 46 Ustawy o zawodzie lekarza (34), który zakazuje lekarzom sprzedaży produktów leczniczych. Podobnie jest w przypadku pielęgniarek (35). W ocenie autorów raportu zwiększenie dostępności do szczepień może być zrealizowane poprzez zmianę aktualnie obowiązującego prawa, w taki sposób, aby praktyki lekarskie mogły sprawnie nabywać szczepionki. Praktyki lekarskie w myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej, mogą nabywać produkty lecznicze tylko jeśli znajdują się w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 Prawa farmaceutycznego (29). Wykaz ten ustalony jest w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych dostarczanych w związku ze świadczeniem i obejmuje, co do zasady, kilka produktów. Wśród tych produktów nie znajdują się jednak szczepionki. Oznacza to, że w ramach aktualnie obowiązujących przepisów lekarz wykonujący zawód w formie praktyki nie może nabywać szczepionek w hurtowniach farmaceutycznych.

Maksymalne poszerzenie kompetencji od obrotu szczepionkami przez różne zawody medyczne jest niezbędnym elementem wspomnianego wcześniej ograniczenia zakupu szczepionek ze środków publicznych. Przeniesienie zasobów publicznych do sektora niepublicznego wymaga zdecydowanego uelastycznienia dostępu do szczepionek dla osób wykonujących zawody medyczne i placówki ochrony zdrowia. Jednocześnie należy pamiętać, że podmioty i praktyki nabywające szczepionki powinny mieć możliwość spełnienia wymogów przechowywania, serializacji, wykonywania szczepień i utylizacji. Stąd, prywatne praktyki powinny mieć możliwość zakupu szczepionek i wykonywania szczepień po spełnieniu określonych wymogów.

Rekomendacja: aby zwiększyć odsetek pacjentów szczepionych w praktykach lekarskich, konieczne jest podjęcie działań zmierzających do poszerzenia kategorii leków, które praktyki lekarskie i pielęgniarskie mogą nabywać z hurtowni farmaceutycznej. W tym celu należy znowelizować rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni (36).

6. Wymogi organizacyjne wykonania szczepienia

Walka o uodpornienie przeciw chorobom zakaźnym wymaga dobrej organizacji. W przypadku chorób, w których wymagane są coroczne lub okresowe szczepienia, jest to dodatkowe wyzwanie. W systemie ochrony zdrowia należy dążyć do budowania modeli, które zapewniają dostępność szczepionek dla pacjentów, nie tylko na poziomie podstawowej opieki (apteki, POZ), ale również specjalistycznej, np. przywrócić prywatną profilaktykę ginekologiczną dla kobiet

ciężarnych (Tabela 5). Ponadto, ważne jest oferowanie szczepień także w okolicznościach pozamedycznych, tak jak było to w trakcie kampanii szczepień przeciw COVID-19. Przykładem mogą być szczepienia w szkołach (Tabela 6), a także szczepienia grup uprawnionych do bezpłatnych szczepień z zasobów MZ, tj. funkcjonariuszy służb publicznych, żołnierzy, części urzędników oraz personelu medycznego.

Z epidemiologicznego punktu widzenia, immunizacja tych grup jest kluczowa dla funkcjonowania państwa w czasie pokoju i tym bardziej w czasie toczącej się w sąsiednim kraju wojny.

Dlatego grupy te powinny być odpowiednio zabezpieczone pod względem sanitarno-epidemiologicznym. Biorąc pod uwagę, że w sezonie 2021/2022 szczepionki z tej puli zostały przekazane w celu prowadzenia bezpłatnych szczepień osób dorosłych, wydaje się, że szczepienia grup priorytetowych nie były odpowiednio przygotowane pod względem organizacyjnym. Przy braku właściwej organizacji warto rozważyć, czy nie warto refundować szczepień dla określonych grup priorytetowych w ramach puli szczepionek znajdujących się na rynku prywatnym/niepublicznym. Wszystkie grupy uprawnione do otrzymywania bezpłatnych szczepień finansowanych ze środków MZ (16), powinny zachować te uprawnienia, a część korzystać z nich nadal, ale w ramach refundacji.

28

Nie jest łatwo wybrać grupy, których potrzeby należy zabezpieczyć w puli ministerialnej oraz takie, których potrzeby należy zabezpieczyć w oparciu o rynek niepubliczny..

Trzeba brać pod uwagę, że część z tych pacjentów będzie konkurować o dostęp do szczepionek na rynku komercyjnym. Deficyt szczepionek na rynku może spowodować, że uprawnienie do bezpłatnego szczepienia będzie fikcyjne. Nie wydaje się, aby grupy, takie jak np. pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych były zdolne do konkurowania o dostęp do szczepień na rynku komercyjnym.

