

Szczepienia w Polsce – czy coś się zmieni?

# Siedmiomilowe opóźnienie

Polacy coraz częściej uciekają od szczepień. Nie tylko przeciwko grypie, lecz także standardowych. Dlaczego? Odpowiadają Krzysztof Łanda i Karolina Skóra.

for: iStockphoto.com Zx

Szczepienia ochronne odgrywają główną rolę w zachowaniu zdrowotności społeczeństwa. Są one najsukuczniejszą metodą zapobiegania występowaniu wielu groźnych chorób zakaźnych. Co więcej, istnieją dowody, że ich masowe stosowanie znacznie wydłużyło czas życia oraz wyeliminowało lub zredukowało do minimum występowanie chorób powodujących śmierć lub poważne, zagrażające życiu powikłania oraz kalectwo wielu milionów ludzi na świecie (ospa, *poliomyelitis*).

## Pożytki

Jedno zaszczepione dziecko to także ochrona przed zakażeniem dla mieszkających z nim pod jednym dachem opiekunów i rodzeństwa, a więc ochrona szersza niż tylko zaszczepionego. Należy również podkreślić, że szczepienia ochronne dzieci zapobiegają ciężkim powikłaniom po wielu chorobach zakaźnych, a tym samym mogą generować oszczędności – zarówno w budżetach obywateli, jak i w budżecie publicznym – w zakresie kosztów hospitalizacji, długotrwałego leczenia oraz rehabilitacji, a także zwolnień lekarskich, zasiłków i rent chorobowych. Potrzeba szczepień i płynące z nich korzyści zostały wymienione także w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015.

Jednym z priorytetów programu w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom jest zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne, którym można zapobiegać przez szczepienia... tyle teoria.

## Niedostatek

Pomimo zalet szczepień w Polsce nadal dostęp do wielu nowoczesnych szczepionek jest ograniczony. Program Szczepień Ochronnych (PSO) pozostaje w praktycznie niezmiennym kształcie od 7 lat, a nowe szczepionki nadal nie są finansowane dla wszystkich dzieci z funduszy publicznych. W Polsce odnotowujemy wysoką wyszczepialność w ramach szczepień standardowych (finansowanych w pełni z pieniędzy publicznych), ale problemem jest również to, że liczba osób uchylających się od szczepień w ostatnich latach wzrasta i w 2013 r. wyniosła 7 tys.

Ograniczenia dostępności dotyczą głównie szczepień innych niż standardowe (zalecanych i tych, które nawet nie doczekały się zaleceń, choć są technologiami o udowodnionej skuteczności), a są to nowoczesne szczepionki, często o doskonałym stosunku kosztu do efektu. Nie zostały one wyszczególnione w PSO jako obowiązkowe i zupełnie nie są finansowane z funduszy publicznych.

Dotyczy to np. szczepionki przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu czy szczepień zalecanych przed podróżami w określone regiony świata. Wymienione szczepionki należą do zalecanych, niefinansowanych z pieniędzy publicznych. Obywatel Polski, chcąc skorzystać z którejkolwiek z powyższych szczepionek pozastandardowych, musi za nią zapłacić, co niejednokrotnie, np. w wypadku szczepień zalecanych przed wyjazdami zagranicznymi, wiąże się z koniecznością poniesienia stosunkowo wysokich kosztów, więc wiele osób z nich rezygnuje – ze wszystkimi tego konsekwencjami. Spośród pozastandardowych, będących innowacjami terapeutycznymi, tylko szczepionka przeciwko pneumokokom jest dostępna nieodpłatnie, ale wyłącznie w zdefiniowanych grupach

ryzyka. Pozostałe innowacje terapeutyczne mogą być dostępne bezpłatnie tylko w ograniczonych subpopulacjach, w ramach programów zdrowotnych realizowanych na szczeblu lokalnym, finansowanych z budżetów samorządowych. Należy podkreślić, że taki sposób finansowania prowadzi do powstania niekonstytucyjnych nierówności pod względem dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych.

