



Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy

Raport

Czerwiec 2013

Dokument przygotowany przez Ernst & Young przy współpracy:

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH,
Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy
Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej
Grupa Robocza ds. Grypy
Kancelaria Domański Zakrzewski Palinka

 **ERNST & YOUNG**
Quality In Everything We Do

 | Domański Zakrzewski Palinka

Spis treści:

Najważniejsze wnioski z raportu.....	3
1 Problem grypy w Polsce	6
1.1 Zagrożenia wywołane wirusem grypy	6
1.2 Metody walki z grypą	8
1.3 Poziom wyszczepialności w Polsce i w Unii Europejskiej.....	11
1.4 Porównanie kosztów i korzyści	13
2 Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy	18
2.1 Filary programów szczepień przeciw grypie	18
2.2 Filary Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy w Polsce.....	21
3 Zarządzanie Programami Szczepień.....	26
3.1 Rekomendacje dotyczące szczepień przeciw grypie	26
3.2 Docelowe poziomy wyszczepialności	40
3.3 Raportowanie i monitorowanie	41
4 Pracownicy ochrony zdrowia.....	47
4.1 Rola pracowników ochrony zdrowia: zalecanie szczepień pacjentom.....	47
4.2 Szczepienia pracowników ochrony zdrowia	52
5 Komunikacja	61
5.1 Komunikacja ze strony zaangażowanych instytucji	61
5.2 Kampania społeczna	66
6 Dostęp i finansowanie szczepień	70
6.1 Dostępność szczepień przeciw grypie w Polsce.....	70
6.2 Finansowanie szczepień	76

Najważniejsze wnioski z raportu

Niniejszy raport stanowi podsumowanie kilkumiesięcznych prac projektowych ekspertów z Zakładu Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy w NIZP-PZH oraz Grupy Roboczej ds. Grypy, przy współdziałaniu Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej, oraz przy wsparciu międzynarodowej firmy doradczej Ernst & Young oraz kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka.

Przesłanką do przygotowania Raportu jest dostrzegany w Polsce i na świecie problem związany z zachorowaniami na grypę, które w konsekwencji powodują niejednokrotnie wielonarządowe powikłania pogrypowe, a także wpływają na kwestie ekonomiczne zarówno na szczeblu pojedynczych przedsiębiorstw, jak i całej gospodarki. Koszty pośrednie związane z zachorowaniami na grypę w roku o przeciętnej zachorowalności oszacowano w Polsce (przy zastosowaniu metody kapitału ludzkiego) na poziomie ok. 1,5 mld PLN rocznie. To wskazuje na wagę problemu oraz na wysoki priorytet, jaki powinny mieć wdrożone działania mające na celu walkę z tym wirusem. Inicjatorzy powstania Raportu w trakcie prac nad nim kierowali się przekonaniem, że obecnie funkcjonujący w Polsce system zabezpieczenia przed wirusem grypy jest mało skuteczny. Konieczne jest zatem konsekwentne i kompleksowe podejście do tego zagadnienia.

Ogólnopolski Program Zwalczania Grypy, który stanowi zawartość niniejszego raportu, opiera się na definicji działań, które powinny doprowadzić do wzrostu liczby szczepień przeciw grypie w Polsce, w szczególności w grupach podwyższonego ryzyka powikłań pogrypowych. Szczepienia są bowiem najtańszym i najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zachorowaniom na grypę i jej powikłaniom. Poziom wyszczepialności w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. Wynika to z wielu czynników, które zostały opisane w raporcie. Należą do nich niski poziom zrozumienia potrzeby szczepień przeciw grypie, zarówno wśród pracowników ochrony zdrowia, jak i pacjentów. Istotą problemu jest brak większej akceptacji dla tej formy profilaktyki, niedostateczna wiedza o powikłaniach pogrypowych i ich kosztach oraz rodzajach szczepionek.

Prace projektowe w ramach przygotowywania raportu zostały oparte na międzynarodowym badaniu VENICE, które określa, jakie czynniki wpływają na poziom wyszczepialności i jakie działania należy podjąć, żeby poziom ten podnieść. Grupa Robocza ds. Grypy podczas prowadzonych warsztatów wypracowała dokument oparty na czterech zdefiniowanych przez VENICE filarach skutecznej strategii zwalczania grypy, które można by wdrożyć w perspektywie krótko- i średnioterminowej w Polsce. Poniżej zaprezentowano najważniejsze wnioski z tych prac.

Filar I. Zarządzanie Programem Szczepień

Najważniejsze zmiany w polskim systemie walki z grypą powinny rozpocząć się od zdefiniowania jasnych zaleceń dotyczących tego, jakie grupy z populacji polskiej szczególnie powinny poddawać się systematycznym szczepieniom (grupy ryzyka) oraz nadania tym zaleceniom odpowiedniej rangi prawnej.

Należy:

- ▶ rozszerzyć i doprecyzować rekomendacje szczepień przeciw grypie w Programie Szczepień Ochronnych wydawanych przez Ministerstwo Zdrowia, aby odpowiadały standardom obowiązującym na świecie określanym przez Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) i European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC),
- ▶ zwiększyć aktywność instytucji zdrowia publicznego oraz towarzystw naukowych w celu skutecznego zabezpieczenia osób z grup podwyższonego ryzyka przed infekcją grypową.

Chcąc zagwarantować stosowanie się do rekomendacji, Ministerstwo Zdrowia powinno określić krótko-, średnio- i długoterminowe docelowe poziomy wyszczepialności dla poszczególnych grup ryzyka, a następnie monitorować osiąganie tych celów. Aby było to możliwe, należy:

- ▶ rozszerzyć obecny system monitorowania szczepień o zbieranie dodatkowych danych, które pozwolą na określenie, do jakiej grupy ryzyka należy szczepiony,

- ▶ egzekwować obowiązek raportowania od wszystkich podmiotów, które szczepią przeciw grypie.

Szczegółowe rozwiązania w tym obszarze zostały opisane w Rozdziale III.

Filar II. Pracownicy Ochrony Zdrowia

Najważniejsze cele do osiągnięcia w tym obszarze to:

- ▶ zwiększenie roli i zaangażowania lekarzy w proces zalecania i realizacji szczepień wśród swoich pacjentów, w szczególności z grup podwyższonego ryzyka,
- ▶ zwiększenie poziomu szczepień przeciw grypie wśród personelu medycznego, aby chronić ich zdrowie i zdrowie pacjentów.

Szczególną motywacją dla pracowników ochrony zdrowia oraz pacjentów powinno być przekonanie o konieczności szczepień, aby zabezpieczyć się przed transmisją wirusa grypy w relacji pacjent-lekarz-pacjent.

Dlatego pierwszym działaniem w tym obszarze są prace dotyczące kształtowania postaw i świadomości lekarzy (na temat grypy i szczepień, a także ich odpowiedzialności za pacjentów) przez edukację i dzięki komunikacji, co zostało opisane w rozdziale V.

Ponadto należy uregulować kwestię pobierania opłat za szczepienia od pacjentów przez Zakłady Opieki Zdrowotnej, co pośrednio wpłynie na zwiększenie ilości wykonywanych szczepień przeciwko grypie przez lekarzy. Rozwiązanie to zostało opisane w rozdziale VI.

Filar III. Komunikacja

Kluczowe działanie w tym obszarze to zapewnienie odpowiedniej komunikacji zarówno w kierunku lekarzy, jak i pacjentów.

W przypadku lekarzy, na podstawie wyników opisanego w Rozdziale IV badania, należy opracować strategię edukacyjną i komunikacyjną, która pozwoli na zmianę postaw lekarzy. W rezultacie wpłynie to na podwyższenie liczby szczepień przeciw grypie, zarówno wśród lekarzy i personelu medycznego, jak i pacjentów z grup ryzyka.

Istotna jest komunikacja w kierunku pacjentów za pomocą kampanii społecznych (łączyć siły i fundusze wszystkich zainteresowanych podmiotów rynkowych: instytucji zdrowia publicznego, przemysłu farmaceutycznego i in.). Należy również rozważyć możliwość finansowania kampanii społecznej ze środków funduszy Unii Europejskiej, np. w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Elementy przygotowania takiej kampanii opisano w Rozdziale V.

Filar IV. Dostęp i finansowanie

Najważniejszy cel tego filaru to zwiększenie dostępności szczepień oraz skrócenie czasu i drogi, którą musi odbyć pacjent, aby się zaszczepić.

Konieczne jest uzyskanie oficjalnej interpretacji przepisu art. 19 ust. 7 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w następujących kwestiach:

- ▶ możliwości wykonania szczepienia zalecanego przy użyciu szczepionki stanowiącej własność Zakładu Opieki Zdrowotnej w ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju umów z Podstawową Opieką Zdrowotną (POZ),
- ▶ możliwość pobierania przez ZOZ od pacjenta opłaty za szczepionkę („kosztów zakupu szczepionki”) w ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju POZ,
- ▶ określenie jakie koszty ponosi pacjent, czyli co wchodzi w skład „kosztów zakupu szczepionki” – czy koszty te oprócz ceny hurtowej mogą uwzględniać m.in. koszty transportu i przechowania szczepionki oraz koszty materiałów higienicznych.

Jednoznaczna interpretacja istniejących przepisów zwiększy dostępność szczepień w Zakładach Opieki Zdrowotnej i rozwiąże problem motywacji tych ośrodków (a pośrednio również lekarzy) do wykonywania szczepień. W Rozdziale VI opisano, jakich przepisów powinna dotyczyć interpretacja.

Ponadto należy rozważyć możliwości zwiększenia dostępu do szczepień w innych miejscach, takich jak apteki czy gabinety prywatne. Szczegóły tych rozwiązań zostały opisane w Rozdziale VI.

1 Problem grypy w Polsce

1.1 Zagrożenia wywołane wirusem grypy

1.1.1 Podstawowe informacje o wirusie grypy

Grypa jest jedną z najczęściej występujących wirusowych chorób zakaźnych i istotną przyczyną zachorowań oraz zgonów w wielu regionach świata, także w Polsce. Według szacunków World Health Organization (WHO) co roku na grypę¹:

- ▶ choruje od 330 mln do 1,76 mld ludzi,
- ▶ 3-5 mln osób cierpi z powodu jej ostrych objawów,
- ▶ umiera od 500 tys. do miliona osób².

Grypa jest ostrą chorobą zakaźną wywoływaną przez trzy typy wirusa: A, B i C. Najbardziej charakterystyczną cechą tego wirusa jest jego zmienność antygenowa, która może przebiegać na dwa sposoby:

- ▶ przesunięcie antygenowe, które powoduje sezonowe epidemie grypy,
- ▶ skok antygenowy, który powoduje pandemie³.

Choć grypa występuje na świecie od wieków, nie udało się jej jeszcze opanować, między innymi ze względu na wspomnianą zmienność wirusa. Co roku na całym świecie występują sezonowe epidemie grypy⁴. W XX w. odnotowano trzy pandemie grypy. Pierwszą była tzw. hiszpanka (wywołana wirusem podtypu A/H1N1/ w latach 1918-1919), która spowodowała zgon 50-100 mln ludzi. Następnie, w latach 1957-1958 grypa azjatycka, wywołana wirusem podtypu A/H2N2/ (szacunkowa liczba zgonów 1-4 mln) i w latach 1968-1970 tzw. grypa Hong Kong, wywołana wirusem podtypu A/H3N2/ (szacunkowa liczba zgonów 1-4 mln)⁵.

Problem grypy jest często niedoceniany. Objawy grypy przedstawiono w Ramce 1. W Aneksie 1 zestawiono główne powikłania pogrypowe⁶.

¹ Brydak L.B., et al., *Grypa ostatnią niekontrolowaną plagą ludzkości*, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2009

² W krajach rozwijających się zarówno zapadalność, jak i śmiertelność z powodu grypy mogą być jednak znacznie niedoszacowane ze względu na ograniczoną dostępność danych

³ Scholtissek C., *Molecular evolution of influenza viruses*. *Virus Genes*, 1996, 11, 209-215, za: Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa, 2008, s. 59-61

⁴ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa, 2008, s. 61

⁵ Opracowanie własne na podstawie *Pandemic influenza preparedness and response*, A WHO guidance document, Geneva, WHO, 2009, s.13, oraz *Implementation of the international health regulations in relation to pandemic (AH1N1)*, WHO, 2009, s. 37 i 49

⁶ Szucs T.D., et al., *Improving Influenza Vaccination Rates*, Medscape Education

Ramka 1. Objawy grypy⁷

Objawy grypy po okresie inkubacji

Objawy ogólne – gorączka (temp. ciała powyżej 38°C), uczucie ogólnego rozbicia, dreszcze, przeczulica skóry.

Objawy ze strony układu oddechowego – surowicza wydzielina z nosa, ból gardła, chrypka, bóle w klatce piersiowej, suchy (tzw. szczekający) kaszel prowokujący wymioty.

Objawy ze strony innych układów – ból głowy, brak łaknienia, bóle mięśniowe, zawroty głowy, biegunka, bóle brzucha, nudności i wymioty, senność lub ospałość (występuje u ok. 50% dzieci poniżej 4 roku życia, lecz tylko u 10% dzieci między 5 a 14 rokiem życia).

Objawy żołądkowo-jelitowe - głównie nudności i wymioty występują z mniejszą częstotliwością u dorosłych, natomiast są dość częste u dzieci.

Kliniczny przebieg choroby wywołanej wirusem grypy zależy od: właściwości wirusa, wieku pacjenta, stanu immunologicznego, współistniejących chorób (np. serca i płuc), wydolności nerek, immunosupresji, ciąży, stanu odżywiania itp. Powikłania pogrypowe niejednokrotnie uwidoczniają się dopiero po pewnym czasie od przebytej infekcji (patrz również Aneks 1).

Powikłania są szczególnie groźne dla osób z grup podwyższonego ryzyka. Choć grypa może atakować całą populację, epidemiolodzy wyszczególniają pewne grupy ryzyka, dla których zagrożenie zachorowalnością i śmiertelnością z powodu grypy jest najwyższe.

Wyodrębniamy trzy podstawowe kryteria zakwalifikowania osób do grup, którym szczepienie przeciw grypie jest szczególnie zalecane ze względów medycznych lub epidemicznych⁸, czyli:

1. kryterium wieku: osoby starsze, dzieci,
2. kryterium stanu zdrowia: kobiety w ciąży, osoby z chorobami przewlekłymi i otyłe,
3. kryterium wykonywanego zawodu: pracownicy ochrony zdrowia, osoby w bezpośrednim kontakcie z osobami z grup ryzyka, osoby w bezpośrednim kontakcie z drobiem, trzodą chlewną i pactwem wodnym, pracownicy służb publicznych.

Poza trzema typami wirusa grypy istnieje ponad 200 różnych typów wirusów oddechowych, które wywołują podobne objawy, ale nie powodują tak poważnych powikłań⁹. Diagnostyka laboratoryjna grypy polega na potwierdzeniu obecności antygenu wirusa grypy w materiale pobranym od chorego. Obecnie najczęstszą metodą diagnostyczną jest potwierdzenie obecności materiału genetycznego wirusa grypy metodami biologii molekularnej. Jednak „złotym standardem” pozostaje nadal izolacja wirusa w zarodkach kurzych i/lub hodowlach tkankowych. Niezależnie od przedstawionych powyżej metod istnieją także metody serologiczne używane w diagnostyce grypy¹⁰.

Okresami, w których odnotowano ostatnio najliczniejsze przypadki zachorowań na grypę i podejrzeń zachorowań na grypę liczone w zapadalności (liczba zachorowań/100 tys. ludności) w Polsce były sezony: 2009/2010 – 2011/2012, w których zarejestrowano odpowiednio 182 i 187 zgonów. Podkreślić należy, że zgodnie z opinią wyrażoną przez krajowego konsultanta w dziedzinie epidemiologii, prof. A. Zielińskiego oraz kierownika Krajowego Ośrodka ds. Grypy w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) prof. L.B. Brydak, liczby te nie odzwierciedlają rzeczywistej liczby zgonów z powodu powikłań

⁷ Brydak L.B., et al., *Polskie Standardy profilaktyki i leczenia grypy*, Warszawa 2007

⁸ Proposed revisions to the 2005 WHO position paper on influenza vaccines, SAGE 2012 oraz Brydak L.B., et al., Sezon epidemiczny 2010/2011, Zalecenia do szczepień przeciwko grypie, ACIP, WHO 2010

⁹ Brydak L.B., et al., *Grypa – Wskazania do szczepień. Możliwe powikłania pogrypowe*, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Warszawa, 2008, s. 9

¹⁰ Życińska K., Brydak L.B., *Grypa i jej profilaktyka – ciągle aktualny problem medyczny*, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 117, 2007, s. 466

pogrypowych, która jest znacznie wyższa. Przyczyną rozbieżności w analizowanych danych liczbowych jest m.in. fakt, że zazwyczaj jako przyczynę zgonów podaje się chorobę podstawową¹¹.

1.2 Metody walki z grypą

Opisane wcześniej kliniczne objawy grypy są ważne zarówno dla indywidualnego pacjenta, jak i całego społeczeństwa. Dążenie do ograniczenia zachorowań na grypę jest bardzo ważne z punktu widzenia zdrowia publicznego i związanych z tym skutków ekonomicznych dla budżetu kraju.

Można to osiągnąć przez:

1. profilaktykę realizowaną poprzez szczepienia,
2. leczenie:
 - a. z udziałem leków przeciwgrypowych nowej generacji tj. inhibitorów neuraminidazy dostępnych na receptę;
 - b. o charakterze objawowym, stosując m.in. niesteroidowe leki przeciwzapalne dostępne bez recepty (to nie jest przedmiotem tego opracowania).

1.2.1 Szczepienia przeciw grypie

Szczepienie – narzędziem walki z grypą

Każde szczepienie, w tym przeciw grypie, polega na wprowadzeniu do organizmu człowieka odpowiednio przygotowanego antygeny, który ma stymulować układ odpornościowy osoby szczepionej. Wprowadzenie preparatu szczepionkowego do organizmu powoduje wytworzenie odporności swoiście skierowanej przeciw antygenom zawartym w preparacie. W przypadku ponownego kontaktu z wirusem grypy obecne przeciwciała wytworzone po szczepieniu odgrywają zasadniczą rolę w obronie organizmu przed zakażeniem grypą. W rezultacie albo układ immunologiczny jest w stanie zwalczyć infekcję całkowicie, albo dochodzi do wystąpienia postaci poronnej grypy (grypa o przebiegu bardzo lekkim, o niepełnym obrazie, niekiedy niezauważona przez otoczenie, świadczy o wzmożonej odporności osoby zakażonej).

Są dwie cechy odróżniające szczepienia przeciw grypie od innych szczepień:

- ▶ szczepienie powinno odbywać się co sezon – z powodu zmienności antygenowej wirusa grypy,
- ▶ co sezon ustalany jest skład szczepionki przeciw grypie na dany sezon epidemiczny. Firmy farmaceutyczne produkujące szczepionki otrzymują szczepionki do jej produkcji od WHO. Dzięki zastosowaniu najnowszych technik biologii molekularnej, szczepionki wirusa grypy, jakie zostają użyte do produkcji szczepionki przeciwko grypie okazują się prawie w 100% zgodne z tymi, które pojawiają się w kolejnym sezonie epidemicznym.

Ze względu na dużą zmienność wirusa grypy skład wszystkich rodzajów szczepionek na całym świecie co sezon epidemiczny ulega zmianie, dlatego też istnieje konieczność co sezonowego szczepienia się przeciwko grypie¹².

Bezpieczeństwo szczepień

Na podstawie ilości niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) WHO uznała szczepienia przeciw grypie za bardzo bezpieczne dla wszystkich osób, włączając w to także grupy

¹¹ Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakuba Szulca, z upoważnienia ministra, na interpelację nr 13948 w sprawie kalendarza szczepień obowiązkowych w Polsce oraz szczepień przeciwko wirusowi grypy A(H1N1), Warszawa, 12.02.2010

¹² Plotkin S.A., *Influenza Vaccines – Special Commentary*, www.medscape.org, 18.10.2012

podwyższonego ryzyka¹³. W pewnych przypadkach istnieją jednak przeciwwskazania do szczepień przeciwko grypie¹⁴.

Do najczęstszych należy zaliczyć¹⁵:

- ▶ choroby przebiegające z wysoką gorączką,
- ▶ nadwrażliwość na białko jaja kurzego, antybiotyki używane w procesie produkcji lub inne składniki szczepionki¹⁶,
- ▶ współistnienie choroby o umiarkowanym lub ciężkim przebiegu bez względu na to, czy towarzyszy im gorączka,
- ▶ zespół Guillaina-Barrégo stwierdzony w ciągu 6 tygodni po poprzednim szczepieniu przeciw grypie¹⁷.

Skuteczność szczepień przeciw grypie

Skuteczność szczepień to ilościowe określenie stopnia w jakim szczepienia zapobiegają występowaniu choroby w populacji. Ocenia się ją w badaniach: epidemiologicznych, kohortowych, w których porównuje się ryzyko zachorowań wśród osób zaszczepionych z ryzykiem zachorowania wśród osób nie szczepionych. Otrzymany wynik wyrażony jest w procentach. Na skuteczność szczepień przeciw grypie mają wpływ następujące czynniki:

- ▶ rzeczywista skuteczność szczepionki zależy od jej dopasowania do szczepu wirusa, który będzie aktywny w danym sezonie epidemicznym,
- ▶ skuteczność szczepionki przeciwko grypie jest różna w zależności od tego jakim grupom pacjentów jest ona podawana. Największą skuteczność szczepionki obserwuje się u dorosłych zdrowych osób. W przypadku osób należących do grup ryzyka skuteczność szczepień jest na ogół niższa i różni się pomiędzy poszczególnymi grupami ryzyka, w zależności od kryterium zakwalifikowania do określonej grupy ryzyka¹⁸.

WHO podaje, że szczepionki przeciw grypie zabezpieczają w 70-90% w przypadku optymalnego dopasowania szczepów szczepionkowych do aktualnego sezonu epidemicznego (patrz również Aneks 2).

Ramka 2. Mity dotyczące szczepień przeciw grypie

Mity dotyczące szczepień przeciw grypie
Dr n. med. Aneta Nitsch-Osuch , Adiunkt Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Mit 1: „Zaszczepiłem się i po kilku dniach zachorowałem, szczepionka spowodowała chorobę”
Mit 2: „Zaszczepiłem się i po kilku dniach zachorowałem, szczepionka była nieskuteczna”
Mit 3: „Szczepionka powoduje takie choroby jak autyzm i cukrzyca”
Wokół szczepień przeciw grypie nagromadziło się wiele mitów, żeby nie powiedzieć przesądów. Do jednych z częściej powtarzanych zalicza się przekonanie pacjentów, że po szczepieniu przeciw grypie, czy też raczej z powodu zaszczepienia się, można zachorować na grypę. Jednakże jest to niemożliwe. Dostępne w Polsce szczepionki, rekomendowane do szczepień masowych, zawierają

¹³ WHO, *WHO position paper on influenza vaccines*, Weekly Epidemiological Record No. 33, 19 August 2005

¹⁴ Należy przy tym zauważyć, że każdorazowo lekarz kwalifikuje do szczepienia, oceniając czy dane okoliczności rzeczywiście wykluczają szczepienie pacjenta

¹⁵ Brydak L.B., et al., *Zalecenia do szczepień przeciw grypie*, ACIP, WHO 2010, sezon epidemiczny 2010/2011, s. 3

¹⁶ Osoby takie, jeśli znajdują się w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia powikłań pogrypowych, mogą jednak odnieść korzyść ze szczepienia przeciw grypie po oceniu stopnia nadwrażliwości na składniki szczepionki i odpowiednim odczuleniu

¹⁷ Osoby takie jednakże, jeśli znajdują się w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia powikłań pogrypowych, mogą odnieść korzyść ze szczepienia przeciw grypie

¹⁸ Nitsch-Osuch A., *Znaczenie szczepień personelu medycznego dla bezpieczeństwa pacjentów I jako podstawa budowania rekomendacji w zakresie szczepień przeciw grypie*, Flu Forum, Warszawa, 11.09.2012

albo rozszczepiony wirion (szczepionki typu split), albo wybrane elementy wirusa (tzw. szczepionki podjednostkowe, sub-unit) i są to szczepionki inaktywowane. W żaden sposób ani w żadnych okolicznościach (np. stany upośledzenia odporności u pacjenta) nie dochodzi do zachorowania na grypę w wyniku zaszczepienia. Jeśli po szczepieniu (zwykle dzień czy dwa) u pacjenta rozwijają się objawy chorobowe zakażenia dróg oddechowych, należy przyjąć, że w czasie wykonywania szczepienia prawdopodobnie pacjent pozostawał w okresie wylęgania choroby przebiegającej z objawami grypopodobnymi. Może się też zdarzyć, że pacjent uznaje objawy, które pojawiły się po szczepieniu (np. gorsze samopoczucie, stany podgorączkowe, bóle mięśni), za objawy chorobowe, a są to objawy bardzo rzadko występującego - ale możliwego - łagodnego niepożądanego odczynu poszczepiennego.

Często też pacjenci powtarzają, że mimo zaszczepienia zachorowali na „grypę”, co oznacza dla nich, że szczepionka była nieskuteczna. Istnieje blisko 200 wirusów, które mogą powodować pojawienie się objawów chorobowych podobnych do grypowych, a szczepienie przeciwko grypie chroni jedynie przed zakażeniem wirusami grypy typu A i B. Pacjenci zatem bardzo często mylą przeziębienie z grypą. Aby przekonać się, czy szczepionka u danej osoby była skuteczna, czy też nie, należałoby u pacjenta pobrać krew i oznaczyć poziom przeciwciał pojawiających się po szczepieniu (poziom przeciwciał przeciwko hemaglutyninie >1:40 uznawany jest za ochronny). Badania takie wykonuje się w Zakładzie Badania Wirusów Grypy Krajowego Ośrodka ds. Grypy NIZP-PZH w Warszawie.

Powtarzane są również błędne przekonania, że szczepienie przeciw grypie może zaostrzyć przebieg chorób przewlekłych, np. astmy oskrzelowej czy chorób reumatycznych. Jednakże nie jest to prawdą. Badania naukowe wykazały, że zaszczepienie chorych na przykład na astmę oskrzelową czy cukrzycę jest dla nich korzystne i nie dochodzi u tych pacjentów do częstszych zaostrzeń choroby.

1.2.2 Leczenie przeciwgrypowe

Od wielu lat metodą zapobiegania zachorowaniom na grypę są nie tylko szczepienia, ale także leki przeciwgrypowe. Nie należy ich jednak stosować jako substytutu szczepionki przeciw grypie¹⁹.

Pierwsze leki przeciw grypie zsyntetyzowano w latach 60 ubiegłego wieku, ale miały one istotne ograniczenia. Na przykład zakres działania leków nie obejmował wirusa typu B, wywoływały one działania niepożądane, tj. bezsenność, zawroty i bóle głowy, a nawet zachwiania równowagi prowadzące do upadków, co więcej – bardzo szybko pojawiała się na nie oporność²⁰.

Obecnie dostępne są leki przeciwgrypowe **nowej generacji** – **inhibitory neuraminidazy**: oseltamiwir oraz zanamiwir. Są to leki bezpieczne, które nie wywołują poważnych działań niepożądanych. Leki antygrypowe pomagają złagodzić objawy lub zapobiec im w przypadku zakażenia wirusem grypy, a w konsekwencji wystąpieniu powikłań pogrypowych. W badaniach klinicznych objawy niepożądane występowały z taką samą częstością i nasileniem w grupie leczonej, co u osób otrzymujących placebo²¹. Inhibitory neuraminidazy są skuteczne zarówno przy zakażeniach typu A, jak i typu B, jeśli zostaną podane tak szybko, jak to możliwe, najlepiej w ciągu 36-48h od wystąpienia pierwszych objawów.

Dodatkowo skracają czas trwania grypy bez powikłań – zanamiwir średnio o ok. 1-2,5 dnia, a oseltamiwir ok. 1,2-1,4 dnia (ok. 30%). Zmniejszają liczbę przyjmowanych leków przeciwkaszlowych, paracetamolu i antybiotyków (stosowanych w przypadku nadkażeń bakteryjnych, jeśli są wskazania do ich zastosowania). Skracają czas wydzielania wirusa oraz występowania gorączki. Po ich podaniu przebieg choroby jest łagodniejszy, jednak jest to zależne od typu wirusa grypy, jak również od czasu podania leku i ogólnego stanu zdrowia pacjenta.

¹⁹ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa 2008, s. 253

²⁰ Hayden F.G., Osterhaus A.D.M.E., Treanor J.J., et al., *Efficacy and safety of the neuraminidase inhibitor zanamivir in the treatment of influenza virus infections*. N. Engl. J. Med., 1997, 25, 874-880, za: Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa, 2008, s. 256

²¹ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa 2008, s. 264

Nie określono bezpieczeństwa stosowania tych leków w ciąży oraz podczas karmienia piersią. Nie wiadomo również, czy zanamiwir jest skuteczny w zapobieganiu poważnym powikłaniom pogrypowym (bakteryjnym i wirusowym, zapaleniu płuc, zaostrzeniu istniejących chorób przewlekłych)²². Oseltamiwir redukuje liczbę powikłań pogrypowych wymagających stosowania antybiotyków²³. Wiadomo natomiast, że inhibitory neuraminidazy nie upośledzają odpowiedzi immunologicznej na szczepienie przeciw grypie²⁴. Z drugiej strony istnieje prawdopodobieństwo pojawienia się szczepów opornych na inhibitory neuraminidazy, co uzależnione jest m.in. od prawidłowego sposobu podawania leków. Bardzo dużą zaletą oseltamiwiru jest możliwość zastosowania go u dzieci już od 1 roku życia, a zanamiwiru od 7 roku życia²⁵. W tej chwili trudno określić, który z nich jest skuteczniejszym lekiem.

Leki przeciwgrypowe nowej generacji – inhibitory neuraminidazy wirusa grypy znajdują zastosowanie w następujących przypadkach, jednak należy je podawać po uprzednim potwierdzeniu laboratoryjnym, że przyczyną choroby jest zakażenie wirusem grypy:

- ▶ gdy pacjent nie zaszczepił się przeciw grypie, zachorował i należy do grupy ryzyka powikłań pogrypowych, u osób z grupy podwyższonego ryzyka, u których szczepionka przeciwko grypie nie zawsze daje pełną ochronę w porównaniu z osobami zdrowymi,
- ▶ gdy krążące szczepy wirusa grypy różnią się znacznie od szczepów znajdujących się w szczepionce,
- ▶ podczas pandemii grypy, kiedy brakuje wystarczającej liczby dawek szczepionki lub gdy jest ona dopiero przygotowywana²⁶,
- ▶ w celu zwalczania ognisk zachorowań w środowiskach zamkniętych (np. w szpitalach, domach opieki).

Na świecie trwają nadal badania naukowe nad nowymi lekami przeciwgrypowymi, m.in. z grupy inhibitorów neuraminidazy, a także pochodzenia roślinnego.

Warto w tym miejscu również wspomnieć o lekach wydawanych w aptekach bez recepty, które negatywnie wpływają na profilaktykę zachorowań. Zmniejszają one jedynie nasilenie objawów choroby i nie mają żadnego wpływu na zwalczanie wirusa grypy (nie wykazują działania przyczynowego)²⁷.

Stosowanie leków (tak samo jak stosowanie szczepionek) zależy od polityki odpowiedzialnego resortu w rządzie danego kraju. WHO zaleca zgromadzenie zapasów leków przeciwgrypowych dla 25-30% populacji. Eksperti zwracają uwagę na konieczność dywersyfikacji zamówień, tzn. zgromadzenie kilku leków, co może mieć znaczenie w przypadku stwierdzenia lekooporności.

1.3 Poziom wyszczepialności w Polsce i w Unii Europejskiej

1.3.1 Zalecenia dotyczące docelowego poziomu wyszczepialności

Poziomem wyszczepialności przeciw grypie nazywamy odsetek osób w określonej populacji, które zostały zaszczepione przeciw grypie. Grypa jest chorobą sezonową, jednakże ze względu na skutki ekonomiczne, jakie grypa powoduje oraz planowany budżet Kraju, obliczenia przedstawiono w skali roku.

²² Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa 2008, s. 265

²³ Mendel D.B., Roberts N., *In-vitro and in-vivo efficacy of influenza neuraminidase inhibitors. Current Opinion and Infectious Diseases*, 1998, 11, 727-737, za: Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa, 2008, s. 269

²⁴ World Health Organization: www.who.int, za: Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa, 2008, s. 270

²⁵ Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). *Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*, 2007, 56, RR-6, 1-60, za: Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa, 2008, s. 265, 267

²⁶ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa 2008, s. 274

²⁷ *ibid* s. 279

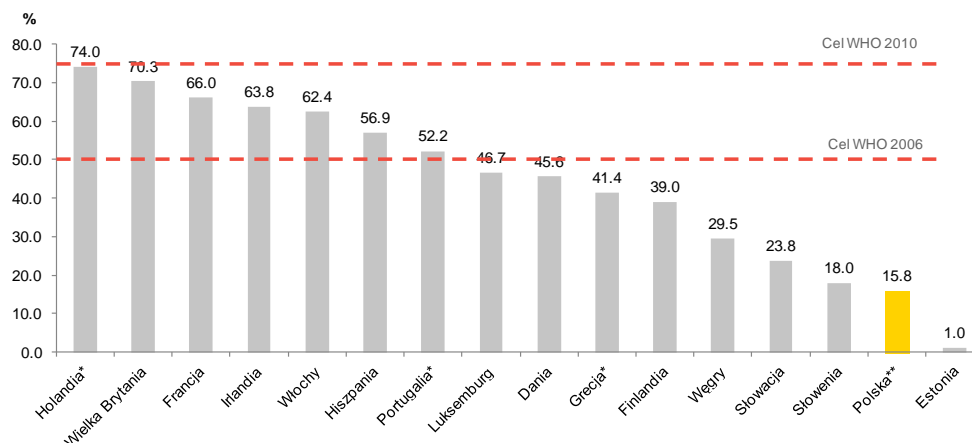
Wzrost poziomu wyszczepialności oraz jego monitorowanie jest w przypadku chorób zakaźnych jednym z ważniejszych elementów polityki prowadzonej w zakresie ochrony zdrowia. W 2003 roku WHO przyjęła rezolucję wzywającą państwa członkowskie, prowadzące politykę profilaktyczną, do działań mających na celu podwyższenie liczby szczepień przeciw grypie wśród wszystkich grup ryzyka oraz do postawienia sobie za cel osiągnięcie wśród osób starszych co najmniej 50% wyszczepialności do 2006 r. oraz co najmniej 75% do 2010 r.

Zgodnie z zaleceniem Rady Unii Europejskiej z 22 grudnia 2009 r. w sprawie szczepień przeciw grypie sezonowej (2009/1019/UE) kraje członkowskie powinny podjąć skoordynowane działania w celu złagodzenia jej wpływu, zachęcając do szczepienia osoby z grup podwyższonego ryzyka oraz pracowników ochrony zdrowia. Chodzi o objęcie szczepieniami 75% osób starszych, najszybciej jak to możliwe, a najlepiej do sezonu epidemicznego 2014/2015. Wspomniany, docelowy poziom 75% wyszczepialności powinien być w miarę możliwości rozszerzony na osoby z pozostałych grup podwyższonego ryzyka, a w szczególności na osoby chorujące przewlekle.

1.3.2 Poziom wyszczepialności przeciw grypie w Polsce i Unii Europejskiej

Porównanie dla kilkunastu wybranych krajów Unii Europejskiej, w tym Polski, z uwzględnieniem wspomnianych celów wyszczepialności, wyznaczonych przez WHO, przedstawia Wykres 1. Na jego podstawie można stwierdzić, że poziom wyszczepialności przeciwko grypie wśród osób starszych w Polsce jest na bardzo niskim poziomie. Pomimo jednoznacznych zaleceń poziom wyszczepialności osób starszych w Europie jest bardzo zróżnicowany.

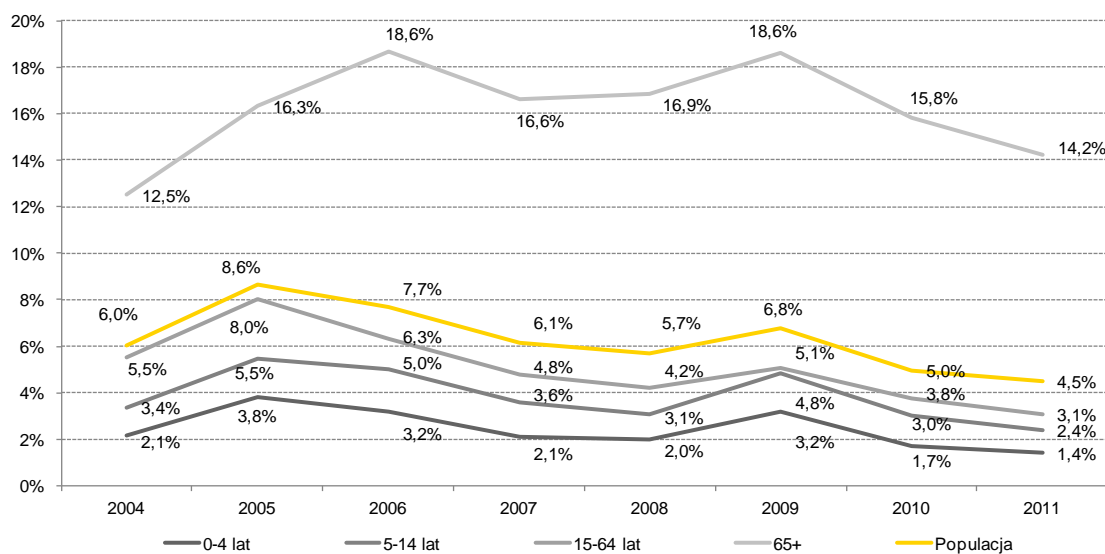
Wykres 1. Porównanie poziomu wyszczepialności osób starszych (powyżej 65 roku życia) przeciw grypie w wybranych krajach UE w 2010 r. z poziomami zalecanymi przez WHO na lata 2006 i 2010



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) * Dane OECD za 2009 r. ** Dane dla Polski cytowane za NIZP-PZH

W 2010 r. poziom wyszczepialności przeciw grypie w Polsce był znacznie poniżej celu wyznaczonego do osiągnięcia przez WHO do 2006 r. (czyli zaszczepienia co najmniej 50% populacji osób starszych), a tym bardziej poniżej celu wyznaczonego na rok 2010, w którym to poziom wyszczepialności powinien osiągnąć co najmniej 75% populacji tej grupy.

