

POLSKA AKADEMIA NAUK
Wydział Nauk Medycznych
Komitet Zdrowia Publicznego

Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027:
BUDOWANIE ZAUFANIA DO SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH
– Polskie Zdrowie 2.0

Autorzy (w kolejności alfabetycznej):

Tomasz Grzyb

Mariusz Gujski

Dariusz Jemielniak

Jarosław Pinkas (red.)

Urszula Religioni

Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji Projektu KZP PAN pt.:
„Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu
o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”

Policy Brief nr II.5
wersja preprint

Warszawa, listopad 2023 r.

POLICY BRIEF

Zarys problemu

Szczepienia ochronne są niewątpliwie jednym z największych osiągnięć w obszarze zdrowia publicznego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że na całym świecie szczepienia zapobiegają około 3,5-5,0 mln zgonów rocznie [1], a zwiększenie dostępu do szczepień mogłoby umożliwić uniknięcie dodatkowych 1,5 mln zgonów. Same szczepienia dzieci przyczyniły się do zmniejszenia światowego wskaźnika śmiertelności niemowląt z 65/1000 urodzeń żywych w 1990 do 29/1000 w 2018 r. [2].

Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP – PIB) wskazują, że liczba osób uchylających się od szczepień obowiązkowych w Polsce od wielu lat systematycznie rośnie – począwszy od 3 437 uchylających w 2010 do 72 722 uchylających w 2022 r. (przy czym liczba osób uchylających dotyczy dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 19 lat, objętych sprawozdaniami w danym roku, a odmowa kilku szczepień w przypadku jednego dziecka jest liczona jako jedna odmowa) [3]. Do przyczyn tego zjawiska zaliczyć można zarówno niską edukację społeczeństwa dotyczącą szczepień i niski poziom kompetencji zdrowotnych, nieodpowiednią komunikację lekarz–pacjent, organizację systemu ochrony zdrowia, ale też coraz bardziej nasiloną działalność ruchów antyszczepionkowych. Obniżająca się wyszczepialność ma swoje konsekwencje nie tylko w obszarze medycznym, ale również gospodarczym i społecznym, pociągając za sobą wiele możliwych do uniknięcia kosztów [4].

Postawy Polaków wobec szczepień ochronnych nie są jednoznaczne. Ambiwalentny stosunek do szczepień, niezdecydowanie (*vaccine hesitancy*) oraz niska wiedza w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych charakteryzują coraz większą liczbę osób młodych, nie tylko w polskim społeczeństwie [5-6]. Badania wskazują, iż chęć zaszczepienia jest powiązana z wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania czy statusem zawodowym i finansowym. Wśród osób niezdecydowanych duży odsetek stanowią tzw. młodzi dorośli, a więc grupa, która potencjalnie posiada lub w najbliższym czasie będzie posiadała dzieci, a tym samym która może w największym stopniu wpłynąć na wyszczepialność kolejnego pokolenia [7-8].

Edukacja społeczeństwa oraz budowanie zaufania do szczepień powinny obejmować wielowymiarowe działania, kierowane do różnych grup, w tym zarówno do rodziców, dzieci i młodzieży, ale również nauczycieli czy personelu medycznego. Skoordynowane, długofalowe inicjatywy mogą bowiem w największym stopniu wpłynąć na świadomość pacjentów i podejmowane przez nich decyzje.

W niniejszym dokumencie zaprezentowano rekomendacje mające na celu zwiększenie zaufania do szczepień ochronnych, a przez to wzrost wyszczepialności społeczeństwa. Zdaniem autorów tylko kompleksowe podejście do badanego zagadnienia, a tym samym realizacja jednocześnie wielu rekomendacji, może przynieść oczekiwane rezultaty.

Poniżej przedstawiono podsumowanie opracowanych rekomendacji:

1.	Wzmocnienie działań skierowanych na monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, w tym występowania chorób zakaźnych i realizacji szczepień ochronnych
2.	Budowanie zaufania do szczepień ochronnych w oparciu o podstawową opiekę zdrowotną
3.	Edukacja na temat szczepień i chorób zakaźnych jako element programów nauczania w szkołach
4.	Odpowiednia strategia komunikacyjna w zakresie szczepień
5.	Przeciwdziałanie rozpowszechnianiu dezinformacji i szczepionkowych fake newsów
6.	Zmiana aktów prawnych dotyczących organizacji systemu szczepień ochronnych

1. Wzmocnienie działań skierowanych na monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, w tym występowania chorób zakaźnych i realizacji szczepień ochronnych