### Wysoko skojarzone

Druga grupa szczepień pozastandardowych to szczepionki wysoko skojarzone, pozwalające na zapewnienie odporności jednocześnie przeciwko większej liczbie chorób przy ograniczeniu liczby koniecznych iniekcji

Tabela 1. Przykładowe szczepienia niedostępne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Szczepionka	Wskazanie
przeciwko żółtej febrze	osoby wyjeżdżające na tereny endemiczne o zwiększonym ryzyku zachorowania na żółtą febrę
przeciwko ospie wietrznej	kobiety planujące zajście w ciążę, które nie chorowały wcześniej na ospę wietrzną
skojarzona przeciwko odrze, śwince i różyczce	młode kobiety, zwłaszcza pracujące w środowiskach dziecięcych, które nie były szczepione w 13. roku życia lub jeżeli od szczepienia w 13. roku życia minęło ponad 10 lat
skoniugowana przeciwko zakażeniom <i>Streptococcus pneumoniae</i>	dzieci od 2. miesiąca życia do 5. roku życia, nieobjęte szczepieniem obowiązkowym
skojarzona przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi	osoby w podeszłym wieku, które ze względu na wykonywane zajęcia są narażone na zakażenie
przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu	osoby przebywające na terenach o nasilonym występowaniu kleszczowego zapalenia mózgu (TBE), w szczególności: osoby zatrudnione przy eksploatacji lasu, stacjonujące wojsko, funkcjonariusze straży pożarnej i granicznej, rolnicy, młodzież odbywająca praktyki oraz turyści i uczestnicy obozów czy kolonii
przeciwko wścieklicznie	osoby wyjeżdżające na tereny endemiczne o zwiększonym ryzyku zachorowania na wścieklicznę
przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B)	osoby przygotowujące do zabiegów chirurgicznych, które nie zostały zaszczepione w ramach szczepień obowiązkowych
przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (WZW A)	osoby wyjeżdżające do krajów o wysokim i pośrednim rozpowszechnieniu zachorowań na WZW A
nieskoniugowana (polisacharydowa) przeciw inwazyjnej chorobie meningokokowej (inwazyjnym zakażeniom <i>Neisseria meningitidis</i> )	dorośli i dzieci powyżej 2. roku życia, niemowlęta powyżej 2. miesiąca życia
przeciw zakażeniom rotawirusowym	niemowlęta od 6. do 24. tygodnia życia
nieskoniugowana (polisacharydowa) przeciw zakażeniom <i>Streptococcus pneumoniae</i>	dorośli powyżej 65. roku życia

(innowacje farmakologiczne). W Polsce realizacja części obowiązkowej PSO odbywa się przy użyciu najtańszych tradycyjnych szczepionek. Wysoko skojarzone szczepionki, zapewniające odporność przeciwko więcej niż trzem chorobom, nie są stosowane. Prowadzi to do konieczności przeprowadzania wielokrotnych iniekcji, co z pewnością należy uznać za szczególnie uciążliwe u niemowląt, a już zupełnie nieuzasadnione u dzieci urodzonych przedwcześnie. Poprawa dostępności szczepionek wysoko skojarzonych w znaczący sposób wpłynęłaby na zbliżenie realizacji PSO w Polsce do programów szczepień w innych krajach europejskich, umożliwiając obywatelom skorzystanie z nowoczesnych, mniej uciążliwych metod immunizacji. Polski PSO jest ubogi nie tylko w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, USA czy Kanady, lecz także z Czechami, Słowacją, Węgrami czy Bułgarią. Mamy sytuację zero-jedynkową: albo szczepienie jest w PSO i jest w pełni finansowane z pieniędzy publicznych (dodatkowo z obowiązkiem prawnym), albo nie jest w ogóle refundowane i obywatele muszą płacić w stu procentach za szczepionkę. Brakuje całej skali szarości, która pozwoliłaby na osiąganie pożądanego poziomu wyszczepialności w społeczeństwie i ochronę populacyjną na określonym poziomie.

Przykładowe szczepienia niedostępne w ramach składki na podstawowe ubezpieczenie zdrowotne w Polsce prezentuje Ranking Problemów Pacjentów prowadzony przez Fundację Watch Health Care ([www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl)) (tab. 1).

### Kwestia kosztów

Znaczna część szczepionek pozastandardowych zaliczana jest do kosztownych, jeśli więc nie są współ-

finansowane przez płatnika publicznego, zapłacenie za nie niejednokrotnie przerasta możliwości finansowe rodzin. W tej sytuacji nie ma żadnych szans na uzyskanie efektu populacyjnego.

Ewidentnie dostęp do szczepień pozastandardowych (innowacji terapeutycznych i farmakologicznych) w Polsce jest istotnie ograniczony, pozostaje niezagwarantowany, a system należy pod tym względem ocenić negatywnie na tle rozwiązań przyjętych w innych krajach. Wydaje się, że trzeba przede wszystkim zmienić system finansowania immunizacji w Polsce, by w kontrolowany sposób zwiększyć dostęp do szczepień pozastandardowych. Skrócony opis możliwych rozwiązań systemowych przedstawia tabela 2.