Wykres 2. Wyszczepialność przeciw grypie w Polsce w poszczególnych grupach wiekowych oraz całej populacji w latach 2004-2011



Źródło: Estymacje rynkowe na bazie danych pochodzących od dystrybutorów oraz dostępnych na stronie www.pzh.gov.pl

O ile dla osób starszych poziom wyszczepialności w 2010 r. w Polsce wyniósł prawie 16%, o tyle dla innych grup wiekowych był on ponad czterokrotnie niższy. Tym samym wartość dla całej populacji Polski wyniosła w 2010 r. 5,2% zaszczepionych. W 2011 r. odnotowano dalszy spadek do zaledwie 4,5% (podane w procentach wartości dotyczą wyszczepialności przeciwko grypie w sezonie, np. 2011r - to dane za sezon 2011/2012 - wg Brydak L.B).

1.4 Porównanie kosztów i korzyści

1.4.1 Rodzaje kosztów związanych z zachorowaniami na grypę

Słuszność podejmowania działań profilaktycznych w skali makro wymaga oceny socjoekonomicznego kosztu choroby, w tym jej wielopłaszczyznowego negatywnego oddziaływania na gospodarkę. W opracowaniach dotyczących analizy kosztów powstałych w wyniku choroby wyróżnia się ich trzy główne rodzaje: koszty bezpośrednie, pośrednie oraz niematerialne.

Pod pojęciem kosztów bezpośrednich rozumie się wszystkie nakłady poniesione w wyniku interwencji medycznej lub procesu leczenia danej jednostki chorobowej. Wśród najważniejszych wymienić należy np. koszty:

- ▶ leczenia (objawowego),
- ▶ wizyt lekarskich,
- ▶ leczenia powikłań pogrypowych,
- ▶ badań specjalistycznych,
- ▶ hospitalizacji.

Drugą grupę stanowią koszty pośrednie rozumiane jako straty dla gospodarki wynikające ze zmniejszonej produktywności w wyniku choroby, a w szczególności:

- ▶ koszty absencji lub długotrwałej nieobecności w pracy z powodu własnej choroby lub opieki nad chorym (ang. *absenteeism*),
- ▶ spadek wydajności pracy osób chorych, ale niebędących na zwolnieniu lekarskim (ang. *presenteeism*),

- ▶ ciężkie powikłania pogrypowe, które mogą doprowadzić do częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy,
- ▶ ciężkie powikłania pogrypowe, które mogą doprowadzić do śmierci pracownika.

Koszty trudne do sklasyfikowania w kategoriach ekonomicznych (niematerialne) to np.:

- ▶ pogorszenie jakości życia (np. z powodu bólu),
- ▶ utrata czasu wolnego,
- ▶ ograniczone możliwości funkcjonowania (np. aktywności społecznej).

Przeprowadzone badania wskazują, że koszty pośrednie – w zależności od zastosowanej metody pomiaru - mogą stanowić od 30% aż do 95% całkowitych mierzalnych kosztów generowanych przez chorobę.

Celem niniejszego rozdziału jest między innymi przedstawienie szacunkowych kosztów związanych z zachorowaniami na gripę w Polsce.

1.4.2 Szacunkowe koszty związane z zachorowaniem populacji polskiej na gripę z uwzględnieniem różnych wariantów sytuacji epidemicznej w kraju.

Koszty związane z zachorowaniami i podejrzeniami zachorowań z powodu grypy są różne, w zależności od roku i/lub sezonu epidemicznego. Dlatego też oszacowano różne scenariusze z założeniami odpowiadającymi wystąpieniu epidemii, bądź jej braku:

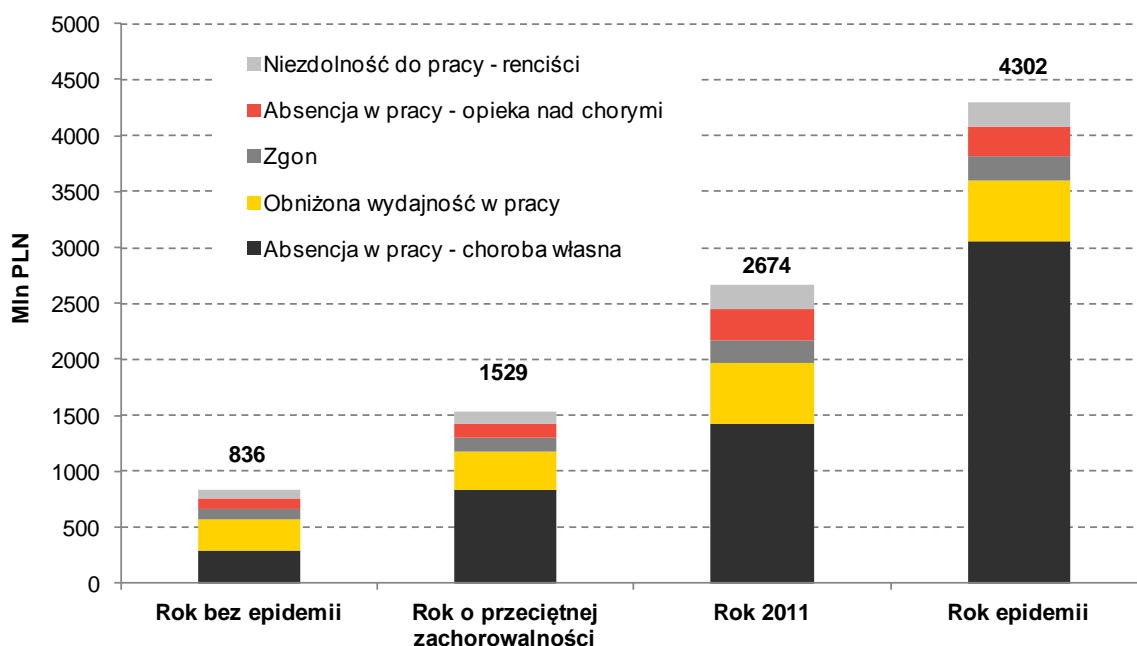
1. **Scenariusz dla roku bez epidemii** – przy założeniu, że w danym roku kalendarzowym liczba zachorowań pozostaje umiarkowana. Wyjaśnić należy, że na sezon epidemiczny składają się 4 miesiące roku poprzedniego i 8 miesięcy roku następnego. Może to oznaczać że, w sezonach grypowych w danym roku kalendarzowym nie wystąpiła epidemia lub że szczyty zachorowań koncentrowały się np. w październiku lub listopadzie roku poprzedzającego dany rok kalendarzowy (w pierwszym sezonie grypowym). Oszacowanie dla tego scenariusza bazuje na rzeczywistych danych o liczbie zachorowań i absencji w 2010 r., kiedy to liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na gripę w Polsce nieznacznie przekroczyła 550 tys.
2. **Scenariusz dla roku z epidemią** – teoretyczna symulacja przy założeniu, że dany rok kalendarzowy obejmuje sezony epidemiczne o dużej liczbie zachorowań. W tym scenariuszu faktyczne dane o absencji dla lat 2010-2011 zostały wyliczone na podstawie danych o zachorowaniach w roku 2009, kiedy to liczba zachorowań w Polsce przekroczyła milion.
3. **Scenariusz dla roku o przeciętnej zachorowalności** – pokazuje średni roczny koszt grypy w długim okresie przy założeniu, że rok z epidemią zdarza się raz na 5 lat (w dekadzie 2001-2010 epidemia doprowadziła do ponad miliona zanotowanych przypadków w latach 2003 i 2009)²⁸.

Koszty bezpośrednie oszacowane na podstawie dostępnych danych z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) o wydatkach na leczenie samej grypy, niektórych powikłań oraz szacunków wyceny świadczeń w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ) i skonstruowanego ekspercko koszyka leków dla grypy²⁹ wraz z najczęściej występującymi jako powikłania chorobami dróg oddechowych wynoszą ok. 43,5 mln PLN w roku bez epidemii. Dla scenariuszy alternatywnych koszty te wzrastają do 181 mln PLN (scenariusz dla roku o przeciętnej zachorowalności), a nawet do 730 mln PLN (w scenariuszu dla roku z epidemią).

²⁸ Ze względu na ograniczoną ilość historycznych danych wyliczenia kosztów dla scenariuszy 2 i 3 należy traktować bardziej jako hipotetyczną symulację, niż jako dokładne odzwierciedlenie historycznie obserwowanych kosztów

²⁹ Koszt takiego koszyka leków został oszacowany na ok. 20 zł. Nie obejmuje on jednak np. grupy leków przeciwigrypowych nowej generacji, jakimi są inhibitory replikacji neuraminidazy.

Wykres 3. Struktura rocznych kosztów pośrednich grypy w zależności od scenariusza



Źródło: Opracowanie własne Ernst & Young

Koszty pośrednie w roku bez epidemii zostały oszacowane na ok. 836 mln zł, czyli niemal 20-krotnie więcej niż oszacowane dla takiego samego roku bezpośrednio koszty leczenia grypy. Natomiast w roku z epidemią koszty pośrednie zachorowań na grypę wynoszą 4,3 mld PLN.

W scenariuszu roku o przeciętnej zachorowalności koszty pośrednie grypy wynoszą ok. 1,5 mld PLN rocznie. Jest to średnią ważoną z lat, kiedy zachorowalność jest relatywnie niska oraz ze scenariusza symulacji skutków roku z epidemią.

Wykres 3 prezentuje wyniki oszacowania rocznych kosztów pośrednich grypy, w zależności od scenariusza oraz z uwzględnieniem podziału na ekonomiczne źródła kosztów.

1.4.3 Porównanie kosztów i korzyści ze szczepień przeciw grypie

Ekonomiczne korzyści ze szczepień przeciw grypie polegają na ograniczeniu społeczno-gospodarczych kosztów związanych z tą chorobą. Z perspektywy społecznej oznaczałoby to wyższą produkcję dzięki mniejszej liczbie zachorowań i powikłań pogrypowych, a z perspektywy gospodarstw domowych i publicznego płatnika – uniknięcie znacznego kosztu ponoszonego corocznie na leczenie chorych na grypę i jej powikłania.

Należy przy tym mieć na uwadze nie tylko fakt, że po zaszczepieniu przeciwko grypie zmniejsza się prawdopodobieństwo zachorowania osoby zaszczepionej. Prosta kumulacja daje tu niepełny obraz sytuacji, gdyż – z perspektywy makro – istotne są również efekty związane z ograniczeniem skali zakażenia innych osób, a w konsekwencji osłabieniem dynamiki epidemii przez:

- ▶ niższe prawdopodobieństwo zakażenia u tych osób,
- ▶ wyższe prawdopodobieństwo bezobjawowego przebiegu choroby,
- ▶ mniejszą intensywność zakażenia innych osób przez chorych,
- ▶ mniejszą intensywność zakażenia innych osób przez zainfekowanych, ale o bezobjawowym przebiegu,
- ▶ krótszy okres infekcji o przebiegu ukrytym i bezobjawowym,
- ▶ niższą śmiertelność w przypadku zakażenia.

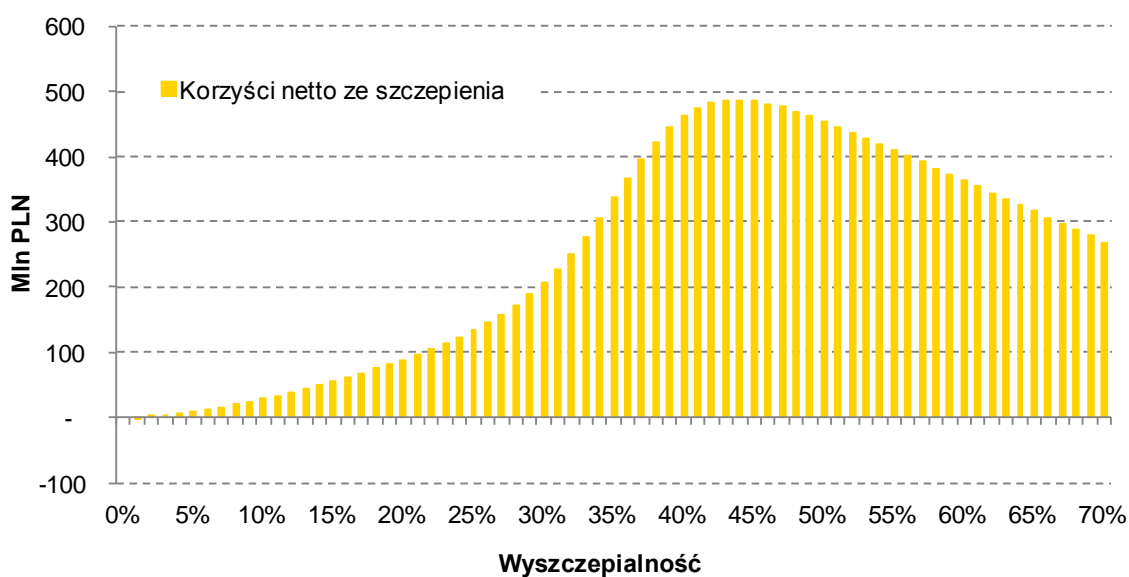
Najlepszym przykładem są dane dotyczące szczepienia przeciw grypie dzieci w wieku szkolnym, które zapewniają ochronę im samym i redukują liczbę zgonów wśród starszej populacji, jak również wśród pacjentów z grup podwyższonego ryzyka³⁰.

Wraz z rosnącym odsetkiem zaszczepionej populacji początkowo niemal liniowo maleje liczba chorych ze względu na obniżoną podatność na zakażenie. Przy dalszym zwiększaniu wyszczepialności liczba zachorowań maleje coraz szybciej, kumulują się bowiem efekty związane ze spowolnioną transmisją wirusa i rosnącym udziałem kontaktów osób zakażonych z osobami zaszczepionymi. Z kolei przy wysokich poziomach wyszczepialności szczepienie kolejnych osób nie prowadzi już do spadku liczby chorych. Wiąże się to z osiągnięciem tzw. progu odporności populacyjnej (ang. *herd immunity*). Dla roku z epidemią wartość poziomu wyszczepialności niezbędnego do osiągnięcia tego efektu wynosi ok. 80% (poziom wskazywany w literaturze chorób zakaźnych).

Opłacalność szczepień zależy zatem w znaczącej mierze od tego, czy dany rok będzie cechował się dużym zagrożeniem epidemiologicznym, czy też będzie to typowy rok, bez epidemii. Na poniższych wykresach zaprezentowano łączne korzyści netto ze szczepień dla dwóch scenariuszy.

Poniższy wykres prezentuje łączne korzyści netto ze szczepień przy danym poziomie wyszczepialności w scenariuszu bez epidemii. Zakładając, że w danym roku nie będzie epidemii, przy niskich poziomach wyszczepialności nie ma znaczących korzyści z programu szczepień. Jednak już na poziomie wyszczepialności ok. 22% korzyści netto przekraczają 100 mln PLN.

Wykres 4. Łączne korzyści netto ze szczepień w scenariuszu bez epidemii

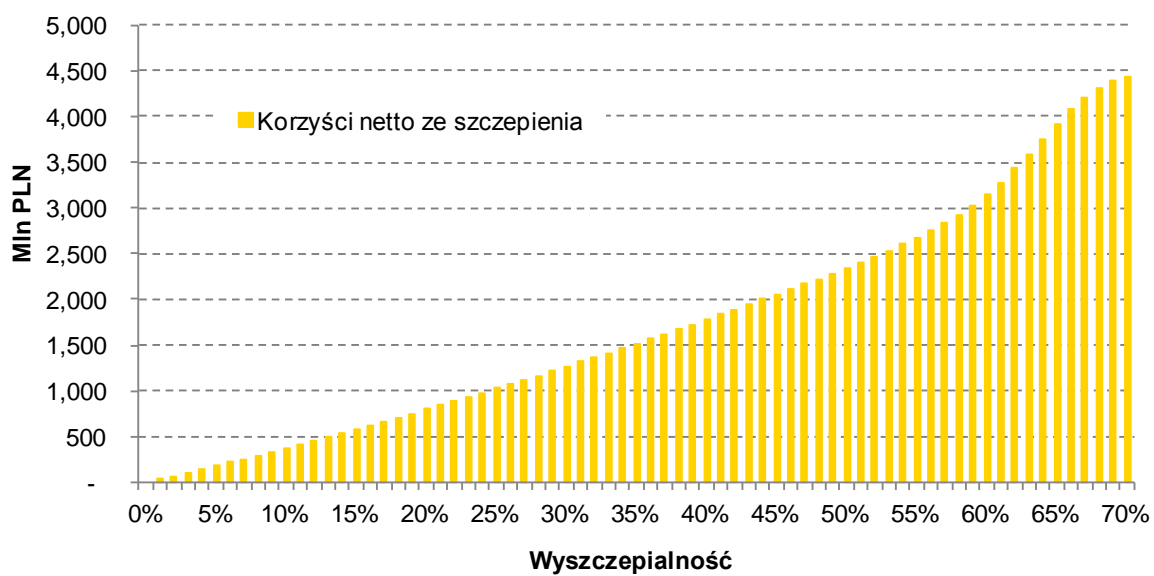


Źródło: Opracowanie własne Ernst & Young

Korzyści netto są znacząco wyższe w przypadku, gdy dzięki szczepieniom udaje się przeciwdziałać epidemii. Przy każdym praktycznie osiągalnym poziomie wyszczepialności korzyści netto na jedną osobę zaszczepioną przeciw grypie są wysokie, a łączne korzyści ze szczepień przekraczają 500 mln PLN już przy poziomie wyszczepialności ok. 14%.

³⁰ Należy dodać, że w modelu założono homogeniczność populacji, przez co stanowi on uproszczony opis dynamiki rozprzestrzeniania się epidemii. W rzeczywistości nakierowanie szczepień na określone podgrupy może ograniczyć rozprzestrzenianie się epidemii skuteczniej, niż to wynika z przedstawionych symulacji (w tym sensie przedstawiono raczej konserwatywny szacunek korzyści netto ze szczepień). Kluczową rolę w przekazywaniu choroby odgrywają np. kontakty dzieci w wieku szkolnym (por. Brydak L.B., *Grypa, pandemia grypy...*, s. 234 i in.)

Wykres 5. Łączne korzyści netto ze szczepień w scenariuszu roku z epidemią



Źródło: Opracowanie własne Ernst & Young

2 Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy

2.1 Filary programów szczepień przeciw grypie

Zagrożenie, które niesie ze sobą wirus grypy, jest dostrzegane od dziesiątków lat w wielu krajach³¹. Jak wynika z danych zawartych w rozdziale I, problem grypy jest poważnym zagrożeniem we wszystkich regionach świata. Grypa, jako jedna z najczęściej występujących wirusowych chorób zakaźnych, która w konsekwencji powoduje powikłania pogrypowe, jest istotną przyczyną zachorowań i zgonów. Wiąże się to z wysokimi kosztami, które również zostały zaprezentowane w poprzednim rozdziale. Najskuteczniejszą i najtańszą metodą walki z grypą jest profilaktyka przez szczepienie³². W Polsce poziom realizacji szczepień jest najniższy wśród badanych krajów europejskich. W związku z tym skoncentrowano się na identyfikacji działań, które pozwolą na podniesienie poziomu wyszczepialności przeciwko grypie w Polsce.

Ośrodki badawcze na całym świecie prowadzą badania nad wirusem grypy, analizują zagadnienia i zjawiska związane ze skutkami infekcji spowodowanych przez grypę oraz szczepieniami ochronnymi. Efektem tych prac są liczne publikacje. W 2008 r. prof. L.B. Brydak Kierownik Zakładu Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP-PZH w książce „Grypa, pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?”, zaproponowała opracowanie i wprowadzenie Narodowego Programu Profilaktyki Grypy w celu zabezpieczenia populacji polskiej przed tym patogenem.³³ Informacje zawarte w tym opracowaniu stały się punktem wyjścia do opracowania takiego programu w Polsce przez obecnie działającą Grupę Roboczą ds. Grypy.

Kluczowym, międzynarodowym opracowaniem w tym zakresie, na którego wyniki warto zwrócić szczególną uwagę, jest najnowsze badanie w ramach europejskiego projektu VENICE II przeprowadzone przez VENICE Consortium. W badaniu tym, zdefiniowane zostały cztery filary, które mają istotny wpływ na poziom realizacji szczepień przeciw grypie w poszczególnych krajach. Obszary te stanowiły podstawę do zdefiniowania założeń Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy w Polsce, dlatego istotne jest zrozumienie przesłanek i wyników prac w ramach projektów VENICE, czemu poświęcony został niniejszy podrozdział.

Przesłanki do wdrożenia projektów VENICE

W ramach szeroko rozumianej dbałości o zdrowie publiczne obywateli Europy, Komisja Europejska w 2006 roku powołała projekt VENICE I (Vaccine European New Integrated Collaboration Effort) pod patronatem EC-DG SANCO (Dyrekcja Generalna Komisji Europejskiej odpowiedzialna za obszar zdrowia i konsumentów – Directorate-General for Health and Consumers). Projekt VENICE I, dotyczący profilaktyki grypy realizowanej poprzez szczepienia w Europie, został przeprowadzony w latach 2006-2008 w 27 państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz w Norwegii i Islandii. W ramach projektu została utworzona m.in. europejska sieć współpracy ekspertów pracujących nad programami szczepień, która stała się platformą wymiany doświadczeń i wiedzy na temat szczepień. Wypracowane w ramach tego projektu rozwiązania stały się podstawą do realizacji kolejnych projektów. Do zarządzania projektami VENICE powołano VENICE Consortium, w skład którego weszły cztery ośrodki o randze Narodowych Instytutów Zdrowia Publicznego (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH – Polska; Istituto Superiore di Sanità – Włochy; Institut de Veille Sanitaire – Francja; Health Protection Surveillance Centre – Irlandia) oraz konsorcjum non-profit CINECA.

³¹ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa 2008, s. 9-34

³² Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa 2008, s. 284

³³ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa 2008, s. 459, tab. 2

Formuła i zakres prac projektu VENICE II

Kolejny projekt prowadzony przez VENICE Consortium – VENICE II – został powołany i sfinansowany przez ECDC. VENICE II rozpoczęto w grudniu 2008 roku. Celem było zebranie i wymiana informacji na temat krajowych programów szczepień przez sieć ekspertów i zbudowanie bazy wiedzy mogącej przyczynić się do poprawy wydajności systemów szczepień w poszczególnych krajach. Jednym z głównych aspektów VENICE II były badania dotyczące szczepień przeciw grypie³⁴.

W tym celu VENICE Consortium przeprowadziło badanie obejmujące 16 europejskich narodowych ośrodków ds. szczepień. Badanie to zrealizowano, wykorzystując ankietę internetową. Przedstawiciele ośrodków uczestniczących w badaniach odpowiadali na zestaw zamkniętych pytań w standardowym kwestionariuszu rozesłanym w czerwcu 2009 roku. Przeanalizowano zestaw elementów wchodzących w skład narodowej polityki poszczególnych krajów dotyczących szczepień przeciw grypie. Następnie przeanalizowano korelację pomiędzy tymi elementami, a procentem osób zaszczepionych przeciwko grypie w grupie osób powyżej 65 roku życia. Wybór grupy wynikał z tego, że we wszystkich badanych krajach istnieją rekomendacje dotyczące szczepień tej grupy oraz są dostępne dane dotyczące poziomu ich wyszczepialności. Podczas prac prowadzonych w ramach VENICE II przyjęto, że wskaźnik ten jest reprezentatywny do weryfikacji poziomu wyszczepialności przeciwko grypie całej populacji w danym kraju.

Poniżej przedstawiono cztery obszary i ich elementy, których występowanie było badane w ramach projektu VENICE II w poszczególnych krajach:

1. Zarządzanie programami szczepień

▶ Rekomendacje dotyczące szczepień osób powyżej 65 roku życia

Weryfikacja, czy istnieją rekomendacje dotyczące szczepień przeciw grypie osób powyżej 65 roku życia wydanej przez podmiot legislacyjnie upoważniony do publikowania tego typu rekomendacji, taki jak np. Ministerstwo Zdrowia czy też Główny Inspektor Sanitarny w Polsce (podmioty właściwe dla konkretnych krajów).

▶ Roczna wyszczepialność

Weryfikacja, czy dane kraje określiły docelowy roczny poziom wyszczepialności przeciw grypie osób powyżej 65 roku życia. Poziomem wyszczepialności przeciw grypie nazywany jest odsetek osób w określonej populacji, które zostały zaszczepione przeciw grypie w danym okresie (czyli w danym sezonie).

▶ Monitoring poziomu wyszczepialności przeciw grypie w grupach ryzyka

Weryfikacja systemów monitorowania realizacji szczepień przeciw grypie w grupach ryzyka.

2. Pracownicy ochrony zdrowia

▶ Poziom wyszczepialności

Weryfikacja, czy pracownicy ochrony zdrowia mają wyznaczone zakresy poziomów wyszczepialności pacjentów z grup ryzyka pozostających pod ich opieką, które powinny zostać zrealizowane w określonym czasie.

▶ Motywacja finansowa pracowników ochrony zdrowia

Weryfikacja, czy istnieją pośrednie lub bezpośrednie korzyści finansowe dla pracowników ochrony zdrowia za wykonywanie szczepień przeciw grypie w określonych grupach pacjentów (ryzyka), ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji, w której osiągną określone poziomy wyszczepialności wśród swoich pacjentów.

³⁴ <http://venice.cineca.org/objectives.html>, 14.11.2012

3. Społeczna kampania informacyjna

Weryfikacja, czy jest prowadzona kampania informacyjna na temat grypy i zagrożeń, jakie za sobą niesie, a także korzyści ze szczepień przeciw grypie. Analiza tego elementu polegała na sprawdzeniu występowania odpowiedniej komunikacji w następujących kanałach: radio i TV, reklamy w prasie, ulotki w poczekalniach przy gabinetach lekarskich, publiczna strona internetowa, konferencje prasowe.

4. Dostęp i finansowanie szczepień

▶ **Refundacja szczepionki (min. 90%)**

Weryfikacja, czy szczepienia przeciw grypie są refundowane w grupie pacjentów powyżej 65 roku życia przynajmniej na poziomie 90%.

▶ **Osobisty list zapraszający na szczepienie**

Weryfikacja, czy są prowadzone akcje polegające na zapraszaniu pacjentów na szczepienia przeciw grypie w formie osobistego listu.

Wnioski z badania VENICE II

Każdy ankietowany ośrodek określił, czy dany element polityki dotyczącej szczepień przeciw grypie funkcjonuje w jego kraju. Następnie w ramach analizy wyników badania obliczono współczynniki korelacji elementów polityki i poziomów wyszczepialności przeciw grypie populacji osób powyżej 65 roku życia. Do zdefiniowania tych zależności posłużono się korelacją rang Spearmana. Analiza wykazała, że wszystkie badane elementy są skorelowane ze współczynnikiem wyszczepialności. Badano również korelację grup elementów z analizowanym współczynnikiem. Dowiedziono, że wspomaganie jednego elementu kolejnymi elementami podnosi poziom wyszczepialności³⁵.

Jednakże przeprowadzona analiza ma pewne ograniczenia. Liczba przeanalizowanych ankiet była relatywnie niska, więc możliwości wnioskowania statystycznego są również ograniczone. Rangi Spearmana zostały potraktowane jako wskaźniki kierunków pewnych efektów i nie pozwalają na wiarygodne estymacje na dużą skalę³⁶. Poniższa tabela przedstawia obecność (kolor zielony) poszczególnych elementów polityki dotyczącej szczepień.

³⁵ Blank P.R., et. al., *The impact of European vaccination policies on seasonal influenza vaccination coverage rates in the elderly*, www.landesbioscience.com, 14.11.2012

³⁶ Blank P.R., et al., *The impact of European vaccination policies on seasonal influenza vaccination coverage rates in the elderly*, www.landesbioscience.com, 14.11.2012

Tabela 1. Podsumowanie zaimplementowanych przez różne kraje UE elementów polityk wspierania szczepień przeciw grypie³⁷

Filary strategii	Badane elementy	GB	NL	FR	ES	IT	IE	BE	DE	CH	FI	SE	PT	CZ	SK	PL	BG
1 ZARZĄDZANIE PROGRAMAMI SZCZEPIEŃ	Rekomendacje dla osób powyżej 65r.ż.																
	Rekomendacje dla osób poniżej 65r.ż.																
	Krajowy roczny cel wyszczepialności																
	Monitoring współczynnika wyszczepialności w gr. Ryzyka																
2 PRACOWNICY OCHRONY ZDROWIA	Cel wyszczepialności dla pracowników ochrony zdrowia																
	Stosowanie zachęt finansowych dla ochrony zdrowia																
3 KOMUNIKACJA SPOŁECZNA	Radio i TV																
	Reklamy w prasie																
	Ulotki w poczekalniach																
	Publiczna strona internetowa																
	Konferencje prasowe/medialne																
4 DOSTĘPI FINANSOWANIE SZCZEPIEŃ	Refundacja szczepionki (min. 90%)																
	Osobisty list zapraszający na darmowe szczepienie																

■ element polityki był zaimplementowany w 2010 r. w danym kraju
 ■ element polityki był częściowo zaimplementowany w 2010 r. w danym kraju

Wyniki polskie na tle innych krajów europejskich

Z badania przeprowadzonego w ramach projektu VENICE II wynika, że Polska spełniła w pełni tylko dwa elementy. Są to rekomendacje dla osób powyżej i poniżej 65 roku życia (wymienione przez Głównego Inspektora Sanitarnego w Programie Szczepień Ochronnych). Niestety rekomendacje te nie znajdują odzwierciedlenia w poziomie realizacji szczepień. Brak poparcia rekomendacji pozostałymi elementami skutkuje niskim poziomem wyszczepialności. Według VENICE II w obszarze komunikacji do opinii publicznej Polska jest zaklasyfikowana jako aktywna. Jednak biorąc pod uwagę niski poziom świadomości lekarzy i pacjentów na temat grypy, zagrożeń, jakie niesie oraz profilaktyki tej choroby, można stwierdzić, że działania te nie są właściwie realizowane. Nie można uznać, że Polska w pełni spełnia wymagania w ramach tego filaru³⁸.

2.2 Filary Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy w Polsce

Przesłanki do powstania Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy

W związku z niską liczbą szczepień i w świetle zagrożeń, jakie niesie za sobą grypa, a także w odpowiedzi na zalecenia WHO i Rady Unii Europejskiej powstała inicjatywa stworzenia Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy także w Polsce, której efektem jest niniejszy raport. Głównym założeniem Programu jest podwyższanie poziomu wyszczepialności przeciw grypie. Niniejszy Program obejmuje zestaw zaleceń dotyczących działań, które powinny zostać podjęte, aby zwiększyć procent wszczepialności przeciwko grypie w polskiej populacji. Podwyższenie wskaźnika wyszczepialności przełoży się nie tylko na zmniejszenie transmisji wirusa w populacji.

³⁷ Opracowanie własne na podstawie Szucs T.D., *Value of Influenza Vaccination and Factors Influencing Coverage Rates in Adults*, University of Basel, ECPM, Vienna, 2011. *Dane OECD za 2008, **Dane OECD za 2009, ***Dla Polski dane NIZP-PZH, ****Estymacja

³⁸ Badanie motywacji do szczepienia się przeciw grypie, Raport z badania jakościowego, Millward Brown, 2009

Prof. Lidia B. Brydak do najważniejszych korzyści w tym obszarze zalicza zmniejszenie³⁹:

- ▶ częstości hospitalizacji i zgonów, zwłaszcza osób z grup wysokiego ryzyka
- ▶ częstości występowania związanych z grypą chorób układu oddechowego
- ▶ częstości występowania powikłań pogrypowych
- ▶ częstości występowania zaostrzeń chorób już istniejących
- ▶ liczby porad lekarskich osób z wszystkich grup wiekowych
- ▶ częstości występowania zapalenia ucha środkowego u dzieci
- ▶ absencji chorobowych u dorosłych
- ▶ absencji chorobowych u dorosłych z powodu opieki nad chorym dzieckiem
- ▶ wykorzystywania zasobów ochrony zdrowia, w tym np. zużycia antybiotyków w wypadku powikłań pogrypowych itp.

Ponadto wyższy poziom wyszczepialności pozwoli na uzyskanie realnych oszczędności związanych z obniżeniem kosztów ponoszonych przez społeczeństwo z powodu grypy. Istotną przesłanką do stworzenia Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy jest – poza korzyściami związanymi bezpośrednio z poprawą zdrowia społeczeństwa – możliwość uzyskania znaczących oszczędności.



Ustalenia Polskiej Grupy Roboczej ds. Grypy

Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy powstawał na bazie warsztatów z Ekspertami z różnych obszarów wiedzy, nie tylko medycznej, działającymi w ramach Polskiej Grupy Roboczej ds. Grypy. Wszystkie prezentowane w niniejszym raporcie rekomendacje i zalecenia są wynikiem analizy piśmiennictwa naukowego, dyskusji oraz wkładu intelektualnego Ekspertów.

Polska Grupa Robocza ds. Grypy na podstawie filarów zdefiniowanych w ramach VENICE wypracowała zalecenia dla Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy dla Polski. W każdym filarze zdefiniowano najważniejsze obszary. W ramach obszarów zostały natomiast opracowane konkretne propozycje rozwiązań, które mają doprowadzić do realizacji celu Programu, jakim jest podniesienie poziomu wyszczepialności przeciw grypie polskiej populacji. Elementy filarów badane przez VENICE stanowiły inspirację dla nakreślenia pełnego i dostosowanego do polskich warunków podejścia.

W skład Polskiej Grupy Roboczej ds. Grypy weszły w szczególności następujące osoby:

Tabela 2. Członkowie Polskiej Grupy Roboczej ds. Grypy

Polska Grupa Robocza ds. Grypy	
	prof. dr hab. Lidia B. Brydak Kierownik Zakładu Badania Wirusów Grypy Kierownik Krajowego Ośrodka ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH
	prof. dr hab. med. Karina Jahnz-Różyk Kierownik Zakładu Immunologii i Alergologii Klinicznej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

³⁹ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa 2008, s. 458

	prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śl. we Wrocławiu
	prof. nadzw. UM w Łodzi, dr hab. med. Adam Antczak Dziekan Wydziału Lekarskiego w Łodzi. Kierownik Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
	prof. nadzw. UM we Wrocławiu, dr hab. med. Leszek Szenborn Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
	mgr Halina Osińska Prezes Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej
	prof. nadzw. IK, dr hab. med. Andrzej Ciszewski Kierownik Oddziału Kardiologii Inwazyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie
	dr n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas Adiunkt Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śl. we Wrocławiu
	dr n. med. Aneta Nitsch-Osuch Adiunkt Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
	dr n. med. Agnieszka Woźniak-Kosek Adiunkt w Zakładzie Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny

Określając, które obszary są dla Polski kluczowe w ramach każdego z czterech filarów, wzięto pod uwagę m.in.: lokalne uwarunkowania prawne, społeczne, polityczne, finansów publicznych. Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy za swój priorytet stawia działania, które albo nie generują kosztów dla budżetu państwa, albo generują je w ograniczonym stopniu. Warto podkreślić, że Polska w porównaniu z krajami Europy Zachodniej (takich jak Wielka Brytania czy Niemcy) znajduje się na początku drogi do opracowania skutecznego Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy. Świadczy o tym bardzo niski poziom wyszczepialności przeciw grypie w Polsce. W ramach większości filarów Programu najważniejsze jest stworzenie fundamentów do funkcjonowania konkretnych mechanizmów.

Główne założenia Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy w Polsce

Kluczowe dla Polski obszary zidentyfikowane przez Grupę Roboczą ds. Grypy w ramach czterech filarów to⁴⁰:

1. Zarządzanie Programami Szczepień

▶ Zalecenia szczepień przeciw grypie

Wydanie zaleceń dotyczących szczepień przez właściwe podmioty. Zdefiniowanie grup populacji, które należy szczepić i nadanie tym zaleceniom odpowiedniej rangi prawnej, aby zapewnić ich stosowanie. Zalecenia te obejmują trzy kluczowe kryteria takie, jak wiek, zdrowie i wykonywany zawód. Poza definicją tych grup w niniejszym raporcie odniesiono się również do czasu szczepień oraz poruszono kwestię produktów.

▶ Docelowe poziomy szczepień

Miernikiem dla Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy jest współczynnik wyszczepialności przeciw grypie, czyli odsetek osób w określonej populacji, które zostały zaszczepione przeciw grypie. Zdefiniowanie celów krótko-, średnio- i długoterminowych dla współczynnika wyszczepialności ogółem oraz dla zdefiniowanych grup podwyższonego ryzyka jest bardzo ważnym elementem Programu.

▶ Raportowanie i monitorowanie

Kluczowym obszarem Raportu jest możliwość monitorowania wyznaczonych celów, czyli realizacji założonych poziomów wyszczepialności w grupach podwyższonego ryzyka. Najważniejsze zalecenie w tym obszarze dotyczy rozszerzenia funkcjonowania obecnego systemu monitorowania szczepień o elementy zdefiniowane w rozdziale III.