W celu odpowiedniego zagospodarowania szczepionek potrzebnych na zabezpieczenie funkcjonowania państwa w warunkach epidemii rekomendujemy:

- **wcześniejsze rozpoczęcie przygotowań do jesienno-zimowego sezonu szczepień (patrz rozdział pt. *Planowanie w oparciu o wiedzę*),**
- **wczesne szczepienie grup priorytetowych, tj. przekazanie pierwszych dostarczonych dawek na szczepienia z puli ministerialnej,**
- **możliwe jak najszersze zaangażowanie różnych świadczeniodawców w szczepienia grup priorytetowych,**
- **zaplanowanie sposobu alokacji zasobów.**

Decyzje o zaszczepieniu się mają podłoże osobiste i społeczne. Te pierwsze są mniej wrażliwe na zmiany, natomiast społeczne uwarunkowania kształtują się pod wpływem otoczenia takich czynników np.: jak zaszczepienie się innych bliskich osób (wzorce), wykonanie szczepienia w poprzednim sezonie (doświadczenia) (37). Im więcej czasu upływa od decyzji o zaszczepieniu tym bardziej prawdopodobne, że nie zostanie ono wykonane. Dlatego należy dążyć do skrócenia ścieżki pacjenta również przez zmiany organizacji szczepień, czyli tworzyć jak najwięcej okoliczności sprzyjających wykonaniu szczepienia (Tabela 5, Tabela 6). Czy efektywnie wykorzystujemy okazje do wykonania szczepienia u pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej? Warto zastanowić się, gdzie ocena potrzeb immunizacyjnych powinna być standardem? Uważamy, że odpowiednie szczepionki nie powinny być w dyspozycji lekarzy medycyny pracy, którzy uwzględniając narażenie zawodowe mogliby zalecać i wykonywać je w czasie badań okresowych.

Tabela 5. Korzyści i wyzwania szczepień w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)

Korzyści	Wyzwania
<ul style="list-style-type: none"> • Duży odsetek pacjentów korzystających z AOS (Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej) należy do grup ryzyka ciężkiego przebiegu zakażeń. • Wysoka kompleksowość udzielanych usług. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak możliwości korzystania z uprawnień do refundacji szczepień w placówkach nieposiadających umowy na obrót produktami refundowanymi. • Dużo obciążenie placówek, brak zasobów kadrowych.



Nowe podejście organizacyjne wymaga oferowania szczepień poza typowymi miejscami do tego przeznaczonymi, czyli w codziennym pozamedycznym środowisku pacjentów. Przykładami mogą być popularne w Polsce szczepienia wykonywane w miejscach pracy lub szczepienia powiązane z systemem edukacji, funkcjonujące w innych krajach (38) lecz dziś nieobecne w polskich szkołach. Ich powrót, choć jest olbrzymim wyzwaniem organizacyjnym, wydaje się realną szansą na zwiększanie stopnia wyszczepialności wśród dzieci. Dotyczy to zarówno szczepień przeciw COVID-19, jak i grypie, które w grupach najmłodszych są najniższe w całym społeczeństwie (23, 39). Nie jest to niespodzianką, ponieważ

ścieżka dzieci do wykonania szczepienia jest najdłuższa w całym systemie (Rycina 5).

Dodatkowo, dzieci i młodzież nie zawsze są uwzględniane przy okazji kampanii szczepień, np., w sezonie 2021/2022, bezpłatne szczepienia przeciw grypie dotyczyły tylko osób dorosłych. To błąd, ponieważ dzieci w żłobkach, przedszkolach i dzieci chodzące od szkół są w grupie ryzyka powikłań grypy, a dodatkowo przenoszą infekcję na osoby sprawujące opiekę nad nimi, czyli rodziców, babcie i dziadków.