### Nierówność

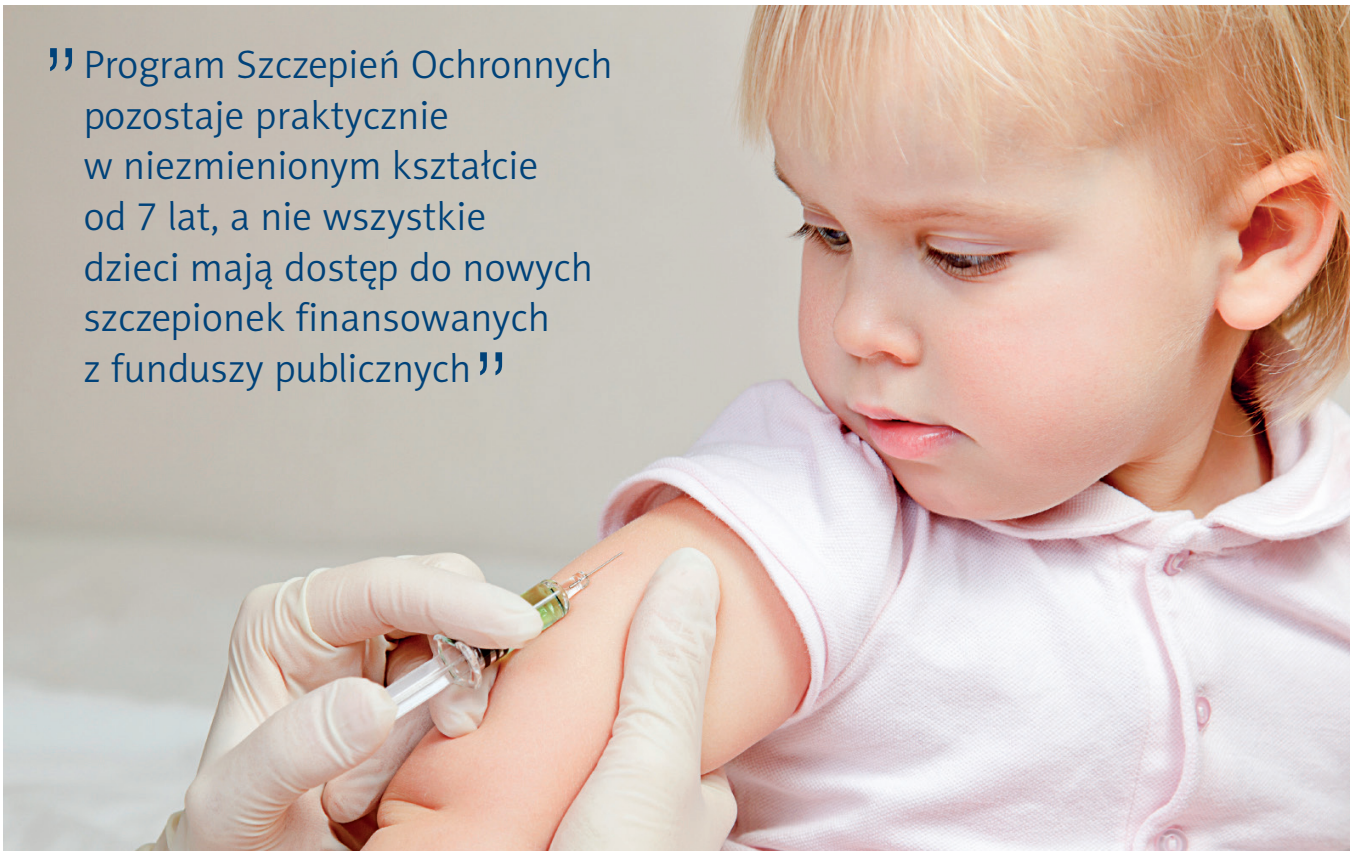
Zaproponowane w ramach przedstawionych scenariuszy rozwiązania zmniejszyłyby występujące w Polsce nierówności w dostępie do szczepionek pozastandardowych oraz wpłynęłyby znacząco na zwiększenie dostępności tych świadczeń dla obywateli do pożądanego, określonego każdorazowo poziomu. Jednocześnie po wprowadzeniu proponowanych zmian PSO umożliwiałoby przeprowadzenie immunizacji nie tylko w zakresie szczepień standardowych, lecz także przeciwko tym chorobom, na które uodpornienie jest społecznie istotne, a przeciw którym szczepionki zostały opracowane stosunkowo niedawno. Wzrost dostępności szczepień pozastandardowych, nieobjętych w tej chwili refundacją z pieniędzy publicznych, przyczyniłby się do zwiększenia stopnia wyszczepialności przeciwko chorobom nieobjętym obowiązkiem szczepień. Umożliwiłoby to uzyskanie odporności populacyjnej i zwiększyło bezpie-