2. Pracownicy ochrony zdrowia

▶ Rola pracowników ochrony zdrowia: zalecanie szczepień pacjentom

Lekarze są głównym źródłem wiedzy na temat szczepień dla pacjentów. Zalecenie szczepienia przez lekarza w znacznym stopniu determinuje decyzję pacjenta o zaszczepieniu się. Konieczne jest zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości wśród lekarzy przez edukację na temat: zagrożeń związanych z grypą, korzyści szczepień, oficjalnych rekomendacji dla poszczególnych grup ryzyka oraz odpowiedzialności lekarza za pacjenta. Według VENICE w tym obszarze poziom wyszczepialności można podnosić, wyznaczając lekarzom zakresy poziomu wyszczepialności do osiągnięcia, oraz motywując finansowo za wykonywanie szczepień. Jednak egzekwowanie ustalonych celów oraz zaangażowanie środków finansowych byłoby w Polsce obecnie trudne.

▶ Szczepienia pracowników ochrony zdrowia

Pracownicy ochrony zdrowia, ze względu na wykonywany zawód, są szczególnie narażeni na zakażenie oraz mogą stanowić źródło transmisji wirusa na pacjentów. Poziom wyszczepialności wśród personelu medycznego jest bardzo niski (w sezonie 2007/2008 wynosił 6,4 %). Wynika to głównie z braku przekonania lekarzy o potrzebie szczepienia nie tylko innych, ale i siebie. Aby zwiększyć liczbę szczepień wśród pracowników ochrony zdrowia, należy ich edukować i informować o korzyściach szczepień przeciw grypie. Koniecznym jest przekonanie, że szczepienia lekarzy są pewnego rodzaju wyrazem osobistej troski o pacjentów wynikającej z przysięgi Hipokratesa. Ponadto należy w tym obszarze zaangażować pracodawców, ubezpieczycieli szpitali, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia. Poniesienie poziomu szczepień jest w interesie lekarzy, a odpowiedni decydenci dysponują szeregiem narzędzi, za pomocą których mogą wpłynąć na zwiększoną liczbę szczepień przeciw grypie w tej grupie zawodowej.

⁴⁰ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski 06-11.2012

3. Komunikacja społeczna

► Komunikacja przez zaangażowane w program instytucje

Zaangażowanie różnych instytucji we wspólną komunikację dotyczącą szczepień przeciw grypie jest bardzo ważne, by osiągnąć zamierzony cel w zmianie postrzegania szczepień wśród wszystkich grup docelowych: pacjentów, a wśród nich różnych grup podwyższonego ryzyka, pracowników służb medycznych i publicznych. Lekarze odgrywają najważniejszą rolę w komunikacji, ponieważ mają największy wpływ na decyzje pacjentów. Poza zalecaniem szczepień podczas wizyt pacjentów lekarze mogą także aktywnie zachęcać pacjentów, np. wysyłając listy zapraszające na szczepienie lub prowadząc spotkania informacyjne dla pacjentów.

► Kampania społeczna

Jest to szczególny rodzaj zorganizowanej, prowadzonej przez publiczne instytucje akcji informacyjnej dla odbiorców końcowych, głównie pacjentów. Celem takiej kampanii jest poniesienie świadomości dotyczącej skutków zdrowotnych jakie niesie za sobą infekcja spowodowana przez grypę i korzyści, jakie związane są ze szczepieniami. Akcja informacyjna wymaga zaangażowania sił i środków finansowych wszystkich zainteresowanych podmiotów (instytucji zdrowia publicznego, firm farmaceutycznych itp.). Należy również rozważyć pozyskanie środków finansowych z funduszy Unii Europejskiej.

4. Dostęp i finansowanie szczepień

► Zwiększenie dostępności szczepień przeciw grypie

Obecnie droga, jaką pacjent musi pokonać, by móc się zaszczepić przeciw grypie jest relatywnie długa i pełna niedogodności.

Po pierwsze, w niniejszym raporcie zaproponowano usprawnienie procesu udostępniania szczepionek. Chodzi o możliwość wykorzystania szczepionki i pobrania za nią opłaty przez ZOZ w ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju POZ oraz możliwość pobrania od pacjenta opłaty za koszty szczepienia zalecanego realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju POZ. Jednoznaczna interpretacja istniejących przepisów pozwoli na zwiększenie dostępności szczepień w Zakładach Opieki Zdrowotnej i rozwiązanie problemu motywacji tych ośrodków do wykonywania szczepień.

Po drugie, rozważono możliwości zwiększenia dostępności szczepień w innych miejscach (np. w gabinetach prywatnych) oraz możliwości wykonywania szczepień w aptekach – co wymagałoby zmian w odpowiedniej ustawie.

► Finansowanie szczepień

Finansowanie szczepień regulowane w Polsce przez Program Szczepień Ochronnych jest ostatnim ważnym obszarem Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy. W jego ramach określono scenariusze działań, które mogą przyczynić się do zwiększenia poziomu wyszczepialności poprzez finansowanie szczepień nie indywidualnie przez pacjentów, ale przez inne podmioty, takie jak samorządy terytorialne czy też pracodawców. Działaniami - opisanymi w raporcie w ramach obszaru finansowania - są przede wszystkim nowelizacje obowiązującego prawa. Centralne wsparcie programów zdrowotnych realizowanych przez samorządy terytorialne czy też zniesienie konieczności uiszczania podatku od szczepienia przyjętego u pracodawcy mogą w stosunkowo prosty sposób przyczynić się do zwiększenia liczby szczepień. W wieloletniej perspektywie można rozważyć dodatkowe formy finansowania, takie jak refundacja szczepień, jednakże obecnie priorytetem jest wdrożenie wszystkich obszarów Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy opisanej w niniejszym raporcie.

W kolejnych rozdziałach zostaną omówione szczegółowo wszystkie obszary zdefiniowane w ramach czterech filarów Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy.

3 Zarządzanie Programami Szczepień

Pierwszym z czterech filarów zdefiniowanych w ramach Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy jest Zarządzanie Programami Szczepień. Zgodnie z podejściem wypracowanym przez Grupę Roboczą ds. Grypy w ramach tego filaru w skutecznym przeciwdziałaniu grypie w Polsce kluczowe będzie właściwe zdefiniowanie i wdrożenie systemowych rozwiązań w trzech obszarach:

1. rekomendacje szczepień przeciw grypie wydawane przez właściwe instytucje państwowe i inne,
2. cele programów szczepień przeciw grypie,
3. raportowanie i monitorowanie.

Pierwszym obszarem jest zdefiniowanie jasnych rekomendacji dotyczących szczepień przeciw grypie, czyli określenie grup populacji, u których w pierwszej kolejności powinny być realizowane szczepienia przeciwko grypie oraz informacji o dostępnych w danym sezonie epidemicznym szczepionek. Ponadto należy określić, jakie podmioty powinny wydawać oficjalne rekomendacje w tym zakresie, by skutecznie dotrzeć do zdefiniowanych grup populacji. Drugim obszarem jest wyznaczenie celów krótko-, średnio- i długoterminowych dotyczących poziomu wyszczepialności w rekomendowanych grupach populacji. Ostatnim obszarem jest monitorowanie wyznaczonych celów, ich raportowanie i podejmowanie działań bieżących wspomagających ich realizację.

W niniejszym rozdziale przedstawiono szczegółowy opis rekomendowanych kierunków działań w każdym z tych trzech obszarów.

3.1 Rekomendacje dotyczące szczepień przeciw grypie

3.1.1 Obecny stan przepisów prawnych regulujących rekomendacje w Polsce

Ministerstwo Zdrowia

Zasady funkcjonowania profilaktyki szczepień w Polsce określa Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zgodnie z jej przepisami minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, m.in. wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych, grupy osób zobowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych oraz wykaz zalecanych szczepień ochronnych. W konsekwencji Minister Zdrowia wydał m.in. następujące, obowiązujące w Polsce według stanu na dzień opracowania niniejszego raportu rozporządzenia:

- ▶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych,
- ▶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi.

Szczepienia przeciw grypie są ujęte w drugim rozporządzeniu. Zatem na podstawie ww. aktów prawnych szczepienie przeciw grypie jest szczepieniem zalecanym (nieobowiązkowym).

Główny Inspektor Sanitarny

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nakłada na Głównego Inspektora Sanitarnego obowiązek ogłaszania w formie komunikatu, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, Programu Szczepień Ochronnych na dany rok ze szczegółowymi wskazaniem dotyczącymi stosowania poszczególnych szczepionek. Na mocy ustawy Główny Inspektor Sanitarny wydał Komunikat 29 października 2012 r. w sprawie

Programu Szczepień Ochronnych na rok 2013. Program ten, zwany dalej „PSO”, został podzielony na następujące części:

- I. Szczepienia obowiązkowe – kalendarz szczepień.
 - A. Szczepienia obowiązkowe dzieci i młodzieży według wieku.
 - B. Szczepienia obowiązkowe osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie.
- II. Szczepienia zalecane – nie finansowane ze środków znajdujących się w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia.
- III. Informacje uzupełniające.

Szczepienia przeciw grypie znajdują się w II rozdziale komunikatu. PSO zaleca szczepienie przeciw grypie ze względów klinicznych i indywidualnych, takich jak: przewlekłe choroby, stany obniżonej odporności oraz wiek pacjenta (powyżej 55 lat), a także ze wskazań epidemiologicznych pracownikom ochrony zdrowia oraz osobom, które ze względu na wykonywany zawód są narażone na kontakty z dużą liczbą ludzi. Szczegółowe zalecenia umieszczono w poniższej ramce.

Ramka 3. Program Szczepień Ochronnych na rok 2013 – wybrany fragment z Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z 29 października 2012 roku⁴¹

Zalecenia do szczepienia przeciw grypie

1. Ze wskazań klinicznych i indywidualnych:
 - 1) przewlekłe chorym (astma, cukrzyca, niewydolność układu krążenia, oddychania, nerek),
 - 2) w stanach obniżonej odporności,
 - 3) osobom w wieku powyżej 55 lat.
2. Ze wskazań epidemiologicznych:
 - 1) pracownikom ochrony zdrowia,
 - 2) pracownikom szkół, handlu, transportu oraz innym osobom narażonym na kontakty z dużą liczbą ludzi.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

Poza zaleceniami wynikającymi z wymienionej ustawy, rozporządzeń i komunikatów funkcjonują w Polsce jeszcze inne podmioty, które wydają rekomendacje w zakresie szczepień przeciw grypie. Jest to m.in. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH). Jest to podmiot utworzony na mocy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 10 czerwca 1927 r. o Państwowym Zakładzie Higieny, działający m.in. na podstawie ustawy z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych. W strukturze organizacyjnej NIZP-PZH znajduje się m.in. Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy.

Krajowy Ośrodek ds. Grypy jest jednym ze 140 takich ośrodków na świecie, który jest uznany przez WHO. Do zadań Zakładu Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, należy m.in. prowadzenie szeroko rozumianej działalności na rzecz zdrowia publicznego. Szczegółowe dane dotyczące zadań i obowiązków tego ośrodka przedstawiono w tabeli w Aneksie 3.

Zadania Krajowego Ośrodka ds. Grypy realizowane są m.in. poprzez rozpowszechnianie rzetelnej wiedzy dotyczącej profilaktyki przeciwgrypowej oraz prezentowaniem prac naukowych, które zostały wykonane przy współpracy z klinicystami, ze szczególnym uwzględnieniem grup podwyższonego ryzyka, które zestawione są w poniższej Tabeli 3.⁴²

⁴¹ <http://gistest.pis.gov.pl/>, 14.11.2012

⁴² <http://www.pzh.gov.pl/page/index.php?id=1085&L=bgrnzicavznsdey>, 14.11.2012

Tabela 3. Badania przeprowadzone w Zakładzie Badań Wirusów Grypy, Krajowym Ośrodku ds. Grypy, NIZP przy współpracy z klinicystami w grupach podwyższonego ryzyka, w których oceniano odpowiedź humoralną na szczepienia przeciwko grypie

Dzieci
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dzieci w wieku 6-35 m.ż, 3-8 r.ż, 9-12 r.ż, 13-20 r.ż. 2. Dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną (OBL), szczepione w różnym okresie od zakończenia leczenia. 3. Dzieci z hemofilią ciężką i lekką. 4. Dzieci z dysplazją oskrzelowo-płucną. 5. Dzieci z kłębkowym zapaleniem nerek. 6. Dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek poddane ciągłej ambulatoryjnej dializie otrzewnowej, hemodializie oraz z przewlekłą niewydolnością nerek szczepione jednorazowo i dwukrotnie. 7. Dzieci zakażone HIV. 8. Dzieci po splenektomii szczepione w grupach wieku 0-5 r.ż., 6-10 r.ż., 11-15 r.ż., □16 (praca doktorska) 9. Dzieci z niedokrwistością aplastyczną. 10. Dzieci z astmą. 11. Dzieci z nieswoistym zapaleniem jelit.
Dorośli
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dorośli w wieku 21-30 r.ż, 31-40 r.ż, 41-50 r.ż, 51-64 r.ż, >64 r.ż. (2 prace doktorskie) 2. Skoszarowani studenci Wojskowej Akademii Medycznej 3. Pacjenci przewlekle chorzy 4. Pacjenci z ostrą białaczką limfoblastyczną 5. Pacjenci z przewlekłą niewydolnością nerek 6. Pacjenci po allogeniczej transplantacji nerek 7. Pacjenci zakażeni HIV z różnymi poziomami CD4, z objawami AIDS i bez objawów 8. Pacjenci z nowotworem piersi 9. Pacjenci z nowotworem tarczycy 10. Pacjenci z astmą (część pracy doktorskiej) 11. Pacjenci z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) (część pracy doktorskiej) 12. Pacjenci z grupy młodych i seniorów (praca doktorska) 13. Pacjenci z ostrymi incydentami sercowo-naczyniowymi (część pracy habilitacyjnej) 14. Pacjenci z nieziarniczymi chłoniakami złośliwymi (praca doktorska) 15. Pacjenci z toczeniem (praca doktorska) 16. Pacjenci z pierwotnymi układowymi zapaleniami naczyń: ziarniniakowatością Wegnera (część pracy habilitacyjnej)
Brydak L.B.,2009

W ramach powyżej opisanego zadania Zakład Badań Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, co sezon publikuje zalecenia dotyczące szczepień przeciw grypie. Zalecenia na sezon 2012/2013 obejmują wskazania kliniczne dla takich grup jak: osoby po przeszczepach organów, dzieci, osoby dojrzałe, osoby chore na choroby przewlekłe i z niedoborami odporności, kobiety ciężarne, dzieci leczone przewlekle kwasem acetylosalicylowym, pensjonariusze domów zakładów opieki oraz osoby otyłe. Ponadto Zakład Badań Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy definiuje wskazania epidemiologiczne dla takich grup jak: pracownicy ochrony zdrowia,

pracownicy zakładów opieki, opiekuni osób starszych i dzieci oraz pracownicy służb publicznych. Szczegółowe zalecenia umieszczono w poniższej ramce.

Ramka 4. Zalecenia dotyczące szczepień przeciw grypie na sezon epidemiczny 2012/2013 wydane przez Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy⁴³

Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych (ACIP - Advisory Committee on Immunization Practices) wraz z WHO, co roku, wydają zalecenia dotyczące szczepień przeciwko grypie. Zgodnie z nimi, wskazania do użycia inaktywowanych szczepionek z rozszczepionym wirionem (typu *split*) oraz szczepionek podjednostkowych (typu *subunit*) są następujące i oprócz niżej wymienionych grup obejmują wszystkich chętnych z danej populacji do szczepień przeciw grypie

Wskazania kliniczne do szczepień przeciw grypie

(Grupy wysokiego ryzyka osób szczególnie narażonych na wystąpienie powikłań grypy.)

Obecnie zaleca się szczepienie przeciw grypie wszystkim osobom, począwszy od 6 miesiąca życia. Zwraca się jednak uwagę, że szczepieniami szczególnie należy objąć następujące grupy:

- ▶ osoby po przeszczepieniu organu,
- ▶ zdrowe dzieci między 6 m.ż. a 59 m.ż.,
- ▶ osoby ≥ 50 r.ż.; ponieważ w tej grupie znacznie zwiększa się liczba osób należących do grup wysokiego ryzyka,
- ▶ dorosłych i dzieci, chorych na przewlekłe choroby układu krążenia, oddechowego (w tym chorych na astmę), choroby nerek, wątroby, neurologiczne, hematologiczne, metaboliczne (w tym chorych na cukrzycę),
- ▶ dorosłych i dzieci z niedoborami odporności (w tym spowodowanymi leczeniem immunosupresyjnym lub zakażeniem HIV)
- ▶ kobiety, które są lub będą w ciąży w trakcie sezonu epidemicznego grypy,
- ▶ osoby w między 6 m.ż. a 18 r.ż. leczone przewlekłe kwasem acetylosalicylowym, co zwiększa u nich ryzyko wystąpienia zespołu Reye'a w razie zachorowania na grypę,
- ▶ pensjonariuszy domów spokojnej starości, zakładów opieki zdrowotnej, dla przewlekłe chorych bez względu na ich wiek,
- ▶ osoby otyłe, u których indeks masy ciała (BMI) wynosi ≥ 40 .

Wskazania epidemiologiczne do szczepień przeciw grypie

(Osoby, które mogą przenosić grypę na osoby z grup wysokiego ryzyka oraz osoby zdrowe mogące stanowić źródło zakażenia dla osób nich.)

Podobnie jak przy wskazaniach klinicznych, także przy wskazaniach epidemiologicznych zaleca się, aby szczepieniu poddawały się wszystkie osoby począwszy od 6 miesiąca życia. Wyróżniono jednak kilka następujących grup docelowych, na które zwraca się szczególną uwagę:

- ▶ wszyscy pracownicy ochrony zdrowia (lekarze, pielęgniarki i pozostały personel szpitali oraz ośrodków leczenia otwartego, pogotowia ratunkowego),
- ▶ pracownicy domów spokojnej starości oraz zakładów opieki medycznej, którzy kontaktują się z pensjonariuszami lub chorymi (w tym także dziećmi), jak też osoby zapewniające opiekę domową pacjentom z grup wysokiego ryzyka,
- ▶ członkowie rodzin osób należących do grup wysokiego ryzyka,
- ▶ osoby opiekujące się dziećmi w wieku poniżej 5 lat,
- ▶ pracowników służb publicznych, np. konduktorzy, kasjerzy, policjanci, żołnierze, nauczyciele,

⁴³ http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/SEZON_EPIDEMICZNY_2012_sklad_szczepionki_19_03_2012_03.pdf, 14.11.2012

nauczyciele przedszkoli, dziennikarze, pracownicy budowlani, ekspedienci sklepów i marketów, osoby świadczące usługi rzemieślnicze itp.

Przeciwwskazania do szczepień przeciw grypie:

- ▶ anafilaktyczna nadwrażliwość na białko jaja kurzego lub antybiotyki aminoglikozydowe używane w procesie produkcji lub inne składniki szczepionki*,
- ▶ choroby przebiegające z wysoką gorączką,
- ▶ ostre postaci chorób o umiarkowanym lub ciężkim przebiegu, bez względu na to, czy towarzyszy im gorączka, czy też nie,
- ▶ zespół Guillaina-Barrégo stwierdzony w ciągu 6 tygodni po poprzednim szczepieniu przeciw grypie**.

** Osoby takie, jeżeli znajdują się w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia powikłań pogrypowych, mogą odnieść korzyść ze szczepienia przeciw grypie po oceniu stopnia nadwrażliwości na składniki szczepionki i odpowiednim odczuleniu.*

*** Osoby takie, jeśli znajdują się w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia powikłań pogrypowych, mogą odnieść korzyść ze szczepienia przeciw grypie.*

Opracowano na podstawie ACIP, WHO, 2011, prof. L.B. Brydak, prof. A.F. Steciwko

Towarzystwa naukowe

Zalecenia dotyczące szczepień przeciw grypie wydają także towarzystwa naukowe. Mają one z reguły charakter szczegółowy i są dedykowane do danej grupy lekarzy specjalistów, czy też pacjentów. Przykładami takich towarzystw mogą być:

▶ **Polskie Towarzystwo Chorób Płuc**

Towarzystwo Chorób Płuc wydało zalecenia dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), uwzględniające konieczność szczepienia przeciw grypie chorych na POChP, zwłaszcza w starszych grupach wiekowych. Towarzystwo to rekomenduje co sezonowe powtarzanie szczepienia przed spodziewanym sezonem zachorowań ze względu na zmienność antygenową wirusa i krótkotrwałość odpowiedzi immunologicznej. Jednocześnie podkreśla, że szczepienia przeciw grypie zmniejszają częstość zaostrzeń, hospitalizacji oraz śmiertelności u chorych na POChP⁴⁴.

▶ **Polskie Towarzystwo Diabetologiczne**

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne wydało następującą rekomendację: „Zaleca się szczepienie dzieci powyżej 6 miesiąca życia i osoby dorosłe przeciw grypie raz w sezonie”⁴⁵, kierowaną do osób chorujących na cukrzycę.

▶ **Polskie Towarzystwo Kardiologiczne**

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne opublikowało ostatnio „Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na rok 2012”. W zaleceniach tych uznano, że "Epidemie grypy wiążą się ze zwiększoną częstością występowania incydentów sercowo-naczyniowych. Szczepienia przeciwko grypie stosowane, jako populacyjny środek zapobiegawczy wiążą się z bardzo efektywnym kosztowo zmniejszeniem częstości występowania incydentów klinicznych. U pacjentów z rozpoznaną chorobą układu sercowo-naczyniowego zaleca się co sezonowe szczepienia przeciwko grypie”⁴⁶. Należy podkreślić, że

⁴⁴ http://www.ptchp.org/UserAttachments/05_Zalecenia.pdf, 14.11.2012

⁴⁵ http://www.cukrzyca.info.pl/zalecenia_kliniczne_ptd, 14.11.2012

⁴⁶ Piąta Wspólna Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok Kardiologia Polska 2012; 70

polskie badania u pacjentów z problemami kardiologicznymi zostały włączone do europejskich rekomendacji kardiologicznych.⁴⁷

3.1.2 Obecny stan rekomendacji na świecie

Na świecie funkcjonuje wiele instytucji zajmujących się problematyką zwalczania wirusa grypy, jednak z uwagi na znaczenie i zasięg geograficzny oddziaływania w niniejszym rozdziale skoncentrowano się na dwóch z nich. Pierwsza instytucja to amerykański Komitet Doradcy ds. Szczepień (ACIP – Advisory Committee on Immunization Practices). Komitet ten stanowi grupa lekarzy i specjalistów ds. publicznej ochrony zdrowia, która wydaje zalecenia dotyczące sposobu korzystania ze szczepionek w celu kontrolowania pojawiania się i rozprzestrzeniania chorób w Stanach Zjednoczonych⁴⁸. Ze względu na swoją wieloletnią historię jest to organizacja silnie umocowana w środowisku medycznym i dlatego jej zalecenia są często przyjmowane przez inne kraje.

Kolejną organizacją działającą w podobnym zakresie, ale na gruncie europejskim, jest Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control). ECDC jest agencją Unii Europejskiej, której celem jest wzmocnienie ochrony Europejczyków przed chorobami zakaźnymi. Misją ECDC jest identyfikowanie i ocena zagrożeń dla zdrowia człowieka stwarzanych przez choroby zakaźne oraz przekazywanie informacji na temat tych zagrożeń. Współpracując z ekspertami z całej Europy, ECDC gromadzi dane zdrowotne z poszczególnych krajów, by opracowywać opinie naukowe i zalecenia dotyczące zagrożeń stwarzanych przez istniejące i pojawiające się choroby zakaźne⁴⁹.

Zgodnie z praktyką takich organizacji, jak ACIP i ECDC, pełne rekomendacje dla szczepień przeciw grypie powinny uwzględniać trzy aspekty:

- ▶ grupy populacji, dla których szczepienie jest zalecane,
- ▶ czas, w którym szczepienia powinny być realizowane,
- ▶ produkt, jaki powinien być wykorzystany do szczepienia.

Na pierwszym miejscu ACIP wymienia szczepienie wszystkich osób powyżej 6 miesiąca życia. Oznacza to, że brak przeciwwskazań do szczepienia jest wskazaniem do jego wykonania. ACIP zaleca, by szczepić wszystkich chętnych. Rekomendacja jest bardzo szeroka, ponieważ grypa jest jedną z chorób zakaźnych, która powoduje największą liczbę zachorowań⁵⁰. Dotyka ona całą populację, może zaatakować w zasadzie każdego, więc najlepszą profilaktyką jest zaszczepienie możliwie całej populacji. Z drugiej strony ACIP definiuje również grupy podwyższonego ryzyka, dla których zagrożenie związane z zachorowaniem na grypę jest wyższe niż dla reszty populacji. Również ze względów praktycznych (takich jak np. ograniczenia dostępności szczepionek czy finansowe, z powodu, których nie ma możliwości, by zaszczepić całą populację) warto wiedzieć, dla których grup szczepienie przeciw grypie jest priorytetem. ACIP zaleca, by stale podnosić wszechspółalność całej populacji powyżej 6 miesiąca życia, a równocześnie pracować nad dotarciem ze szczepionką do zdefiniowanych grup podwyższonego ryzyka.

Niezależnie od zaleceń jakie są wydawane przez ACIP oraz ECDC w świecie szczepienia przeciwko grypie rekomendowane są przez podane w ramce towarzystwa naukowe.

⁴⁷ Ciszewski A. et.al., Eur Heart J. 2008;29(11):1350-8

⁴⁸ <http://www.cdc.gov/vaccines/acip/index.html>, 14.11.2012

⁴⁹ <http://www.ecdc.europa.eu/en/aboutus/Mission/Pages/Mission.aspx>, 14.11.2012

⁵⁰ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa, 2008, s. 141

Tabela 4. Międzynarodowe Towarzystwa Naukowych, które zalecają. szczepienia przeciw grypie

Międzynarodowe Towarzystwa Naukowych, które zalecają. szczepienia przeciw grypie
<ul style="list-style-type: none">▶ Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP)▶ Amerykańska Akademia Praktyki Rodzinnej (AAFP)▶ Amerykańska Akademia Lekarzy Rodzinnych (AAFP)▶ Grupa Robocza ds. Usług Profilaktycznych (USPSTF US)▶ Amerykańskie Kolegium Internistów▶ Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Wewnętrznej US▶ Amerykańskie Towarzystwo Chorób Zakaźnych (IDSA)▶ Kanadyjska Grupa Robocza ds. Okresowych Badań Zdrowotnych▶ Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne▶ Amerykańskie Kolegium Położnictwa i Ginekologii▶ Naczelny Dyrektor Departamentu Zdrowia UK▶ Amerykańskie Stowarzyszenie Kardiologiczne/Amerykańskie Kolegium Kardiologiczne▶ Światowa Inicjatywa Dotycząca Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (GOLD)▶ Światowa Strategia Rozpoznawania, Leczenia i Prewencji Astmy (GINA guidelines)
Opracowanie zbiorcze: Brydak LB., 2008

Analizując szczegółowe rekomendacje wydane przez ACIP oraz ECDC, warto również przyjrzeć się, jak zalecenia wydawane przez polskie instytucje odzwierciedlają trendy światowe. Poniższa tabela przedstawia porównanie zaleceń dotyczących tego, kogo szczepić przeciw grypie wydanych przez ACIP, ECDC, Głównego Inspektora Sanitarnego w ramach Programu Szczepień Ochronnych oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Ramka 5. Grupy ryzyka

Grupy Ryzyka prof. nadzw. IK, dr hab. med. Andrzej Ciszewski Kierownik Oddziału Kardiologii Inwazyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie
<p>„Grupy ryzyka” poszczególnych chorób tradycyjnie definiuje się jako te grupy, w których ryzyko wystąpienia choroby i jej groźnych powikłań jest zdecydowanie wyższe niż w całej populacji</p> <p>W wypadku grypy, „grupy ryzyka” to także ta część populacji która odnosi największe korzyści z zastosowania szczepień ochronnych. Oznacza to, że właśnie w „grupach ryzyka”, w badaniach klinicznych i epidemiologicznych szczepienia przynoszą największą redukcję zgonów, hospitalizacji i groźnych powikłań, a więc są najbardziej „opłacalne” zarówno w wymiarze indywidualnym, społecznym jak i ekonomicznym.</p> <p>Najważniejsze „grupy ryzyka” grypy to: seniorzy, kobiety ciężarne, dzieci do 5 lat, osoby z przewlekłymi chorobami płuc, serca oraz innych ważnych narządów i układów, pacjenci po przeszczepach organów. Szczególnie ważną „grupę ryzyka” stanowią pracownicy służby zdrowia, których objęcie profilaktyką ma decydujące znaczenie epidemiologiczne oraz kluczowe w budowaniu świadomej postawy prozdrowotnej całego społeczeństwa.</p>

Tabela 5. Porównanie rekomendowanych przez ACIP i ECDC grup populacji do szczepienia przeciwko grypie ze stanem rekomendacji w Polsce⁵¹

Rekomendacje	ACIP	ECDC	Program Szczepień Ochronnych	NIZP - PZH
Dzieci	✓ W wieku 6 miesięcy – 4 lata (59 miesięcy)	✓ W wieku 6 miesięcy – 4 lata (59 miesięcy)	✗	✓ W wieku 6 miesięcy – 4 lata (59 miesięcy)
Osoby starsze	✓ Osoby powyżej 50 roku życia	✓ Osoby powyżej 65 roku życia	✓ Osoby powyżej 55 roku życia	✓ Osoby powyżej 50 roku życia
Przewlekłe choroby	✓ A. Chorzy na choroby przewlekłe: 1. Układu krążenia 2. Układu oddechowego (w tym astmę) 3. Nerek 4. Wątroby 5. Neurologiczne 6. Hematologiczne 7. Metaboliczne (w tym cukrzycę) B. Osoby z niedoborami odporności (w tym spowodowanymi leczeniem immunosupresyjnym lub zakażeniem HIV) C. Dzieci w wieku od 6 miesięcy do 18 lat leczone przewlekłe kwasem acetylosalicylowym	✓ A. Chorzy na choroby przewlekłe: 1. Układu krążenia 2. Układu oddechowego (w tym astmę) 3. Nerek 4. Neurologiczne 5. Metaboliczne (w tym cukrzycę) B. Osoby z niedoborami odporności (w tym spowodowanymi leczeniem immunosupresyjnym lub zakażeniem HIV)	✓ A. Chorzy na choroby przewlekłe: 1. Układu krążenia 2. Układu oddechowego 3. Astmę 4. Nerek 5. Cukrzycę B. W stanach obniżonej odporności	✓ A. Chorzy na choroby przewlekłe: 1. Układu krążenia 2. Układu oddechowego (w tym astmę) 3. Nerek 4. Wątroby 5. Neurologiczne 6. Hematologiczne 7. Metaboliczne (w tym cukrzycę) 8. Powodujące upośledzenie funkcji układu oddechowego lub usuwania wydzieliny z dróg oddechowych, które mogą zwiększyć ryzyko zachłyśnięcia (np. zaburzenia funkcji poznawczych, urazy rdzenia kręgowego, choroby przebiegające z drgawkami lub inne choroby nerwowo-mięśniowe) B. Osoby z niedoborami odporności (w

⁵¹ http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/seasonal_influenza/basic_facts/Pages/factsheet_professionals_seasonal_influenza.aspx,
<http://www.cdc.gov/flu/professionals/acip/persons.htm> , 14.11.2012
http://gistest.pis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/EP/szczepienia/Dz_%20Urz_%20Min_%20Zdrow_2012%20poz_%2078.pdf, 14.11.2012
http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/SEZON_EPIDEMICZNY_2012_sklad_szczepionki_19_03_2012_03.pdf, 14.11.2012

					tym spowodowanymi leczeniem immunosupresyjnym lub zakażeniem HIV) C. Dzieci w wieku od 6 miesięcy do 18 lat leczone przewlekle kwasem acetylosalicylowym D. Osoby, które w minionym roku wymagały regularnych kontroli lekarskich i często przebywały w szpitalu z powodu hemoglobinopatii
Kobiety ciężarne	✓	✓/✗ ⁵²	✗	✗	✓
Osoby po przeszczepieniu organu	✗	✗	✗	✗	✓
Osoby otyłe	✓	✗	✗	✗	✓
Pracownicy ochrony zdrowia i ich personel pomocniczy	✓	✓	✓	✓	✓
	Lekarze i służba zdrowia	Lekarze i służba zdrowia	Lekarze i służba zdrowia		Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia - lekarze, pielęgniarki oraz pozostały personel szpitali i ośrodków leczenia otwartego, pogotowia ratunkowego
Osoby będące w bezpośrednim kontakcie z osobami w grupie ryzyka	✗	✗	✗	✗	✓ Członkowie rodzin osób należących do grup wysokiego ryzyka (osoby od 65 r.ż., po przeszczepieniach organów, osoby z AIDS i dzieci poniżej 2 r.ż.)

⁵² Oryginalne brzmienie rekomendacji: *Few EU countries recommend vaccination of children or offering vaccines to pregnant women (Merecekiene et al. 2008). This is different from policy in the United States (CDC 2010). An expert panel convened by ECDC considered there was as yet insufficient evidence on the burden of infection in children to take any view for or against vaccination (ECDC Scientific Panel report 2007). During the pandemic, more countries decided to offer immunisation to pregnant women as recommended by WHO, though the evidence for this in European data is not clear.*

Pracownicy służby publicznej	×	×	×	✓
				Pracownicy służb publicznych: 1. Policjanci 2. Żołnierze 3. Nauczyciele 4. Konduktorzy
Pracownicy i pensjonariusze zakładów opieki medycznej, domów spokojnej starości itp.	✓	×	×	✓
	Osoby zapewniające opiekę dzieciom młodszym niż 5 lat oraz dorosłym starszym niż 50 lat, ze szczególnych uwzględnieniem osób mających kontakt z niemowlakami poniżej 6 miesiąca życia Pracownicy zakładów opieki medycznej i opiekuni ze wskazaniami klinicznymi			Osoby zapewniające opiekę dzieciom młodszym niż 5 lat oraz dorosłym starszym niż 50 lat, ze szczególnych uwzględnieniem osób mających kontakt z niemowlakami poniżej 6 miesiąca życia Pracownicy zakładów opieki medycznej i opiekuni ze wskazaniami klinicznymi Pracowników domów spokojnej starości oraz zakładów opieki medycznej, którzy kontaktują się z pensjonariuszami lub chorymi (w tym także dziećmi), zapewniających opiekę domową pacjentom z grup wysokiego ryzyka
Osoby narażone na kontakt z dużą ilością ludzi	×	×	✓	✓
			1. Pracownicy szkół 2. Pracownicy handlu 3. Pracownicy transportu 4. Osoby narażone na kontakty z dużą liczbą ludzi	1. Kasjerzy 2. Dziennikarze 3. Pracownicy budowlani 4. Ekspedienci sklepów i marketów 5. Świadczący usługi rzemieślnicze
Pensjonariusze domów spokojnej starości i zakładów opieki zdrowotnej dla przewlekle chorych	✓	✓	×	✓

Na podstawie analizy wymienionych przez ACIP, ECDC, Głównego Inspektora Sanitarnego w ramach Programu Szczepień Ochronnych oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny grup podwyższonego ryzyka można zidentyfikować trzy główne kryteria, które wpływają na rekomendacje w zakresie szczepień. Są to:

- ▶ kryterium wieku (zalecenia kliniczne: dzieci od 6 m.ż do 59 m.ż oraz osoby starsze),
- ▶ kryterium wieku (zalecenia epidemiologiczne – dzieci od 59 m.ż do 18 r.ż.),
- ▶ kryterium zdrowia (zalecenia kliniczne),
- ▶ kryterium wykonywanego zawodu (zalecenia epidemiologiczne).

Wokół tych kryteriów zostały zbudowane zalecenia w ramach Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy.

Tabela 6. Podstawowe kryteria grup ryzyka

Kryterium wieku		Kryterium zdrowia Zalecenia kliniczne	Kryterium wykonywanego zawodu Zalecenia epidemiologiczne
Zalecenia kliniczne	Zalecenia epidemiologiczne		
1. Osoby starsze 2. Dzieci od 6 m.ż do 59 m.ż	1. Dzieci zdrowe od 59 m.ż do 18 r.ż	1. Przewlekłe choroby 2. Kobiety ciężarne 3. Osoby po przeszczepie 4. Osoby otyłe 5. Pensjonariusze domów spokojnej starości i zakładów opieki zdrowotnej	1. Pracownicy ochrony zdrowia i personel pomocniczy 2. Osoby będące w bezpośrednim kontakcie z osobami w grupie podwyższonego ryzyka 3. Pracownicy służb publicznych 4. Pracownicy i pensjonariusze zakładów opieki medycznej, domów spokojnej starości itp. 5. Osoby narażone na kontakt z dużą ilością ludzi

Poza określeniem grup ryzyka i wydaniem zaleceń dotyczących ich szczepień przeciw grypie definiowane są zalecenia dotyczące czasu szczepienia i szczepionek, które powinno się wykorzystywać.

ACIP zaleca, by szczepienie przeciw grypie było oferowane w trakcie całego sezonu grypy, czyli do momentu kiedy wirus grypy krąży w danym środowisku. Szczegółową rekomendację ACIP-u przedstawia poniższa ramka.

Ramka 6. Rekomendowany przez ACIP czas szczepienia przeciw grypie⁵³

Rekomendowany czas szczepienia

Zwłaszcza w przypadku osób z grup podwyższonego ryzyka, szczepienie przeciwko grypie powinno być rekomendowane od momentu w którym tylko szczepionka zaczyna być dostępna w aptekach. Szczepienie powinno być oferowane w trakcie całego sezonu grypy (tj. dopóki wirus grypy krąży w populacji).

⁵³ Prevention and Control of Influenza with Vaccines: Recommendations of ACIP — United States, 2012–13 Influenza Season; <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6132a3.htm>, 14.11.2012

Obecnie na świecie istnieje wiele rodzajów szczepionek przeciwko grypie. Do podstawowych zalicza się szczepionki inaktywowane oraz szczepionki atenuowane. Rodzaje szczepionek przedstawiono w poniższej ramce 7.