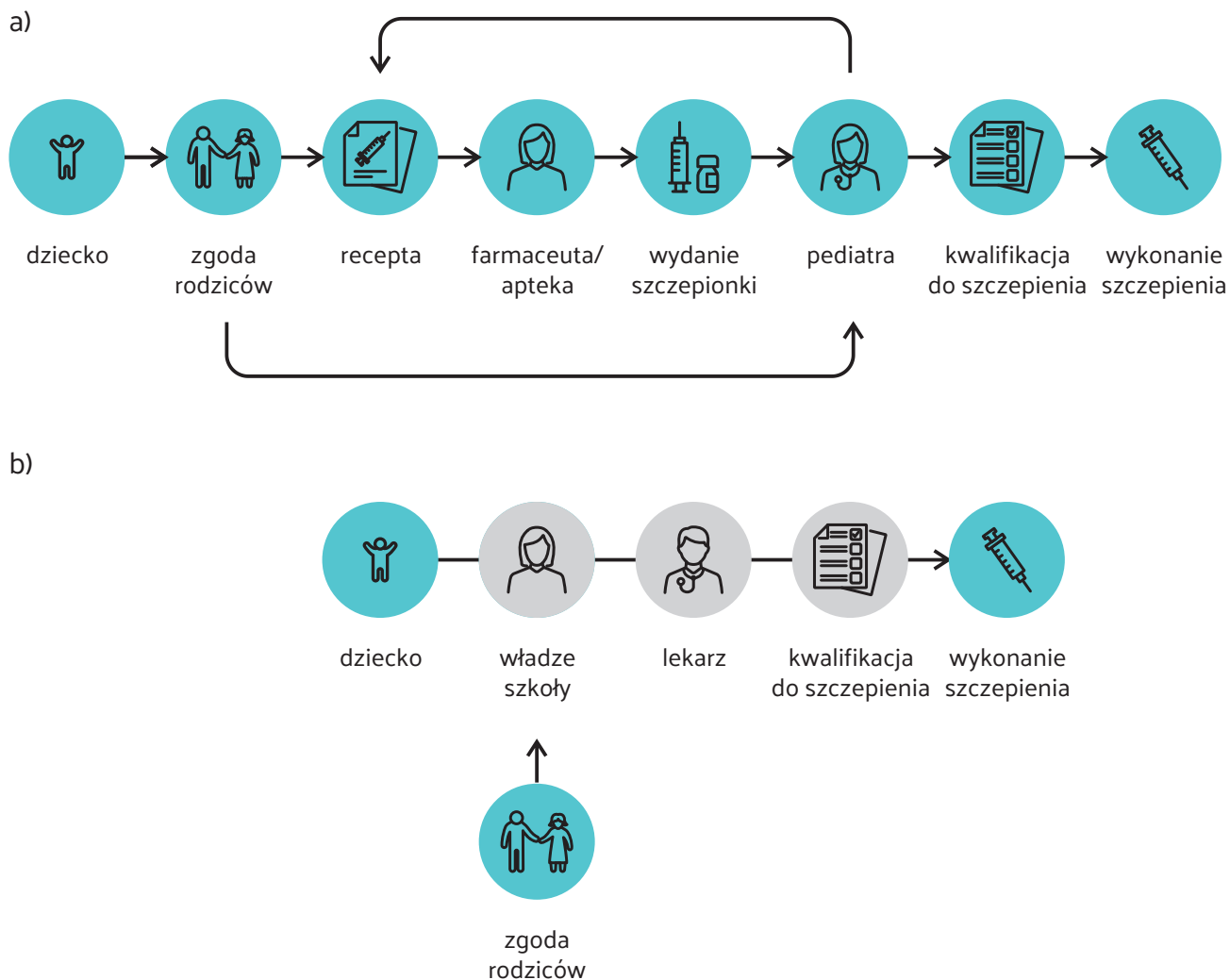
Szczepienia w szkołach zmniejszają liczbę zachorowań jednocześnie wśród dzieci i dorosłych; to oszczędność dla całego społeczeństwa (40).

Tabela 6. **Korzyści i wyzwania szczepień w szkołach (38)**

Korzyści	Wyzwania
<ul style="list-style-type: none">• Możliwość wykonania szczepień u bardzo dużej liczby dzieci i młodzieży uczęszczających do szkół.• Dogodna lokalizacja szkół w lokalnych społecznościach.• Infrastruktura szkół umożliwia wykonywanie masowych szczepień (sale gimnastyczne, parkingi).• W nielicznych szkołach możliwe wsparcie pielęgniarek szkolnych, dzięki znajomości stanu zdrowia uczniów.• Możliwy kontakt władz szkolnych i rodziców w celu uzyskania niezbędnych zgód.• Możliwość wykonania szczepień nauczycieli i pozostałego personelu szkoły.	<ul style="list-style-type: none">• Potrzeba finansowania lub refundacji kosztów szczepionek, innych materiałów i kosztów pracy personelu medycznego.• Konieczność organizacji punktu szczepień w szkole i znalezienia wykwalifikowanego personelu medycznego.• Zakłócenie działalności edukacyjnej szkół/ uczelni.• Transport i przechowywanie szczepionek.• Organizacja pozyskiwania zgód rodziców,• Dostępność szczepionek.

Z tych powodów wydaje się zasadne opracowanie alternatywnych ścieżek dla pacjentów pediatrycznych. Organizacja szczepień w przedszkolach wymaga zwykle mniejszych nakładów organizacyjnych niż w szkołach. Kampanie szczepień może ułatwić użycie szczepionki donosowej (41). Warto rozważyć przeprowadzenie pilotażowych szczepień w szkołach w celu oceny zainteresowania i oceny organizacji szczepień w szkołach. Placówki te są również dobrym polem do przeprowadzenia akcji edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży oraz ich rodziców.

Ich celem jest kształtowanie w najmłodszych pokoleniach postaw sprzyjających profilaktyce zdrowotnej.



Rycina 5. **Ścieżka szczepienia dzieci i młodzieży należy do najdłuższych w systemie ochrony zdrowia (a). Szczepienia dzieci w szkołach i przedszkolach dają istotną szansę na skrócenie ścieżki i ogólnych nakładów niezbędnych do zaszczepienia dzieci (b).**

Ważnym elementem zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego w placówkach opiekuńczo-edukacyjnych jest realizacja szczepień dzieci przybywających z Ukrainy. Rozpoczęcie nauki w szkole powinno wiązać się z przeprowadzeniem wywiadu medycznego, założeniem karty medycyny szkolnej i uzupełnieniem brakujących szczepień. Zaleca się, aby tym rodzajem opieki obejmować uchodźców od razu, a nie po upływie 3 miesięcy zgodnie z aktualnym stanem prawnym (42). Trwający napływ uchodźców, przebywanie w dużych skupiskach ludzkich, często w suboptymalnych warunkach stwarza ryzyko wybuchu ognisk epidemicznych (43). Gdy dojdzie do tego w szkole może mieć to daleko idące negatywne konsekwencje dla nastawienia społeczeństwa polskiego wobec uchodźców. Jest to bardzo prawdopodobny scenariusz, zwłaszcza, że w Polsce około 150 tys. małych dzieci nie ma wykonanych szczepień obowiązkowych.