Poziom zaszczepienia w Polsce jest zróżnicowany geograficznie – widoczna jest oś biegnąca pomiędzy północnym wschodem a południowym zachodem oraz między powiatami miejskimi a pozostałymi powiatami [7]. Co więcej, poziom zaszczepienia ulega obniżeniu w czasie. Obecnie funkcjonujący sposób gromadzenia danych w zakresie zaszczepienia osób poniżej 20. roku życia oraz sposób ich udostępniania w znacznym stopniu wydłuża czas dostępu do informacji. Stosowanie formularzy MZ-54 zmusza do wykorzystywania zaawansowanych technologii w celu odczytu danych, co prowadzi do opóźnień w dostępie do danych i pochłaniania zasoby ludzkie i sprzętowe. Niezbędne jest zatem stosowanie zintegrowanego elektronicznego systemu informacyjnego, gromadzącego dane na temat realizacji obowiązku szczepień, w tym

wynikającego z Programu Szczepień Ochronnych (PSO) [9], z możliwością eksportu danych do najbardziej popularnych formatów pozwalających na ich późniejsze wykorzystanie w formie cyfrowej. Niezbędne jest prowadzenie ciągłego monitorowania i analizy poziomu zaszczepienia, szczególnie na poziomie powiatów, aby możliwe było szybkie i adekwatne reagowanie na powstające zmiany.

Dodatkowo należy prowadzić regularne oceny postaw względem szczepień w kontekście czynników społeczno-ekonomicznych, ponieważ zmiany w tych obszarach mogą być prognostykiem wyszczepialności. Działania te powinny być prowadzone poprzez zastosowanie metodologii umożliwiającej porównywanie danych pomiędzy poszczególnymi edycjami badania oraz z zachowaniem reprezentatywności próby, co umożliwi wnioskowanie na temat całej populacji w Polsce. Do opracowania kwestionariusza badawczego należy rozważyć użycie narzędzi badawczych dostępnych w Raporcie Technicznym *Catalogue of interventions addressing vaccine hesitancy* [10] opublikowanym w kwietniu 2017 r. przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (*European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC*).

Badaniami dotyczącymi postaw wobec szczepień należy objąć w szczególności:

- a) rodziców dzieci w wieku do 18. roku życia (szczepienia obowiązkowe wg PSO, szczepienia przeciw HPV),
- b) populację ogólną (nastroje społeczne wobec szczepień, postrzeganie bezpieczeństwa i skuteczności szczepień, *vaccine hesitancy*, szczepienia przeciw grypie),
- c) lekarzy i pielęgniarki (poziom wiedzy na temat szczepień, *vaccine hesitancy*).

Istotne wsparcie epidemiologicznych badań przekrojowych mogą stanowić badania jakościowe realizowane wśród osób wykazujących postawy negatywne lub wahające się wobec szczepień [7].

Rekomendowane jest również wdrożenie działań mających na celu regularną analizę kosztów ponoszonych przez płatnika publicznego na leczenie chorób zakaźnych u osób niezaszczepionych. Na podstawie gromadzonych danych możliwe będzie prowadzenie prognoz cechujących się wyższą wiarygodnością.

2. Budowanie zaufania do szczepień ochronnych w oparciu o podstawową opiekę zdrowotną

Personel medyczny, a w szczególności personel pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), jest zwykle dla pacjentów najbardziej zaufanym doradcą, mającym wpływ na decyzje dotyczące szczepień. Ten personel właśnie wskazuje jednak, iż pacjenci nie zawsze rozumieją informacje przekazywane im przez pracownika ochrony zdrowia, ale nie artykułują tego problemu [7]. Z tego powodu edukacja rodziców i dzieci powinna być realizowana już na

poziomie POZ w formie ulotek, banerów czy plakatów. Pacjentom należy zapewnić dostęp do krótkich, zrozumiałych i rzetelnych informacji na temat szczepień. Sposób przekazywania informacji na temat zdrowia powinien być dostosowany do poziomu przyswajania informacji różnych grup odbiorców. Zalecane jest również, by w ramach podstawowej opieki zdrowotnej zatrudniane były osoby, których zadaniem będzie podnoszenie świadomości zdrowotnej, w tym w zakresie szczepień ochronnych.

Rekomendowane jest systematyczne podnoszenie kwalifikacji i aktualizacja wiedzy personelu, w tym lekarzy POZ, w zakresie szczepień ochronnych. Personel medyczny nie zawsze potrafi odróżnić fakty od mitów, ale także niechętnie rozmawia z osobami przeciwnymi szczepieniom. Dlatego właśnie należy zwiększyć kompetencje pracowników ochrony zdrowia w zakresie skutecznej komunikacji z pacjentem wyrażającym nienaukowe poglądy. Pracownikom ochrony zdrowia należy zapewnić możliwość bezpłatnego udziału w szkoleniach dotyczących sprawdzania wiarygodności źródeł, z których korzystają, oraz aktualizujących wiedzę na temat szczepień. Tego typu szkolenia/wiedza powinny być wprowadzane i propagowane już na etapie studiów medycznych. Studenci kierunku lekarskiego oraz pielęgniarstwa mają ograniczoną wiedzę na temat szczepień ochronnych. Niezbędne jest również wprowadzenie do programu studiów przedmiotu komunikacja medyczna. Pacjenci zgłaszają bowiem potrzebę poczucia świadomego współdecydowania o zdrowiu. Konieczne jest bardziej indywidualne traktowanie kwalifikacji dzieci do szczepień przez lekarzy pediatrów. Pediatrzy nierzadko traktują kwalifikację dzieci do szczepień zbyt rutynowo/schematycznie, nie poddając głębszej ocenie stanu zdrowia dziecka i jego potrzeb zdrowotnych. Niezwykle ważne jest empatyczne podejście do pacjentów podczas wizyt, w tym wyjaśnianie konieczności prowadzenia szczepień i następstw stosowania szczepionek [7, 11-12].