Tabela 2

<b>Scenariusz I</b>	Finansowanie szczepień pozastandardowych, spełniających kryteria włączenia do BBP, odbywać się będzie w ramach WLR z 30- i 50-procentową odpłatnością. Szczepionki wydawane byłyby na podstawie recept w aptekach ogólnodostępnych. Kwestia finansowania szczepionek podlegałaby negocjacji z Komisją Ekonomiczną (RRS) przy ewentualnym porozumieniu co do podziału ryzyka. Budżet przeznaczony na refundację pochodziłby ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.
<b>Scenariusz II</b>	Zwiększenie nakładów MZ przeznaczonych na finansowanie immunizacji w Polsce oraz zmiany w funkcjonowaniu PSO. Szczepionki inne niż znajdujące się w KSO i KSZ umieszczone zostaną w oddzielnej części PSO jako szczepienia rekomendowane, częściowo gwarantowane – Katalog Szczepień Częściowo Gwarantowanych (KSCG). Możliwe jest przyjęcie poziomów odpłatności analogicznych jak w scenariuszu I, w wysokości 30- lub 50-procentowego limitu refundacji, lub innych poziomów refundacji zależnych od oczekiwanych poziomów wyszczepienia populacji oraz możliwości finansowych.
<b>Scenariusz III</b>	Wydzielenie odrębnej, nowej części BBP przeznaczonej dla szczepionek pozastandardowych objętych częściową refundacją – Katalogu Szczepień Dodatkowych (KSD). Podobnie jak w przypadku scenariusza II, można rozważyć poziomy odpłatności w wysokości 30 proc. lub 50 proc. limitu refundacji lub też inne poziomy refundacji. Finansowanie dla powyższych szczepień może pochodzić zarówno z budżetu MZ, jak i NFZ.



„ Program Szczepień Ochronnych pozostaje praktycznie w niezmienionym kształcie od 7 lat, a nie wszystkie dzieci mają dostęp do nowych szczepionek finansowanych z funduszy publicznych „



czeństwo immunologiczne społeczeństwa. Zaproponowany stopień współpłacenia zapewnia dobrą kontrolę wyszczepialności oraz wydatków publicznych na szczepienia pozastandardowe, objęte częściową refundacją.

Przedstawione scenariusze określają też obszar rozwoju ubezpieczeń komplementarnych od współpłacenia oraz ubezpieczeń komplementarnych zapewniających dostęp do technologii medycznych znajdujących się poza koszykiem świadczeń gwarantowanych. W ramach ubezpieczeń komplementarnych finansowane byłyby szczepienia dostępne dla świadczeniobiorców za częściową odpłatnością oraz te, które nie będą finansowane z funduszy publicznych.

Dziś polski Program Szczepień Ochronnych finansowany z budżetu Ministerstwa Zdrowia, zwłaszcza na tle innych krajów Unii Europejskiej, wydaje się stosunkowo ubogi. Jesteśmy jedynym krajem członkowskim, w którym nie stosuje się powszechnych szczepień przeciwko krztuścowi za pomocą szczepionki bezkomórkowej oraz w którym nie wszystkie niemowlęta zostaną zaszczepione przeciwko pneumokokom (szczepionki bezpłatne są dostępne jedynie dla niemowląt z grup ryzyka i wcześniaków). W związku z ograniczonym budżetem państwa przeznaczanym na ten cel za wiele ważnych szczepionek zalecanych wciąż musimy zapłacić z własnej kieszeni, choć ich efektywność kosztowa jest poniżej progu opłacalności określonego w ustawie refundacyjnej. Finansowanie szczepień po-

„ Wzrost dostępności szczepień pozastandardowych, nieobjętych refundacją z funduszy publicznych, przyczyniłby się do zwiększenia wyszczepialności przeciwko chorobom nieobjętym obowiązkiem szczepień „

zastandardowych w populacji ogólnej generuje z reguły dużo większe nakłady finansowe niż w wypadku szczepień standardowych. Dlatego zapewnienie dostępu do szczepień innowacyjnych jest możliwe poprzez inne niż dotychczas stosowane mechanizmy finansowania, np. finansowanie ich z dodatkowego ubezpieczenia (np. ubezpieczenia komplementarnego) czy wydawanie za częściową odpłatnością (częściowa refundacja) w całej populacji lub w ściśle zdefiniowanych subpopulacjach, tak jak w innych krajach Unii Europejskiej. Kiedy priorytet stanie się faktycznie priorytetem i wyzwoli wolę działania – tego nikt nie jest w stanie przewidzieć.

Krzysztof Łanda, Karolina Skóra  
Fundacja Watch Health Care