Łączenie szczepień przeciw COVID-19 i grypie

Podsumowanie rekomendacji



Łączenie szczepień przeciw chorobom o nakładających się falach zachorowań oferuje szereg synergii i korzyści dla systemu ochrony zdrowia.

SARS-CoV-2 i wirus grypy, chociaż pochodzą z różnych rodzin drobnoustrojów mają podobne zarówno czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu zachorowania, jak i objawy, np.: gorączka, kaszel, ból głowy, bóle mięśni i zmęczenie. W Polsce, kolejne fale zachorowań na COVID-19 wyprzedzają szczyt zachorowań na grypę, obserwowany zwykle w styczniu, lutym i marcu. Obie fale wygasają w podobnym czasie. Ze względu na podobne objawy, rozróżnienie między grypą, a COVID-19 możliwe jest tylko po wykonaniu testów diagnostycznych, niekiedy obu ponieważ zdarzają się koinfekcje obydwoma wirusami (44). Infekcje SARS-CoV-2 pod postacią trwającej pandemii, lub w przyszłości jako choroba endemiczna, będą nakładały się na epidemie grypy sezonowej niekorzystnie wpływając na stan zdrowia pacjentów (45) i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Edukacja i wsparcie dla realizacji szczepień, mogą pomóc unikać konsekwencji mieszania się w placówkach opieki medycznej pacjentów z różnymi chorobami zakaźnymi. Szczepienia ograniczają ryzyko infekcji oraz poważnych konsekwencji zachorowania. Fakt, że oba można wykonać jednocześnie (10) przemawia za wykorzystaniem tej strategii w praktyce.

Dzięki temu będzie możliwe skuteczniejsze działanie niż suma oddzielnych szczepień:

- będzie możliwe równoległe budowanie odporności przeciw obydwu chorobom,
- wzrośnie stopień wyszczepialności przeciw grypie, który od lat utrzymuje się na niskim poziomie i jest znacznie niższy niż w przypadku COVID-19,
- zmniejszy się ryzyko jednoczesnego zachorowania na obie choroby związane z pogorszonym rokowaniem,
- nie zmieni się lub zmniejszy się sumaryczne zaangażowanie personelu medycznego i zasobów związanych z wykonywaniem szczepień.

Jak wspomniano na początku, szczepienia przeciw COVID-19 wprowadziły do systemu ochrony zdrowia wiele elementów pozwalających na prowadzenie efektywnej akcji szczepień na ogólnokrajową skalę. Powstałe rozwiązania i część infrastruktury systemu szczepień przeciw COVID-19 powinny zostać szeroko wykorzystane również do szczepień przeciw grypie, nie tylko w sezonie 2021/2022, ale również w kolejnych sezonach zachorowań. Przemawia za tym również wojna trwająca za naszą wschodnią granicą i zagrożenie katastrofą humanitarną i sanitarno-epidemiologiczną.

Aby realizować współdziałanie szczepień należy informować o tym, że

**szczepionki przeciw COVID-19 i grypie nie są alternatywne
i mogą być stosowane łącznie.**

W sezonie 2021/2022 nie było to oczywiste dla wszystkich lekarzy i dla pacjentów, którzy wybierali odległe od siebie terminy wykonania obu szczepień. Ważna jest również zmiana wyceny świadczenia wykonania szczepienia, która w przypadku COVID-19 wydaje się zbyt wysoko, a w przypadku grypy zbyt niska.

Zsynchronizowane szczepienie przeciw COVID-19 i grypie to szansa na racjonalne zagospodarowanie szczepionek. Aktualnie, niskie tempo szczepień przeciw COVID-19 powoduje, że część opakowań wielodawkowych szczepionek marnuje się z powodu braku chętnych. Nie wiemy jaka liczba szczepionek przeciw grypie zostanie zutyliczowana w 2022 r. Zarówno z przyczyn zdrowotnych, jak i ekonomicznych, nie powinniśmy dopuszczać do marnowania szczepionek. Skoordynowany Plan dla Grypy i COVID-19 daje możliwość ograniczenia tego zjawiska. Kluczem do sukcesu jest połączenie dostępności szczepionek, informacji, promocji oraz synchronizacji udzielania świadczeń.

Komunikacja na temat szczepień i ich promocja

Podsumowanie rekomendacji:



Wysoki stopień wyszczepialności przeciw COVID-19 i grypie stanowi wartościowy kapitał społeczny.



Popularyzacja szczepień wymaga zaangażowania osób wykonujących zawody medyczne.



Należy tworzyć narzędzia i warunki wspierające medyków w popularyzacji szczepień.



Potrzeba jest spójnej i konsekwentnej komunikacji na temat wartości i potrzeb wykonywania szczepień, która będzie dostosowana do zmieniających się okoliczności.