Należy mieć na uwadze, iż istotną rolę w edukacji i działaniach dotyczących szczepień mogą pełnić farmaceuci. Ze względu na posiadaną wiedzę ekspercką farmaceuci powinni zasiadać w najważniejszych komitetach i grupach doradczych dotyczących szczepień. Ważne miejsce zajmuje też edukacja oraz poszerzanie kompetencji innych fachowych pracowników ochrony zdrowia (lekarzy specjalistów, ginekologów i położników, położnych, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, higienistek, stomatologów), którzy przez codzienny kontakt z pacjentem, mogą w znacznym stopniu wpłynąć na decyzje dotyczące profilaktyki chorób zakaźnych.

3. Edukacja na temat szczepień i chorób zakaźnych jako element programów nauczania w szkołach

Edukacja jest skuteczną formą promowania szczepień ochronnych [13], a podejmowane w szkołach interwencje edukacyjne mogą wpłynąć pozytywnie na nastawienie do szczepień ochronnych zarówno dzieci, jak i rodziców.

Przeprowadzona analiza podstaw programowych, ramowych planów nauczania i programów nauczania dla poszczególnych przedmiotów w polskich szkołach wskazuje na brak kompleksowego podejścia do kwestii edukacji zdrowotnej. Obowiązujące regulacje przewidują stosunkowo dużą swobodę w opracowywaniu programów nauczania poszczególnych przedmiotów. Prowadzi to, pomimo minimalnych wymagań określonych w podstawie programowej, do powstania istotnych różnic w zakresie i sposobie uwzględniania w poszczególnych programach nauczania zagadnień dotyczących ochrony zdrowia, a w szczególności problematyki chorób zakaźnych i szczepień ochronnych. Realizowane w szkołach działania edukacyjne nie są powiązane z innymi inicjatywami w zakresie promocji i dostępności szczepień, w tym w szczególności z faktycznym momentem wykonywania szczepień przewidzianych w PSO [8].

Badania prowadzone w grupach nauczycieli wskazują, iż nie wyrażają oni zainteresowania tematem szczepień ochronnych, mając do szczepień ambiwalentny stosunek. Źródłem wiedzy na temat szczepień ochronnych w grupie nauczycieli jest głównie Internet (fora internetowe i media społecznościowe). Istnieje więc potrzeba edukacji nauczycieli w zakresie szczepień ochronnych, ale też potrzeba podwyższenia kompetencji nauczycieli w zakresie skutecznej komunikacji z uczniem/studentem wyrażającym nienaukowe poglądy [7].

Niezbędne wydaje się określenie miejsca edukacji zdrowotnej w edukacji szkolnej w celu zapewnienia jej kompleksowości i wyeliminowania wielokrotnego omawiania tych samych zagadnień w ramach nauczania różnych przedmiotów. W tym celu wskazane byłoby również określenie przedmiotu wiodącego, systematyzującego i integrującego zdobywane przez uczniów wiedzę i umiejętności, w tym w zakresie chorób zakaźnych i ich profilaktyki. Rolę tę mógłby pełnić przedmiot edukacja dla bezpieczeństwa.

Rekomendowane jest wprowadzanie zagadnień dotyczących profilaktyki chorób zakaźnych na każdym etapie edukacji oraz zwiększenie liczby godzin poświęconych problemom zdrowia, w tym chorobom zakaźnym przy uwzględnieniu społecznego aspektu szczepień ochronnych jako jednego z najefektywniejszych sposobów ochrony i umacniania potencjału zdrowotnego jednostki i społeczeństwa. Co istotne, uczniowie potrzebują edukacji na temat szczepień w formie utrzymującej ich uwagę przez odpowiednio długi czas. Ważne jest także powiązanie momentu realizacji w szkole zajęć poświęconych chorobom zakaźnym i szczepieniom z harmonogramem realizacji PSO. Istotnym zagadnieniem, które ma wpływ na liczbę wykonanych szczepień, jest dogodność poddania się szczepieniu w możliwie krótkim odstępie czasu od przeprowadzonej interwencji edukacyjnej [14]. Należy też prowadzić działania edukacyjne zorientowane na budowanie umiejętności krytycznej oceny informacji na temat szczepień pojawiających się w przestrzeni publicznej, zwłaszcza w mediach społecznościowych [11]. Potrzebne są tzw. tradycyjne nośniki i media, jak materiały w formie broszur, ulotek, informatorów, ale także obejmujące inne, niestandardowe formy, takie jak gry planszowe czy komputerowe, komiksy, materiały dla młodszych dzieci [11-12].