Ramka 7. Stosowane typy szczepionek przeciw grypie⁵⁴

Stosowane typy szczepionek przeciwko grypie

1. Szczepionki żywe, atenuowane
2. Różne rodzaje szczepionki inaktywowanych:
 - a. Szczepionki zawierające cały wirus
 - b. Szczepionki typu *split* (z rozszczepionym wirionem)
 - c. Szczepionki typu *subunit* zawierające podjednostki powierzchniowe – hemaglutyninę i neuraminidazę

W każdym sezonie epidemicznym podmioty wydające rekomendacje w zakresie szczepień przeciw grypie publikują listę dostępnych preparatów do szczepienia. Skład szczepionek jest na całym świecie⁵⁵ uaktualniany co sezon ze względu na ciągłą zmienność wirusa grypy⁵⁶.

Na bazie przeprowadzonych prac w ramach przygotowania raportu stwierdzono, że zakres rekomendacji wydawanych w ramach polskiego prawodawstwa (rekomendacje wydawane przez upoważnione do tego organy) jest węższy niż obowiązujące na świecie standardy w tym obszarze. Oznacza to, że konieczne jest rozszerzenie rekomendacji szczegółowych o kolejne, istotne grupy ryzyka w ramach Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy. Wyznacznikiem do stworzenia nowych rekomendacji mogą być zalecenia wydane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

W tym celu konieczne jest zaangażowanie szerszej grupy podmiotów do promowania rekomendacji szczepień przeciw grypie poszczególnym grupom. Obecnie część polskich towarzystw naukowych wydaje odpowiednie zalecenia. Należy jednak zachęcić do działania większą grupę podmiotów, które mogą mieć realny wpływ na zmotywowanie do zaszczepienia się i uświadomienie zagrożeń, jakie niesie za sobą wirus grypy.

3.1.3 Docelowe rekomendacje w zakresie szczepień przeciw grypie w Polsce

Jednym z docelowych zadań rekomendacji dotyczących szczepień przeciw grypie powinno być zintegrowane podejście podmiotów zaangażowanych w ten proces.

Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych oraz Program Szczepień Ochronnych wydawany przez Głównego Inspektora Sanitarnego (jako akty prawne wydane przez organy administracji rządowej odpowiedzialne za zdrowie publiczne) mają kluczową rolę i powinny stanowić oficjalny kodeks postępowania dla wszystkich zainteresowanych (poczynając od lekarzy, a na pacjentach kończąc). Rekomendacje mają za zadanie dotrzeć do całego społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem pracowników ochrony zdrowia.

Instytucje, które powinny wydawać rekomendacje to⁵⁷:

1. Ministerstwo Zdrowia,
2. Główny Inspektor Sanitarny,

⁵⁴ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa, 2008, s. 196

⁵⁵ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa, 2008, s. 226

⁵⁶ Class E.C., Osterhaus A.D., van Beek R., De Jong J.C., et al., *Human influenza A/H5N1/ virus related to pathogenic avian influenza virus*. Lancet, 1998, 351, 472-477

⁵⁷ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

3. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH, Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy,
4. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej,
5. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej,
6. Polskie Towarzystwo Wakcynologii.

Zalecenia powinny też wydawać odpowiednie towarzystwa specjalistyczne. Rekomendacje takie będą stanowiły istotne uzupełnienie dla lekarzy. Powinny być traktowane jako zalecenia ekspertów dla praktyków⁵⁸.

Kluczowe towarzystwa, które powinny zaangażować się w wydawanie zaleceń dotyczących profilaktyki grypy, to⁵⁹:

1. Polskie Towarzystwo Pediatryczne,
2. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne,
3. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne,
4. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych,
5. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne,
6. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne,
7. Polskie Towarzystwo Chorób Płuc,
8. Polskie Towarzystwo Alergologiczne,
9. Polskie Towarzystwo Nefrologiczne.

Na podstawie rekomendacji ACIP i ECDC oraz na bazie zaleceń wypracowanych przez Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP-PZH i Program Szczepień Ochronnych sformułowano docelowe rekomendacje dotyczące szczepień przeciw grypie. W przypadku grup zalecanych do szczepienia rekomendacje opierają się na zdefiniowanych wcześniej kryteriach: kryterium wieku, kryterium zdrowia oraz kryterium wykonywanego zawodu (względnie epidemiologiczne). Ponadto wymieniają pełną listę grup, które ze względu na podwyższone ryzyko powinny być szczepione w pierwszej kolejności. Rekomendacje przedstawiono w poniższej ramce

Ramka 8. Docelowe rekomendacje dotyczące szczepień przeciwko grypie

Docelowe rekomendacje dotyczące szczepień przeciw grypie
<p>Zalecenie Nr 1 Co sezon epidemiczny, przeciw grypie należy szczepić wszystkie chętne osoby od 6 miesięcy życia, które nie mają przeciwwskazań do szczepienia.</p> <p>Zalecenie Nr 2 Działania profilaktyczne powinny być prowadzone dwutorowo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rutynowe szczepienia osób z grup podwyższonego ryzyka. 2. Popularyzacja i realizacja szczepień wśród wszystkich chętnych, którzy nie mają przeciwwskazań do szczepienia. <p>Zalecenie Nr 3 Grupy podwyższonego ryzyka:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kryterium wieku (zalecenia kliniczne): <ol style="list-style-type: none"> a. Dzieci w wieku od 6 miesięcy do 4 lat (59 miesięcy).

⁵⁸ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

⁵⁹ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

- b. Osoby powyżej 50 roku życia.
- 2. Kryterium wieku (zalecenia epidemiologiczne):
 - a. Dzieci zdrowe od 59 m.ż. do 18 r.ż.
- 3. Kryterium zdrowia (zalecenia kliniczne):
 - a. Chorzy na przewlekłe choroby:
 - i. Układu krążenia.
 - ii. Układu oddechowego (w tym astmę).
 - iii. Nerek.
 - iv. Wątroby.
 - v. Neurologiczne.
 - vi. Hematologiczne.
 - vii. Metaboliczne (w tym cukrzycę).
 - b. Dzieci w wieku od 6 miesięcy do 18 lat leczone przewlekłe kwasem acetylosalicylowym.
 - c. Osoby z niedoborami odporności (w tym spowodowanymi leczeniem immunosupresyjnym lub zakażeniem HIV).
 - d. Kobiety, które są lub będą w ciąży w trakcie sezonu epidemicznego grypy.
 - e. Osoby po przeszczepach organów.
 - f. Osoby patologicznie otyłe, u których indeks masy ciała (BMI) wynosi ≥ 40 .
 - g. Pensjonariusze domów spokojnej starości i zakładów opieki zdrowotnej dla przewlekłe chorych.
- 4. Kryterium wykonywanego zawodu (zalecenia epidemiologiczne):
 - a. Pracownicy ochrony zdrowia lekarze, pielęgniarki i pozostały personel szpitali oraz ośrodków leczenia otwartego, pogotowia ratunkowego.
 - b. Pracownicy służb publicznych: żołnierze, policjanci, a także pracownicy służby ochrony pogranicza, straży pożarnej, straży miejskiej.
 - c. Pracownicy zakładów opieki medycznej, domów spokojnej starości i opiekuni ze wskazaniami klinicznymi, którzy kontaktują się z pensjonariuszami lub chorymi (w tym także z dziećmi).
 - d. Członkowie rodzin oraz osoby zapewniające opiekę osobom z grup podwyższonego ryzyka powikłań pogrypowych, w tym dzieciom młodszym niż 5 lat, osobom chorującym przewlekłe, dorosłym od 50 r.ż., ze szczególnym uwzględnieniem osób mających kontakt z niemowlakami poniżej 6 m.ż..
 - e. Osoby, które ze względów zawodowych (szkolnictwo, transport, handel) są narażone na kontakty z dużą liczbą ludzi.

Zalecenie Nr 4

Czas szczepienia:

Szczepienia należy rozpocząć w momencie pojawienia się szczepionek na dany sezon w sprzedaży. Warto szczepić się jeszcze przed sezonem epidemicznym (wrzesień-październik), ale również przez cały czas jego trwania.

Zalecenie Nr 5

Zalecane szczepionki:

Wszystkie dopuszczone do sprzedaży na rynku polskim w danym sezonie epidemicznym.

Uzasadnienie rekomendacji znajduje się w Aneksie 4.

3.2 Docelowe poziomy wyszczepialności

Kluczowym miernikiem dla Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy jest poziom wyszczepialności przeciw grypie, czyli odsetek osób w określonej populacji, które były szczepione przeciw grypie w danym sezonie epidemicznym.

3.2.1 Poziom wyszczepialności w Polsce

Poziom wyszczepialności w Polsce jest bardzo niski. W sezonie 2011/2012 zaszczepiło się zaledwie 4,5% całej populacji. W poszczególnych grupach podwyższonego ryzyka współczynnik ten również nie jest na zadowalającym poziomie. W grupie osób powyżej 65 roku życia zaszczepionych zostało 14%, a wśród dzieci w wieku od 6 miesiąca życia do 5 roku życia współczynnik ten wyniósł zaledwie 1,4%.

Kolejną grupą, w której należy zwiększyć poziom wyszczepialności to pracownicy ochrony zdrowia. Problem ten zostanie szczegółowo omówiony w rozdziale IV. W sezonie 2008/2009 roku zaszczepionych zostało zaledwie 6,4% tej grupy.

Cele programu szczepień przeciwko grypie

Grupa Robocza ds. Grypy w oparciu o najlepsze standardy światowe oraz na bazie własnych doświadczeń i wiedzy eksperckiej wypracowała cele poziomu wyszczepialności przeciw grypie dla Polski. Cele zostały wyznaczone w perspektywie krótko-, średnio- i długoterminowej

W perspektywie krótkoterminowej współczynnik wyszczepialności dla Polski powinien wzrosnąć do 5-6%. Oznacza to niewielki wzrost o 0,5-1,5%, czyli o 200-600 tys. więcej zaszczepionych pacjentów. W perspektywie 5 lat planowany jest wzrost do poziomu 10-11%, a w perspektywie długoterminowej do poziomu 14-15%, co oznacza zaszczepienie około 5,5 mln Polaków.

Poza wyznaczeniem poziomu wyszczepialności dla całej populacji wyznaczono cele dla trzech grup podwyższonego ryzyka. Jedną z nich jest grupa osób powyżej 65 roku życia. Cele krótko-, średnio- i długoterminowe to odpowiednio poziomy 16%, 17,5-19%, 50%. Docelowy poziom wyszczepialności dzieci od 6 miesiąca życia do 5 roku życia to osiągnięcie 2,4% za 2 lata, 4% za 5 lat i 10% w perspektywie 15 lat. Wyznaczono również cele dla grupy, która powinna poddawać się szczepieniom ze względów zawodowych – epidemiologicznych, czyli dla służby zdrowia. Przyjęto cel wyszczepialności na poziomie 8% w krótkim terminie, 12% w średnim terminie i 24% w długim terminie.

Realizacja tak zdefiniowanych celów zależy od wdrożenia całego Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy, to znaczy uwzględnienia wszystkich zdefiniowanych przez Grupę Roboczą ds. Grypy obszarów istotnych dla podniesienia poziomu wyszczepialności.

Poniższa tabela zawiera zestawienie omówionych celów.

Tabela 7. Poziom wyszczepialności dla poszczególnych grup w Polsce

Grupa	Liczebność grupy	Aktualny poziom wyszczepialności (2011)	Cele krótkoterminowe (2 lata)	Cele średnioterminowe (5 lat)	Cele długoterminowe (15 lat)	Docelowy poziom w Europie (horyzont dla Polski)
Ogółem	38,5 mln	4,5%	5-6%	10-11%	14-15%	25%
Lekarze i służba zdrowia	350 tys	6% (2007/2008)	8%	12%	24%	25%
Dzieci (6m.ż-5r.ż.)	2 mln	1,4%	2,4%	4%	10%	n/a
+65	5 mln	14%	16%	17,5-19%	50%	75%

3.2.2 Docelowy poziom wyszczepialności w Polsce

Poza wyznaczeniem celów w trzech perspektywach czasu pokazano, jaki powinien być docelowy poziom wyszczepialności przeciwko grypie w kraju. Odnosi się on do celów wyznaczonych przez WHO oraz zalecenia wydanego przez Radę Unii Europejskiej. Uwzględniając lokalne uwarunkowania prawne, społeczne, polityczne, finansów publicznych, zgodnie z ustaleniami Grupy Roboczej ds. Grypy, wyszczepialność na poziomach rekomendowanych przez WHO powinna zostać zrealizowana w Polsce w dłuższej perspektywie. Wynika to przede wszystkim z obecnie bardzo niskiej liczby szczepień przeciw grypie oraz nakładu pracy jaką należy włożyć w podniesienie poziomu wyszczepialności. Realny wzrost tego współczynnika do poziomu 75% dla grupy osób powyżej 65 roku życia i 25% dla całej populacji oraz pracowników ochrony zdrowia jest możliwy najprawdopodobniej dopiero w długim okresie czasu. Długoterminowe działania, które byłyby konieczne do osiągnięcia takich poziomów, nie są przedmiotem tego raportu.

3.3 Raportowanie i monitorowanie

Konieczność monitorowania poziomu szczepień przeciwko grypie w grupach ryzyka

W ramach projektu VENICE II zweryfikowano, czy istnieje system monitoringu poziomu wyszczepialności dla poszczególnych grup ryzyka. Według autorów projektu jest to kluczowe dla zrozumienia, czy narzędzia stosowane w celu podniesienia liczby realizowanych szczepień są skuteczne. Niezbędnym czynnikiem dla funkcjonowania Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy jest w związku z tym prawidłowo i efektywnie działający system monitorowania poziomu wyszczepialności w grupach podwyższonego ryzyka.

Monitoring poziomu wskaźnika wyszczepialności poszczególnych grup ryzyka umożliwi:

- ▶ ocenę skuteczności programu,
- ▶ podjęcie działań mających na celu zwiększenie wyszczepialności.

Stan raportowania poziomu wyszczepialności poszczególnych grup ryzyka w Polsce

Zgodnie z oceną projektu VENICE II w Polsce obecnie nie istnieje system monitorujący poziomy wyszczepialności poszczególnych grup ryzyka (kryteria inne niż wiekowe). Namiastką tego systemu jest system monitorowania i raportowania realizacji szczepień realizowany przez WSSE.

Raportowanie i monitorowanie realizacji szczepień przeciwko grypie

Wykonywanie szczepień w Polsce wiąże się z obowiązkiem raportowania. Obowiązek ten obejmuje nie tylko samo szczepienie, ale również przekazanie informacji w celu rejestracji potencjalnych niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o chorobach zakaźnych nakłada obowiązek raportowania realizacji szczepień na osoby wykonujące szczepienia i wymienia w tym miejscu lekarzy, felczerów, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne. Monitorowanie poziomów wyszczepialności w populacji w przypadku szczepień obowiązkowych jest następstwem istnienia szczepień oraz finansowania świadczenia w całości z budżetu państwa. Uzyskane informacje pozwalają na określenie poziomu wyszczepialności, czyli stopnia realizacji ustawowego obowiązku. Raportowanie szczepień zalecanych odbywa się na tych samych zasadach, jak w przypadku szczepień obowiązkowych. Szczepienie przeciw grypie znajduje się w katalogu szczepień zalecanych, zatem istnieje dla niego ustawowy obowiązek raportowania⁶⁰. Nie są natomiast

⁶⁰ Opracowanie kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka

raportowane informacje szczegółowe określające grupę ryzyka, w której znajdował się dany pacjent. Obowiązek raportowania do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego wykonania szczepień zalecanych został nałożony na wszystkie osoby wykonujące te szczepienia. Niestety w praktyce obowiązek ten jest zaniedbywany przez osoby prowadzące indywidualne praktyki lekarskie czy w przypadku szczepień wykonywanych w miejscu pracy.

Poniżej przedstawiono uwarunkowania prawne dotyczące systemu monitorowania i realizacji szczepień.

Ramka 9. System monitorowania i raportowania realizacji szczepień oraz system raportowania niepożądanych odczynów poszczepiennych⁶¹

System monitorowania i raportowania realizacji szczepień

■ ■ ■ | Domański Zakrzewski Palinka

Raportowanie i monitorowanie szczepień obowiązkowych

Monitorowanie poziomu wyszczepialności populacji w przypadku szczepień obowiązkowych jest logicznym następstwem istnienia przymusu szczepień oraz finansowania świadczenia w całości z budżetu państwa. Uzyskane informacje pozwalają na określenie poziomu szczepień, czyli stopnia realizacji ustawowego obowiązku. Pozwalają one zatem na ocenę rzeczywistej ochrony populacji przeciw określonym patogenom. Obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadający odpowiednie kwalifikacje (osoby, które odbyły kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia bądź uzyskały specjalizację we właściwej dziedzinie). Osoby te zostały ustawowo zobligowane do sporządzania sprawozdania z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz sprawozdania ze stanu wyszczepialności osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną (art. 17 ust. 8 pkt. 2 ustawy o chorobach zakaźnych). Wzory oraz termin przekazywania obu wskazanych wyżej sprawozdań zostały zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. z 2011 r. nr 182). Zgodnie z tym rozporządzeniem osoba dokonująca szczepień obowiązkowych jest zobowiązana do opracowywania kwartalnych sprawozdań i przysyłania ich powiatowemu inspektorowi sanitarnemu w ciągu 7 dni po okresie sprawozdawczym – w przypadku sprawozdania z obowiązkowych szczepień ochronnych wg informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie. Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg liczby wykorzystanych szczepionek powinno być złożone w ciągu 15 dni od końca okresu sprawozdawczego.

Raportowanie i monitorowanie szczepień zalecanych

Raportowanie szczepień zalecanych odbywa się na tych samych zasadach, jak w przypadku szczepień obowiązkowych, co wynika z ustawowego obowiązku odpowiedniego stosowania przepisów w tym zakresie. Problem z raportowaniem szczepień zalecanych wynika z faktu, iż z jednej strony art. 19 ust. 1 ustawy sugeruje dychotomiczny podział szczepień na obowiązkowe i pozostałe – „Osoby lub grupy osób mogą poddawać się szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, innym niż szczepienia obowiązkowe, zwanym dalej >>zalecanymi szczepieniami ochronnymi<<”, a z drugiej strony operuje zamkniętym katalogiem zalecanych szczepień ochronnych zawartych w rozporządzeniu. Szczepienie przeciw grypie znajduje się w katalogu szczepień zalecanych, a więc istnieje dla niego ustawowy obowiązek raportowania.

Można stwierdzić, że ustawodawca pozostawił pewną lukę, nie wymagając raportowania do inspekcji sanitarnej faktu dokonywania szczepień, które nie znajdują się na liście szczepień obowiązkowych i zalecanych. Luki te nie mają jednak znaczenia w odniesieniu do szczepienia przeciw grypie.

Kolejnym istotnym zagadnieniem jest system raportowania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Adresatami obowiązku raportowania są lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego. Mają oni obowiązek, w ciągu 24

⁶¹ Opracowanie kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka

godzin od powzięcia podejrzenia jego wystąpienia, zgłoszenia takiego przypadku do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca powzięcia podejrzenia jego wystąpienia. W przepływ informacji o niepożądanym odczynie poszczepiennym włączony jest także państwowy powiatowy inspektor sanitarny właściwy dla miejsca powzięcia podejrzenia jego wystąpienia. W przypadku wystąpienia ciężkiego lub poważnego niepożądanego odczynu poszczepiennego niezwłocznie informowani są również państwowy wojewódzki inspektor sanitarny, Główny Inspektor Sanitarny, wskazana przez niego specjalistyczna jednostka i wojewódzki inspektor farmaceutyczny. Obowiązek raportowania niepożądanego odczynu poszczepiennego nie zależy od rodzaju szczepionki.

Proponowane zmiany w obszarze raportowania poziomu szczepień w grupach ryzyka

Zgodnie z wynikami projektu VENICE II system monitorowania współczynnika wyszczepialności poszczególnych grup ryzyka jest kluczowy ze względu na prawidłowe funkcjonowanie programu zwalczania grypy. Wyznaczenie celów bez monitorowania doprowadziłoby do obniżenia ich rangi i ograniczyłoby możliwości świadomego zarządzania procesem wdrożenia programu.

Istotne w obszarze raportowania w Polsce jest umożliwienie monitorowania współczynnika wyszczepialności poszczególnych grup ryzyka, czyli realizacji zdefiniowanych celów niniejszego programu. Konieczne jest rozszerzenie obowiązku raportowania poziomu wyszczepialności o następujące aspekty:

1. rozszerzenie obowiązku raportowania o zbieranie dodatkowych danych, które pozwoliłyby zaklasyfikować pacjentów do odpowiednich grup podwyższonego ryzyka,
2. egzekwowanie obowiązku raportowania od wszystkich podmiotów, które szczepią przeciw grypie.

Szpecially ważna jest realizacja pierwszego aspektu, co umożliwi monitorowanie współczynnika wyszczepialności poszczególnych grup ryzyka. Wdrożenie tego rozwiązania polega na rozszerzeniu formularza raportowania, więc jest relatywnie proste w realizacji i nie niesie za sobą nakładów finansowych.

Monitorowanie innych istotnych obszarów

Cele Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy dotyczą poziomów wyszczepialności, ale kwestią powiązaną z tym współczynnikiem jest poziom zachorowalności i zgonów z powodu grypy. Na stronie internetowej NIZP-PZH dostępne są dane dotyczące hospitalizacji wraz z informacją przesyłaną przez Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy o liczbie dodatnich próbek od zakażonych pacjentów oraz typie krążącego wirusa. Informacje te pozwalają ocenić sytuację wirusologiczną w danym sezonie epidemicznym.

Zdaniem Ekspertów istotne jest monitorowanie faktycznej liczby hospitalizacji i zgonów spowodowanych wirusem grypy,

Monitoring ten pozwala na pozyskanie danych dotyczących skali problemu, jaki powoduje grypa, a jednocześnie jest systemem ostrzegania przed epidemiami.

W Polsce istnieją dwa systemy monitorowania w obszarze zakażeń, hospitalizacji i zgonów. Są to:

► Krajowy system monitorowania zakażeń, hospitalizacji i zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi u ludzi

System ten jest uregulowany w polskim prawodawstwie. Polega na monitorowaniu zakażeń, hospitalizacji i zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi u ludzi do państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych. Za system ten odpowiedzialny jest Główny Inspektor Sanitarny.

► System Sentinel

Europejski system zintegrowanego nadzoru epidemiologicznego i wirusologicznego zbierający informacje o liczbie zachorowań na grypę. System ten działa w Polsce od sezonu epidemicznego 2004/2005 i działa niezależnie od Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)⁶². Jest to również system ustawowy na bazie ostatniej nowelizacji ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń oraz chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. nr 234 poz. 1570 z późn. zm.).

Ramka 10. Analiza prawna: Krajowy system raportowania i monitorowania zakażeń, hospitalizacji i zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi u ludzi⁶³

Krajowy system raportowania i monitorowania zakażeń, hospitalizacji i zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi u ludzi

■ ■ ■ | Domański Zakrzewski Palinka

Ustawa o chorobach zakaźnych wprowadza wiele rozwiązań, które umożliwiają odpowiednie raportowanie i monitorowanie podejrzeń zakażeń, chorób zakaźnych i zgonów z powodu zakażeń oraz określonych chorób zakaźnych. W szczególności kwestie te reguluje rozdział 6 ustawy „Postępowanie w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, lub choroby zakaźnej oraz w przypadku stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej”. Nie ma niestety wymaganych rozporządzeń, bez których system monitorowania w istocie nie może odpowiednio funkcjonować. Ustawa zatem wyposaża organy władzy publicznej w odpowiednie instrumenty umożliwiające monitorowanie oraz raportowanie zakażeń i chorób zakaźnych. Ze względu na brak rozporządzeń i podejmowanych działań mających zapewnić funkcjonowanie systemu monitorowania przez organy władzy publicznej jednakże nie można mówić o pełnej operatywności tego systemu.

Obowiązki związane z raportowaniem i monitorowaniem wynikające z ustawy:

1. Kierownicy szpitali lub zespołów zakładów opieki zdrowotnej, w skład której wchodzi szpital, mają zapewnić monitorowanie i rejestrowanie zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych, a także sporządzać i przekazywać właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (art. 14 ustawy w rozdziale 3)
2. Obowiązek zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia bądź choroby zakaźnej przez kierownika szpitala, lekarza lub felczera.
3. Obowiązek prowadzenia rejestru obejmującego ww. zgłoszenia w wersji papierowej lub elektronicznej przez lekarza bądź felczera.
4. Obowiązek raportowania i rejestrowania dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz obowiązek prowadzenia odpowiedniego rejestru przez kierownika laboratorium wykonującego badania.
5. Prowadzenie – przez Inspekcję Sanitarną lub odpowiednie jednostki przez nią wskazane – rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego.
6. Sporządzanie i publikowanie krajowych raportów liczbowych o zarejestrowanych zakażeniach, zachorowaniach i zgonach z powodu zakażeń oraz chorób zakaźnych podlegających zgłoszeniu przez Głównego Inspektora Sanitarnego (możliwość zlecenia innemu podmiotowi).

⁶² Brydak L.B., et al., *Zasady działania zintegrowanego systemu epidemiologicznego i wirusologicznego nad grypą SENTINEL*, Zakład Badania Wirusów Grypy Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012

⁶³ Opracowanie kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka

System Sentinel⁶⁴

Kompleksowy system nadzoru epidemiologicznego i wirusologicznego prowadzony jest dla stałej, niezmienniej populacji reprezentatywnej dla całego kraju. Raportuje do niego około 1-5% wszystkich lekarzy w Polsce i wszystkie Wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne (WSSE). Podobnie jak w większości innych krajów, udział lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej w programie Sentinel jest dobrowolny i oparty na zasadzie wolontariatu.

Ramka 11. Uczestnictwo w programie SENTINEL

Uczestnictwo w programie SENTINEL

Prof. dr hab. Lidia Brydak

Kierownik Zakładu Badania Wirusów Grypy

**Kierownik Krajowego Ośrodka ds. Grypy,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH**

Dr n. med. Agnieszka Woźniak-Kosek

**Adiunkt w Zakładzie badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH**

Nadzór epidemiologiczny dotyczy rejestrowania danych liczbowych nowych przypadków grypy i zachorowań grypopodobnych raportowanych w grupach wiekowych 0-4 lat, 5-14 lat, 15-64 lata oraz ≥ 65 lat dla każdego z 52 tygodni w roku. Uzyskane dane przesyłane są do odpowiedniej terytorialnie WSSE z danymi dotyczącymi liczby pacjentów przypisanych do danego lekarza, który bierze udział w programie. Na podstawie danych uzyskanych od lekarzy medycyny rodzinnej każda z szesnastu WSSE przygotowuje raport zbiorczy i przesyła go do Zakładu Badania Wirusów Grypy, Krajowego Ośrodka ds. Grypy NIZP-PZH, gdzie sporządzany jest raport dla całego kraju. Informacje te następnie są przekazywane do European Influenza Surveillance Network (EISN) na platformę TESSy i Flunet.

Uczestnictwo w programie SENTINEL - korzyści dla Kraju i świata

Zbudowanie w Polsce zintegrowanego nadzoru epidemiologiczno-wirusologicznego nad grypą dało możliwość uporządkowania danych o aktywności wirusa grypy i innych wirusów oddechowych - grypopodobnych. Gromadzenie tego typu informacji ma duże znaczenie dla wczesnego ostrzeżenia w sytuacji epidemii i pandemii grypy. Ujednolicenie systemu nadzoru nad grypą z innymi krajami umożliwia przeprowadzenie analizy sytuacji epidemiologiczno-wirusologicznej grypy w Polsce na tle Europy i świata.

Prowadzenie efektywnego nadzoru nad grypą nie jest zadaniem łatwym i z pewnością nie będzie prostym w czasie epidemii czy pandemii. Jednak – jak pokazują dane z początkowego okresu, kiedy Polska wchodziła do programu SENTINEL – z porównania sezonów 2004/2005 i 2012/2013 wynika, że świadomość lekarzy, pacjentów i służb nadzoru sanitarno-epidemiologicznego znacznie wzrosła. Konieczność prowadzenia szeroko zakrojonych działań na rzecz nadzoru nad zakażeniami wirusami grypy i innymi zakażeniami wywołanymi przez wirusy grypopodobne stała się faktem. Bez tego współczesny wirusolog i epidemiolog byłiby pozbawieni narzędzia do analizy obecnej sytuacji epidemiologiczno-wirusologicznej w Polsce w porównaniu z sytuacją w Europie i na świecie. Tego typu dane mają istotny wkład w działalność na rzecz zdrowia publicznego⁶⁵.

⁶⁴ Brydak L.B., et al., *Zasady działania zintegrowanego systemu epidemiologicznego i wirusologicznego nad grypą SENTINEL*, Zakład Badania Wirusów Grypy Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012

⁶⁵ Brydak L.B., et al., *Zasady działania zintegrowanego systemu epidemiologicznego i wirusologicznego nad grypą SENTINEL*, Zakład Badania Wirusów Grypy Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012

Propozycje zmian

W ramach analizy systemu monitorowania i raportowania zakażeń, hospitalizacji i zgonów zidentyfikowano nieefektywności. Są to przede wszystkim:

- 1. Brak aktów wykonawczych do ustawy (por. Ramka 10)**
- 2. Stawianie diagnoz dotyczących grypy i chorób grypopodobnych bez przeprowadzenia odpowiednich badań**

Podstawowa Opieka Zdrowotna opiera się głównie na podejrzeniu zachorowania na grypę. Fakt, że raportowane są tylko „podejrzenia o zachorowanie” prowadzi do wielu przekłamań. Lekarze rezygnują z wypełniania zgłoszeń, gdyż nie są pewni diagnozy i takie działanie wydaje się im bezcelowe. Wielokrotnie zdarza się, że choroba oceniana jest jako przeziębienie, podczas gdy należałoby rozpoznać grypę. Są dostępne szybkie testy do diagnostyki grypy, tzw. przyłóżkowe. Jest to jednak rozwiązanie generujące koszty. Ponadto, prawdopodobnie duża grupa lekarzy, przytłoczona w sezonie epidemicznym wzrostem zachorowań na grypę, nie byłaby zainteresowana takimi testami z uwagi na brak czasu i ich wiarygodność⁶⁶.

- 3. Brak właściwego rozpoznania przyczyn powikłań pogrypowych**

Z powodu postawienia niewłaściwej diagnozy (omówionej w poprzednim punkcie) wiele powikłań pogrypowych nie jest właściwie rozpoznana. W rezultacie uniemożliwia to właściwe zakwalifikowanie przyczyn hospitalizacji, a w konsekwencji zgonów.

Uwagi te nie są jednak z punktu widzenia Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy proste do realizacji. Wdrożenie nowego systemu monitorowania zakażeń, hospitalizacji i zgonów lub usprawnienie istniejącego systemu wiązałoby się z wysokimi nakładami finansowymi, a korzyści z tego tytułu niekoniecznie pokryłyby koszty. Co więcej, poprawne funkcjonowanie systemu SENTINEL zapewnia niezbędną wiedzę, która jest konieczna do monitorowania występowania wirusa grypy w Polsce.

⁶⁶ Opracowanie dr Mastalerz-Migas A.

4 Pracownicy ochrony zdrowia

Drugim filarem Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy jest zaangażowanie w ten proces pracowników ochrony zdrowia. W ramach tego filaru w poniższym rozdziale omówiono dwa obszary:

1. Zalecanie szczepień pacjentom przez pracowników ochrony zdrowia

Zaangażowanie pracowników ochrony zdrowia jest kluczowe w realizacji szczepień pacjentów, ponieważ rekomendacje lekarzy są dla pacjentów najsilniejszym argumentem w procesie podejmowania decyzji o szczepieniu.⁶⁷ Obszar ten został poddany analizie przez VENICE. W ramach tego obszaru badano dwa elementy:

- ▶ wyznaczone docelowe poziomy wyszczepialności poszczególnych grup ryzyka wśród pacjentów do osiągnięcia przez danego lekarza,
- ▶ motywacja finansowa dla lekarzy za szczepienie swoich pacjentów.

2. Szczepienia pracowników ochrony zdrowia

Drugi obszar, czyli szczepienie pracowników ochrony zdrowia, nie był badany przez VENICE. Jednak VENICE przyznaje, że te szczepienia są szczególnie ważne z punktu widzenia ochrony zdrowia pacjentów i lekarzy. Pracownicy ochrony zdrowia powinni szczepić się przeciw grypie, ponieważ – pracując z pacjentami – są narażeni na zakażenie wirusem grypy oraz mogą przenosić wirusa na pacjentów.⁶⁸ Z tego powodu szczepienia personelu medycznego zostały ujęte jako odrębny obszar w ramach drugiego filaru Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy.

4.1 Rola pracowników ochrony zdrowia: zalecanie szczepień pacjentom

Pracownicy ochrony zdrowia, a przede wszystkim lekarze, pełnią kluczową rolę w procesie budowania świadomości pacjentów dotyczącej konieczności szczepień z dwóch powodów:

1. Lekarze są głównym źródłem wiedzy dla pacjentów na temat szczepień⁶⁹

Lekarze są dla pacjentów wiarygodnym źródłem informacji na temat tego, czym jest grypa, jakie zagrożenie może dla nich stanowić oraz jakie są korzyści i bezpieczeństwo dostępnych szczepień. Ponadto lekarze informują pacjentów o tym, w jaki sposób i gdzie mogą się zaszczepić oraz jaki jest koszt szczepienia.

2. Większość pacjentów podejmuje decyzję o szczepieniu po rekomendacji lekarskiej⁷⁰

Pacjenci konsultują z lekarzami, czy powinni zaszczepić się przeciw grypie, kiedy najlepiej to zrobić oraz jaką szczepionkę powinni otrzymać. Podejmując decyzję o szczepieniu, kierują się bardzo często zaleceniami lekarza. Brak rekomendacji lekarza jest powszechną przyczyną rezygnacji ze szczepienia przez pacjenta.⁷¹

⁶⁷ Badanie motywacji do szczepienia się przeciw grypie, Raport z badania jakościowego, MillwardBrown, 2009

⁶⁸ Poland G.A., et al., *Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept*, Vaccine 23 (2005), Elsevier, 2005, s. 2251

⁶⁹ Nitsch-Osuch A., *Znaczenie szczepień personelu medycznego dla bezpieczeństwa pacjentów jako podstawa budowania rekomendacji w zakresie szczepień przeciw grypie*, Flu Forum, Warszawa, 11.09.2012

⁷⁰ Nitsch-Osuch A., *Znaczenie szczepień personelu medycznego dla bezpieczeństwa pacjentów jako podstawa budowania rekomendacji w zakresie szczepień przeciw grypie*, Flu Forum, Warszawa, 11.09.2012

⁷¹ Blank P.R., et al., *Journal of infection* 2009, 58, s. 441-453

Zlecenia szczepień dla pacjentów przez lekarzy – obecna sytuacja

VENICE zidentyfikowało dwa kluczowe elementy strategii zwalczania grypy w obszarze zalecania szczepień pacjentom przez lekarzy (Filar: Pracownicy Ochrony Zdrowia), które mają istotny wpływ na poziom realizacji szczepień:

- ▶ lekarze (interniści lub specjaliści) mają wyznaczone docelowe poziomy wyszczepialności poszczególnych grup ryzyka do osiągnięcia wśród swoich pacjentów,
- ▶ istnieją bezpośrednie lub pośrednie mechanizmy motywacji finansowej dla lekarzy za szczepienie swoich pacjentów.

Docelowe poziomy wyszczepialności są określane w różnych krajach, którym udało się osiągnąć wysoki poziom szczepień (np. w Wielkiej Brytanii). Brytyjski Departament Zdrowia (Department of Health) w liście do lekarzy podaje, jakie poziomy powinny zostać osiągnięte w grupach podwyższonego ryzyka. Na przykład na sezon 2011/2012 podano, że wśród kobiet w ciąży należy stopniowo zwiększać poziom wyszczepialności do 60%, do 70% w kolejnym roku i do 75% za dwa lata. Za szczepienia przeciw grypie wynagradzani finansowo są lekarze, np. w Holandii i Wielkiej Brytanii.⁷²

Badanie VENICE wykazało, że żaden z tych elementów nie występuje w Polsce. Jest to zatem jeden z czynników, który może wpływać na niski poziom wyszczepialności poszczególnych grup podwyższonego ryzyka, który obserwowany jest w kraju.

Zalecenie szczepień pacjentom przez lekarzy – propozycje zmian

Aby zwiększyć aktywność lekarzy w zalecaniu szczepień przeciw grypie dla zdefiniowanych grup pacjentów w Polsce, należy rozważyć wykorzystanie obu elementów wskazywanych przez VENICE także w krajowych rozwiązaniach:

1. Zdefiniowanie poziomów wyszczepialności pacjentów z poszczególnych grup ryzyka pozostających pod opieką lekarzy oraz monitorowanie realizacji założeń

W Polsce poziomy wyszczepialności nie są określone. Takie cele dla poszczególnych grup ryzyka mógłby wprowadzić Główny Inspektorat Sanitarny wraz z Ministerstwem Zdrowia⁷³ (jak proponujemy w rozdziale „Zarządzanie Programami Szczepień”).

2. Wprowadzenie pośrednich lub bezpośrednich korzyści finansowych związanych z wykonywaniem szczepień

W Polsce wprowadzenie jakiegokolwiek wynagrodzenia dla lekarzy za wykonywanie szczepień przeciw grypie byłoby bardzo trudne i kontrowersyjne oraz wymagałoby zaangażowania dodatkowych środków finansów publicznych. Wprowadzenie takiego rozwiązania motywującego w Polsce w najbliższym czasie jest zatem utrudnione i mało realne.