34

Fundamentem skutecznej promocji szczepień jest praca osób wykonujących zawody medyczne z pacjentami (33). Odpowiednie przygotowanie i motywacja do wykonywania tych zadań jest niezbędnym czynnikiem sukcesu. Pandemia COVID-19 negatywnie zweryfikowała różne sposoby promocji i zachęcania do szczepień, np. takich jak loterie (46). Równolegle do kampanii promujących szczepienia przeciw COVID-19 w Europie rosły w siłę ruchy antyszczepionkowe, które zyskały wsparcie ruchów populistycznych (47). Ich działania były wymierzone przeciw rządzącym, bezpośrednio odpowiedzialnym za kampanie szczepień i osobom wykonującym zawody medyczne.

Trudno ocenić jaki wpływ na stopień wyszczepialności miała kampania medialna, ale wiadomo, że umożliwienie wykonywania szczepień w aptekach spowodowało, że w ciągu 6 miesięcy farmaceuci wykonali ponad milion szczepień. Dziennie, w aptekach wykonywano nawet 10% wszystkich szczepień w Polsce (48). Przykład ten ilustruje siłę pojedynczego zawodu medyka w popularyzacji szczepień. Należy dążyć do dalszego rozwoju kompetencji osób wykonujących

zawody medyczne i ich umiejętności w promocji szczepień. Zadaniem rządzących jest tworzenie optymalnych warunków dla pracy medyków przez oferowanie im odpowiednich narzędzi i zachęty do ich stosowania. Przykładem mogą być skierowania na szczepienia wystawiane przez lekarzy i pielęgniarki osobom o wysokim ryzyku zdrowotnym zachorowania. Wykonywanie oceny potrzeb zdrowotnych pod kątem profilaktyki pierwotnej i rekomendacja szczepień potwierdzona skierowaniem powinna być wspierana np. przez finansowanie ze środków publicznych.

Niezbędnym elementem promocji szczepień jest komunikacja, która ma dwa wymiary, popularyzacyjny i organizacyjny. Popularyzacja szczepień wymaga spójnej i konsekwentnej komunikacji na temat wartości i potrzeb wykonywania szczepień, która będzie dostosowana do zmieniających się okoliczności. To wymaga zaplanowania działań komunikacyjnych różnych interesariuszy i ich koordynacji. Każdy komunikat ma swój czas, nadawcę, kanał(-y) komunikacji i adresata(-ów) (Tabela 7). Komunikacja na temat szczepień przeciw grypie i COVID-19 powinna, z różnym natężeniem, trwać przez cały rok. W przypadku tej najbardziej powszechnej powinna koncentrować się na korzyściach płynących ze szczepień. Jako dobry i ważny dla społeczeństwa przykład warto pokazywać ambasadorów oraz lekarzy specjalistów, którzy szczepią się publicznie przed kamerami. Organizacyjna część komunikacji, uzupełnia popularyzacyjną, praktycznymi informacjami dotyczącymi tego jak i gdzie wykonać szczepienie. Dodatkowym wyzwaniem komunikacji jest uwzględnienie w niej potrzeb immunizacyjnych uchodźców.

Odsetek osób zaszczepionych przeciw COVID-19 w Ukrainie jest niewielki (około 35%) i przeważa nastrój niechęci do szczepień. To powoduje, że odsetek wyszczepialności przeciw różnym chorobom zakaźnym w Ukrainie są znacznie niższe niż w Polsce (9, 49). Ukraińcy są ofiarami antyszczepionkowej propagandy, przez którą wyszczepialność przeciw polio spadła do 15% (50). Dlatego tym bardziej potrzebują właściwej komunikacji, zachęcającej do zaszczepienia się nie tylko przeciw COVID-19 i grypie, ale również innym chorobom.

Jak wspomniano wcześniej, wykorzystanie interaktywnych map punktów szczepień oraz możliwości rejestracji na szczepienia, które stworzono w 2021 r., byłoby świetnym fundamentem kampanii promującej szczepienie. IKP działa już w ukraińskiej wersji językowej i mogłoby pomóc nawigować uchodźcom w polskim systemie ochrony zdrowia. W Skoordinowanym Planie dla Grypy i COVID-19 konieczne jest uwzględnienie harmonogramu i kształtu komunikatów.

Tabela 7. **Plan działań komunikacyjnych dotyczących planowania i realizacji**

Czas	Działanie komunikacyjne i ich adresaci	Nadawca/ Kanały dotarcia
Luty/ Marzec	podanie do publicznej wiadomości danych dotyczących poziomu wyszczepialności za poprzedni sezon	Komunikaty Ministerstwa Zdrowia i NFZ
Kwiecień	podanie do publicznej wiadomości danych dot. zachorowań i zgonów (podsumowanie sezonu grypowego)	Komunikaty NIPZ-PZH, Ministerstwo Zdrowia