4. Odpowiednia strategia komunikacyjna w zakresie szczepień

Badania przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej wskazały, że zdecydowana większość Polaków uważa, że szczepienia ochronne dzieci przeciw najgroźniejszym chorobom zakaźnym powinny być obowiązkowe, a rodzice mogą decydować tylko o ewentualnych szczepieniach dodatkowych. Poglądy sceptyczne wobec szczepień ochronnych dzieci wykazywały w szczególności osoby w średnim wieku, mieszkające w małych ośrodkach, z wykształceniem zasadniczym zawodowym i o niskich dochodach [8, 15].

Z kolei badanie prowadzone wśród reprezentatywnej części populacji Polski w wieku 15-39 lat wskazuje, iż większość Polaków ma niejednoznaczne postawy wobec szczepień. Znaczna część populacji wyraża obawy związane z bezpieczeństwem szczepień dzieci, zwłaszcza w zakresie wpływu szczepień na rozwój oraz wywoływania poważnych skutków ubocznych. Wiedza Polaków na temat szczepień ochronnych nie jest wystarczająca [7], a świadomość zagrożeń wynikających z chorób zakaźnych w społeczeństwie spada.

Tym samym w pomoc przy zwiększaniu świadomości zdrowotnej i zaufania do szczepień, poza placówkami ochrony zdrowia czy szkołami, powinny być zaangażowane również inne instytucje, takie jak kościoły, koła gospodyń, kluby motocyklowe, szkoły tańca, a także pomoc społeczna, popularni youtuberzy, blogerzy, instagramerzy [7].

W Internecie powinny być dostępne programy edukacyjne skierowane do młodzieży na temat szczepień ochronnych. Rozpowszechnianie i promowanie szczepień ochronnych skierowanych do młodzieży powinno mieć głównie miejsce w mediach społecznościowych. Edukacja społeczeństwa powinna mieć charakter kampanii z udziałem ekspertów z zakresu szczepień. W telewizji powinny być emitowane programy edukacyjne na temat szczepień ochronnych, adresowane do wybranych kategorii wiekowych odbiorców. Główne działania komunikacyjne należy skierować do grup niezdecydowanych, przy czym przekaz powinien być dostosowany do zidentyfikowanych postaw i wykorzystywać przeznaczone do tego kanały komunikacji.

Należy wzmacniać przekaz dotyczący bezpieczeństwa szczepień dzieci, ukierunkowany zwłaszcza na „oswajanie” pojęcia niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP) w populacji, przy jednoczesnym budowaniu narracji, że szczepienia są elementem wzmacniania naturalnej odporności. Przystępne komunikaty o procesach szczepień, składach szczepionkowych, przeciwwskazaniach itp. powinny funkcjonować nie tylko jako zakładka na internetowych podstronach rządowych, ale łatwo dostępny, zapamiętywany adres [11]. Komunikaty na temat szczepień pojawiające się w przestrzeni publicznej powinny być spójne, rzetelne, zrozumiałe i wydawane przez źródło, które odbiorcy darzą zaufaniem.

5. Przeciwdziałanie rozpowszechnianiu dezinformacji i szczepionkowych fake newsów

Temat dezinformacji i fake newsów medycznych, w tym dotyczących szczepień, podnoszony jest przez wiele organizacji, w tym WHO [16] czy ECDC [17]. Dezinformacja na temat szczepionek jest częściowo zakorzeniona w braku podstawowej wiedzy na temat działania szczepionek i sposobu ich opracowywania. Dotyczy to zwłaszcza nowo opracowanych szczepionek. Dezinformacja w mediach społecznościowych doprowadziła do zmiany postaw wobec szczepień przeciw COVID-19 pomimo dowodów na bezpieczeństwo i skuteczność szczepionki [18], a kontrowersje wokół szczepionek nadal mają negatywny wpływ na wskaźnik szczepień u dzieci, co może przełożyć się na odporność populacyjną i rozprzestrzenianie się chorób, które mogą prowadzić do poważnych powikłań i zgonów [19].

Problem tzw. infodemii dostrzega WHO, która definiuje to zjawisko jako „zbyt dużą ilość informacji, w tym fałszywych lub wprowadzających w błąd, dostępnych w środowisku cyfrowym i fizycznym podczas wybuchu choroby”. Problem ten znalazł się wśród określonych przez WHO dziesięć najważniejszych wyzwań dotyczących zdrowia publicznego w 2022 r. [20].