Należy jednak zwrócić uwagę na inny aspekt, który ma fundamentalny wpływ na motywację do wykonywania szczepień wśród lekarzy w Polsce. Obecne warunki wykonywania szczepień zalecanych działają bowiem w praktyce zniechęcająco na lekarzy i przychodnie. Pacjenci mogą bezpłatnie wykonywać badania kwalifikacyjne oraz szczepienia w przychodni, która ma umowę z NFZ, w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Oznacza to, że przychodnia (ZOZ) wykonuje świadczenia w ramach opłaty kapitałowej, czyli stałej kwoty, którą w ciągu roku ZOZ otrzymuje od NFZ na każdego zarejestrowanego pacjenta. Przychodnia nie otrzymuje dodatkowych środków za to, że wykona szczepienia przeciw grypie u pacjentów, których ma pod opieką. Powstaje więc sytuacja, w której nie dość, że nie ma obowiązku wykonania szczepień przeciw grypie u pacjentów, to ich wykonanie wiąże się z dodatkowym kosztem dla przychodni (czas pracy, materiały jednorazowe wykorzystywane w punkcie szczepień), z którym nie są związane dodatkowe przychody. Z punktu widzenia przychodni wykonywanie

⁷² Szucs T.D., *Value of Influenza Vaccination and factors influencing Coverage Rates in Adults*, University of Basel, Vienna, 2011

⁷³ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski z warsztatu dnia 16.10.2012

szczepień przeciw grypie negatywnie wpływa na osiągnięte przez nią wyniki finansowe, a to w praktyce stanowi negatywną motywację do szczepienia.⁷⁴ Poniżej przedstawiono analizę prawną możliwości rozwiązania tego problemu. Wprowadzenie tego typu rozwiązań w Polsce jest trudne i dosyć kontrowersyjne, ponieważ musiałoby nastąpić wyłączenie niektórych świadczeń z procedur zawartych w ramach stawki kapitałowej⁷⁵, co oznacza powstanie nowego kosztu do poniesienia przez NFZ lub pacjenta.

W ramach filaru IV „Dostęp i Finansowanie” Grupa Robocza ds. Grypy zidentyfikowała rozwiązanie dotyczące zwiększenia dostępności szczepień w Zakładach Opieki Zdrowotnej, które ma pozytywny wpływ na motywację przychodni do wykonywania szczepień. Rozwiązanie to zastało opisane w Rozdziale VI.

Ramka 12. Analiza prawna: mechanizm wynagradzania lekarza POZ⁷⁶

Mechanizm wynagradzania lekarza POZ

■ ■ ■ | Domański Zakrzewski Palinka

Obecnie nie funkcjonują mechanizmy motywujące lekarzy do zwiększenia liczby zalecanych szczepień. Dochody lekarza POZ nie zależą od liczby szczepień, lecz od wysokości stałej stawki kapitałowej. Obowiązek wykonywania szczepień zalecanych przez lekarzy POZ wynika z interpretacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – interpretacja ta budzi jednak pewne wątpliwości. Nie ma bowiem jednoznacznego wskazania, że w ramach umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju POZ świadczeniodawca powinien dokonywać bezpłatnie szczepień zalecanych:

„szczepienia ochronne realizowane zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi”

Lekarz POZ:

„koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych świadczeniobiorcy oraz zapewnia wykonywanie szczepień, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz informuje o szczepieniach zalecanych” – przepis obliuguje lekarza POZ jedynie do informowania o szczepieniach zalecanych,

Zgodnie z ustawą:

„Zalecane szczepienia ochronne i lekarskie badania kwalifikacyjne ubezpieczonych przeprowadzają świadczeniodawcy, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń” – obecnie nie ma osobnej umowy na wykonywanie szczepień zalecanych.

Rekomendacja w zakresie wprowadzenia możliwych zachęt finansowych do wykonywania szczepień zalecanych

1. Wydanie komunikatu Ministra Zdrowia zawierającego interpretację obowiązujących przepisów, zgodnie z którą umowa POZ nie obliuguje lekarza POZ do bezpłatnego wykonywania zalecanych szczepień.
2. Zmiana ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – wyłączenie wykonania szczepienia zalecanego z koszyka świadczeń opłacanych przez NFZ.
3. Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w zakresie sposobu wynagradzania lekarza POZ lub pielęgniarki POZ. Zarządzenie mogłoby wprowadzać na przykład nowe świadczenia rozliczane w formie porady (wraz z odpowiednią wyceną porady):
 - ▶ „świadczenia lekarza POZ związane z kwalifikacją do szczepienia zalecanego lub kwalifikacją i wykonaniem szczepienia zalecanego”;

⁷⁴ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski z warsztatu dnia 16.10.2012

⁷⁵ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski z warsztatu dnia 16.10.2012

⁷⁶ Opracowanie kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka

► „świadczenia pielęgniarki POZ związane z wykonaniem szczepienia zalecanego”.

4. Alternatywnie należałoby rozważyć wprowadzenie zachęty finansowej polegającej na premiowaniu osiągnięcia określonej liczby szczepień szczepionką przeciw grypie osób przypisanych do lekarza/pielęgniarki POZ (rozwiązanie bardziej nowatorskie).

Zalecenie szczepień pacjentom przez lekarzy – pozostałe działania

Grupa Robocza ds. Grypy zidentyfikowała inną, bardzo istotną barierę, która zniechęca lekarzy do zalecania szczepień pacjentom. Jest nią brak przekonania wśród niektórych lekarzy o potrzebie i korzyściach wynikających ze szczepień przeciw grypie oraz – w niektórych przypadkach – nieznajomość rekomendacji szczepień dla różnych grup podwyższonego ryzyka.⁷⁷

Aby wyeliminować te występujące w Polsce dodatkowe bariery, należy **zwiększyć poziom świadomości wśród lekarzy poprzez odpowiednią edukację** na temat zagrożeń, jakie stanowi grypa, korzyści szczepień oraz istniejących oficjalnych rekomendacji dla poszczególnych grup podwyższonego ryzyka.⁷⁸ Więcej na ten temat traktuje rozdział „Komunikacja społeczna”. To właśnie świadomość lekarzy jest ma podstawowe znaczenie w tym aspekcie. To od niej zależy realizacja rekomendacji szczepień. Na podstawie przeprowadzonych badań nie można jednoznacznie stwierdzić, z czego wynika obecna postawa lekarzy. Dlatego pierwszym działaniem w tym obszarze powinno być przeprowadzenie szczegółowego badania, które wykaże źródło obecnego negatywnego postrzegania szczepień przeciw grypie wśród lekarzy oraz powody, dla których nie udaje się zmienić tego postrzegania za pomocą dotychczasowych działań komunikacyjnych.

Niezależnie od tego, należy przekonać lekarzy, że mają oni obowiązek prawny przekazywania pacjentom informacji zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, która potwierdza działanie szczepionek przeciw grypie. Zgodnie z art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry: „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”.

Art. 4 i 6 Kodeksu Etyki Lekarskiej nakazują lekarzowi działać zgodnie ze „współczesną wiedzą medyczną”. Z obu przypisów wynika ten sam obowiązek lekarza polegający na działaniu w sposób zgodny z aktualną wiedzą medyczną. Po pierwsze, lekarze powinni przekazywać pacjentom informacje na temat zagrożeń grypy, potrzeby szczepień oraz ich bezpieczeństwa. Po drugie, lekarze powinni zalecać szczepienia pacjentom z grup podwyższonego ryzyka, którzy znajdują się pod ich opieką, zgodnie z oficjalnymi rekomendacjami (np. Ministerstwa Zdrowia czy towarzystw naukowych), ponieważ jest to uzasadnione medycznie.⁷⁹

Podsumowując, wykorzystanie istniejących w innych krajach rozwiązań systemowych (elementów badanych przez VENICE) w Polsce może okazać się trudne i wymagać długoterminowych zmian. Możliwym do wprowadzenia rozwiązaniem w naszym kraju, który pozwoli na zwiększenie poziomu aktywnego zalecania stosownych szczepień przeciw grypie pacjentom z grup podwyższonego ryzyka przez lekarzy, jest zapewnienie odpowiedniej edukacji i komunikacji. Jej zadaniem będzie zwiększenie świadomości lekarzy na temat potrzeby szczepień. Akcja informacyjna powinna zostać poprzedzona badaniem przyczyn obecnej postawy wobec szczepień przeciw grypie wśród lekarzy. Nawet jeżeli w przyszłości zostałyby wprowadzone w Polsce rozwiązania systemowe, postawa lekarzy będzie kluczowym czynnikiem warunkującym skuteczną realizację takich rozwiązań.

⁷⁷ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski z warsztatu dnia 16.10.2012

⁷⁸ Szucs T.D., *Value of Influenza Vaccination and factors influencing Coverage Rates in Adults*, University of Basel, Vienna, 2011

⁷⁹ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski z warsztatu dnia 16.10.2012

Ramka 13. Zalecenie szczepień pacjentom: komentarz eksperta

„Mały odsetek zaszczepionych przeciwko grypie świadczy o zapóźnieniu cywilizacyjnym naszego kraju”

Medycyna Praktyczna, 07.11.2012

Profesor Adam Antczak, Dziekan Wydziału Lekarskiego w Łodzi, Klinika Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

„O ile można z pewnym zrozumieniem odnieść się do braku świadomości potrzeby szczepień wśród obywateli, którzy dostają różnego rodzaju sprzeczne komunikaty dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa szczepień (ruchy antyszczepionkowe są nieliczne, ale głośnie), o tyle w przypadku lekarzy ta niewiedza budzi szczególnie niepokój.

Kluczowe znaczenie ma tu lekarz POZ, bo to przede wszystkim z nim pacjenci konsultują decyzje dotyczące zdrowia. Jeśli nie dysponuje on adekwatną wiedzą, a w dodatku w rozmowie prezentuje swoje prywatne poglądy (co jest wyrazem braku profesjonalizmu!), to nie tyle nie zachęci do szczepień, co do nich zniechęci. Lekarz musi mieć świadomość tego, że jego relacja zawodowa z pacjentem - choćby nie wiem jak ciepła i zaangażowana - nie ma charakteru prywatnego. Nie wolno mu przekazywać wiedzy niesprawdzonej czy zgoła szkodliwej. Informacja „ja się nie szczepię” to błąd w sztuce lekarskiej. Może on mieć konsekwencje prawne, jeśli dojdzie do roszczenia z powodu niewłaściwej porady. W kwestii procedur medycznych lekarz musi zawsze głęboko się zastanowić, zanim wypowie sąd wartościujący, ponieważ to może kosztować pacjenta zdrowie i życie.

Niezalecanie szczepień przeciw grypie przez lekarza jest karygodne, ponieważ współczesna wiedza medyczna jednoznacznie opowiada się za nimi. Z kolei lekarz, składając przysięgę Hipokratesa, zobowiązuje się do leczenia pacjentów zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Szczepienia przeciw grypie przynoszą wymierne korzyści (zmniejszają ryzyko powikłań grypy i mniej ludzi umiera z powodu tych powikłań) i są bezpieczne (odsetek niepożądanych odczynów poszczepiennych jest znikomy).”

4.2 Szczepienia pracowników ochrony zdrowia

Dlaczego pracownicy ochrony zdrowia powinni się szczepić przeciw grypie?

Choć w badaniu VENICE nie uwzględniono kwestii szczepień przeciw grypie wśród pracowników ochrony zdrowia, wskazano na to, że są one bardzo ważne. Szczepienia te są uzasadnione z trzech powodów:

1. **Ze względu na kontakt z chorymi oraz materiałem zakaźnym personel medyczny jest szczególnie narażony na choroby zakaźne, takie jak grypa⁸⁰.** Pracownicy ochrony zdrowia mogą zarazić się od pacjentów lub od innych pracowników. W porównaniu z innymi osobami (populacji dorosłych) są aż sześciokrotnie bardziej narażeni na zachorowanie. WHO wykazuje, że wskaźnik zachorowalności wśród personelu, który zajmuje się zarażonymi pacjentami, wynosi nawet do 59%, natomiast dla populacji dorosłych tylko do 10%.⁸¹
2. **Personel medyczny może stanowić źródło zakażenia dla pacjentów i współpracowników⁸².** Dla pacjentów przebywających w szpitalach, często osób starszych, z obniżoną odpornością, w stanie krytycznym czy małych dzieci powikłania pogrypowe są szczególnie ciężkie.⁸³ W tych grupach pacjentów grypa może spowodować poważne i długotrwałe choroby, które niszczą ich organizm, a w skrajnych przypadkach mogą prowadzić nawet do zgonów. Zachorowanie i ewentualne powikłania pogrypowe oznaczają przedłużenie pobytu w szpitalu oraz zwiększenie kosztów leczenia.⁸⁴ Wirus może być przenoszony przez pacjentów lub pracowników, którzy niekoniecznie mają objawy choroby. Oznacza to, że nawet jeśli chorzy na grypę pracownicy nie będą przychodzić do pracy, to tak mogli zarażać innych wtedy, kiedy objawy choroby u nich jeszcze nie występowały.⁸⁵ Co gorsze, badania wykazują, że wielu pracowników ochrony zdrowia przychodzi do pracy, nawet jeśli są chorzy na grypę. Tym samym narażają oni swoich pacjentów i współpracowników.^{86,87} Szczepienie personelu medycznego przeciw grypie zapewnia pośrednią ochronę najbardziej narażonych grup oraz zmniejsza liczbę zachorowań i zgonów, których przyczyną jest zakażenie grypą w szpitalach.⁸⁸ Należy zwrócić uwagę, że niektórzy pacjenci nie mogą być szczepieni z powodu przeciwwskazań, na przykład niemowlęta poniżej 6 miesięcy życia. Skuteczność szczepień u osób po 85 roku życia jest niższa w porównaniu do osób młodszych, ale nie oznacza to, że ta grupa powinna zaniechać szczepień⁸⁹. Szczepienie personelu medycznego jest zatem sposobem na pośrednią ochronę osób, które nie mogą chronić się same.

⁸⁰ Nitsch-Osuch A., *Znaczenie szczepień personelu medycznego dla bezpieczeństwa pacjentów jako podstawa budowania rekomendacji w zakresie szczepień przeciw grypie*, Flu Forum, Warszawa, 11.09.2012

⁸¹ WHO, *Influenza vaccines, WHO position paper*, Weekly Epidemiological Record No 33, 2005, s. 279-287, za: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations, *Benefits of Healthcare Worker Immunisation*, Seasonal Influenza Series, Paper 4

⁸² Nitsch-Osuch A., *Znaczenie szczepień personelu medycznego dla bezpieczeństwa pacjentów jako podstawa budowania rekomendacji w zakresie szczepień przeciw grypie*, Flu Forum, Warszawa, 11.09.2012

⁸³ Harper S.A., et al., *Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*, MMWR, 2004;53:1–40, za: Poland G.A., et al., *Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept*, Vaccine 23 (2005), Elsevier, 2005

⁸⁴ Salgado C.D., et al., *Influenza in the acute hospital setting*, Lancet Infect Dis 2002;2:145–55, za: Poland G.A., et al., *Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept*, Vaccine 23 (2005), Elsevier, 2005

⁸⁵ Dash G.P., et al., *APIC position paper: improving health care worker influenza immunization rates*. Am J Infect Control 2004;32:123–5, za: Poland G.A., et al., *Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept*, Vaccine 23 (2005), Elsevier, 2005

⁸⁶ Wilde J.A., et al., *Effectiveness of influenza vaccine in health care professionals, A randomized trial*, Journal of the American Medical Association, 1999, 281, s. 908–13, za: Poland G. A., et al., *Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept*, Vaccine 23 (2005), Elsevier, 2005

⁸⁷ Poland G.A. et al., *Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept*, Vaccine 23 (2005), Elsevier, 2005

⁸⁸ Poland G.A. et al., *Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept*, Vaccine 23 (2005), Elsevier, 2005

⁸⁹ Nitsch-Osuch A., *Znaczenie szczepień personelu medycznego dla bezpieczeństwa pacjentów jako podstawa budowania rekomendacji w zakresie szczepień przeciw grypie*, Flu Forum, Warszawa, 11.09.2012

- 3. Szczepienia personelu medycznego są korzystne dla pracodawców, na przykład ze względu na zmniejszenie liczby dni absencji chorobowej.** Prawo zobowiązuje pracodawców do wypłacania świadczeń pracownikowi przebywającemu na zwolnieniu lekarskim do 33 dni. Dopiero potem płatnikiem staje się ZUS. Oznacza to, że pracownicy, którzy chorują na grype i przebywają na kilkudniowym zwolnieniu lekarskim, stanowią dodatkowy koszt dla pracodawcy.

Kolejny problem to poważne braki kadrowe w miejscach, gdzie personel nie został zaszczepiony, do których może dochodzić w wyniku zachorowań w sezonie grypowym. W skrajnych przypadkach może pojawić się problem z zapewnieniem normalnego funkcjonowania szpitali i innych placówek ochrony zdrowia. Koszt, jaki pracodawca musiałby ponieść, aby zaszczepić swoich pracowników jest niższy niż koszt związany z absencją w pracy oraz potencjalnymi brakami kadrowymi.⁹⁰

Pracodawcy powinni być zainteresowani szczepieniami również dlatego, że potencjalna epidemia grypy oraz zakażenia pacjentów w ich placówkach miałyby negatywny wpływ na ich reputację, przekładając się na utratę zaufania pacjentów. Ponadto istnieje ryzyko, że pacjenci, którzy zarażą się w szpitalu, złożą pozew o odszkodowanie, co oznacza konsekwencje finansowe dla pracodawcy.⁹¹

Biorąc pod uwagę korzyści szczepień oraz ryzyko konsekwencji w wyniku ich braku (zarówno dla pracowników, pracodawców, jak i pacjentów), co sezonowe szczepienie przeciwko grypie pracowników ochrony zdrowia powinno być priorytetem.

Oficjalne rekomendacje szczepień pracowników ochrony zdrowia w Polsce i za granicą

Wagę szczepień pracowników ochrony zdrowia potwierdzają również instytucje ACIP i ECDC. ACIP w oficjalnych rekomendacjach zaleca rutynowe, co sezonowe szczepienie przeciw grypie personelowi placówek opieki zdrowotnej, z wyłączeniem osób, u których stwierdzono przeciwwskazania. Zwraca również uwagę na zasadność takich szczepień.⁹² Zalecenia zarówno ACIP, jak i ECDC bardzo szeroko traktują grupę pracowników, którzy powinni się szczepić. ECDC rekomenduje szczepienia u wszystkich pracowników ochrony zdrowia opiekujących się pacjentami. Zalecenia obejmują szpitale, placówki opieki długoterminowej, a także ambulatoryjnej (np. przychodnie).⁹³ Według ACIP szczepić powinni się m.in. lekarze, pielęgniarki, fizykoterapeuci, technicy medyczni, personel pogotowia ratunkowego, stomatolodzy, farmaceuci, pracownicy laboratoriów, studenci wydziałów lekarskich i pielęgniarskich, którzy mają stały kontakt z chorymi, a także osoby, które nie mają bezpośredniego kontaktu z pacjentami, ale mogą zarazić się od innych pracowników, np. pracownicy administracji czy ochrony.⁹⁴ W Polsce Ministerstwo Zdrowia w ramach Programu Szczepień Ochronnych również zaleca szczepienia wszystkich pracowników ochrony zdrowia, jednakże nie definiuje tej grupy. W Polsce nie ma regulacji, które nakładałyby obowiązek szczepień przeciw grypie na personel medyczny.

Poziom wyszczepialności wśród pracowników ochrony zdrowia

Mimo wielowymiarowego uzasadnienia szczepień pracowników ochrony zdrowia oraz oficjalnych rekomendacji wydawanych przez uznawane instytucje międzynarodowe poziom wyszczepialności personelu medycznego w Europie jest bardzo niski. W krajach Europy Zachodniej (jak Niemcy, Wielka Brytania, Francja, Hiszpania) w sezonie 2007/2008 wynosił on zaledwie ok. 20%. W wielu z tych państw udało się natomiast osiągnąć wysoki poziom wyszczepialności w grupie pacjentów powyżej 65 roku życia. Na przykład w Wielkiej Brytanii w sezonie 2007/2008 zaszczepionych

⁹⁰ Poland G.A. et. al., *Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept*, Vaccine 23 (2005), Elsevier, 2005

⁹¹ Nitsch-Osuch A., *Znaczenie szczepień personelu medycznego dla bezpieczeństwa pacjentów jako podstawa budowania rekomendacji w zakresie szczepień przeciw grypie*, Flu Forum, Warszawa, 11.09.2012

⁹² Nitsch-Osuch A., *Znaczenie szczepień personelu medycznego dla bezpieczeństwa pacjentów jako podstawa budowania rekomendacji w zakresie szczepień przeciw grypie*, Flu Forum, Warszawa, 11.09.2012

⁹³ ECDC, *Guidance Priority risk groups for influenza vaccination*, Sztokholm, 2008, ecdc.europa.eu, s. 10

⁹⁴ U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, *Immunization of Health-Care Personnel, Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*, Recommendations and Reports, Vol. 60, No. 7, 2011, s. 2

zostało ponad 50% osób powyżej 65 r.ż. i tylko 24% pracowników ochrony zdrowia. W Polsce w sezonie 2007/2008 poziom wyszczepialności dla personelu medycznego wynosił zaledwie 6,4%.

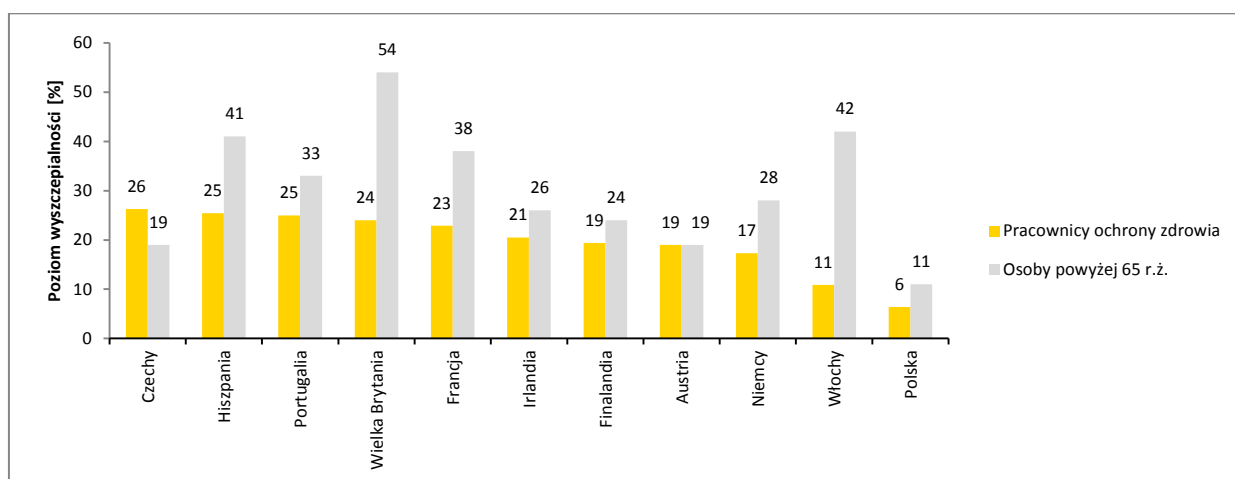
Dlaczego polscy pracownicy ochrony zdrowia nie szczepią się przeciw grypie?

Należy się zastanowić, z czego w takim razie wynika tak niski poziom wyszczepialności wśród personelu medycznego. Poniżej wnioski z dwóch badań przeprowadzonych na ten temat w Polsce.

Pierwszym jest badanie Millward Brown przeprowadzone w 2009 r. wśród internistów. Wynika z niego, że ponad połowa lekarzy uważa, iż szczepienie nie jest im potrzebne, ponieważ ich organizm poradzi sobie z wirusem. Prawie 20% nie obawia się grypy. Ponad 10% lekarzy, twierdzi, że nie chorują, więc nie muszą się szczepić. Tyle samo nie wierzy, że szczepienie przeciw grypie jest skuteczne.

W tym samym badaniu zapytano o powody szczepienia się przeciw grypie. Niecałe 40% internistów szczepi się, by chronić swoje zdrowie. 34% z nich dlatego, że pracuje wśród chorych ludzi. 10% lekarzy podało, jako powód, wiarę w skuteczność szczepień. Jeszcze mniej (4%) lekarzy jako powód szczepienia podało otrzymanie bezpłatnego szczepienia lub akcją szczepień w pracy.

Wykres 6. Poziom wyszczepialności przeciw grypie wśród pracowników ochrony zdrowia w sezonie 2007/2008⁹⁵

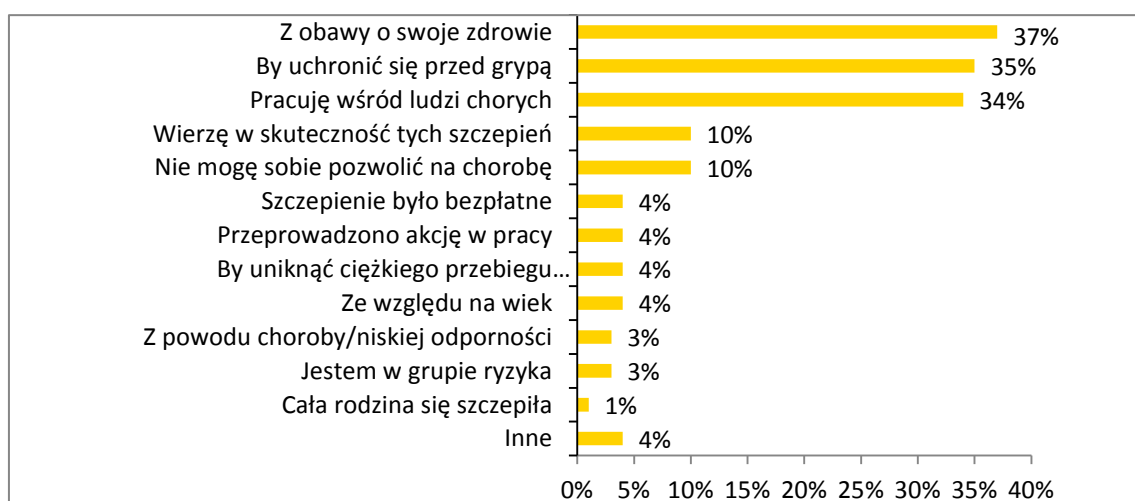


⁹⁵ Blank P.R, et. al, J Infect. 2009 Jun;58(6):446-58, za: Szucs T.D., *Value of Influenza Vaccination and Factors Influencing Coverage Rates in Adults*, University of Basel, European Center of Pharmaceutical Medicine, Vienna, 2011

Wykres 7. Powody nie szczepienia się lekarzy przeciw grypie⁹⁶



Wykres 8. Powody szczepienia się lekarzy przeciw grypie⁹⁷



Drugie, podobne badanie, przeprowadzono w grupie lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w wybranych warszawskich szpitalach oraz na studentach odbywających w nich zajęcia kliniczne. Wykazano, że osoby te nie szczepią się głównie dlatego, że nie widzą takiej potrzeby. Drugorzędnymi powodami są brak czasu, lenistwo czy koszt szczepień.⁹⁸

Wyniki obu badań są podobne. Można wyróżnić dwie zasadnicze bariery szczepień przeciw grypie wśród pracowników ochrony zdrowia:

1. Obecny wśród niektórych lekarzy brak przekonania o zagrożeniu, jakie stanowi grypa, o roli lekarza, który może przenosić chorobę na pacjentów oraz o znaczeniu szczepień

⁹⁶ *Badanie motywacji do szczepienia się przeciw grypie*, Raport z badania jakościowego, Millward Brown, 2009, Pyt. A dlaczego się Pan(i) nie szczepi przeciw grypie?, N=68, interniści, którzy szczepili się przeciw grypie w ostatnich 5 latach

⁹⁷ *Badanie motywacji do szczepienia się przeciw grypie*, Raport z badania jakościowego, Millward Brown, 2009, Pyt. A dlaczego się Pan(i) szczepi przeciw grypie?, N=68, interniści, którzy szczepili się przeciw grypie w ostatnich 5 latach

⁹⁸ Zielonka T.M., et al., *Szczepienia przeciwko grypie personelu medycznego warszawskich szpitali klinicznych i studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*, Medycyna Pracy 2009, s. 369

Niektórzy lekarze są przekonani, że nie potrzebują się szczepić ani ze względu na swoje zdrowie, ani ze względu na ochronę pacjentów. Nie traktują grypy na tyle poważnie, na ile powinni, biorąc pod uwagę medycznie uzasadnione argumenty. Ponadto niektórzy lekarze nie są przekonani o skuteczności szczepień.

2. Brak łatwego dostępu i koszt szczepień

Drugim powodem niedostatecznej wyszczepialności wśród pracowników jest przeświadczenie, że jest to proces uciążliwy i czasochłonny. Problem z dostępem to również koszt szczepionki. Prawo nie określa, kto powinien finansować szczepienia personelu medycznego przeciw grypie. Zazwyczaj pracownicy ochrony zdrowia muszą sami płacić za szczepionkę. Tylko niektórzy pracodawcy z branży medycznej oferują swoim pracownikom bezpłatne szczepienie. Również tym przypadkiem stanowi to pewien koszt pracownika, ponieważ szczepienie uznawane jest jako dodatkowy przychód pracownika i musi on odprowadzić należny podatek. Choć jest to niewielka kwota, ma wpływ na postrzeganie nawet bezpłatnego szczepienia jako kosztu. Ta kwestia została szczegółowo omówiona w rozdziale VI.

Sposoby zwiększania poziomu wyszczepialności pracowników ochrony zdrowia

Aby zwiększyć poziom wyszczepialności przeciw grypie w Polsce, należy:

1. Przekonać pracowników ochrony zdrowia o potrzebie i konieczności szczepień

Przekonanie pracowników służby zdrowia o słuszności szczepień jest najważniejszym warunkiem, jaki musi zostać spełniony, aby skutecznie podnosić liczbę szczepień w tej grupie. Potrzebę szczepień można uzasadniać dbaniem o zdrowie swoje i pacjentów, a także tym, że szczepienie siebie oraz informowanie o szczepieniach pacjentów są obowiązkiem wynikającym z Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Pierwszym krokiem do przekonania pracowników ochrony zdrowia jest ich edukacja na temat grypy, zagrożeń z nią związanych (dla nich i dla pacjentów) oraz tego, że szczepienia skutecznie pozwalają ograniczyć te zagrożenia. Istnieje cały wachlarz racjonalnych argumentów medycznych, o których wspomniano na początku tego rozdziału. Odpowiednie przedstawienie tych argumentów personelowi medycznemu powinno wpłynąć na ich postrzeganie konieczności szczepień. W rezultacie można oczekiwać, że zostaną zachęceni, by się szczepili ze względu na zdrowie swoje i pacjentów.

Ponadto należy prowadzić skuteczne akcje promujące korzyści dotyczące szczepień wśród personelu medycznego, co stanowi etyczny i moralny obowiązek lekarzy, ponieważ pozwala chronić zdrowie pacjentów. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów wynika z Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zgodnie z nim powołaniem lekarza jest ochrona zdrowia i życia ludzkiego oraz zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu. Co więcej, lekarz nie może posługiwać się wiedzą lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem, najwyższym zaś nakazem etycznym jest dobro chorego⁹⁹.

Więcej na temat, w jaki sposób należy informować personel medyczny zostało opisane w rozdziale V „Komunikacja”

2. Zaangażować liderów opinii, aby przekazywali informacje o grypie oraz dawali dobry przykład pozostałym

Liderzy opinii to wybitni eksperci, którzy są autorytetami w pewnej dziedzinie, np. krajowi konsultanci czy osoby z wyższego szczebla zarządzania placówkami medycznymi. Jest to szczególnie grupa, która ma wpływ na kształtowanie opinii w szerszym gronie osób, np. wśród lekarzy danej specjalności lub pracowników danego oddziału. Dzięki liderom opinii, można dotrzeć do większej grupy pracowników ochrony zdrowia.¹⁰⁰

⁹⁹ Opracowanie kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka

¹⁰⁰ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

Liderzy opinii powinni aktywnie promować informacje dotyczące szczepień przeciw grypie wśród swoich grup odbiorców. Natomiast dyrektorzy szpitali i ordynatorzy oddziałów mogą motywować innych pracowników, dając dobry przykład, szczepiąc się publicznie co sezon.¹⁰¹

3. Zaangażować pracodawców, aby motywowali pracowników do szczepień

Zaangażowanie pracodawców zależy od ich przekonania o tym, że warto szczepić pracowników przeciw grypie. Korzyści szczepień (np. zmniejszenie dni absencji chorobowej), które zostały przedstawione na początku tego rozdziału, to istotne argumenty przemawiające za szczepieniami z punktu widzenia pracodawców.

Pracodawcy, aby zwiększyć liczbę szczepień wśród swoich pracowników, powinni rozważyć wykorzystanie następujących rozwiązań:

- ▶ ułatwienie dostępu do szczepień przez organizowanie i finansowanie akcji szczepień w połączeniu z odpowiednią edukacją w tym zakresie,
- ▶ monitorowanie poziomu wyszczepialności dla poszczególnych grup pracowników i ujawnianie takich informacji, aby motywować tych, którzy się jeszcze nie szczepili,
- ▶ wprowadzenie obowiązku stosowania w pracy masek chirurgicznych w sezonie epidemicznym przez personel medyczny, który się nie zaszczepił,
- ▶ wprowadzenie szczepienia jako jednego z obowiązków pracowników¹⁰².

4. Zaangażować kluczowe instytucje na poziomie narodowym - Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia

Szczepienia personelu medycznego są ważne, ponieważ zapewniają sprawne działanie całego systemu opieki zdrowotnej. W przypadku zwiększonej liczby zachorowań na grypę dostępność personelu medycznego jest kluczowa dla zapewnienia opieki chorym pacjentom. Jeśli personel nie zostanie zaszczepiony, istnieje ryzyko, że nie będzie mógł zajmować się pacjentami z powodu własnego stanu zdrowia. Ponadto koszty leczenia ewentualnych powikłań pogrypowych pacjenta, który został zakażony zarażony w szpitalu, ponosi Narodowy Fundusz Zdrowia. Dlatego w promowaniu szczepień bardzo ważną rolę odgrywa Ministerstwo Zdrowia i NFZ.

Wskazane jest, aby obie instytucje promowały szczepienia wśród pracowników i pracodawców.¹⁰³ Należy również rozważyć wprowadzenie długoterminowych rozwiązań systemowych, za pomocą których będzie możliwe sterowanie poziomem wyszczepialności personelu medycznego:

- ▶ wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciw grypie dla pracowników ochrony zdrowia¹⁰⁴, analogicznie do obecnie obowiązkowego szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (wzw B) dla osób wykonujących zawód medyczny i narażonych na zakażenie¹⁰⁵,
- ▶ wprowadzenie obowiązku szczepień przeciw grypie do warunków umowy o świadczenie usług medycznych z Narodowym Funduszem Zdrowia.¹⁰⁶

¹⁰¹ Nitsch-Osuch A., *Znaczenie szczepień personelu medycznego dla bezpieczeństwa pacjentów i jako podstawa budowania rekomendacji w zakresie szczepień przeciw grypie*, Flu Forum, Warszawa, 11.09.2012

¹⁰² Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

¹⁰³ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

¹⁰⁴ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

¹⁰⁵ Program Szczepień Ochronnych na rok 2012, Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 26 października 2011

¹⁰⁶ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

Zarządzenia Prezesa NFZ - warunki wykonywania świadczeń

■ ■ ■ | Domański Zakrzewski Palinka

Opis mechanizmu:

Prezes NFZ określa, w zarządzeniu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt. 1 i 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, warunki zawierania i realizacji umów w określonym rodzaju, które muszą spełnić świadczeniodawcy.

Rekomendacja:

Zmiana zarządzenia/zarządzeń Prezesa NFZ dotyczących wymogów, jakie muszą spełnić świadczeniodawcy, przez dodanie obowiązku obligującego świadczeniodawcę, osoby przez niego zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu (na innej podstawie niż umowa o pracę), a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, do zaszczepienia się przeciwko grypie. Zmiana ta powinna nastąpić w związku z ryzykiem zakażenia pacjentów podczas wykonywania świadczeń we wszystkich placówkach lub tylko w tych rodzajach placówek, w których ryzyko zakażenia wirusem grypy jest najwyższe (opieka hospicyjna i paliatywna).

Analiza rekomendowanego działania:

- + Efektywne zwiększenie poziomu wyszczepialności wśród pracowników służby zdrowia wykonujących określone rodzaje świadczeń.
- + Taki wymóg już istnieje dla szczepień przeciw WZW typu B.
- + Obowiązek jest dobrze uzasadniony – dbanie o dobro pacjenta szczególnie narażonego na powikłania pogrypowe
- + Pozytywny wpływ na finanse publiczne – koszty są ponoszone przez świadczeniodawców lub pracowników, a oszczędności związane z mniejszą zapadalnością na choroby uzyskuje NFZ.
- Konieczność dokonania zmian w kilku/kilkunastu zarządzeniach Prezesa NFZ
- Jest to de facto obowiązek szczepień nałożony na określoną kategorię pracowników.

¹⁰⁷ Opracowanie kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka

Ogólne Warunki Umów o udzielanie opieki zdrowotnej

■ ■ ■ | Domański Zakrzewski Palinka

Opis mechanizmu:

Ogólne warunki umów o udzielanie opieki zdrowotnej stanowią załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 9 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obowiązujące Ogólne Warunki Umów (OWU), stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r., określają zasady udzielania 15 podstawowych rodzajów świadczeń.

Rekomendacja:

Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia, czyli dodanie do OWU warunku obligującego świadczeniodawcę, osoby przez niego zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu (na innej podstawie niż umowa o pracę), a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, do zaszczepienia się przeciw grypie. Zmiana ta powinna nastąpić w związku z ryzykiem zakażenia pacjentów podczas wykonywania świadczeń we wszystkich placówkach lub tylko w tych rodzajach placówek, w których ryzyko zakażenia wirusem grypy jest najwyższe (opieka hospicyjna i paliatywna).