Czas	Działanie komunikacyjne i ich adresaci	Nadawca/ Kanały dotarcia
Maj/ Czerwiec	akcja informacyjna skierowana do personelu medycznego dot. organizacji sezonu szczepień (przygotowanie pakietu informacji dla pacjentów)	Komunikaty Ministerstwa Zdrowia do lekarzy i farmaceutów
Wrzesień/ Październik	komunikacja w ramach kampanii rządowych i ogłoszenia społeczne o rozpoczęciu sezonu szczepień, komunikacja do rodziców poprzez Kuratoria i Dyrektorów szkół, platformy do komunikacji z rodzicami, komunikacja do DPS-ów i innych placówek	Kanały własne Ministerstwa Zdrowia, Kanały własne Ministerstwa Edukacji, kampanie w mediach publicznych, promocja poprzez punkty realizujące szczepienia, Alerty SMS, powiadomienia IKP Koordynacja z rekomendacją ze strony personelu medycznego i aptecznego oraz wystawianiem skierowań.
Wrzesień - Styczeń	regularne przypominanie o akcji szczepień poprzez podkreślanie przekazów ważnych w danym okresie roku np.: <ul style="list-style-type: none"> - bezpieczna szkoła, brak absencji uczniów i nauczycieli, nieprzerwany tok roku szkolnego, - bezpieczne święta z bliskimi, - bezpieczne ferie i wyjazdy dla dzieci i rodzin 	Kampanie w mediach publicznych, duża rola rekomendacji od personelu medycznego i aptecznego, kampanie w mediach publicznych,
Styczeń - Marzec	komunikacja równoległa do wzrastającej liczby zachorowań/zgonów, wskazywanie na potrzebę zaszczepienia się w ramach ostatniej szansy w sezonie	Kanały własne Ministerstwa Zdrowia, Kanały własne Ministerstwa Edukacji, duża rola rekomendacji od personelu medycznego i aptecznego.

Podsumowanie rekomendacji

1

Konieczność odrębnej wyceny świadczenia kwalifikacji i wykonania świadczenia szczepienia przeciw grypie w aptece.

2

Uwzględnienie potrzeb immunizacyjnych grup osób odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i opiekę zdrowotną, grup wysokiego ryzyka powikłań zachorowania na grypę, a także uchodźców.

3

Wczesne planowanie zapotrzebowania na szczepionki na kolejny sezon oraz organizacji wykonywania szczepień. Uwzględnianie czynników związanych z wojną w Ukrainie.

4

Objęcie szczepień przeciw grypie oraz innym chorobom systemem skierowań na szczepienia (alerty sms, e-skierowanie, e-rejestracja).

5

Szeroka akcja informacyjna dot. refundacji szczepień we wszystkich grupach wiekowych oraz informacja o lokalizacjach, gdzie można je wykonać.

6

Umożliwienie wystawiania recept na szczepionki farmaceutom i pielęgniarkom (w tym celu należy przeprowadzić nowelizacje art. 96 ust. 4 ustawy Prawo Farmaceutyczne oraz nowelizacje Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków ordynowanych przez pielęgniarki).

7

Umożliwienie dokonywania zakupu szczepionek w hurtowniach farmaceutycznych prywatnym praktykom lekarskim i prywatnym praktykom pielęgniarskim (w tym celu należy znowelizować roz. Min. Zdrowia w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni).

8

Należy tworzyć narzędzia i warunki wpierające medyków w popularyzacji szczepień, jak również istotne jest zabezpieczenie finansowania usługi szczepienia przeciw grypie w aptece, szczepionkami dostępnymi na rynku prywatnym.

9

Potrzeba jest spójnej i konsekwentnej komunikacji na temat wartości i potrzeb wykonywania szczepień, która będzie dostosowana do zmieniających się okoliczności.

10

Łączenie szczepień przeciw chorobom o nakładających się falach zachorowań oferuje szereg synergii i korzyści dla systemu ochrony zdrowia.

11

Tworzenie nowych ścieżek immunizacji np., w szkołach lub w ramach medycyny pracy.

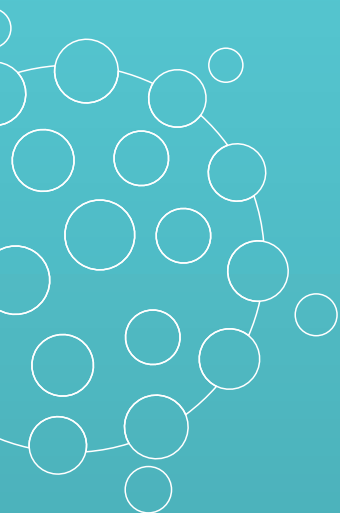
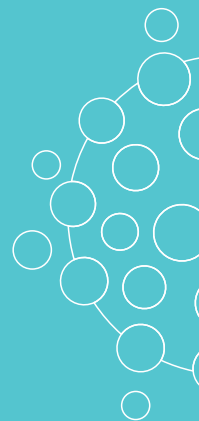
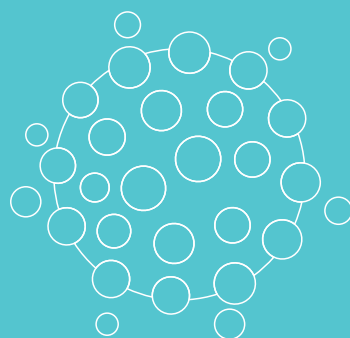
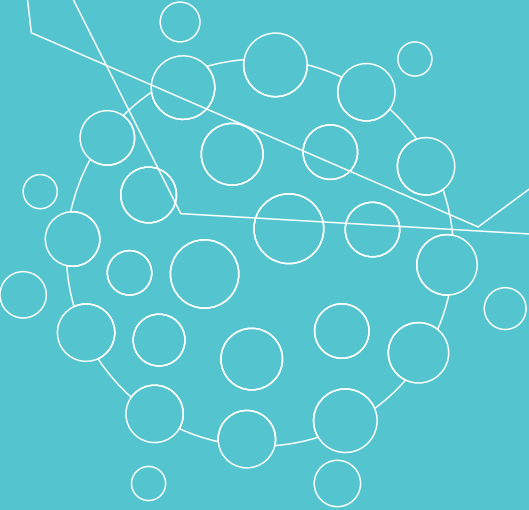
Tabela 8. Podsumowanie głównych rekomendacji Skoordynowanego Planu dla Grypy i COVID-19