Skutecznym sposobem odnoszenia się do mitów lub błędnych przekonań może być publikowanie dowodów naukowych i podawanie kontrargumentów [21], rozpowszechnianych poprzez kampanie w mediach tradycyjnych i społecznościowych, w szczególności wśród grup, mających największy wpływ na kształtowanie postaw i opinii, a więc pracowników ochrony zdrowia, pracowników socjalnych czy nauczycieli. Skuteczna komunikacja opiera się na wiarygodności nadawcy. Informacje ze źródeł, które są postrzegane jako wiarygodne, zwykle tworzą silniejsze przekonania i w większym stopniu wpłynąć mogą na opinie społeczne.

Istotną rolę w tym zakresie odgrywa edukacja szkolna, prowadzona już od najmłodszych lat. Dużą rolę odgrywają również przekazy medialne. Rekomendowane jest tworzenie grup promujących medycynę konwencjonalną – portali, na których lekarze odpowiadają na pytania internautów, ale też grup w mediach społecznościowych, np. tzw. grup facebookowych, dających poczucie przynależności. Istotna może być promocja lekarzy-celebrytów, postaci medialnych promujących zdrowie, a także wspieranie stron demaskujących medyczne fake newsy. Silnie rekomendowane jest wspieranie edukacji internetowej dorosłych w obszarze odróżniania faktów naukowych od fake newsów. Kampanie medialne z udziałem osób szanowanych, które demaskowałyby typowe elementy fake newsów, takie jak oddziaływanie na emocje lub stosowanie niezrozumiałych pojęć, mogłyby uczulić społeczeństwo na pojawiające się nieprawdziwe treści [11-12].

6. Zmiana aktów prawnych dotyczących organizacji systemu szczepień ochronnych

Sposób ukształtowania ram prawnych całego systemu szczepień ochronnych niewątpliwie może przekładać się zarówno na poziom zaszczepienia społeczeństwa, jak i na poziom ogólnej akceptacji społecznej szczepień ochronnych. Tym samym propozycje zmian aktów prawnych powinny mieć na celu przeciwdziałanie występującym od dłuższego czasu trendom, przejawiającym się odchodzeniem od szczepień ochronnych przez niektórych pacjentów. Jednocześnie powinny one zapewniać skuteczność systemu szczepień ochronnych oraz jego sprawne funkcjonowanie, a także zapewnienie możliwości zbierania rzetelnych i kompletnych informacji o przeprowadzanych szczepieniach.

Jakkolwiek przedstawione poniżej założenia zakładają modyfikację niektórych z podstawowych zasad obecnie funkcjonującego systemu, to jednak wydaje się, że mogą one uzyskać zarówno akceptację społeczną, jak i poparcie ze strony władz publicznych. Wynika to przede wszystkim z faktu, że obecnie obowiązujące regulacje nie spełniają w pełni oczekiwań żadnej ze stron ani nie realizują w sposób wystarczający swojej funkcji. Propozycje zmian aktów prawnych dotyczących organizacji szczepień ochronnych w Polsce zakładają zmianę następujących przepisów:

1) art. 17 ustawy z dnia 5 grudnia 2009 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (u.ch.z.z.) [22] – obowiązkowe szczepienia ochronne nie tyle pozbawiają możliwości wyrażenia na nie zgody, ile stawiają pod znakiem zapytania charakter odmowy poddania się szczepieniu. Obecnie z obowiązkowego szczepienia ochronnego zwalniają wyłącznie przeciwwskazania medyczne, przy czym egzekucja obowiązku poddania dziecka szczepieniu (obowiązek o charakterze niepieniężnym) jest długotrwała i często nie przynosi oczekiwanych skutków lub przynosi je po czasie. Skutecznym rozwiązaniem w tym wypadku może być wprowadzenie możliwości rezygnacji z obowiązkowego szczepienia ochronnego poprzez złożenie stosownego oświadczenia na formularzu (o określonej przepisami treści), po przeprowadzeniu obowiązkowych konsultacji z lekarzem lub pracownikiem Państwowej Inspekcji Sanitarnej (np. w Punkcie Konsultacyjnym Szczepień). Oświadczenie powinno być podpisane przez pacjenta lub wszystkie osoby sprawujące prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, albo opiekuna faktycznego. Penalizowane będzie w takim wypadku wyłącznie niestawienie się (uchylanie się od realizacji tego obowiązku) na konsultacje w wyznaczonym lub uzgodnionym terminie (wykroczenie);

2) art. 17 ust. 5 u.ch.z.z. – w przypadku, gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, lekarz kieruje osobę objętą obowiązkiem szczepienia ochronnego do konsultacji specjalistycznej – problemem jest często długi czas oczekiwania na konsultację. Rozwiązaniem może być utworzenie funkcjonujących w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i ogólnodostępnych dla pacjentów Punktów Konsultacyjnych Szczepień;