Analiza rekomendowanego działania:

- + Efektywne zwiększenie poziomu wyszczepialności wśród pracowników służby zdrowia.
- + Taki wymóg już istnieje dla szczepień przeciw WZW typu B.
- + Obowiązek jest dobrze uzasadniony – dbanie o dobro pacjenta.
- + Pozytywny wpływ na finanse publiczne – koszty są ponoszone przez świadczeniodawców lub pracowników, a oszczędności związane z mniejszą zapadalnością na choroby uzyskuje NFZ.
- Konieczność uchwalenia aktu normatywnego.
- W praktyce jest to przymus poddawania się szczepieniom obejmujący prawie wszystkich pracowników służby zdrowia
- Obciążenie kosztami szczepień większości pracowników podmiotów leczniczych może wpłynąć negatywnie na sytuację finansową tych podmiotów.

Podsumowując, najważniejszy wpływ na podniesienie poziomu wyszczepialności wśród personelu medycznego ma przekonanie pracowników o potrzebie tych szczepień. W poniższej tabeli przedstawiono najistotniejsze argumenty, uzasadniające, dlaczego szczepienia pracowników ochrony zdrowia są ważne. Ponadto pracodawcy powinni wykorzystać mechanizmy motywowania pracowników do szczepień, które mają do dyspozycji. W długiej perspektywie można rozważyć wprowadzenie rozwiązań systemowych przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, które nakładają obowiązek szczepień na wybrane grupy personelu medycznego.

¹⁰⁸ Opracowanie kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka

Ramka 16. Argumenty potwierdzające potrzebę szczepień przeciw grypie pracowników ochrony zdrowia

Dlaczego należy zwiększyć poziom wyszczepialności przeciw grypie wśród pracowników ochrony zdrowia?

Szczepienie pozwala chronić zdrowie personelu medycznego

Ze względu na kontakt z chorymi personel medyczny jest szczególnie narażony na zakażenie wirusem grypy. Szczepienie przeciw grypie pozwala na ochronę przed zachorowaniem oraz potencjalnymi powikłaniami pogrypowymi.

Szczepienie pozwala chronić zdrowie pacjentów

Personel medyczny może przenosić wirusa grypy na pacjentów, dla których – ze względu na obniżoną odporność – powikłania pogrypowe są szczególnie niebezpieczne.

Szczepienia mają wpływ na sprawne funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia

Dzięki szczepieniom zmniejsza się liczba dni absencji chorobowej wśród personelu medycznego oraz problemów z brakami kadrowymi. Ponadto dbałość o bezpieczeństwo pacjentów jest wyznacznikiem jakości oferowanych usług medycznych.

Szczepienia wpływają na sprawne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej

Ochrona zdrowia personelu medycznego jest niezbędna, by móc zapewniać odpowiednią opiekę zdrowotną pacjentom.

5 Komunikacja

Trzecim filarem Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy jest komunikacja. Dwa kluczowe obszary w ramach tego filaru to:

- ▶ komunikacja ze strony zaangażowanych instytucji,
- ▶ kampania społeczna.

Informowanie o metodach zwalczania grypy jest realizowane wielopłaszczyznowo dzięki zaangażowaniu różnych instytucji, w tym towarzystw naukowych. Spójna i jednoznaczna komunikacja wpływa na zmianę postrzegania problemu grypy we wszystkich grupach docelowych (pacjentów, a wśród nich różnych grup ryzyka, pracowników służb medycznych i publicznych). Lekarze odgrywają najważniejszą rolę w tej komunikacji, ponieważ mają największy wpływ na decyzje pacjentów oraz – bardzo ważne z punktu widzenia całej opieki zdrowotnej – szczepienia pracowników ochrony zdrowia.

VENICE wskazuje, że kampania społeczna jest kluczowym elementem zaplanowanej komunikacji. To szczególnie rodzaj zorganizowanej i prowadzonej przez publiczne instytucje akcji informacyjnej skierowanej głównie do pacjentów. Chodzi przede wszystkim o poprawę skuteczności komunikowania się ze społeczeństwem na temat zagrożeń związanych z grypą i szczepień im przeciwdziałających. Akcja taka wymaga zaangażowania środków finansowych, które pod pewnymi warunkami można uzyskać z funduszy Unii Europejskiej.

5.1 Komunikacja ze strony zaangażowanych instytucji

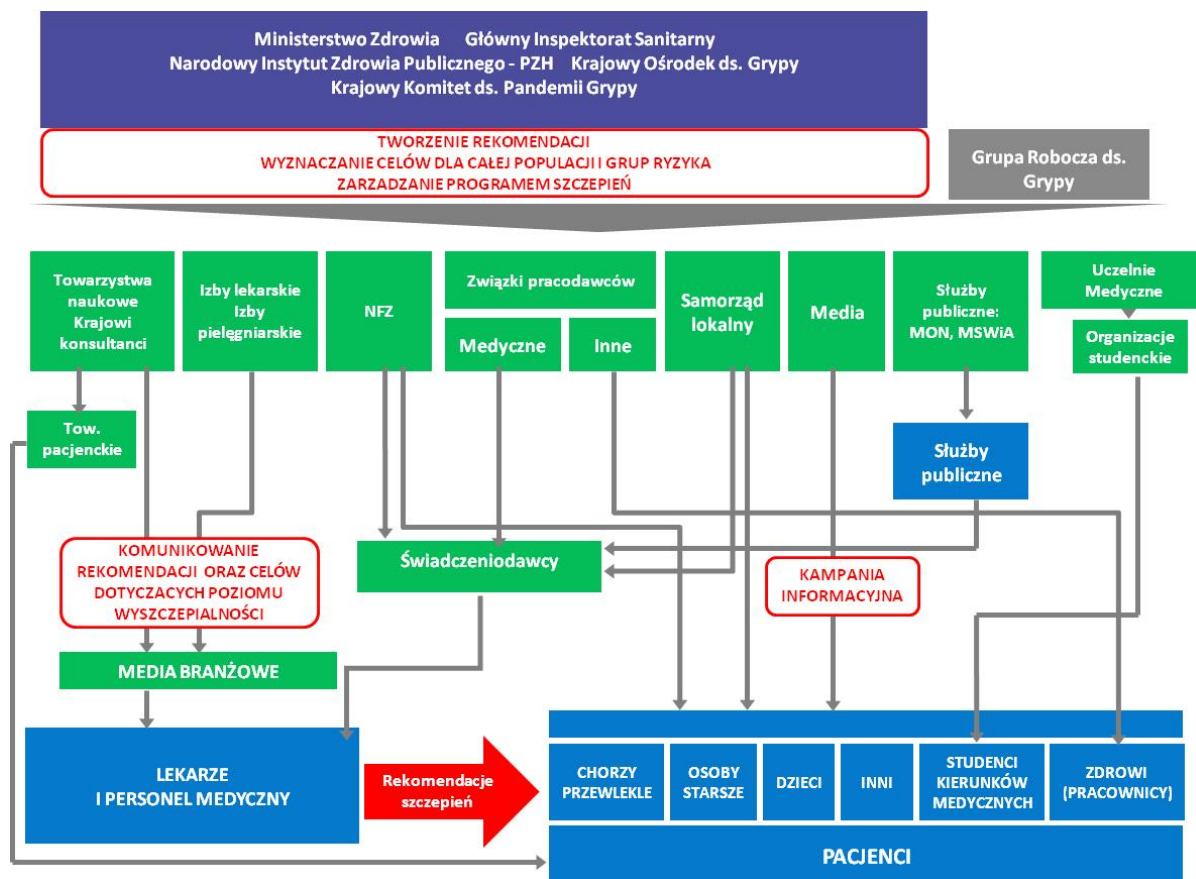
5.1.1 Zaangażowane instytucje i ich rola

Komunikację dotyczącą szczepień prowadzi obecnie wiele podmiotów zarówno państwowych, jak i prywatnych. Poniższy schemat przedstawia najważniejsze kierunki komunikacji przebiegającej pomiędzy kluczowymi podmiotami. Na poziomie centralnym istnieje kilka instytucji państwowych, które są nadrzędnym źródłem referencyjnym. Należą do nich: Ministerstwo Zdrowia, Główny Inspektorat Sanitarny, Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, jak również Krajowy Komitet ds. Pandemii Grypy. Jednostki te współpracują ze sobą, tworząc wspólne rekomendacje. W ramach wymienionych działań instytucje na poziomie centralnym wysyłają komunikaty do szerokiego grona podmiotów. Najważniejsze z nich to: towarzystwa naukowe i konsultanci krajowi, izby lekarskie i pielęgniarskie, Narodowy Fundusz Zdrowia, samorządy lokalne, media, związki pracodawców z branży medycznej i innych branż, uczelnie medyczne i służby publiczne. Podmioty, które są odbiorcami komunikatów instytucji z poziomu centralnego, przekazują je bezpośrednio lub pośrednio do odbiorców końcowych, czyli osób, które mogą przyjmować szczepienie. Można wyróżnić kilka segmentów odbiorców końcowych. Są nimi lekarze i personel medyczny, którzy również pośredniczą w relacjach do kolejnej grupy, jaką są pacjenci. Natomiast wśród pacjentów można wyróżnić kilka grup w zależności od predyspozycji zdrowotnych i wieku, np. chorych przewlekle, osoby starsze, dzieci i pracowników.

Grupa Robocza ds. Grypy stawia sobie za zadanie wspieranie środowiska medycznego oraz prowadzenie komunikacji do szerokiego grona odbiorców zainteresowanych szczepieniami przeciw grypie.

Każdy z podmiotów biorących udział w komunikacji ma wpływ na świadomość odbiorców końcowych, którymi jest całe nasze społeczeństwo, ponieważ swoimi działaniami wpływają pozytywnie lub negatywnie na postrzeganie szczepień. Dlatego istotne jest zaangażowanie w Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy wszystkich podmiotów uczestniczących w komunikacji. Powinny one pełnić aktywną rolę w przekazywaniu sprawdzonych i opartych na najnowszej wiedzy medycznej informacji dotyczących zagrożeń związanych z grypą oraz skuteczności i bezpieczeństwa szczepień przeciwgrypowych.

Rysunek 1. Schemat komunikacji dotyczącej zwalczania grypy w Polsce¹⁰⁹

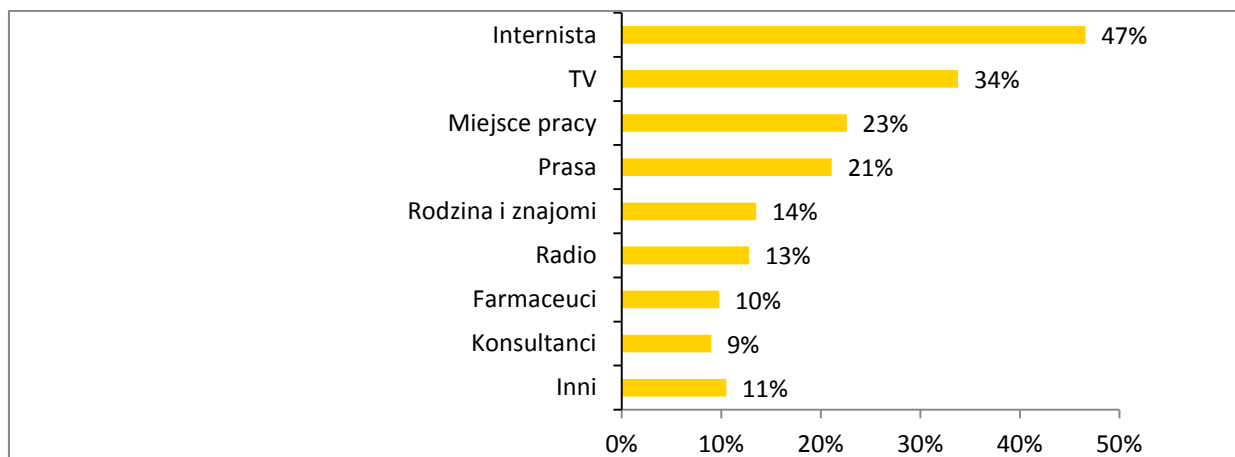


5.1.2 Kluczowa rola lekarzy

Najważniejszą rolę w informowaniu pacjentów pełnią lekarze. Jak pokazuje wykres poniżej, interniści są głównym źródłem wiedzy o szczepieniach dla pacjentów. Zgodnie z tym, co opisano w rozdziale dotyczącym pracowników ochrony zdrowia, lekarze mają istotny wpływ na to, czy pacjenci z grup ryzyka otrzymają szczepienie czy nie. Lekarze przekazują pacjentom takie informacje o grypie i szczepieniach, o których są przekonani. Dlatego bez przekonania lekarzy o tym, że szczepienia są potrzebne i bezpieczne nie uda się skutecznie zwiększyć liczby szczepień wśród pacjentów zwłaszcza z grup podwyższonego ryzyka.

¹⁰⁹ Opracowanie Ernst&Young przy współpracy z Zakładem Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP-PZH

Wykres 9. Pacjenci: źródła informacji o możliwości szczepienia¹¹⁰



5.1.3 Świadomość i postrzeganie lekarzy

Jak napisano w rozdziale poświęconym personelowi medycznemu, nie wszyscy lekarze są przekonani o tym, że grypa może stanowić zagrożenie dla zdrowia. Nie wszyscy uznają skuteczność i bezpieczeństwo szczepień przeciw grypowych.

W mediach branżowych co roku publikowane są artykuły naukowe dotyczące grypy. Towarzystwa naukowe organizują konferencje, na których autorytety z dziedziny wirusologii prezentują wyniki badań dotyczących korzyści ze szczepień przeciw grypowych oraz wielowymiarowych problemów wynikających z niskiego poziomu wyszczepialności. Podczas różnego rodzaju zjazdów personelu medycznego organizowane są punkty szczepień przeciw grypie, aby lekarze mogli sami sprawdzić, jak działa szczepienie. Izby lekarskie i pielęgniarskie wydają apele.¹¹¹ Jednak biorąc pod uwagę poziom szczepień zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów, można dojść do wniosku, że wszystkie te działania komunikacyjne nie są wystarczająco skuteczne. Dostępne badania opinii lekarzy nie pozwalają na jednoznaczne stwierdzenie, jaki jest powód tego, że mimo szerokiej komunikacji nadal nie wszyscy z nich są przekonani do słuszności tego, co jest im przekazywane.

Należy przeanalizować, z czego wynika brak przekonania lekarzy. Dopiero po zrozumieniu źródła problemu można zaproponować rozwiązania, które pozwolą wpłynąć na lekarzy. Jest kilka hipotez przyczyn problemu. Prawdopodobnie przedstawiane argumenty o potrzebie i skuteczności szczepień nie są dla lekarzy przekonujące i należy przygotować inną linię argumentacji, np. opartą w większości na wynikach lokalnych badań. Możliwe, że lekarzy przekonająby inne, nowocześniejsze środki komunikacji. Należy również wziąć pod uwagę, że przekonanie lekarzy może być tak głęboko zakorzenione, iż potrzeba będzie wiele czasu, aby je zmienić, choć komunikacja jest poprawnie prowadzona. Te i inne hipotezy powinny jednak zostać zweryfikowane w odpowiednich badaniach.

5.1.4 Rola edukacji lekarzy

Niektóre programy nauczania personelu medycznego w niewystarczający sposób adresują tematykę wirusologii i wakcynologii.¹¹² Istniejące programy różnią się pod względem treści i na żadnej uczelni nie ma spójnego ani nowoczesnego programu dotyczącego grypy.¹¹³

¹¹⁰ Kardas P., et al., *Reasons for low influenza vaccination coverage: cross-sectional survey in Poland*, First Department of Family Medicine, Medical University of Lodz, 2011, Źródła informacji o możliwości szczepienia przeciw grypie, pytanie zamknięte, wielokrotnego wyboru, n=640, pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej w województwie łódzkim

¹¹¹ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 08.11.2012

¹¹² Antczak A., *Możliwości i perspektywy zmian w systemie edukacji studentów medycyny i personelu medycznego*, Flu Forum, 11.09.2012

¹¹³ Antczak A., *Możliwości i perspektywy zmian w systemie edukacji studentów medycyny i personelu medycznego*, Flu Forum, 11.09.2012

Stworzenie spójnego i nowoczesnego programu nauczania o kluczowych aspektach wirusologii oraz wakcynologii, w szczególności potrzeby i bezpieczeństwa szczepień, to jedna z metod zapewnienia odpowiedniego poziomu wiedzy personelu medycznego. Jednym z zagadnień tego programu powinna być grypa¹¹⁴. Program należy wprowadzić jako zajęcia obowiązkowe do edukacji różnych grup pracowników ochrony zdrowia:

- ▶ edukacji medycznej na studiach lekarskich,
- ▶ edukacji medycznej na studiach medycznych, kierunkach innych niż lekarski (np. pielęgniarstwa, elektrofizjologii, rehabilitacji, audiofonologii i in.),
- ▶ programu szkoleń dla lekarzy rodzinnych (lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej) i innych specjalistów¹¹⁵.

Zmiany w edukacji nie powinny dotyczyć tylko studentów kierunków medycznych, ale również programu edukacji podyplomowej, obejmując ją także obecnych lekarzy. Szczególnie ważni są interniści, którzy – jako lekarze pierwszego kontaktu – doradzają w kwestii szczepień dużej grupie pacjentów, oraz lekarze specjaliści w tych dziedzinach, w których znajdują się główne grupy ryzyka ze szczególnymi wskazaniem do szczepień, np. diabetolodzy¹¹⁶.

Wprowadzenie pytań z zakresu wakcynologii i wirusologii do państwowych egzaminów dla lekarzy (jak Lekarski Egzamin Państwowy) oraz pozostałych egzaminów z zakresu kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, farmaceutów oraz innych osób wykonujących zawody medyczne podniosłoby skuteczność edukacji w tym zakresie¹¹⁷. W Polsce organizowaniem i przeprowadzaniem takich egzaminów zajmuje się, podporządkowane Ministerstwu Zdrowia, Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi.

Ramka 17. Zalecenia szczepień dla pacjentów: komentarz eksperta

Rola edukacji służb medycznych. Debata Flu Forum, Warszawa, 11.09.2012

Prof. Adam Antczak, Dziekan Wydziału Lekarskiego w Łodzi, Klinika Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

„W Polsce edukacja z zakresu wakcynologii jest symbolicznie zawarta we wzorcowych efektach kształcenia dla kierunków lekarskich i nie jest uwzględniona w programach innych kierunków medycznych (np. pielęgniarstwa). Istnieje paląca potrzeba poszerzenia nauczania w zakresie szczepień na uniwersytetach medycznych. Elementy wakcynologii powinny znaleźć się również w pytaniach Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Przy implementacji tylko tych elementów z pewnością wzrósłby odsetek lekarzy skutecznie rekomendujących pacjentom szczepienia przeciw grypie. Co więcej, wprowadzenie edukacji skierowanej do już praktykujących lekarzy z zakresu efektywności i bezpieczeństwa szczepień oraz ryzyka zdrowotnego w postaci powikłań pogrypowych mogłoby pozytywnie wpłynąć na poziom profilaktyki zachorowań na grypę w naszym kraju”.

5.1.5 W jaki sposób lekarze mogą lepiej docierać do pacjentów?

Lekarze najczęściej przekazują pacjentom informacje o grypie i szczepieniach przy okazji ich wizyt w gabinetach lekarskich z powodu choroby czy rutynowych badań kontrolnych. Zalecanie szczepień pojawia się zatem przy okazji. Lekarze mają jednak cały szereg środków, za pomocą których mogą aktywnie informować swoich pacjentów o potrzebie szczepień oraz przekazywać im zalecenia. Wiele z nich z powodzeniem funkcjonuje w innych krajach europejskich.

Możliwe kanały aktywnej komunikacji do pacjentów przez przychodnie lub lekarzy:

1. ulotki i plakaty informacyjne w przychodniach i gabinetach,

¹¹⁴ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

¹¹⁵ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

¹¹⁶ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

¹¹⁷ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

2. listy z zaproszeniem na zalecane szczepienie przeciw grypie wysyłany do pacjentów z grup ryzyka przez przychodnie lub gabinety,
3. telefony do pacjentów z grup ryzyka z zaproszeniem lub przypomnieniem o zalecanym szczepieniu przeciw grypie z przychodni lub gabinetu,
4. szkolenia dla zainteresowanych pacjentów z grup ryzyka na temat aspektów szczepień przeciw grypie.

Poniżej przedstawiono różne środki, którymi Wielka Brytania i Szwajcaria dążą do wysokiej wyszczepialności pacjentów, oraz wyniki, jakie udało się osiągnąć za pomocą podjętych działań.

Ramka 18. Kampania promująca szczepienia przeciw grypie – Wielka Brytania¹¹⁸

Wielka Brytania

W zimie 2000 r. Departament Zdrowia Wielkiej Brytanii zobligował lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do zaszczepienia przeciw grypie wszystkich pacjentów od 65 r.ż. Świadczenie zostało dodatkowo opłacone przez płatnika. W ramach kampanii pracownicy rejestracji przychodni telefonicznie zapraszali na szczepienie pacjentów z grup ryzyka. W wyniku zawiadomienia o szczepieniu poddało się 58% osób. Wśród 88% tych, którzy telefonicznie zarezerwowali wizytę, było 52% pacjentów, którzy zakończyli rozmowę telefoniczną słowami „rozważę przyjscie na szczepienie” oraz 22% pacjentów, którzy nie chcieli umówić wizyty. Ustanowienie dodatkowej wyceny świadczenia pozwoliło przychodniom biorącym udział w akcji na zwiększenie stopy zysku. Sukces przeprowadzonej w 2000 r. akcji spowodował, że w latach następnych wiele przychodni wdrożyło program telefonicznego zawiadamiania o szczepieniu przeciw grypie pacjentów z grup ryzyka oraz pacjentów w starszym wieku. Aby osiągnąć cel w postaci 60% wyszczepialności osób starszych (od 65 r.ż.), w kampanię zaangażowało się 91% władz odpowiedzialnych za kształtowanie lokalnej i narodowej polityki zdrowotnej.

¹¹⁸ Hull S., et al., *Boosting uptake of influenza immunisation: a randomised controlled trial of telephone appointing in general practice*, British Journal of General Practice, 200; 482: 712-716

Ramka 19. Kampania promująca szczepienia przeciw grypie – Szwajcaria¹¹⁹

Szwajcaria

Władze publiczne Szwajcarii biorą udział w kampanii promującej szczepienie przeciw grypie od 1996 r. Pierwsza kampania z udziałem genewskiego departamentu zdrowia publicznego (Department of Public Health of Canton of Geneva) miała miejsce od 1 października do 31 grudnia 1996 r. Strategia informacyjna obejmowała kilka kanałów komunikacyjnych skierowanych do pacjentów, lekarzy i innych profesjonalistów zajmujących się zdrowiem. Ulotki i plakaty informacyjne dla pacjentów przygotowane przez miejscowy wydział zdrowia były dystrybuowane w przychodniach w miejscach dostępnych dla pacjentów, głównie w rejestracjach i poczekalniach. Uruchomiono także punkty szczepień, do których pacjent może przyjść bez zapisu i po przeprowadzonym badaniu otrzymać szczepienie. W takim przypadku pacjent pokrywa koszt szczepionki i wykonanego szczepienia, nie płaci zaś za badanie kwalifikacyjne. W gabinetach lekarskich znalazły się informacje kładące szczególny nacisk na pacjentów z grup wysokiego ryzyka, dla których grypa może stanowić istotne zagrożenie i komplikacje zdrowotne. Na początku października zorganizowano dla lekarzy półtoragodzinne warsztaty szkoleniowe na temat kluczowych aspektów szczepienia przeciw grypie, włącznie z zapoznaniem uczestników z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi wskazań klinicznych i epidemiologicznych. W trakcie szkolenia także można było otrzymać praktyczne poradnictwo związane z profilaktyką grypy. Na zakończenie każdy lekarz otrzymywał egzemplarz krajowych wytycznych dotyczących szczepienia przeciw grypie. Korzystając z danych rejestracyjnych, dwa razy w miesiącu w trakcie trwania kampanii ankieteryzy wykonywali sondę telefoniczną w celu zebrania opinii na temat szczepień przeciw grypie. Uzyskano także powszechną zgodę lekarzy, pielęgniarek i pracowników rejestracji na wdrożenie ustandaryzowanych procedur ułatwiających szczepienie i przepływ pacjentów. W wyniku zastosowanej strategii ponad dwukrotnie podniesiono poziom wyszczepialności z 21,7% do 51,7%. Zainteresowanie szczepieniami również wzrosło ponad dwukrotnie (z 29% do 69%). W poszczególnych grupach ryzyka wskaźniki wyszczepialności osiągnęły poziom 65-75%, a wśród osób z chorobami układu oddechowego – 86%. Spośród zaszczepionych w 1996 r. 90,5% zgłosiło się na szczepienie w następnym roku. Autorzy publikacji opisującej tę strategię przyznają także, iż w wyniku przeprowadzonej kampanii zaszczepiono więcej osób niż wykazało omawiane badanie.

5.2 Kampania społeczna

5.2.1 Strategia komunikacji społecznej

Badanie VENICE dowodzi, że kampanie społeczne to kluczowy element Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy. Jest to kolejny sposób, aby dotrzeć do szerokiego grona odbiorców, głównie pacjentów. Kampanie społeczne mogą być prowadzone przez jedną z instytucji publicznych, np. Ministerstwo Zdrowia, i realizowane przez wszystkie podmioty biorące w niej udział¹²⁰. Ich skuteczność zależy od opracowania spójnej i konsekwentnie realizowanej strategii komunikacji uwzględniającej specyficzne potrzeby poszczególnych grup odbiorców i wykorzystującej precyzyjnie dobrane kanały informacyjne.

ECDC opracowało przewodnik dla instytucji publicznych, który przedstawia, w jaki sposób powinny zostać opracowane i przeprowadzone kampanie komunikacyjne dotyczące szczepień. Poniżej przedstawiono główne wnioski z tego dokumentu.

5.2.2 Skuteczna komunikacja społeczna dotycząca szczepień według ECDC¹²¹

Największe trudności w kampanii społecznej zachęcającej do szczepień stanowi zróżnicowane postrzeganie zagrożeń grypy oraz zagadnień bezpieczeństwa i skuteczności szczepień, a także

¹¹⁹ Humair J-P., et al., *Promoting influenza vaccination of elderly patients in primary care*, Family Practice, 2002; 4: 383-389

¹²⁰ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 08.11.2012

¹²¹ ECDC Technical Document, *Communication on immunisation – Building trust*

sprzeczne informacje na ten temat rozpowszechniane przez media (w szczególności nowoczesne media społecznościowe). Planując długoterminową strategię komunikacyjną, należałoby odnieść się do kwestionowania przez niektóre grupy społeczne korzyści ze szczepień. Powinno się w niej również uwzględnić obawy części społeczeństwa związane z możliwymi niepożądanymi odczynami poszczepiennymi. Niepokoje te są większe niż lęk przed powikłaniami pogrypowymi.

Chcąc sprostać tym wyzwaniom, instytucje publiczne prowadzące kampanie muszą cieszyć się dużym zaufaniem społecznym i być postrzegane jako wiarygodne źródło informacji dotyczącej zdrowia. Ponadto przekazywane informacje powinny być niezwykle precyzyjne i zarazem łatwe do zrozumienia dla większości społeczeństwa. Również procesy dotyczące szczepień, które zachodzą wewnątrz instytucji prowadzącej kampanię społeczną, powinny być jasne i publicznie dostępne. Na przykład to, w jaki sposób podejmowane są decyzje o rekomendowaniu szczepień i od czego one zależą. Wszystko to ma przekonać pacjentów, że kampanie prowadzone są wyłącznie w trosce o ich zdrowie.

Biorąc pod uwagę warunki konieczne do spełnienia przy realizacji kampanii społecznych zachęcających do szczepień, najodpowiedniejszą instytucją, która mogłaby prowadzić taką kampanię dotyczącą grypy w Polsce, jest Ministerstwo Zdrowia¹²². Poniższy rysunek przedstawia kroki zaproponowane przez ECDC, które należy podjąć, by opracować i przeprowadzić taką kampanię.

Pierwszym krokiem jest przygotowanie informacji medycznych na temat szczepień, a także określenie, które podmioty mają zostać zaangażowane w kampanię społeczną i nawiązanie z nimi współpracy. Następnie należy zdefiniować cele, które mają zostać osiągnięte, biorąc pod uwagę istniejące ograniczenia. Kolejny etap to określenie segmentów odbiorców kampanii oraz zrozumienie ich potrzeb, poziomu wiedzy i tego, jak postrzegają zagrożenia związane z grypą. Musi być również przygotowana jednolita platforma wiedzy dla wszystkich instytucji zaangażowanych w działania, na której znajdą się najważniejsze informacje, co zapewni spójność komunikacji i konsekwencję w realizacji kampanii. Zagwarantowanie w pełni zrozumiałego i jednoznacznego przekazu dla odbiorców jest kluczowe, ponieważ pacjenci inaczej niż eksperci rozumieją pewne wyrażenia. Na przykład sformułowanie „szczepionka jest bezpieczna” może być rozumiane przez pacjenta „nie ma żadnego działania niepożądanego”, choć w rzeczywistości znaczy, że szczepionki mają bardzo niewiele działań niepożądanych. Pacjenci, którzy inaczej rozumieją komunikat i u których wystąpi niepożądane działanie mogą z tego powodu kwestionować cały program szczepień. Kolejnym krokiem jest wybór kanałów i środków komunikacji, przeprowadzenie kampanii w odpowiednim czasie i monitorowanie jej wyników. Ważne jest również, aby do kampanii zaangażować wiarygodnego i odpowiednio przygotowanego rzecznika, który będzie miał wystarczające kompetencje pozwalające na merytoryczne udzielanie odpowiedzi mediom i wszystkim zaangażowanym podmiotom.

¹²² Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 08.11.2012

Rysunek 2. Elementy przygotowania i wdrożenia programu komunikacji¹²³



5.2.3 Finansowanie kampanii społecznej

Niestety całkowicie bezkosztowe przeprowadzenie kampanii jest niemożliwe. Do prowadzenia kampanii można wykorzystać dostępne zasoby zaangażowanych podmiotów, które wymagają jednak znacznego, dodatkowego finansowania. Można na przykład wykorzystać kongresy organizowane przez towarzystwa naukowe, portale internetowe organizacji tworzonych przez pacjentów, artykuły naukowe publikowane w mediach branżowych czy czas zapewniony na

¹²³ ECDC Technical Document, *Communication on immunisation – Building trust*

kampanie społeczne w telewizji publicznej. Istnieją różne możliwości finansowania kampanii społecznej. Środki finansowe częściowo mogą pochodzić z budżetów zaangażowanych podmiotów.

Innym źródłem finansowania mogą być fundusze unijne, z których – pod warunkiem spełnienia odpowiednich kryteriów – można uzyskać środki na prowadzenia kampanii społecznych. Jednakże zdobycie finansowania ze środków unijnych niestety nie jest łatwe. Pierwszym krokiem jest zidentyfikowanie tych programów, w ramach których można by częściowo sfinansować kampanię szczeniową. Należy przy tym brać pod uwagę cele oraz priorytety programów, a także katalog potencjalnych beneficjentów. Następnym krokiem jest odnalezienie otwartego naboru na konkurs w ramach poddziałania odpowiadającego założeniom kampanii szczeniowej (nie jest pewne, czy i kiedy taki konkurs zostanie ogłoszony). W przypadku znalezienia odpowiedniego naboru potencjalny beneficjent powinien spełnić warunki dotyczące projektu (np. obszar działania, czas trwania, minimalna kwota itp.) oraz spełniać wszystkie wymogi formalne.

Ramka 20. Analiza prawna: Pozyskiwanie funduszy na kampanię społeczną z Unii Europejskiej¹²⁴

Pozyskiwanie funduszy na kampanię społeczną z Unii Europejskiej

■ ■ ■ | Domański Zakrzewski Palinka

W budżecie na lata 2007-2013 Unia Europejska przewidziała wiele możliwości dofinansowania projektów organizacji pozarządowych w zakresie ochrony zdrowia. Programy można podzielić na te przygotowane przez różne biura Unii Europejskiej (fundusze dostępne na poziomie unijnym) oraz programy przygotowane przez Polskę w ramach polityki spójności (programy dostępne na poziomie krajowym).

Do pierwszej kategorii programów należy Drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia. Celami programu są: poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego ludności; promocja zdrowia, w tym zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia oraz rozpowszechnianie informacji na temat zdrowia. Istnieje możliwość uzyskania dotacji do 60% wartości projektu (w wyjątkowych okolicznościach do 80%).

Wśród programów dostępnych na poziomie krajowym na szczególną uwagę zasługują:

- ▶ **Program Operacyjny Kapitał Ludzki** – głównym celem programu jest wzrost poziomu zatrudnienia i spójności społecznej. Jednym z priorytetów programu jest: Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących; jego celem natomiast jest poprawa stanu zdrowia osób pracujących przez opracowywanie programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy. Organizacje pozarządowe mogą być projektodawcami w ramach jednego z trzech działań tego priorytetu.
- ▶ **Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko** – celem programu jest poprawa atrakcyjności inwestycyjnej Polski i jej regionów poprzez rozwój infrastruktury technicznej przy równoczesnej ochronie i poprawie stanu środowiska, zdrowia, zachowaniu tożsamości kulturowej i rozwijaniu spójności terytorialnej. Jednym z priorytetów programu jest: Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia. Organizacje pozarządowe mogą być projektodawcami w jednym z dwóch działań wyodrębnionych w tym priorytecie.

¹²⁴ Opracowanie kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka

6 Dostęp i finansowanie szczepień

Ostatnim z czterech filarów Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy jest dostęp i finansowanie szczepień. Zgodnie z podejściem wypracowanym przez Grupę Roboczą ds. Grypy dla tego filaru zdefiniowano następujące obszary, które powinny zostać wdrożone w Polsce:

- ▶ zwiększenie dostępności szczepień przeciw grypowych,
- ▶ finansowanie szczepień.

Pierwszym obszarem jest dostęp do szczepienia rozumiany jako miejsce, gdzie pacjent może się zaszczepić oraz droga, którą musi pokonać, żeby się zaszczepić. Drugim obszarem jest finansowanie szczepienia dla podmiotów szczepiących lub potencjalnie szczepiących przeciw grypie oraz określenie możliwości finansowania szczepienia z perspektywy pacjenta.

6.1 Dostępność szczepień przeciw grypie w Polsce

6.1.1 Droga pacjenta do szczepienia

Chcąc zrozumieć kwestię dostępności szczepionek przeciw grypie w Polsce, warto przyjrzeć się drodze, którą pacjent musi pokonać, aby się zaszczepić. Osoby decydujące się na szczepienie są poddawane badaniu kwalifikacyjnemu, które umożliwia wykonanie szczepienia w ciągu doby od wydania stosownego zaświadczenia¹²⁵. Jeśli szczepionka jest dostępna w przychodni, pacjent jest szczepiony bezpośrednio po badaniu. W przeciwnym wypadku otrzymuje receptę na zakup szczepionki w aptece. Na tym etapie część pacjentów rezygnuje ze szczepienia. Z prozaicznych powodów nie dociera do apteki i w efekcie nie poddaje się szczepieniu. Zdarza się również, że w danym momencie apteka nie jest w stanie zrealizować recepty¹²⁶. Pacjenci, którzy wykupują szczepionkę, nie zawsze wracają z nią do przychodni na szczepienie. Na tym etapie zatem kolejna część pacjentów nie zostaje zaszczepiona. Osoby, które wrócą do przychodni zostaną zaszczepione.

Proces ten ma pewne ograniczenia i w dużej mierze pogłębia problem niskiej liczby szczepień w Polsce. Profesor L. Brydak w książce „Grypa. Pandemia grypy mit czy zagrożenie?” podaje skrócenie drogi pacjenta (lekarz-recepta-apteka-lekarz-szczepienie) jako jeden z elementów, który mógłby zwiększyć odsetek osób zaszczepionych¹²⁷.

Ramka 21. Kluczowe ograniczenia dostępności szczepień z punktu widzenia pacjenta

Kluczowe ograniczenia dostępności szczepień z punktu widzenia pacjenta

1. Zbyt długa i wymagająca ścieżka do zaszczepienia się,
2. Ograniczony dostęp do sprawdzonych informacji o konieczności szczepień co sezon oraz profilaktyki grypy,
3. Ograniczony dostęp do konsultacji lekarskich,
4. Ograniczona możliwość zaszczepienia się bezpośrednio po badaniu kwalifikacyjnym ze względu na brak szczepionek w przychodniach,
5. Konieczność wizyty w aptece i ponownej wizyty w przychodni,
6. Ograniczona dostępność szczepionek w aptekach.

Wskazują one na konieczność wprowadzenia usprawnień procesu szczepienia przeciw grypie. Poniżej wymieniono najważniejsze przyczyny problemów związanych z dostępnością szczepionek, które wydłużają drogę pacjenta do szczepienia:

- ▶ brak dostępności szczepionek w Zakładach Opieki Zdrowotnej wynikający z:

¹²⁵ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

¹²⁶ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 29.10.2012

¹²⁷ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa 2008, s. 459

- ▶ niewłaściwej interpretacji obowiązującego prawa dotyczącego możliwości zastosowania należącej do Zakładu Opieki Zdrowotnej szczepionki przeciw grypie u pacjenta i pobierania opłaty równej kosztowi preparatu szczepionkowego,
- ▶ braku motywacji do realizacji szczepienia, jest to również pochodną zakazu pobierania opłat za wykonane szczepienie wiążące się m.in. z kosztami jednorazowych materiałów wykorzystywanych w punkcie szczepień oraz innymi kosztami ponoszonymi w związku z bezpiecznym przechowaniem i podaniem preparatu szczepionkowego.
- ▶ Niedostępność szczepionek oraz brak możliwości szczepienia w innych miejscach, takich jak:
 - ▶ prywatne gabinety lekarskie,
 - ▶ apteki¹²⁸.