Ministerstwo Zdrowia	Świadczeniodawcy
<ul style="list-style-type: none"> • Utrzymanie dotychczasowych uprawnień do szczepień bezpłatnych i refundowanych. • Wczesne planowanie zapotrzebowania i działań przed sezonem szczepień. • Informowanie i wsparcie planowania działań w sezonie szczepień przez świadczeniodawców. • Prowadzenie kampanii popularyzującej szczepienia we współpracy z innymi interesariuszami ochrony zdrowia. • Upowszechnienie systemu skierowań na szczepienia i finansowanie ich wystawiana. • Prowadzenie rejestru szczepień przeciw grypie i COVID-19. • Umożliwienie wystawiania recept na szczepionki przeciw grypie farmaceutom i pielęgniarkom. • Wycena świadczenia realizacji usługi szczepienia przeciw grypie w aptece, realizowanego szczepionkami dostępnymi na rynku prywatnym. • Poszerzenie katalogu podmiotów, które mogą nabywać szczepionki i wykonywać szczepienia, w tym oferować szczepionki refundowane. • Maksymalne skracanie ścieżek pacjentów: <ul style="list-style-type: none"> • Usunięcie wymogu posiadania recepty na szczepionkę podawaną w aptece, • Umożliwienie obrotu szczepionkami refundowanymi w ZOZ. • Tworzenie nowych ścieżek pacjentów – szczepienia w systemie edukacji i w ramach medycyny pracy. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zaangażowanie w szczepienie grup priorytetowych dla działania systemu ochrony zdrowia i funkcjonowania Państwa. • Nawiązywanie współpracy z instytucjami zrzeszającymi grupy priorytetowe. • Wczesne składanie zapotrzebowania na szczepionki. • Wczesne rozpoczęcie szczepień od osób z grup priorytetowych. • Czynny udział w kampaniach promujących szczepienia.

Referencje

1. Rekomendacje zmian w polskim systemie ochrony zdrowia poprawiające dostęp do świadczeń medycznych dla pacjentów. Wnioski związane z pandemią COVID-19. Warszawa: INFARMA, Pracodawcy RP, Innowo; 2021.
2. Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2020.
3. Szczepieniometr; Internet: Ministerstwo Zdrowia i Główny Urząd Statystyczny; 2022; www.szczepieniometr.pl
4. Strategy to achieve global COVID-19 vaccination by mid-2022. Światowa Organizacja Zdrowia; 2021.
5. Kto i dlaczego nie chce się szczepić na COVID-19? Warszawa: ARC Rynek i Opinia, Warszawski Uniwersytet Medyczny; 2021.
6. Polacy o szczepieniach przeciw COVID-19. Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej; 2021.
7. Farge E, Roy M. Do not assume COVID pandemic reaching 'end game', warns WHO. Reuters; 2022; www.reuters.com
8. Reuters. Denmark aims to scrap all domestic COVID-19 curbs by February. Internet: Reuters; 2022; www.reuters.com
9. Co wiemy na temat stanu zaszczepienia dzieci w Ukrainie przed chorobami zakaźnymi przed którymi chronią szczepienia? Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego; 2022; www.szczepienia.pzh.gov.pl
10. Antczak A, Jackowska T, Kuchar E, Mastalerz-Migas A, Paradowska-Stankiewicz I, Parczewski M, et al. Rekomendacje Zespołu Ekspertów dotyczące jednoczesnego stosowania szczepionek przeciw grypie i COVID-19. [Internet]: Ogólnopolski Program Zwalczania Grypy; 2021.
11. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, (2021).
12. Wykorzystanie systemów IT przy obsłudze szczepień COVID-19. Warszawa: Centrum e-zdrowia; 2020.
13. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 22 grudnia 2020 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2021, (2021).
14. Stanowisko PTGiP dotyczące szczepień kobiet ciężarnych przeciwko COVID19. Internet: Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników, Konsultant Krajowy ds. Perinatologii; 2021.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022, (2021).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022, (2021).
17. Analiza kosztów szczepienia przeciwko grypie pracowników medycznych oraz innych osób uprawnionych. Warszawa: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji 2020.
18. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, (2021).
19. Tan LJ, VanOss R, Ofstead CL, Wetzler HP. Maximizing the impact of, and sustaining standing orders protocols for adult immunization in outpatient clinics. *American Journal of Infection Control*. 2020;48(3):290-6.
20. Feinmann J. Covid-19: global vaccine production is a mess and shortages are down to more than just hoarding. *BMJ*. 2021;375:n2375.
21. Chadwick C, Friede M, Hombach J, Jorgensen P, Marti I, Moen A, et al. WHO SAGE Seasonal Influenza Vaccination Recommendations during the COVID-19 Pandemic. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia; 2020.
22. Antczak A, Byliniak M, Chorostowska-Wynimko J, Jahnz-Różyk K, Kuchar E, Krzawański J, et al. Konsensus Ekspertów w sprawie zapotrzebowania na szczepionki przeciw grypie w sezonie 2022/2023. Warszawa; 2022.
23. Mereckiene J. Seasonal influenza vaccination and antiviral use in EU/EEA Member States – Overview of vaccine recommendations for 2017–2018 and vaccination coverage rates for 2015–2016 and 2016–2017 influenza seasons. Sztokholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018.

24. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanych, (2020).
25. Gazmararian JA, Orenstein WA, Wortley P, Buehler JA, Elon L, Koplan JP, et al. Preventing influenza: vaccine systems and practices in the Southeast. *Public Health Rep.* 2006;121(6):684-94.
26. *Polityka Lekowa Państwa 2018-2022.* Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2018.
27. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, (2008).
28. Antczak A, Balcerzak M, Byliniak M, Czech M, Drozd M, Merks P. Szczepienia przeciw grypie w aptekach. Warszawa: Fundacja Nadzieja dla Zdrowia; 2020.
29. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, (2001).
30. Przechowywanie i transport szczepionek Internet: Ministerstwo Zdrowia; <http://www.archiwum.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/szczepienia/przechowywanie-i-transport-szczepionek/>.
31. Lewicki J, Religioni U, Merks P. Evaluation of the Community Pharmacy Comorbidities Screening Service on Patients with Chronic Diseases. *Patient Prefer Adherence.* 2021;15:1611-9.
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19, (2021).
33. Antczak A, Balcerzak M, Kuchar E, Mastalerz-Migas A. Razem przeciw chorobom zakaźnym. Strategia na rzecz podniesienia poziomu wyszczepialności Ogólnopolski Program Zwalczania Grypy; 2021.
34. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, (1997).
35. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, (2011).
36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2002 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej, (2002).
37. Shaham A, Chodick G, Shalev V, Yamin D. Personal and social patterns predict influenza vaccination decision. *BMC Public Health.* 2020;20(1):222.
38. Influenza School-Located Vaccination (SLV): Information for Planners. [Internet] Centers for Disease Control and Prevention; 2009.
39. Raport szczepień przeciwko COVID-19. Internet: Serwis Rzeczypospolitej Polskiej; 2022; www.gov.pl
40. Schmier J, Li S, King JC, Jr., Nichol K, Mahadevia PJ. Benefits and costs of immunizing children against influenza at school: an economic analysis based on a large-cluster controlled clinical trial. *Health Aff (Millwood).* 2008;27(2): w96-104.
41. Influvac Tetra. Charakterystyka Produktu Leczniczego. Mylan IRE Healthcare Ltd.; 2019.
42. Ustawa z dnia 13 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej; (2012).
43. Matkowska-Kocjan A, Małecka I, Stryczyńska-Kazubska J, Zimna T, Mrukowicz J. Realizacja szczepień ochronnych u osób przyjeżdżających z Ukrainy. Najważniejsze zagadnienia praktyczne Internet: *Medycyna Praktyczna*; 2022; www.mp.pl/szczepienia.
44. Dadashi M, Khaleghnejad S, Abedi Elkhichi P, Goudarzi M, Goudarzi H, Taghavi A, et al. COVID-19 and Influenza Co-infection: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Medicine.* 2021;8.
45. Stowe J, Tessier E, Zhao H, Guy R, Muller-Pebody B, Zambon M, et al. Interactions between SARS-CoV-2 and influenza, and the impact of coinfection on disease severity: a test-negative design. *Int J Epidemiol.* 2021;50(4):1124-33.
46. Law AC, Peterson D, Walkey AJ, Bosch NA. Lottery-Based Incentives and COVID-19 Vaccination Rates in the US. *JAMA Internal Medicine.* 2022;182(2):235-7.
47. Kennedy J. Populist politics and vaccine hesitancy in Western Europe: an analysis of national-level data. *European Journal of Public Health.* 2019;29(3):512-6.
48. Liczba osób zaszczepionych przeciw COVID-19 w aptekach w podziale na powiaty i dzień szczepienia. Internet: *Dane Otwarte.* Serwis Rzeczypospolitej Polskiej; 2022.
49. Vojtek I, Larson H, Plotkin S, Van Damme P. Evolving measles status and immunization policy development in six European countries. *Hum Vaccin Immunother.* 2022;1-15.
50. Tsagaris C, Loudovikou A, Matiashova L, Papadakis M, Trompoukis C. Public health concerns over polio in war-torn Ukraine and nearby regions: Four lessons and a warning from the history of epidemics. *J Med Virol.* 2022.



www.opzg.pl