3) art. 17 ust. 6 u.ch.z.z. – aktualnie wyłącznie lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne, higienistki szkolne i ratownicy medyczni posiadający kwalifikacje określone na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 u.ch.z.z. przeprowadzają szczepienia ochronne. Wiąże się to ze zbyt małą dostępnością specjalistów przeprowadzających szczepienia ochronne. Rekomendowane jest rozszerzenie kręgu zawodów mogących przeprowadzać szczepienia o farmaceutów, a także o fizjoterapeutów i diagnostów laboratoryjnych (zob. art. 21c u.ch.z.z.), oraz zapewnienie możliwości przeprowadzania szczepień w aptekach (spełniających określone w przepisach wymagania);

4) art. 17 ust. 2-4 u.ch.z.z. – badanie kwalifikacyjne do szczepienia ochronnego może być przeprowadzane wyłącznie przez lekarzy, którzy nie muszą posiadać żadnych dodatkowych kwalifikacji, przy czym okres ważności zaświadczenia jest relatywnie krótki. Istnieje przy tym konieczność ponownej wizyty lekarskiej w przypadku nieprzeprowadzenia szczepienia w terminie 24 godzin od konsultacji. Może to powodować zbyt małą dostępność specjalistów, a wymagane kwalifikacje są niespójne z kwalifikacjami wymaganymi do przeprowadzania samego szczepienia. Rekomendowane jest rozszerzenie kręgu zawodów mogących przeprowadzać badanie kwalifikacyjne o fizjoterapeutów, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych (zob. rozporządzenie ministra zdrowia [23]);

5) art. 17 ust. 8 u.ch.z.z. – osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia dokonują wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia, sporządzają sprawozdania z przeprowadzonych szczepień oraz sprawozdania ze stanu zaszczepienia, które przekazują organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej – w dokumentacji nie są odnotowywane natomiast wezwania na szczepienia obowiązkowe, brak jest też szczegółowych raportów. Postulowane jest wprowadzenie formy elektronicznej prowadzenia rejestrów – nadzór nad terminowością wykonywania szczepień z wykorzystaniem elektronicznego systemu ewidencjonowania usług, który umożliwiłby generowanie raportów dotyczących terminów zaplanowanych badań i szczepień oraz powiadomień o tych terminach. Ocena realizacji obowiązku szczepień mogłaby być realizowana na bieżąco, w oparciu o generowane na dany dzień listy pacjentów z wyznaczonym terminem badania kwalifikacyjnego i szczepienia;

6) art. 17 ust. 8 u.ch.z.z. i art. 19 ust. 8 u.ch.z.z. – w przypadku szczepień zalecanych osobie poddawanej szczepieniu dodatkowo wydaje się zaświadczenie o wykonaniu zalecanego szczepienia oraz informuje się ją o możliwości wydania na jej koszt Międzynarodowej Książeczki Szczepień (art. 19 ust. 8 ustawy), co generuje dodatkowe koszty dla pacjenta. Proponowane jest ujednoczenie przepisów w tym zakresie z systemem szczepień obowiązkowych;

7) aktualnie proces zbierania i rejestracji danych o szczepieniach ochronnych jest skomplikowany. Zaangażowanych jest w niego wiele podmiotów, których kompetencje w pewnych zakresach nakładają się. Ponadto rejestr prowadzony jest w formie papierowej lub tylko częściowo w formie cyfrowej, nie wykorzystuje się Internetowego Konta Pacjenta (IKP), co w konsekwencji sprawia, że obecnie lekarzowi brakuje dostępu on-line do bieżących danych na temat szczepień danej osoby. Rekomendowane jest usprawnienie rejestru danych o szczepieniach ochronnych, w tym poprzez wykorzystanie już istniejących narzędzi:

- a) cyfryzacja funkcjonujących rejestrów danych dotyczących szczepień;
- b) wyznaczenie jednej instytucji odpowiedzialnej za zbieranie, gromadzenie i analizę danych dotyczących szczepień;
- c) na poziomie indywidualnego obywatela, w celu zbierania danych, powinien być wykorzystywany system e-zdrowie, w tym Internetowe Konto Pacjenta (IKP), natomiast elektroniczna karta szczepień powinna być przypisana do danego obywatela poprzez numer PESEL;
- d) na poziomie instytucji w celu monitorowania aktualnej sytuacji epidemicznej powinien być wykorzystywany system elektroniczny Państwowej Inspekcji Sanitarnej (system SEPIS), w tym do gromadzenia danych na temat szczepień, statystyk dotyczących osób uchylających się od szczepień i przyczyn tego zjawiska. Celem jest utworzenie systemu elektronicznego gromadzenia danych na temat realizacji obowiązku szczepień wynikającego z PSO i świadczeń medycznych związanych ze szczepieniami, który dostarczałby wiarygodnych danych na temat poziomu odporności populacyjnej w czasie rzeczywistym;