6.1.2 Brak dostępności szczepionek w Zakładach Opieki Zdrowotnej

Pierwszy problem ograniczający dostępność szczepionek w przychodniach (ZOZ) wynika z ciągle pokutującego mylnego przekonania, że ośrodki te nie mogą nabywać szczepionek i nimi szczepić. Należy podkreślić, że z prawnego punktu widzenia zastosowanie preparatu szczepionkowego nie różni się co do zasady od podawania pacjentowi innego produktu leczniczego w ramach udzielanych świadczeń.

Co więcej, Zakłady Opieki Zdrowotnej mają wątpliwości, czy mogą żądać od pacjenta jakiegokolwiek opłaty za szczepionkę. Jeśli ZOZ pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, może podlegać karze grzywny nałożonej przez NFZ zgodnie z zapisami Ustawy o świadczeniach. Szczepienie szczepionką zalecaną jest świadczeniem gwarantowanym i jedynie w części finansowanym ze środków publicznych. Pacjent zobowiązany jest do pokrycia części kosztów świadczenia. Obecnie poszczególne Zakłady Opieki Zdrowotnej w różny sposób interpretują zapisy ustawy i część przychodni zaopatruje się w szczepionki w celu szczepienia pacjentów i pobiera opłatę, a część nie.

Drugim problemem ograniczającym dostępność szczepionek w przychodniach jest brak motywacji do realizacji szczepień. Przychodnia wykonuje świadczenia w ramach opłaty kapitacyjnej, czyli stałej kwoty, którą w ciągu roku ZOZ otrzymuje od NFZ na każdego zarejestrowanego pacjenta. Przychodnia nie otrzymuje dodatkowych środków za to, że zaszczepi przeciw grypie pacjentów, których ma pod opieką. Wykonanie szczepienia wiąże się z dodatkowym kosztem dla przychodni. Koszt ten wynika z konieczności zapewnienia bezpiecznego transportu, przechowania oraz podania preparatu szczepionkowego. Wydaje się oczywistym, że jeśli płatnik (NFZ) nie pokrywa wymienionych kosztów, to powinny być one opłacone przez pacjenta, który zgodnie z przepisami ponosi „koszty zakupu szczepionki”, a świadczeniodawca nie powinien czerpać zysków ze sprzedaży szczepionek zalecanych. Koszty zakupu mogą natomiast uwzględniać cały koszt, jaki zostanie poniesiony w związku z zakupem, dostarczeniem i przechowaniem szczepionki. Doliczenie innych składników i marży może budzić zastrzeżenia, gdyż ZOZ mający umowę z NFZ narazi się na odpowiedzialność z tytułu pobierania nienależnych opłat za świadczenie.

6.1.3 Brak możliwości szczepienia w innych miejscach

Problem braku dostępności szczepionek dotyczy szczególnie prywatnych gabinetów lekarskich. Art. 78 ust. 1 pkt. 3 Ustawy prawo farmaceutyczne obliguje hurtownika do dostarczania produktów leczniczych osobom wyłącznie uprawnionym. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej do instytucji tych należą podmioty lecznicze (wcześniej Zakłady Opieki Zdrowotnej). Prawo do zaopatrywania się w hurtowni przysługuje również lekarzom, felczerom oraz pielęgniarkom i położnym, przy czym w ich przypadku możliwość ta jest ograniczona do niewielkiej liczby

¹²⁸ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 29.10.2012

produktów leczniczych. Lekarze prowadzący prywatne praktyki mogą nabywać jedynie produkty lecznicze wymienione w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie. W wykazie tym nie ma szczepionek. Tym samym lekarze prowadzący indywidualne i grupowe praktyki lekarskie mogą nabywać szczepionki jedynie w aptece. Ponadto – jak już wspomniano – obrót detaliczny produktami leczniczymi może być prowadzony jedynie w aptekach ogólnodostępnych. W związku z tym lekarze prowadzący indywidualne praktyki nie mogą sprzedawać produktów leczniczych.

Braku możliwości szczepienia w innych miejscach dotyczy także aptek. Obecnie nie ma możliwości realizacji szczepienia w aptece przez farmaceutę.

6.1.4 Zwiększenie dostępności szczepień przeciw grypie

Zwiększenie dostępności szczepień przeciw grypie można osiągnąć, przede wszystkim zwiększając dostępność szczepionek w Zakładach Opieki Zdrowotnej. Z powodu braku jednoznacznej interpretacji obowiązującego prawa podmioty te w wielu przypadkach nie są zainteresowane zakupem i wykorzystywaniem szczepionek przeciw grypie. W związku z tym droga, którą pacjent musi pokonać, aby się zaszczepić, jest bardzo długa. Skrócenie jej dla wielu pacjentów będzie oznaczać rozwiązanie problemów natury logistycznej, co pozwoli na zaszczepienie większej grupy osób.

Ponadto należy rozważyć umożliwienie realizacji szczepień w alternatywnych miejscach, takich jak prywatne gabinety lekarskie czy apteki.

6.1.5 Zwiększenie dostępności szczepionek w Zakładach Opieki Zdrowotnej

Pierwszym działaniem poprawiającym dostępność szczepień powinno być uzyskanie oficjalnej interpretacji od Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącej rozumienia przepisu art. 19 ust. 7 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w następujących kwestiach:

1. możliwości wykonania szczepienia zalecanego przy użyciu szczepionki stanowiącej własność Zakładu Opieki Zdrowotnej w ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju umów z Podstawową Opieką Zdrowotną (POZ),
2. możliwość pobierania przez ZOZ od pacjenta opłaty za szczepionkę („kosztów zakupu szczepionki”) w ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju POZ
3. określenie jakie koszty ponosi pacjent, czyli co wchodzi w skład „kosztów zakupu szczepionki” – czy koszty te oprócz ceny hurtowej mogą uwzględniać m.in. koszty transportu i przechowania szczepionki oraz koszty materiałów higienicznych.¹²⁹

Pobieranie opłat za szczepionki przez ZOZ jest możliwe w ramach obowiązującego prawa. Potrzebne jest jedynie uzyskanie oficjalnego potwierdzenia i interpretacji przepisów od Narodowego Funduszu Zdrowia. Jasna interpretacja przepisów przedstawiona w środowisku medycznym powinna poprawić dostępność szczepionek w Zakładach Opieki Zdrowotnej. Dzięki temu pacjenci, będą mogli być szczepieni bezpośrednio po badaniu kwalifikacyjnym i nie będą zmuszani do pokonywania drogi lekarz-recepta-apteka-lekarz-szczepienie. Zaproponowane rozwiązanie zwiększy również motywację pracowników Zakładów Opieki Zdrowotnej do realizacji szczepień w związku z możliwością pobierania opłat rekompensujących dodatkowe koszty, które generuje wykonanie szczepienia w ich placówce.

W przypadku negatywnej interpretacji NFZ dotyczącej kwestii wskazanej powyżej należałoby podjąć próbę uzyskania korzystnej interpretacji Ministra Zdrowia. Ostatnim – najdalej idącym

¹²⁹ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 29.10.2012

rozwiązaniem – jest nowelizacja Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przez wprowadzenie definicji sformułowania „koszt zakupu szczepionki”.

Ramka 22. Szczepienia w Zakładach Opieki Zdrowotnej

Szczepienia w Zakładach Opieki Zdrowotnej

■ ■ ■ | Domański Zakrzewski Palinka

Problem dostępności szczepionek w ramach szczepień zalecanych w Zakładach Opieki Zdrowotnej sprowadza się do kilku podstawowych zagadnień:

- ▶ możliwości nabycia i zaaplikowania pacjentowi szczepionki należącej do danej placówki,
- ▶ możliwości pobrania od pacjenta opłaty,
- ▶ wysokości opłaty za szczepionkę.

Na wstępie należy stwierdzić, że Zakłady Opieki Zdrowotnej mogą nabywać produkty lecznicze (w tym szczepionki) w hurtowniach. Art. 78 ust. 1 pkt. 3 Ustawy prawo farmaceutyczne obliguje hurtownika do dostarczania produktów leczniczych osobom wyłącznie uprawnionym. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej do podmiotów tych należą Zakłady Opieki Zdrowotnej (obecnie podmioty lecznicze). Nie ulega wątpliwości, że z prawnego punktu widzenia zastosowanie preparatu szczepionkowego nie różni się co do zasady od podawania pacjentowi Zakładu Opieki Zdrowotnej innego produktu leczniczego w ramach udzielanych świadczeń, choć – jak wcześniej wskazano – część zakładów żywi nieuzasadnione obawy dotyczące możliwości nabywania, przechowywania i aplikowania szczepionek.

Drugim zagadnieniem jest problem pobierania opłat za świadczenie gwarantowane, którym jest szczepienie zalecane. Ustawa o świadczeniach stwierdza, że kto pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej podlega karze grzywny. Zgodnie z art. 44 Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, a takim jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Zgodnie z ustawową definicją świadczenie gwarantowane jest to świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych. Art. 19 ust 2 oraz 7 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi jednoznacznie wskazują, że pacjent jest zwolniony tylko z części kosztów związanych ze szczepieniem zalecanym – ponosi on jedynie koszty zakupu szczepionki. Ustawa ta nie wskazuje jednak, na jakich zasadach należy pobierać opłatę za szczepionkę. Na podstawie powyższych informacji opłatę za szczepionkę należałoby uznać za koszt części świadczenia nier refundowanego przez NFZ. Zasada jest, że jeśli płatnik nie finansuje danego świadczenia lub jego części, to musi być ono sfinansowane przez pacjenta. Nie ulega więc wątpliwości, że ZOZ może co do zasady pobierać opłatę za szczepionkę wykorzystaną do realizacji szczepienia zalecanego w ramach umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju POZ.

Kolejna kwestia dotyczy tego, co składa się na koszt zakupu szczepionki ponoszony przez świadczeniobiorcę na rzecz świadczeniodawcy. Świadczeniodawca po zakupieniu szczepionek w hurtowni farmaceutycznej jest obciążony kosztem ich transportu i przechowywania w odpowiednich warunkach (wymóg utrzymania tzw. zimnego łańcucha), co generuje określone koszty. Powstaje zatem wątpliwość, czy „koszt zakupu szczepionki” oznacza „koszt szczepionki wskazany na fakturze”, tj. koszt zakupu szczepionki przez świadczeniodawcę, czy „koszt zakupu szczepionki” oznacza ‘hurtową cenę szczepionki i koszt związany z zapewnieniem bezpieczeństwa i pełnej wartości szczepionki przed podaniem jej pacjentowi’.

Z brzmienia przepisu, ale też zasad ustrojowych oraz celu wskazanej wyżej regulacji, zasadne wydaje się przyjęcie drugiego rozwiązania. Nie może bowiem być tak, że świadczeniodawca,

umożliwiając pacjentowi szczepienie bezpośrednio, czyli bez uprzedniej wizyty w aptecę, będzie ponosił negatywne finansowe skutki takiego działania. Klasyfikacja kosztów ponoszonych w ramach realizacji świadczeń gwarantowanych ma charakter dychotomiczny – koszty, które nie są ponoszone przez płatnika publicznego, są ponoszone przez świadczeniobiorcę. Nie można zatem wymagać, aby część kosztów świadczenia gwarantowanego nie finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (koszt transportu i przechowania szczepionki) była ponoszona przez świadczeniodawcę.

Zalecenia

- ▶ Ponieważ stanowisko NFZ w powyższej kwestii nie jest jednoznaczne, w pierwszej kolejności należałoby się zwrócić do Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o interpretację przepisu art. 19. ust. 7 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Interpretacja taka wszak nie ma mocy wiążącej, ale ponieważ jest dokonywana przez jedną ze stron stosunku umownego (w ramach umowy POZ), mogłaby być wykorzystana przez świadczeniodawców jako argument w ewentualnym sporze z NFZ. Uzyskanie korzystnej dla zakładów interpretacji dotyczącej pobierania opłat i uwzględniania w niej kosztów bezpiecznego dostarczania szczepionek do pacjentów bez wątplenia zwiększy pewność prawną świadczeniodawców. To z kolei przełoży się na bezpieczeństwo i wygodę pacjentów oraz na wzrost wyszczepialności. Najkorzystniejszym rozwiązaniem byłoby wydanie oficjalnego komunikatu Prezesa NFZ w tej sprawie.
- ▶ W drugiej kolejności, w przypadku negatywnej interpretacji NFZ, należałoby podjąć próbę uzyskania korzystnej interpretacji Ministra Zdrowia dotyczącej kwestii wskazanej powyżej. Do zadań Ministra należy m.in. nadzór nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia. Korzystna zatem dla Zakładów Opieki Zdrowotnej interpretacja Ministra Zdrowia powinna być uwzględniona przez podległy mu NFZ. Najkorzystniejszym rozwiązaniem byłoby wydanie oficjalnego komunikatu Ministra Zdrowia w tej sprawie.
- ▶ Ostatnim, najdalej idącym rozwiązaniem, jest nowelizacja Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przez którą wprowadzono by definicję sformułowaną „koszt zakupu szczepionki”.

6.1.6 Szczepienie w innych miejscach

Dodatkowym działaniem zwiększającym dostępność jest wykonywanie szczepień w innych miejscach niż Zakłady Opieki Zdrowotnej¹³⁰. Rozwiązanie to dotyczy gabinetów prywatnych oraz aptek.

W przypadku prywatnych gabinetów lekarskich wiązałoby się to z umożliwieniem takim podmiotom zakupu szczepionek w hurtowniach farmaceutycznych, a następnie – podobnie jak w Zakładach Opieki Zdrowotnej – z umożliwieniem wykorzystania szczepionek do szczepienia pacjentów w gabinecie oraz pobierania opłat za szczepionkę, materiały wykorzystane do szczepienia i koszty związane z przechowywaniem szczepionki. Zalecenia dla omawianej kwestii zostały przedstawione w poniższej ramce.

Ramka 23. Analiza prawna: Szczepienia w gabinetach prywatnych¹³¹

Szczepienia w gabinetach prywatnych

■ ■ ■ | Domański Zakrzewski Palinka

Zasady wykonywania szczepień przez lekarzy prowadzących indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską oraz grupową praktykę lekarską są inne niż w Zakładach Opieki Zdrowotnej, Podstawowa wątpliwość dotyczy możliwości szczepienia pacjenta szczepionką należącą do lekarza (problem obrotu) oraz pobierania opłaty z tego tytułu.

¹³⁰ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 29.10.2012

¹³¹ Opracowanie kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka

Artykuł 68 ust. 1 Prawa farmaceutycznego wyraźnie wskazuje, że obrót detaliczny produktami leczniczymi prowadzony jest w aptekach ogólnodostępnych. Nie uznaje się jednak za obrót detaliczny bezpośredniego zastosowania u pacjenta przez lekarza produktów leczniczych, których potrzeba zastosowania wynika z rodzaju udzielanego świadczenia zdrowotnego. Wykaz produktów leczniczych, które mogą być doraźnie stosowane przez lekarza (prowadzącego własną praktykę) został umieszczony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. W wykazie tym nie ma szczepionek. Zatem bezpośrednie zastosowanie u pacjenta szczepionki (np. przeciw grypie) dostarczonej przez lekarza w ramach praktyki lekarskiej będzie stanowiło obrót detaliczny w rozumieniu prawa farmaceutycznego, co naruszy art. 68 ust. 1. Prawa farmaceutycznego.

Z tego powodu lekarze prowadzący indywidualne i grupowe praktyki lekarskie mogą nabywać szczepionki jedynie w aptece, natomiast wykonywanie przez nich szczepień – nawet szczepionką nabytą przez nich w aptece – jest dyskusyjne.

Pobieranie opłat pokrywających koszt szczepionki udostępnionej przez lekarza jest w obecnym stanie prawnym niedozwolone – skoro podanie pacjentowi szczepionki należącej do lekarza prowadzącego praktykę to obrót detaliczny, to pobieranie opłat należałoby uznać za sprzedaż. Lekarz nie może bowiem sprzedawać produktów leczniczych (zgodnie z art. 46 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Podsumowując, najbezpieczniejszym z prawnego punktu widzenia sposobem na realizację szczepienia przeciw grypie w gabinecie prywatnym jest uzyskanie przez pacjenta recepty na szczepionkę, nabycie przez pacjenta szczepionki i ponowna wizyta w gabinecie oraz poddanie się zabiegowi szczepienia własną szczepionką.

Zalecenia:

Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 68 ust. 7 prawa farmaceutycznego polegająca na dodaniu do wykazu produktów leczniczych (których doraźne stosowanie przez lekarza nie jest uznawane za obrót produktami leczniczymi) szczepionek przeciw grypie, ewentualnie także innych szczepionek zalecanych.

W przypadku aptek mogłoby się to wiązać np. z nadaniem aptece statusu punktu szczepień, przeszkoleniem farmaceutów i przeprowadzeniem kampanii informacyjnej. Poniższa ramka opisuje przykład Portugalii, gdzie wprowadzono możliwość wykonywania szczepień w aptekach przez farmaceutów.

Ramka 24. Szczepienie przeciw grypie wykonywane w aptece – Portugalia¹³²

Portugalia

Projekt wykonywania szczepień w aptekach rozpoczął się w 2007 r. i składał się z trzech części. Pierwszą z nich było przeprowadzenie szkoleń dla farmaceutów. W pierwszym roku blisko połowa aptek wysłała przynajmniej jednego farmaceutę na szkolenie. Kolejnym krokiem była kampania informacyjna. W efekcie ok. 25% wszystkich szczepień przeciw grypie zostało zrealizowanych w aptekach. 50% osób z grupy pacjentów powyżej 65 roku życia zostało zaszczepionych.

¹³² Materiały informacyjne ANF National Association of Pharmacies: *Immunization Delivery: a new service provided in Portuguese pharmacies*

Analiza podstaw prawnych wykonywania szczepień w innych miejscach niż Zakłady Opieki Zdrowotnej została przedstawiona w poniższej ramce.

Ramka 25. Analiza prawna: Szczepienia w innych miejscach¹³³

Szczepienia w innych miejscach

■ ■ ■ | Domański Zakrzewski Palinka

Możliwość wykonywania szczepień poza gabinetem jest uzależniona od tego, czy szczepienia te są udzielane przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej w ramach umowy z NFZ. W takiej sytuacji umowa z NFZ, rozporządzenie Ministra Zdrowia oraz przepisy odrębne dokładnie określają miejsce oraz czas udzielania świadczeń (harmonogram), a także warunki lokalowe, jakie muszą zostać spełnione przez świadczeniodawcę. Istnieje możliwość udzielania świadczenia w filiach świadczeniodawcy. Dopuszcza się zapewnienie dostępności do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w wybranych dniach i godzinach, zgodnie z harmonogramem pracy filii.

Inaczej przedstawia się sytuacja wykonywania szczepień poza umową z NFZ. W obowiązujących przepisach nie ma zakazu dokonywania szczepień poza placówką podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Szczepienie takie mogłoby być zatem przeprowadzane np. w miejscu pracy, a nawet w centrum handlowym.

Osobną kwestią jest możliwość wykonywania szczepień przez farmaceutów w aptece. Niewątpliwie pozwoliłoby to na zwiększenie liczby szczepień wśród pacjentów. Apteka może prowadzić działalność polegającą na szczepieniu, gdyż jest ona placówką ochrony zdrowia publicznego, a szczepienie należy uznać za działanie na rzecz ochrony zdrowia publicznego.

Niestety obecnie wykonywanie szczepień przez farmaceutów jest niemożliwe. Szczepienia ochronne mogą być bowiem przeprowadzane jedynie przez lekarzy lub felczerów, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadających odpowiednie kwalifikacje.

Istnieje niestety ryzyko, że prowadzenie szczepień w aptece przez osobę zatrudnioną przez podmiot prowadzący aptekę może doprowadzić do uznania apteki za podmiot leczniczy. Bezpieczniej zatem rozwiązaniem byłoby zawarcie umowy o współpracę z osobą posiadającą uprawnienia do wykonywania szczepień ochronnych.

Zalecenia:

Nowelizacja ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (zmiana art. 17 ust. 6) – umożliwienie farmaceutom wykonywania szczepień ochronnych.

Zmiany w przepisach zapobiegające ryzyku uznania przedsiębiorcy prowadzącego aptekę za podmiot leczniczy – opcjonalnie.

6.2 Finansowanie szczepień

6.2.1 Finansowanie szczepień przeciwko grypie w Polsce

W Polsce można wyróżnić następujące podmioty finansujące szczepienia:

1. państwo (NFZ i Ministerstwo Zdrowia) – w ramach rekomendowanych szczepień obowiązkowych zdefiniowanych w Programie Szczepień Ochronnych,
2. samorządy terytorialne – w ramach realizowanych lokalnie programów zdrowotnych,
3. pracodawcy – w ramach indywidualnych praktyk pracodawców,
4. pacjenci.

¹³³ Opracowanie kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka

Zasady finansowania szczepień w Polsce są regulowane przez Program Szczepień Ochronnych. W ramach PSO wyróżniono szczepienia obowiązkowe oraz zalecane i zdefiniowano podmioty, które je finansują. Poniższe tabele przedstawiają obecne uwarunkowania prawne w tym zakresie.

Tabela 8. Źródło finansowania obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce¹³⁴

Typ świadczenia	Osoby ubezpieczone	Osoby nieubezpieczone
Badanie kwalifikacyjne	Narodowy Fundusz Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia
Świadczenie	Narodowy Fundusz Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia
Preparat szczepionkowy	Ministerstwo Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia

Tabela 9. Źródło finansowania zalecanych szczepień ochronnych w Polsce¹³⁵

Typ świadczenia	Osoby ubezpieczone	Osoby nieubezpieczone
Badanie kwalifikacyjne	Narodowy Fundusz Zdrowia	Indywidualnie
Świadczenie	Narodowy Fundusz Zdrowia	Indywidualnie
Preparat szczepionkowy	Indywidualnie lub inne źródło finansowania: samorządy, ubezpieczenie prywatne, pracodawcy	Indywidualnie lub inne źródło finansowania: samorządy, ubezpieczenie prywatne, pracodawcy

Szczepienie przeciw grypie należy do grupy szczepień zalecanych, zatem nie jest finansowane przez Ministerstwo Zdrowia. Może być za to finansowane przez samorządy terytorialne, pracodawców, a także samych pacjentów. W ramach Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy przedstawiono możliwości związane z finansowaniem szczepień przez samorządy i pracodawców. Szczepienia przeciw grypie finansowane przez państwo nie są obecnie priorytetem. W pierwszej kolejności należy umożliwić wdrożenie pozostałych obszarów programu. Biorąc pod uwagę wytyczne WHO i Rady Unii Europejskiej oraz wieloletnią perspektywę wdrożenia niniejszego raportu, można rozważyć dodatkowe formy finansowania. Natomiast niniejszy rozdział obejmuje dwa aspekty tego zagadnienia, tzn. finansowanie przez samorządy terytorialne oraz przez pracodawców.

6.2.2 Finansowanie szczepień przez samorządy

Stan obecny

Finansowanie szczepień przez samorządy wiąże się ze stworzeniem Programu Zdrowotnego. Jego wejście w życie jest uzależnione od uzyskania pozytywnej opinii z Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Portal dla lekarzy Medycyna Praktyczna w wywiadzie z lek. Anną Brzezińską, Dyrektorem Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych w Warszawie, podaje, z których województw sływa najczęściej zgłoszeń programów zdrowotnych. Są to w kolejności: śląskie (130 projektów), dolnośląskie (103), mazowieckie (95), małopolskie (69), lubelskie (45), łódzkie (32), pomorskie (29), wielkopolskie (28), kujawsko-pomorskie (20), podkarpackie (20), świętokrzyskie (18), zachodniopomorskie (18), opolskie (12), podlaskie (11), warmińsko-mazurskie (8) i lubuskie (4). Spośród 670 programów, które wpłynęły

¹³⁴ Łanda K., et al., *Ocena możliwości poprawy systemu finansowania immunizacji czynnej i biernej ze środków publicznych w Polsce*, Kraków 2012

¹³⁵ Łanda K., et al., *Ocena możliwości poprawy systemu finansowania immunizacji czynnej i biernej ze środków publicznych w Polsce*, Kraków 2012

do oceny, 176 dotyczyło szczepień¹³⁶. Z danych wynika, w których regionach Polski samorządy są bardziej aktywne i w związku z tym, gdzie pacjenci czerpią korzyści z wybranych, bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Finansowanie szczepień przez samorządy jest inicjatywą pozytywną, choć z drugiej strony cechuje ją nierówny dostęp do szczepień. Na przykład w Warszawie miasto finansuje szczepienia dla pacjentów powyżej 65 roku życia¹³⁷, a w gminie Konstancin-Jeziorna dla pacjentów już powyżej 55 roku życia¹³⁸. Są gminy, w których szczepieni bezpłatnie są wszyscy chętni do wyczerpania limitu szczepionek (np. gmina Bierutów¹³⁹).

Zalecenia

Chcąc zwiększyć aktywność samorządów w obszarze finansowania szczepień przeciw grypie i wyrównania szans na bezpłatny dostęp do szczepień w poszczególnych regionach, Ministerstwo Zdrowia powinno współpracować z samorządami w opracowaniu, wdrażaniu, realizowaniu i finansowaniu programów zdrowotnych, aby doprowadzić do zwiększenia poziomu wszczepialności w kraju. Na podstawie zapotrzebowania zgłaszanego przez zainteresowane samorządy, na szczeblu ministerialnym, opracowywany byłby projekt tego programu. Wówczas wymagana byłaby tylko jedna ocena AOTM. Obecnie każdy samorząd ubiegający się o finansowanie programu zdrowotnego musi każdorazowo uzyskać pozytywną ocenę AOTM. W następnym etapie prac można rozważyć wspólny wybór realizatora programu zdrowotnego, co daje większą siłę przetargową w realizacji zadań. Zaletą takiego rozwiązania jest połączenie korzyści właściwych dla programów samorządowych (dobra znajomość lokalnych potrzeb zdrowotnych, brak konieczności uruchamiania środków z budżetu państwa) z korzyściami z realizacji ministerialnego programu zdrowotnego (doświadczenie, mniej formalności, potencjalnie szerszy zasięg działania programu). Rozwiązanie to wymaga wprowadzenia istotnych zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴⁰.

6.2.3 Finansowanie szczepień przez pracodawców

Stan obecny

Szczepienia przeciw grypie mogą finansować pracodawcy. W przypadku skorzystania z takiego świadczenia pracownik jest zobowiązany zapłacić od niego podatek, ponieważ wartość otrzymanego, nieobowiązkowego świadczenia w postaci szczepienia przeciw grypie stanowi dla pracownika przychód ze stosunku pracy, na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych). Z powodu konieczności odprowadzenia podatku część osób rezygnuje ze szczepienia. Przykładem mogą być szczepienia w wojsku, gdzie w jednym roku na 100 tys. uprawnionych osób zaszczepiło się ok. 40 tys. osób, a w kolejnym – z powodu poinformowania o konieczności zapłacenia podatku – zaszczepiło się jedynie ok. 20 tys. Poziom wyszczepialności spadł zatem o 50%¹⁴¹.

Zalecenia

Według obecnej interpretacji aktów prawnych wartość otrzymanego, nieobowiązkowego świadczenia w postaci szczepienia przeciw grypie stanowi dla pracownika przychód ze stosunku pracy. Ponadto sfinansowanie pracownikom świadczeń w postaci szczepień przeciw grypie nie zwalnia z podatku dochodowego, ponieważ pracodawca nie ma obowiązku zapewnienia pracownikom tego rodzaju świadczeń. Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt. 11 Ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych wolne od podatku dochodowego są świadczenia rzeczowe i ekwiwalenty za te świadczenia, przysługujące na podstawie przepisów o bezpieczeństwie i higienie pracy, jeśli zasady ich przyznawania wynikają z odrębnych ustaw lub przepisów

¹³⁶ <http://www.mp.pl/szczepienia/wywiady/show.html?id=72099>, 14.11.2012

¹³⁷ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 29.10.2012

¹³⁸ http://www.konstancinjeziorna.pl/index.php?option=16&action=news_show&news_id=1125, 14.11.2012

¹³⁹ http://www.bierutow.pl/asp/pl_start.asp?typ=13&sub=0&menu=1&artykul=415&akcja=artykul, 14.11.2012

¹⁴⁰ Opracowanie kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka

¹⁴¹ Grupa Robocza ds. Grypy, wnioski w warsztatach z dnia 16.10.2012

wykonawczych wydanych na podstawie tych ustaw. Aby wyłączyć koszt szczepienia spod opodatkowania i zwiększyć liczbę szczepień, można:

- ▶ zmienić rozporządzenie wydane na podstawie art. 20 ust. 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, obligując pracodawców do zaszczepienia pracowników przeciw grypie,
- ▶ zmienić rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki, uaktualniając § 16 ust 1 rozporządzenia (zmiana techniczna) – zastąpienie odesłania do uchylonej ustawy na odesłanie do aktualnie obowiązującej ustawy regulującej kwestie szczepień.

Podsumowanie

Działaniami, które mogą przyczynić się do zwiększenia liczby szczepień przeciw grypie, w ramach ich finansowania, są przede wszystkim nowelizacje prawa. Centralne wsparcie programów zdrowotnych realizowanych przez samorządy terytorialne czy też zniesienie konieczności uiszczania podatku od szczepienia przyjętego u pracodawcy mogą w stosunkowo prosty sposób przyczynić się do zwiększenia poziomu wyszczepialności. W wieloletniej perspektywie można rozważyć dodatkowe formy finansowania, takie jak refundacja szczepień, jednakże obecnie priorytetem są działania nieangażujące w znacznym stopniu finansów publicznych, które zostały opisane w niniejszym raporcie.

Aneks 1. Powikłania pogrypowe¹⁴²

Powikłania pogrypowe

Powikłania pogrypowe ze strony układu oddechowego:

- ▶ zapalenie płuc i oskrzeli, wtórne bakteryjne zapalenie płuc i zapalenie oskrzelików (szczególnie u niemowląt i dzieci), zakażenia meningokokowe lub zaostrzenie astmy.

Ze strony innych układów:

- ▶ odrzut przeszczepu,
- ▶ zapalenie ucha środkowego (występuje najczęściej),
- ▶ zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia,
- ▶ zespół wstrząsu toksycznego,
- ▶ zapalenie mięśni i mioglobinuria (mogąca prowadzić do niewydolności nerek),
- ▶ pogrypowe kłębuszkowe zapalenie nerek, zaostrzenie przewlekłych kłębuszkowych zapaleń nerek, nasilenie objawów przewlekłej niewydolności nerek.

Powikłania neurologiczne:

- ▶ nasilenie częstości napadów padaczkowych, choroby naczyniowe mózgu.

Powikłania ośrodkowego układu nerwowego:

- ▶ toksyczna encefalopatia, zapalenie mózgu, poinfekcyjne zapalenie opon mózgowych, choroba Parkinsona, zespół Reye'a.

Schorzenia naczyniowe mózgu:

- ▶ wylewy podpajęczynówkowe.

Zapalenie mózgu:

- ▶ grypowe zapalenie mózgu.

Powikłania w psychiatrii:

- ▶ zespół majaczeniowy

Pozostałe powikłania pogrypowe, które obserwuje się najczęściej u dzieci:

- ▶ dysfunkcja receptora słuchowego, częściowa utrata słuchu, a nawet głuchota,
- ▶ zaostrzenie przebiegu astmy i mukowiscydozy,
- ▶ bóle brzucha, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, biegunka, wymioty, niejednokrotnie imitujące zapalenie wyrostka robaczkowego,
- ▶ bóle mięśniowe, zapalenie mięśni,
- ▶ powikłania neurologiczne, w tym zespół Guillian-Barrégo, poprzeczne zapalenie rdzenia,

¹⁴² Brydak L.B., et al., *Polskie Standardy profilaktyki i leczenia grypy*, Warszawa 2007

Aneks 2. Skuteczność szczepień przeciw grypie

Skuteczność szczepień przeciw grypie

Wg WHO szczepionki przeciw grypie oferują **ochronę rzędu 70-90%** w przypadku optymalnego dopasowania do szczepów wirusów krążących w populacji w danym sezonie epidemicznym zdrowych ludzi poniżej 65 roku życia. Dzięki szczepieniom u osób starszych można **zredukować liczbę hospitalizacji grypowych o 25-39% oraz śmiertelność podczas sezonów epidemicznych o 39-75%**¹⁴³.

Przegląd badań¹⁴⁴ wskazuje, że u dzieci w wieku od 6 miesięcy do 16 lat przeciętna skuteczność szczepionek wynosi 65%, a **u dzieci poniżej 18 roku życia – 59%**. W sezonach, w których dopasowanie uznano za dobre, skuteczność szczepień u **dzieci poniżej 5 roku życia** wahała się w granicach 60-85%, podczas gdy w pozostałych przypadkach skuteczność ta została oszacowana na poziomie 0-60%¹⁴⁵.

Przeprowadzone badania skuteczności szczepień **dla pracowników opieki medycznej** w Baltimore (USA) potwierdzają 88% skuteczności szczepień przeciw wirusowi typu A oraz 89% przeciw wirusowi typu B¹⁴⁶. Badania empiryczne, choć prowadzone w ograniczonym zakresie, także dowodzą skuteczności **szczepień personelu medycznego w ograniczaniu śmiertelności pacjentów** placówek opieki zdrowotnej¹⁴⁷.

Szczepienia **kobiet w ciąży** podwyższają poziom ich odporności (zwiększają poziom przeciwciał antygrypowych¹⁴⁸). Ponadto szczepienie matek przyczynia się do znacznej redukcji zapadalności na grypę u noworodków. Badania dotyczące efektów szczepień w USA i Bangladeszu dowodzą skuteczności szczepień na poziomie od 36% aż do 92%, w zależności od przyjętych założeń¹⁴⁹. Badania wykonane w Bangladeszu dotyczyły niemowląt, których stan zdrowia monitorowany był przez 24 miesiące od porodu. Ustalono, że szczepienia matek wpływały na zmniejszenie zapadalności dzieci na choroby układu oddechowego o 36% oraz redukowały laboratoryjnie potwierdzenie zachorowania na grypę o 69%. W analogicznym badaniu przeprowadzonym w USA oszacowano skuteczność szczepień przeciw laboratoryjnie potwierdzonym zachorowaniom na grypę na poziomie 45%, jednocześnie zaobserwowano redukcję o 92% liczby przypadków hospitalizacji spowodowanych grypą w ciągu pierwszych 6 miesięcy życia¹⁵⁰.

Skuteczność szczepień **u osób z chorobami przewlekłymi** związana jest od rodzaju choroby (typu choroby, stanu jej zaawansowania itd.). Wyniki badań potwierdzają skuteczność szczepień u pacjentów z astmą oraz innymi przewlekłymi chorobami układu oddechowego. U dzieci z przewlekłymi chorobami dróg oddechowych skuteczność szczepień oszacowano na poziomie 54-78%¹⁵¹. U chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) badania dowodzą skuteczności szczepień powyżej 75%, niezależnie od przebiegu samej choroby¹⁵².

¹⁴³ <http://www.who.int/influenza/en/strona> WHO poświęcona grypie, dostępna we wszystkich oficjalnych językach ONZ, 03.08.2012

¹⁴⁴ Negri E., et al., *Influenza vaccine in healthy children: a meta-analysis*, Vaccine, 2005, s. 2851-2861

¹⁴⁵ Joshi A.Y., et al., *Effectiveness of inactivated influenza vaccine in children less than 5 years of age over multiple influenza seasons, A case-control study*, Vaccine, 2009, s. 4457-4461, za: *Background Paper on Influenza Vaccines...*, s. 17

¹⁴⁶ Wilde J.A., et al., *Effectiveness of influenza vaccine in health care professional. A randomized trial*, Journal of the American Medical Association, 1999, s. 908-913

¹⁴⁷ Potter J., et al., *Influenza vaccination of health care workers in long-term-care hospitals reduces the mortality of elderly patients*, Journal of Infectious Diseases, 1997, s. 225-226

¹⁴⁸ Englund J.A., et al., *Maternal immunization with influenza or tetanus toxoid vaccine for passive antibody protection in young infants*, The Journal of Infectious Diseases, 1993, s. 647-656, za: *Background Paper on Influenza Vaccines...*, s. 10

¹⁴⁹ Ortiz J.R., et al., *Influenza vaccine for pregnant women in resource-constrained countries: a review of the evidence to inform policy decisions*, Vaccine, 2011, s. 4439-52

¹⁵⁰ Benowitz I., et al., *Influenza vaccine given to pregnant women reduces hospitalization due to influenza in their infants*, Clinical Infectious Diseases, 2010, s. 1355-61, za: *Background Paper on Influenza Vaccines...*, s. 11

¹⁵¹ Sugaya N., et al., *Efficacy of inactivated vaccine in preventing antigenically drifted influenza type A and well-matched type B*, The Journal of the American Medical Association, 1994, s. 1122-1126, za: *Background Paper on Influenza Vaccines...*, s. 26

¹⁵² Wongsurakiat P., et al., *Acute respiratory illness in patients with COPD and the effectiveness of influenza vaccination: a randomized controlled study*, Chest, 2004, s. 2011-2020, za: *Background Paper on Influenza...*, s. 26

U nosicieli wirusa HIV oraz u osób chorujących na przewlekłe choroby układu krążenia skuteczność szczepień wynosi ok. 48%¹⁵³ (60% dla tej samej grupy wiekowej osób zdrowych)¹⁵⁴.

Aneks 3. Zadania/obowiązki Krajowych Ośrodków ds. Grypy¹⁵⁵

Zadania/obowiązki Krajowych Ośrodków ds. Grypy

Krajowe Ośrodki ds. Grypy (NICs) są placówkami krajowymi desygnowanymi przez Ministerstwo Zdrowia danego kraju i uznawanymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako uczestniczące w Globalnym Programie ds. Grypy WHO (WHO Global Influenza Programme). Uznane przez WHO, Krajowe Ośrodki ds. Grypy stają się członkami Globalnej Sieci Nadzoru nad Grypą WHO (WHO Global Influenza Surveillance and Response System GISRS).