8) art. 17 ust. 11 u.ch.z.z. – GIS ogłasza w formie komunikatu, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, PSO na dany rok ze szczegółowymi wskazaniem dotyczącymi stosowania poszczególnych szczepionek, wynikającymi z aktualnej sytuacji epidemiologicznej, przepisów wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 u.ch.z.z. i art. 19 ust. 10 u.ch.z.z. oraz zaleceń, w terminie do dnia 31 października roku poprzedzającego realizację tego programu. PSO wydawany jest na cały rok i zasadniczo nie podlega modyfikacji, jednocześnie przepisy nie określają elementów, które PSO powinien zawierać. Rekomendowane jest określenie w przepisach elementów, które PSO powinien zawierać (uzasadnienie, wskazanie oczekiwanych poziomów zaszczepienia i rezultatów zdrowotnych, podsumowanie wyników realizacji PSO za rok ubiegły) oraz określenie zasad wprowadzania zmian w PSO oraz możliwości modyfikacji okresu, na jaki jest wydawany – obecnie, zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 maja 2023 r., sygn. akt SK 81/19, kwestie te powinny być uregulowane w rozporządzeniu wydawanym na podstawie ustawy;

9) art. 18 ust. 9 u.ch.z.z. – jeżeli dana osoba podda się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu, o którym mowa w ust. 1, z zastosowaniem szczepionki innej niż ta, o której mowa w ust. 5, to ponosi koszt zakupu tej szczepionki – brak refundacji kosztów innych szczepionek, niż te, które nabywa minister właściwy do spraw zdrowia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych, a które finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Powinno dążyć się do refundacji wszystkich szczepionek, które są dostępne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i które zostały podane w jej ramach (ewentualnie powinien zostać określony poziom ich refundacji);

10) art. 20 u.ch.z.z. oraz przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy [24] – obecnie nie obowiązują przepisy i nie funkcjonują rozwiązania motywujące pracodawców do przeprowadzania szczepień w zakładach pracy, a pracowników do poddawania się szczepieniom ochronnym. Rekomendowane jest budowanie zaufania do szczepień również jako elementu programów promocji zdrowia w miejscu pracy, w tym utworzenie warunków organizacyjno-

prawnych motywujących pracodawców do prowadzenia programów szczepień skierowanych do pracowników, takich jak np. dodatkowe dni urlopu dla pracowników, którzy poddali się szczepieniom organizowanym przez pracodawcę, wykaz szczepień, których realizacja w zakładzie pracy będzie refundowana, możliwość przeprowadzania szkoleń dla pracowników przez Punkty Konsultacyjne Szczepień;

11) art. 20 ust. 3 u.ch.z.z. – koszty przeprowadzania szczepień, o których mowa w ust. 1, oraz zakupu szczepionek ponosi pracodawca. Ustęp 2 wskazanego przepisu dotyczy nie tylko pracodawcy, lecz również zlecającego prace. Obowiązek wskazany w ust. 1 odnosi się natomiast wyłącznie do pracodawcy. Rekomendowane jest objęcie tym obowiązkiem również zlecającego wykonanie prac;

12) przepisy ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 [25] oraz ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe [26] nie zawierają obecnie przepisów umożliwiających wprowadzenie jako kryterium w rekrutacji do żłobka lub klubu dziecięcego, publicznego przedszkola, oddziału przedszkolnego w publicznej szkole podstawowej lub publicznej innej formy wychowania przedszkolnego posiadania zaświadczenia o poddaniu dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym albo przeciwskazaniom medycznym do takiego szczepienia. Rekomendowane jest wprowadzenie przepisów umożliwiających stosowanie takiego kryterium w rekrutacji, przy czym powinno być to kryterium obligatoryjne (w statucie określano by wyłącznie punktację) [27].

Podziękowania

Autorzy publikacji składają serdeczne podziękowania za wkład w opracowanie raportu członkom Konsorcjum Naukowego, w tym w szczególności (w kolejności alfabetycznej): dr Helenie Chmielewskiej-Szlajfer, dr. Leonowi Ciechanowskiemu, mec. Aleksandrowi Czurze, prof. dr. hab. Dariuszowi Dolińskiemu, dr. hab., prof. USWPS Wojciechowi Kulesze, dr Aleksandrze Lusawie, dr Paulinie Mularczyk-Tomczewskiej, dr. hab. Filipowi Raciborskiemu, dr. hab., prof. SGH Tomaszowi Siemiątkowskiemu, dr Anecie Tomaszewskiej.

Rekomendacje przygotowano na podstawie prowadzonego projektu pt. *Budowanie zaufania do szczepień ochronnych z wykorzystaniem najnowszych narzędzi komunikacji i wpływu społecznego* – MedFake.

Kierownik projektu: prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas

Projekt realizowany jest w Konsorcjum czterech uczelni: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – Lidera projektu, Uniwersytetu SWPS, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Akademii Leona Koźmińskiego.

Projekt finansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach programu *Społeczny i gospodarczy rozwój Polski w warunkach globalizujących się rynków* Gospostrateg II.



Bibliografia

-
- [1] WHO. *Vaccines and Immunization*. [Online] 25.09.2023. https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
- [2] Nandi Arindam i Shet Anita. Why vaccines matter: understanding the broader health, economic, and child development benefits of routine vaccination. *Hum Vaccin Immunother*. 2020, t. 16, nr 8, s. 1900-1904.
- [3] Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. *Jaka jest liczba uchyleń dotyczących szczepień obowiązkowych?* [Online] 25.09.2023. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/jaka-jest-liczba-uchylen-szczepien-obowiazkowych/>
- [4] Assessing the Cost of Vaccine-Preventable Diseases. *Am J Manag Care*. 2019 [Online] 30.11.2023. <https://www.ajmc.com/view/assessing-the-cost-of-vaccinepreventable-diseases,25.09.2023>.
- [5] MacDonald Noni E i inni. Vaccine hesitancy definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015, t. 33, nr 34, s. 4161-4164.
- [6] Maisonneuve Alexander R. Educating children and adolescents about vaccines: a review of current literature. *Expert Rev Vaccines*. 2018, t. 17, nr 4, s. 311-321.
- [7] Raciborski Filip i inni. *Stosunek mieszkańców Polski do szczepień ochronnych z uwzględnieniem podziałów ekonomicznych, społecznych i gospodarczych*. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2022. [Online] 25.09.2023. <https://medfake.pl/app/uploads/2023/01/Stosunek-mieszkanow-Polski-do-szczepien-ochronnych-raport-z-badan-WUM.pdf>
- [8] Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. *Szczepienia w Polsce w ujęciu zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym*. Warszawa: CMKP, 2022. [Online] 25.09.2023. <https://medfake.pl/ebook/wstep/>
- [9] Ministerstwo Zdrowia. *Program Szczepień Ochronnych (PSO)*. [Online] 26.09.2023. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-szczepien-ochronnych-pso->
- [10] European Centre for Disease Prevention and Control. *Catalogue of interventions addressing vaccine hesitancy*. Stockholm: ECDC, 2017. [Online] 30.11.2023. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/catalogue-interventions-addressing-vaccine-hesitancy>
- [11] Chmielewska-Szlajfer Helena i inni. *Badania jakościowe na temat postaw rodziców mających wątpliwości czy szczepić swoje dzieci oraz postaw antyszczepionkowych w Internecie*. Warszawa: Akademia Leona Koźmińskiego, 2022. [Online] 26.09.2023. <https://medfake.pl/news/raport-z-badan-jakosciowych/>
- [12] Białobrzaska Olga i inni. *Analiza i badanie mechanizmów psychospołecznych determinujących podejmowanie decyzji na temat szczepień*. Warszawa: Uniwersytet SWPS, 2022. [Online] 26.09.2023. <https://medfake.pl/news/analiza-i-badanie-mechanizmow-psychospolecznych-determinujacych-podejmowanie-decyzji-na-temat-szczepien-raport-z-badan-uswps-3/>
- [13] Kwan Tracy T. C. i inni. The effect of school-based cervical cancer education on perceptions towards human papillomavirus vaccination among Hong Kong Chinese adolescent girls. *Patient Educ Couns*. 2011, t. 84, nr 1, s. 118-122.
- [14] Gellert Paul, Bethke Norma i Seybold Joachim. School-based educational and on-site vaccination intervention among adolescents: study protocol of a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2019, t. 9, nr 1, e025113.
- [15] Centrum Badań Opinii Społecznej. *Stosunek do szczepień ochronnych dzieci*. [Online] 26.09.2023. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_009_19.PDF
- [16] WHO. *Infodemic*. [Online] 26.09.2023. https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1
-

- [17] European Centre for Disease Prevention and Control. *Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA*. Stockholm: ECDC, 2021. [Online] 30.11.2023. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/countering-online-vaccine-misinformation-eu-eea>
- [18] Catalan-Matamoros Daniel i Peñafiel-Saiz Carmen. Exploring the relationship between newspaper coverage of vaccines and childhood vaccination rates in Spain. *Hum Vaccin Immunother*. 2020, t. 16, nr 5, s. 1055-1061.
- [19] Garrett Renee i Young Sean D. Online misinformation and vaccine hesitancy. *Transl Behav Med*. 2021, t. 11, nr 12, s. 2194-2199.
- [20] Lucero-Prisno Don Eliseo i inni. Top ten public health challenges to track in 2022. *Public Health Chall*. 2022, t. 1, nr 3, e21.
- [21] Lewandowsky Stephan i inni. *The Debunking Handbook 2020*. [Online] 26.09.2023. <https://sks.to/db2020>
- [22] Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. *Dz. U.* 2023, poz. 1284.
- [23] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19. *Dz. U.* 2022, poz. 1410.
- [24] Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. *Dz. U.* 2023, poz.1465.
- [25] Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3. *Dz. U.* 2023, poz.204.
- [26] Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe. *Dz. U.* 2023, poz. 900.
- [27] *Senacki projekt ustawy o zmianie ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, ustawy – Prawo oświatowe oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Druk nr 920. [Online] 30.11.2023. <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=CE94A5BD7DAD5F97C12586790042EC14>