W zakresie swoich kompetencji Krajowe Ośrodki ds. Grypy będą:

Ogólne

- ▶ Służyć jako punkt kontaktowy między WHO a krajem swego pochodzenia we wszystkich kwestiach dotyczących wirusologicznego i epidemiologicznego nadzoru nad grypą oraz dostarczać izolaty wirusa grypy Globalnej Sieci Nadzoru nad Grypą (WHO Global Influenza Surveillance Network).
- ▶ Utrzymywać aktywną komunikację z członkami Globalnej Sieci Nadzoru nad Grypą WHO (WHO Global Influenza Surveillance Network) poprzez np. przesyłanie izolatów wirusa grypy w odpowiednim czasie, natychmiastowe przekazywanie informacji o nietypowych wirusach wywołujących zachorowania, czy przesyłanie cotygodniowych raportów na temat aktywności grypy w danym sezonie epidemicznym i dostarczanie jakichkolwiek innych stosownych informacji dotyczących nadzoru nad grypą i kontroli.

Izolacje wirusa i przesyłki

- ▶ W celu wyizolowania wirusa grypy, pobierać odpowiednie próbki kliniczne od pacjentów w ciągu całego roku, a zwłaszcza w czasie sezonu epidemicznego grypy czy niespodziewanych wzrostów zachorowań.
- ▶ Działać jako punkt kontaktowy dla innych laboratoriów w kraju prowadzących izolację wirusa grypy.
- ▶ Wykonywać wstępną identyfikację izolowanych szczepów wirusów grypy poprzez określenie ich typu i podtypu.
- ▶ W określonym czasie przekazywać reprezentatywne izolaty wirusów grypy do odpowiedniego Centrum Referencyjnego ds. Grypy WHO (WHO Collaborating Centres for Reference and Research on Influenza), w tym szczepy, które słabo reagują przy użyciu zestawu odczynników dostarczonych przez WHO.
- ▶ Natychmiast powiadamiać Globalny Program ds. Grypy WHO (WHO Global Influenza Programme) o izolacjach wirusów grypy, które nie mogą być łatwo zidentyfikowane przy użyciu zestawu reagentów dostarczonych przez WHO i natychmiast przekazać taki izolat do Centrum Referencyjnego ds. Grypy WHO (WHO Collaborating Centres for Reference and Research on Influenza).

Komunikacja i wymiana informacji

- ▶ Natychmiast powiadamiać WHO i/lub którekolwiek z Centrów Referencyjnych ds. Grypy WHO (WHO Collaborating Centres) o pojawieniu się wyjątkowych wybuchów grypy/zachorowań grypopodobnych oraz/i o wirusach grypy, które nie mogą być łatwo zidentyfikowane przy użyciu reagentów dostarczonych przez WHO oraz na temat innych

¹⁵³ Fine A.D., et al., *Influenza A among patients with human immunodeficiency virus: an outbreak of infection at a residential facility in New York City*, Clinical Infectious Diseases, 2001, s. 1784-91, za: *Background Paper on Influenza Vaccines...*, s. 26

¹⁵⁴ Herrera G.A., et al., *Influenza vaccine effectiveness among 50-64-year-old persons during a season of poor antigenic match between vaccine and circulating influenza virus strains: Colorado, United States, 2003-2004*, Vaccine, 2007, s. 154-160, za: *Background Paper on Influenza Vaccines...*, s. 26

¹⁵⁵ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa 2008, s. 165-190

informacji wskazujących na pojawienie się wirusów grypy o potencjale pandemicznym.

- ▶ W czasie sezonu epidemicznego regularnie, najlepiej co tydzień, drogą elektroniczną, przysyłać raporty o aktywności grypy w kraju, intensywności nadzoru wirusologicznego oraz zapewnić terminowe przekazywanie takich informacji na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym, np. poprzez FluNet.
- ▶ Przekazywać do Globalnego Programu ds. Grypy WHO (WHO Global Influenza Programme) roczne sprawozdanie/streszczenie na temat aktywności grypy, nadzoru wirusologicznego i innych właściwych danych odnośnie sytuacji epidemiologicznej grypy na poziomie kraju.

Zachęca się, by Krajowe Ośrodki ds. Grypy:

- ▶ Służyły jako baza szkoleniowa odnośnie nadzoru nad grypą w regionie.

W krajach, gdzie istnieje sieć nadzoru nad grypą:

- ▶ Służyły jako punkt centralny sieci i służyły techniczną radą oraz pomocą członkom sieci odpowiedzialnym czy to za zbieranie próbek i dane epidemiologiczne, czy za izolację i wstępną charakterystykę wirusa grypy.

W krajach, gdzie sieć nadzoru nad grypą nie istnieje:

- ▶ Tam, gdzie to możliwe, powołać krajową sieć laboratoriów i/lub lekarzy, którzy będą odpowiedzialni za zarówno pobieranie próbek, jak i dane epidemiologiczne i/lub izolację oraz wstępną charakterystykę wirusów grypy oraz odpowiedzialni za przesyłanie informacji, próbek i/lub izolatów do Krajowego Ośrodka ds. Grypy.

Krajowy Ośrodek ds. Grypy otrzyma poprzez Globalną Sieć Nadzoru nad Grypą WHO (WHO Global Influenza Surveillance Network):

- ▶ Co najmniej raz w roku zestaw odczynników do wystandaryzowanej/ujednoliconej identyfikacji wirusów grypy.
- ▶ Raporty z wynikami analizy antygenowej i genetycznej izolatów dostarczonych do Centrów Referencyjnych ds. Grypy WHO (WHO Collaborating Centres for Influenza).
- ▶ Publikacje WHO na temat lokalnej i globalnej aktywności grypy oparte na danych otrzymywanych poprzez Globalną Sieć Nadzoru nad Grypą WHO (WHO Global Influenza Surveillance Network) oraz z innych źródeł.

WHO, opracowała Brydak L.B., 2004

Aneks 4. Uzasadnienie wybranych rekomendacji dotyczących szczepień przeciw grypie

Uzasadnienie wybranych rekomendacji dotyczących szczepień przeciw grypie

- 1. Osoby starsze.** Grypa u osób starszych¹⁵⁶ uważana jest za jedną z głównych przyczyn zgonów w wyniku powikłań pogrypowych np. zapalenie płuc. Ponadto w Stanach Zjednoczonych w latach 1976-2007 zgony pacjentów powyżej 65 roku życia stanowiły blisko 90% wszystkich zgonów z powodu grypy lub jej powikłań¹⁵⁷. Osoby starsze od 85 roku życia są aż 16-krotnie bardziej zagrożone śmiercią z powodu grypy niż chorzy w wieku 65-69 lat¹⁵⁸. Również odsetek przypadków wymagających hospitalizacji jest relatywnie wysoki wśród osób starszych. Szacuje się, że od 125 do 228 na 100tys. osób starszych w populacji Stanów Zjednoczonych jest rocznie hospitalizowanych z powodu powikłań pogrypowych. Dane te dotyczą osób bez dodatkowych czynników zwiększających ryzyko (np. chorób przewlekłych). Wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi liczba hospitalizowanych na 100tys. osób wynosi bowiem od 399 do 528¹⁵⁹. W przypadku pozostałych osób dorosłych współczynniki te są 4-10-krotnie niższe¹⁶⁰. Kolejnym czynnikiem, który osoby starsze czyni grupą podwyższonego ryzyka, jest zagrożenie, które powoduje grypa w domach opieki społecznej oraz innych placówkach opiekuńczych. Wykazano, że w zamkniętym środowisku zakażenia wirusem grypy mogą występować wyjątkowo często.¹⁶¹
- 2. Dzieci.** U dzieci poniżej 5 roku życia problem infekcji spowodowanej przez grypę jest szczególnie ważny. WHO oszacowało, że w 2008 r. na świecie na grypę chorowało 90 mln dzieci w tym wieku¹⁶². Grypa wraz z powikłaniami była główną przyczyną zgonu w 28-111 tys. przypadków. Dzieci są bardziej podatne na zakażenie wirusem grypy, przebieg choroby jest u nich znacznie cięższy niż u dorosłych. Wynika to z faktu, że u dzieci nie ma jeszcze dobrze wykształconego układu immunologicznego. Przyczynia się do tego również częste przebywanie dzieci w dużych skupiskach ludzkich, np. żłobki, przedszkola, supermarkety itp.¹⁶³.
Poziom hospitalizacji u dzieci poniżej 5 r.ż. z powodu grypy jest szczególnie wysoki i może być porównywalny z grupą osób między 50 a 64 r.ż.¹⁶⁴. O ile ogólny wskaźnik zapadalności wśród dzieci najwyższy jest dla przedziału wiekowego 5-9 lat, o tyle najcięższe przypadki, w tym śmiertelne - odnotowuje się najczęściej u dzieci najmłodszych (poniżej 2 r.ż.). Im młodsze jest dziecko, tym ryzyko poważnych powikłań pogrypowych jest wyższe. Ponadto, ponieważ dzieci mogą zakażać wirusem innych przez dłuższy okres niż dorośli, odgrywają kluczową rolę w rozprzestrzenianiu wirusa, a tym samym powstawaniu epidemii¹⁶⁵.
- 3. Kobiety w ciąży.** W Stanach Zjednoczonych połowa wszystkich przypadków hospitalizacji kobiet w trzecim trymestrze ciąży podczas sezonu grypowego spowodowana była zakażeniem wirusem grypy¹⁶⁶. Co więcej, u ciężarnych z dodatkowymi czynnikami ryzyka (np. astma)

¹⁵⁶ Najczęściej określenie takie odnosi się do osób, które ukończyły 65 rok życia, aczkolwiek regulacje w tym zakresie są różne dla poszczególnych krajów

¹⁵⁷ Thompson W.W., et al., *Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States*, The Journal of the American Medical Association, s. 1061

¹⁵⁸ Thompson W.W., et al., *op. cit.*, s. 179-186

¹⁵⁹ Simonsen L., et al., *The impact of influenza epidemics on hospitalizations*, The Journal of Infectious Diseases, 2000, s. 831-837

¹⁶⁰ Barker W.H., et al., *Impact of epidemic type A influenza in a defined adult population* w American Journal of Epidemiology, 1980, s. 441-446

¹⁶¹ Ferson M.J., et al., *Concurrent summer influenza and pertussis outbreaks in a nursing home in Sydney, Australia*, Infection Control and Hospital Epidemiology, 2004, s. 21

¹⁶² Nair H., et al., *Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: a systematic review and meta-analysis*, Lancet, 2011, s. 7

¹⁶³ Glezen W.P., et al., *Acute respiratory disease associated with influenza epidemics in Houston, 1981-1983* w Journal of Infectious Diseases, 1987, s. 1119-26, za: *Background Paper on Influenza Vaccines...*, s. 16

¹⁶⁴ Thompson W.W., et al., *op. cit.*, s. 179-186

¹⁶⁵ Poehling K.A., et al., *The underrecognized burden of influenza in young children*, The New England Journal of Medicine, 2006, s. 31-40, za: *Background Paper on Influenza Vaccines...*, s. 16

¹⁶⁶ Neuzil K.M., et al., *Impact of influenza on acute cardiopulmonary hospitalizations in pregnant women*, American Journal of Epidemiology, 1998, s. 1094-1102

ryzyko hospitalizacji z powodu grypy jest aż 10-krotnie wyższe niż w przypadku zdrowych kobiet w ciąży¹⁶⁷. Podczas pandemii z 2009 r., wywołanej wirusem A/H1N1/v, 71% przypadków ciężarnych bez dodatkowych czynników ryzyka było hospitalizowanych z powodu grypy, podczas gdy wśród kobiet nie będących w ciąży współczynnik hospitalizacji z powodu grypy wyniósł w tym samym czasie 32% przypadków¹⁶⁸. Grypa u matki przekłada się także często na komplikacje, takie jak przedwczesny poród czy poronienie. Przypadki takich komplikacji porodowych u matki występują przy tym częściej niż przypadki zachorowań na grypę u noworodków, których matka była podczas ciąży chora^{169,170}.

- 4. Osoby z chorobami przewlekłymi.** Międzynarodowe badania potwierdzają wpływ zakażeń spowodowanych wirusem grypy na zwiększenie zagrożenia zdrowia u osób przewlekle chorych bez względu na wiek. U dzieci z astmą ryzyko hospitalizacji z powodu grypy jest 2-4-krotnie wyższe niż u dzieci zdrowych¹⁷¹.

W badaniu przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii, którego celem było monitorowanie liczby wizyt lekarskich, komplikacji klinicznych i czynników ryzyka dla grypy oraz związanej z tym farmakoterapii, we wszystkich grupach wiekowych wykazano, że prawdopodobieństwo wystąpienia u pacjenta grypy jest istotnie wyższe dla osób z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (jak np. astma czy POChP)¹⁷². W przypadku infekcji spowodowanej przez grypę ryzyko hospitalizacji i zgonu rośnie wraz ze współistniejącymi chorobami przewlekłymi (nie tylko układu oddechowego)^{173,174}.

Udowodniono także, iż wirus grypy wpływa na rozpad blaszki miażdżycowej i zwiększa ryzyko wystąpienia ostrych zespołów wieńcowych lub powoduje ich zaostrzenie i niewydolność serca, w skrajnym przypadku prowadząc do zawału mięśnia sercowego lub niedokrwiennego udaru mózgu¹⁷⁵. W badaniach potwierdzono również pozytywny wpływ szczepień na rozwój przypadków chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi i dlatego powinno być proponowane jako metoda prewencji w tej grupie pacjentów¹⁷⁶.

- 5. Otyłość.** W Kalifornii, podczas pandemii z 2009 r. ponad połowa przypadków zachorowań, które wymagały hospitalizacji, dotyczyła pacjentów z BMI powyżej 30 (otyłość). Natomiast indeks masy ciała powyżej 40 (otyłość patologiczna) cechował 30% przypadków i wiązał się ze znacznym zwiększeniem zagrożenia zgonem z powodu powikłań pogrypowych¹⁷⁷.
- 6. Pracownicy ochrony zdrowia.** Z racji wykonywanego zawodu pracownicy ochrony zdrowia są bardziej narażeni na zakażenie wywołane wirusem grypy. Zawody medyczne stanowią tym samym ważne epidemiologicznie ogniwo w łańcuchu rozprzestrzeniania się zakażenia.

¹⁶⁷ Hartert T.V., et al., *Maternal morbidity and perinatal outcomes among pregnant women with respiratory hospitalizations during influenza season*, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2003, s. 1705-1711

¹⁶⁸ Creanga A.A., et al., *Severity of 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection in pregnant women*, Obstetrics and Gynecology, 2010, s. 717-726

¹⁶⁹ Hewagama S., et al., *2009 H1N1 influenza A and pregnancy outcomes in Victoria, Australia*, Clinical Infectious Diseases, 2010, s. 691-692

¹⁷⁰ ANZIC Influenza Investigators and Australasian Maternity Outcomes Surveillance System, *Critical illness due to 2009 A/H1N1 influenza in pregnant and postpartum women: population based cohort study*, BMJ, 2010.

¹⁷¹ Neuzil K.M., et al., *Illness among schoolchildren during influenza season: effect on school absenteeism, parental absenteeism from work, and secondary illness in families*, Archives of Pediatrics and Adolescence Medicine, 2002, s. 861

¹⁷² Meier C.R., et al., *Population-based study on incidence, risk factors, clinical complications and drug utilization associated with influenza in the United Kingdom*, European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases 2000;19, s.834-842

¹⁷³ Szucs T.D., *The socio-economic burden of influenza*, Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 1999, s.11-15

¹⁷⁴ Barker W.H., et al., *Pneumonia and influenza deaths during epidemics: implications for prevention*, Archives of Internal Medicine, January 1982;142(1), s. 85-89

¹⁷⁵ Phrommintikul, et al., *Influenza vaccination reduces cardiovascular events in patients with acute coronary syndrome*, European Society of Cardiology, European Heart Journal (2011) 32, s. 1730-1735

¹⁷⁶ Natarajan P., Cannon C. P., *Myocardial infarction vaccine? Evidence supporting the influenza vaccine for secondary prevention*, European Society of Cardiology, European Heart Journal (2011) 32, s. 1701-1703

¹⁷⁷ Louie J.K., et al., *A novel risk factor for a novel virus: obesity and 2009 pandemic influenza A(H1N1)*, Clinical Infectious Diseases, 2011, s. 1-11

Szacuje się, że grypą zakażonych może być w sezonie aż do 59% wszystkich pracowników opieki zdrowotnej¹⁷⁸. Spośród nich statystycznie najbardziej narażeni na grypę są pracownicy szpitalnych oddziałów ratunkowych¹⁷⁹ oraz pielęgniarki¹⁸⁰. Badania wykazały, że pracownicy medyczni nagminnie przychodzą do pracy, będąc już zakażonymi wirusem grypy – w Kalifornii 35,3% personelu medycznego zakażyło się grypą podczas sezonu epidemicznego grypy, a 76,6% z nich czynnie pracowało, mając kontakt z pacjentami¹⁸¹. Monitoring prowadzony w 2009r wykazał, że aż do 65% przypadków zakażeń personelu medycznego wynikało z kontaktu ze współpracownikami¹⁸². Taka sytuacja zagraża nie tylko bezpośrednio pacjentom, lecz staje się groźna dla danej placówki medycznej i wystawia jej niechlubną opinię.

- 7. Czas wykonywania szczepień.** Szczepienia powinny być realizowane przez cały sezon epidemiczny, w którym wirus grypy krąży w danym środowisku. Jest to podyktowane faktem ciągłej zmienności antygenowej wirusa grypy w czasie i na przestrzeni lat. Zgodnie z danymi WHO European Influenza Network przeanalizowanych przez M. A. Ciblak (PhD) oraz T. D. Szucs (MD) szczyt zachorowań na grypę od wielu sezonów epidemicznych w Europie kształtuje się między styczniem a marcem. W sezonie 1999/2000 szczyt zachorowań przypadał na okres od 51 tygodnia 1999 roku do 5 tygodnia 2000 roku, podczas gdy w sezonie 2011/2012 od 7 do 13 tygodnia 2012 roku¹⁸³. W związku z powyższym swoje uzasadnienie mają nie tylko szczepienia w okresie jesiennym, ale również w kolejnych porach roku, przez cały okres obecności wirusa grypy. Warto jednak zaznaczyć, że wskazane jest, aby osoby z grup podwyższonego ryzyka szczepiły się przed sezonem epidemicznym.
- 8. Produkt.** Zgodnie z danymi uzyskanymi na podstawie wielu przeprowadzonych badań i opinią prof. L. B. Brydak wszystkie dostępne w Polsce szczepionki przeciw grypie są immunologicznie równoważne. Na całym świecie skład wszystkich szczepionek jest co sezon epidemiczny uaktualniany¹⁸⁴.

¹⁷⁸ Salgado C.D., et al., *Influenza in the acute hospital setting*, Lancet Infectious Diseases, 2002, s. 145-155

¹⁷⁹ Balkhy H.H., et al., *Epidemiology of H1N1 (2009) influenza among healthcare workers in a tertiary care center in Saudi Arabia: a 6-month surveillance study*, Infection Control and Hospital Epidemiology, 2010, s. 1004-1010

¹⁸⁰ Chen M.I., et al., *Risk factors for pandemic (H1N1) 2009 virus seroconversion among hospital staff*, Singapore, Emerging Infectious Diseases, 2010, s. 1554-1561

¹⁸¹ Weingarten S., et al., *Barriers to influenza vaccine acceptance. A survey of physicians and nurses*, American Journal of Infection Control, 1989, s. 202-207, za: *Background Paper on Influenza Vaccines...*, s. 13

¹⁸² Magill S.S., et al., *Investigation of an outbreak of 2009 pandemic influenza A virus (H1N1) infections among healthcare personnel in a Chicago hospital*, Infection Control and Hospital Epidemiology, 2011, s. 611-615, za: *Background Paper on Influenza Vaccines...*, s. 13

¹⁸³ Szucs T.D., et al., *Immunization 2012: Update on Seasonal Influenza*, Medscape Education

¹⁸⁴ Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa 2008, s. 444

Spis tabel

Tabela 1.	Podsumowanie zaimplementowanych przez różne kraje UE elementów polityk wspierania szczepień przeciw grypie.....	21
Tabela 2.	Członkowie Polskiej Grupy Roboczej ds. Grypy	22
Tabela 3.	Badania przeprowadzone w Zakładzie Badań Wirusów Grypy, Krajowym Ośrodku ds. Grypy, NIZP przy współpracy z klinicystami w grupach podwyższonego ryzyka, w których oceniano odpowiedź humoralną na szczepienia przeciwko grypie	28
Tabela 4.	Rekomendacje Międzynarodowych Towarzystw Naukowych ds. szczepień przeciwko grypie.....	32
Tabela 5.	Porównanie rekomendowanych przez ACIP i ECDC grup populacji do szczepienia przeciwko grypie ze stanem rekomendacji w Polsce.....	33
Tabela 6.	Podstawowe kryteria grup ryzyka.....	36
Tabela 7.	Poziomy wyszczepialności dla poszczególnych grup w Polsce	40
Tabela 8.	Źródło finansowania obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce.....	77
Tabela 9.	Źródło finansowania zalecanych szczepień ochronnych w Polsce.....	77

Spis ramek

Ramka 1.	Objawy grypy	7
Ramka 2.	Mity dotyczące szczepień przeciw grypie	9
Ramka 3.	Program Szczepień Ochronnych na rok 2013 – wybrany fragment z Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z 29 października 2012 roku.....	27
Ramka 4.	Zalecenia dotyczące szczepień przeciw grypie na sezon epidemiczny 2012/2013 wydane przez Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy	29
Ramka 5.	Grupy ryzyka	32
Ramka 6.	Rekomendowany przez ACIP czas szczepienia przeciw grypie.....	36
Ramka 7.	Stosowane typy szczepionek przeciw grypie.....	37
Ramka 8.	Docelowe rekomendacje dotyczące szczepień przeciwko grypie.....	38
Ramka 9.	System monitorowania i raportowania realizacji szczepień oraz system raportowania niepożądanych odczynów poszczepiennych.....	42
Ramka 10.	Analiza prawna: Krajowy system raportowania i monitorowania zakażeń, hospitalizacji i zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi u ludzi	44
Ramka 11.	Uczestnictwo w programie SENTINEL	45
Ramka 12.	Analiza prawna: mechanizm wynagradzania lekarza POZ.....	49
Ramka 13.	Zalecenie szczepień pacjentom: komentarz eksperta.....	51
Ramka 14.	Analiza prawna: Zarządzenia Prezesa NFZ - warunki wykonywania świadczeń.....	58
Ramka 15.	Analiza prawna: Ogólne Warunki Umów o udzielanie opieki zdrowotnej	59
Ramka 16.	Argumenty potwierdzające potrzebę szczepień przeciw grypie pracowników ochrony zdrowia	60
Ramka 17.	Zalecenia szczepień dla pacjentów: komentarz eksperta	64
Ramka 18.	Kampania promująca szczepienia przeciw grypie – Wielka Brytania.....	65
Ramka 19.	Kampania promująca szczepienia przeciw grypie – Szwajcaria.....	66
Ramka 20.	Analiza prawna: Pozyskiwanie funduszy na kampanię społeczną z Unii Europejskiej	69
Ramka 21.	Kluczowe ograniczenia dostępności szczepień z punktu widzenia pacjenta.....	70
Ramka 22.	Szczepienia w Zakładach Opieki Zdrowotnej	73
Ramka 23.	Analiza prawna: Szczepienia w gabinetach prywatnych.....	74
Ramka 24.	Szczepienie przeciw grypie wykonywane w aptece – Portugalia.....	75
Ramka 25.	Analiza prawna: Szczepienia w innych miejscach	76

Spis rysunków

Rysunek 1.	Schemat komunikacji dotyczącej zwalczania grypy w Polsce	62
Rysunek 2.	Elementy przygotowania i wdrożenia programu komunikacji	68

Spis wykresów

Wykres 1.	Porównanie poziomu wyszczepialności osób starszych (powyżej 65 roku życia) przeciw grypie w wybranych krajach UE w 2010 r. z poziomami zalecanymi przez WHO na lata 2006 i 2010	12
Wykres 2.	Wyszczepialność przeciw grypie w Polsce w poszczególnych grupach wiekowych oraz całej populacji w latach 2004-2011.....	13
Wykres 3.	Struktura rocznych kosztów pośrednich grypy w zależności od scenariusza	15
Wykres 4.	Łączne korzyści netto ze szczepień w scenariuszu bez epidemii	16
Wykres 5.	Łączne korzyści netto ze szczepień w scenariuszu roku z epidemią	17
Wykres 6.	Poziom wyszczepialności przeciw grypie wśród pracowników ochrony zdrowia w sezonie 2007/2008	54
Wykres 7.	Powody nie szczepienia się lekarzy przeciw grypie	55
Wykres 8.	Powody szczepienia się lekarzy przeciw grypie	55
Wykres 9.	Pacjenci: źródła informacji o możliwości szczepienia	63

Źródła

Antczak A., Możliwości i perspektywy zmian w systemie edukacji studentów medycyny i personelu medycznego, Flu Forum, 11.09.201

ANZIC Influenza Investigators and Australasian Maternity Outcomes Surveillance System, Critical illness due to 2009 A/H1N1 influenza in pregnant and postpartum women: population based cohort study, BMJ, 2010

Badanie motywacji do szczepienia się przeciw grypie, Raport z badania jakościowego, MillwardBrown, 2009

Balkhy H.H., et al., Epidemiology of H1N1 (2009) influenza among healthcare workers in a tertiary care center in Saudi Arabia: a 6-month surveillance study, Infection Control and Hospital Epidemiology, 2010

Barker W.H., et al., Pneumonia and influenza deaths during epidemics: implications for prevention, Archives of Internal Medicine, January 1982

Barker W.H., et al., Impact of epidemic type A influenza in a defined adult population w American Journal of Epidemiology, 1980

Benowitz I., et al., Influenza vaccine given to pregnant women reduces hospitalization due to influenza in their infants, Clinical Infectious Diseases, 2010

Blank P.R., et al., Journal of infection 2009

Blank P.R., et al., The impact of European vaccination policies on seasonal influenza vaccination coverage rates in the elderly, www.landesbioscience.com, 14.11.2012

Brydak L.B., Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?, Warszawa, 2008

Brydak L.B., et al., Grypa ostatnią niekontrolowaną plagą ludzkości, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2009

Brydak L.B., et al., Grypa – Wskazania do szczepień. Możliwe powikłania pogrypowe, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Warszawa, 2008

Brydak L.B., et al., Polskie Standardy profilaktyki i leczenia grypy, Warszawa, 2007

Brydak L.B., et al., Zasady działania zintegrowanego systemu epidemiologicznego i wirusologicznego nad grypą SENTINEL, Zakład Badania Wirusów Grypy Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012

Brydak L.B., et al., Sezon epidemiczny 2010/2011, Zalecenia do szczepień przeciwko grypie, ACIP, WHO 2010 r.

Chen M.I., et al., Risk factors for pandemic (H1N1) 2009 virus seroconversion among hospital staff, Singapore, Emerging Infectious Diseases, 2010

Class E.C., Osterhaus A.D., van Beek R., De Jong J.C., et al., Human influenza A/H5N1/ virus related to pathogenic avian influenza virus. Lancet, 1998

Creanga A.A., et al., Severity of 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection in pregnant women, Obstetrics and Gynecology, 2010

Dash G.P., et al., APIC position paper: improving health care worker influenza immunization rates. Am J Infect Control, 2004

Department of Health (UK), Seasonal flu immunization programme 2011/12, Letter from Chief Medical Officer, the Chief Nursing Officer and the Chief Pharmaceutical Officer, 25.05.2011

ECDC Technical Document, Communication on immunisation – Building trust

- Englund J.A., et al., Maternal immunization with influenza or tetanus toxoid vaccine for passive antibody protection in young infants, *The Journal of Infectious Diseases*, 1993
- Ferson M.J., et al., Concurrent summer influenza and pertussis outbreaks in a nursing home in Sydney, Australia, *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2004
- Fifty-sixth World Health Assembly Resolution (WHA 56.19) on Prevention and control of influenza pandemics and annual epidemics, Agenda item 14.14, 28.05.2003
- Fine A.D., et al., Influenza A among patients with human immunodeficiency virus: an outbreak of infection at a residential facility in New York City, *Clinical Infectious Diseases*, 2001
- Glezen W.P., et al., Acute respiratory disease associated with influenza epidemics in Houston, 1981-1983, *Journal of Infectious Diseases*, 1987
- Harper S.A., et al., Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *MMWR* 2004
- Hartert T.V., et al., Maternal morbidity and perinatal outcomes among pregnant women with respiratory hospitalizations during influenza season, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003
- Hayden F.G., Osterhaus A.D.M.E., Treanor J.J., et al., Efficacy and safety of the neuraminidase inhibitor zanamivir in the treatment of influenza virus infections. *N. Engl. J. Med.*, 1997
- Herrera G.A., et al., Influenza vaccine effectiveness among 50-64-year-old persons during a season of poor antigenic match between vaccine and circulating influenza virus strains: Colorado, United States, 2003-2004, *Vaccine*, 2007
- Hewagama S., et al., 2009 H1N1 influenza A and pregnancy outcomes in Victoria, Australia, *Clinical Infectious Diseases*, 2010
- Hull S., et al., Boosting uptake of influenza immunisation: a randomised controlled trial of telephone appointing in general practice, *British Journal of General Practice*
- Humair J-P., et al., Promoting influenza vaccination of elderly patients in primary care, *Family Practice*, 2002
- Joshi A.Y., et al., Effectiveness of inactivated influenza vaccine in children less than 5 years of age over multiple influenza seasons, A case-control study, *Vaccine*, 2009
- Kardas P., et al., Reasons for low influenza vaccination coverage: cross-sectional survey in Poland, First Department of Family Medicine, Medical University of Lodz, 2011
- Louie J.K., et al., A novel risk factor for a novel virus: obesity and 2009 pandemic influenza A(H1N1), *Clinical Infectious Diseases*, 2011
- Łanda K., et al., Ocena możliwości poprawy systemu finansowania immunizacji czynnej i biernej ze środków publicznych w Polsce, Kraków 2012
- Magill S.S., et al., Investigation of an outbreak of 2009 pandemic influenza A virus (H1N1) infections among healthcare personnel in a Chicago hospital, *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2011
- Materiały informacyjne ANF National Association of Pharmacies: Immunization Delivery: a new service provided in Portuguese pharmacies
- Meier C.R., et al., Population-based study on incidence, risk factors, clinical complications and drug utilization associated with influenza in the United Kingdom, *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 2000
- Mendel D.B., Roberts N., In-vitro and in-vivo efficacy of influenza neuraminidase inhibitors. *Current Opinion and Infectious Diseases*, 1998

Molinari N.A., et al., The annual impact of seasonal influenza in the US: measuring disease burden and costs, *Vaccine* 25, 2007

Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2007

Mrukowicz J., Sawiec P., Gładysz A., Grypa. Choroby wewnętrzne : kompendium Medycyny Praktycznej 2011 ; pod red. Andrzeja Szczeklika i Piotra Gajewskiego, Medycyna Praktyczna, 2011

Nair H., et al., Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: a systematic review and meta-analysis, *Lancet*, 2011

Natarajan P., Cannon C. P., Myocardial infarction vaccine? Evidence supporting the influenza vaccine for secondary prevention, *European Society of Cardiology, European Heart Journal* 32, 2011

Negri E., et al., Influenza vaccine in healthy children: a meta-analysis, *Vaccine*, 2005

Neuzil K.M., et al., Illness among schoolchildren during influenza season: effect on school absenteeism, parental absenteeism from work, and secondary illness in families, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2002

Neuzil K.M., et al., Impact of influenza on acute cardiopulmonary hospitalizations in pregnant women, *American Journal of Epidemiology*, 1998

Nitsch-Osuch A., Znaczenie szczepień personelu medycznego dla bezpieczeństwa pacjentów i jako podstawa budowania rekomendacji w zakresie szczepień przeciw grypie, *Flu Forum*, Warszawa, 11.09.2012

Opracowanie dr Mastalerz-Migas A.

Opracowanie kancelarii prawnej Domański Zakrzewski Palinka

Ortiz J.R., et al., Influenza vaccine for pregnant women in resource-constrained countries: a review of the evidence to inform policy decisions, *Vaccine*, 2011

Phrommintikul, et al., Influenza vaccination reduces cardiovascular events in patients with acute coronary syndrome, *European Society of Cardiology, European Heart Journal* 32, 2011

Piąta Wspólna Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok *Kardiologia Polska* 2012; 70, supl. I: S 1–S 100, ISSN 0022–9032

Plotkin S.A., Influenza Vaccines – Special Commentary, www.medscape.org, 18.10.2012

Poehling K.A., et al., The underrecognized burden of influenza in young children, *The New England Journal of Medicine*, 2006

Poland G.A., et al., Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept, *Elsevier, Vaccine* 23, 2005

Potter J., et al., Influenza vaccination of health care workers in long-term-care hospitals reduces the mortality of elderly patients, *Journal of Infectious Diseases*, 1997

Program Szczepień Ochronnych na rok 2012, Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego, 26.10.2011

Proposed revisions to the 2005 WHO position paper on influenza vaccines, *SAGE*, 2012

Salgado C.D., et al., Influenza in the acute hospital setting, *Lancet Infectious Diseases*, 2002

Scholtissek C., Molecular evolution of influenza viruses. *Virus Genes*, 1996

Simonsen L., et al., The impact of influenza epidemics on hospitalizations. *The Journal of Infectious Diseases*, 2000

Sugaya N., et al., Efficacy of inactivated vaccine in preventing antigenically drifted influenza type A and well-matched type B, *The Journal of the American Medical Association*, 1994

Szenborn L., Kuchar E., Potrzeba szczepień przeciwko grypie sezonowej oraz ich upowszechniania w grupach ryzyka u osób dorosłych w Polsce, 2009

Szenborn L., Szczepienia przeciwko grypie. Pierwsze 2 lata życia dziecka : przewodnik dla rodziców. Jak dbać o rozwój, pielęgnować i zapobiegać chorobom; red. Alicja Chybicka, Anna Dobrzańska, Jerzy Szczapa, Jacek Wysocki; *Medycyna Praktyczna*, 2008

Szucs T.D., et al., Immunization 2012: Update on Seasonal Influenza, *Medscape Education*

Szucs T.D., et al., Improving Influenza Vaccination Rates, *Medscape Education*

Szucs T.D., The socio-economic burden of influenza, *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 1999

Szucs T.D., Value of Influenza Vaccination and factors influencing Coverage Rates in Adults, *University of Basel, Vienna*, 2011

Thompson W.W., et al., Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States, *The Journal of the American Medical Association*

U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, Immunization of Health-Care Personnel, Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), Recommendations and Reports

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, 05.12.2008

Valenciano M., et al., First steps in the design of a system to monitor vaccine effectiveness during seasonal and pandemic influenza in EU/EEA Member States, *EUROSURVEILLANCE* (Vol. 13), 2008

Weingarten S., et al., Barriers to influenza vaccine acceptance. A survey of physicians and nurses, *American Journal of Infection Control*, 1989

WHO, Implementation of the international health regulations in relation to pandemic (AH1N1), WHO, 2009

WHO, Pandemic influenza preparedness and response, WHO guidance document, Geneva, WHO, 2009

WHO, Position paper on influenza vaccines, *Weekly Epidemiological Record* No. 33, 19 August 2005

Wilde J.A., et al., Effectiveness of influenza vaccine in health care professionals, A randomized trial, *Journal of the American Medical Association*, 1999

Wongsurakiat P., et al., Acute respiratory illness in patients with COPD and the effectiveness of influenza vaccination: a randomized controlled study, *Chest*, 2004

Wysocki J., Czajka H., Szczepienia w profilaktyce chorób zakaźnych, *Kraków* 2010

Wysocki J., Czajka H., Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach, *Kraków* 2012

Xue Y., et al., Modeling the cost of influenza: the impact of missing costs of unreported complications and sick leave, *BMC Public Health*, 2010

Zalecenie 2009/1019/UE Rady UE z dnia 22 grudnia 2009 r. w sprawie szczepień przeciw grypie sezonowej, *Dziennik Urzędowy UE* L 348/71, 29.12.2009

Zielonka T.M., et al., Szczepienia przeciwko grypie personelu medycznego warszawskich szpitali klinicznych i studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, *Medycyna Pracy*, 2009

Życińska K., Brydak L.B., Grypa i jej profilaktyka – ciągle aktualny problem medyczny, *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 117, 2007

Strony internetowe

World Health Organization: www.who.int

Centers for Disease Control and Prevention: www.cdc.gov

European Centre for Disease Prevention and Control: www.ecdc.europa.eu

Vaccine European New Integrated Collaboration Effort: www.venice.cineca.org

Landes Bioscience: www.landesbioscience.com

Medscape Medical News: www.medscape.com

Ministerstwo Zdrowia: www.mz.gov.pl

Główny Inspektorat Sanitarny: www.gis.gov.pl

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny: www.pzh.gov.pl

Polskie Towarzystwo Chorób Płuc: www.ptchp.org

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne: www.cukrzyca.info.pl

Medycyna Praktyczna: www.mp.pl

Rynek Zdrowia: www.rynekzdrowia.pl

Urząd Miasta i Gminy Konstancin Jeziorna: www.konstancinjeziorna.pl

Miasto i Gmina Bierutów: www.bierutow.pl

Ernst & Young

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Zakład Badania Wirusów Grypy,
Krajowy Ośrodek ds. Grypy

Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej

Grupa Robocza ds. Grypy

Kancelaria Domański Zakrzewski Palinka