

## Stanowisko ZPP ws. zmian prawnych koniecznych dla poprawy skuteczności realizacji programu szczepień przeciwko HPV

- Wirus HPV odpowiada za niemal 100% przypadków raka szyjki macicy, jest również istotną przyczyną szeregu innych nowotworów anogenitalnych oraz nowotworów głowy i szyi. Bezobjawowy przebieg wielu zakażeń powoduje istotne trudności diagnostyczne, dlatego właśnie z punktu widzenia systemowego kluczowe jest podejmowanie skutecznych działań w zakresie profilaktyki pierwotnej obejmującej szczepienia, zapobiegające występowaniu nowotworów związanych przyczynowo z tym zakażeniem. Według dostępnych szacunków, globalny koszt związany z występowaniem nowotworów będzie sięgał łącznie 25 bilionów (sic!) dolarów w ciągu najbliższych 30 lat<sup>1</sup>.
- Zgodnie z unijnym programem Europe's Beating Cancer Plan, do 2030 roku zaszczepionych przeciwko HPV miałyby zostać 90% dziewczynek, a wobec chłopców oczekiwany jest „istotny wzrost” poziomu zaszczepienia. Z danych WHO wynika, że blisko poziomu 90% zaszczepienia populacji docelowej już w tej chwili są takie państwa, jak Portugalia, Hiszpania, czy Norwegia i Szwecja, a średnia wyszczepialność dla państw, które objęły HPV swoimi narodowymi programami szczepień wynosi 44%<sup>2</sup>.
- Polski powszechny program szczepień przeciwko HPV został wprowadzony od czerwca 2023 roku i jest skierowany do dzieci po ukończeniu 11. roku życia do ukończenia 14. roku życia, jednak nie realizuje on celu dotyczącego zaszczepienia 60% nastolatków określonego w ustawie o Narodowej Strategii Onkologicznej. W świetle informacji z końca ubiegłego roku, w ramach programu zaszczepiło się zaledwie ok. 20%<sup>3</sup> uprawnionych do tego nastolatków. Co więcej, program

<sup>1</sup> Badanie naukowców z Uniwersytetu w Heidelbergu, Chińskiej Akademii Nauk Medycznych, Instytutu Sztucznej Inteligencji na Uniwersytecie Tsinghua w Pekinie oraz Narodowego Centrum Badawczego Nauk Informatycznych i Technologii na Wydziale Automatyzacji Uniwersytetu Tsinghua, opublikowane w piśmie JAMA Oncology: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2801798>

<sup>2</sup> <https://szczepienia.pzh.gov.pl/dla-lekarzy/szczepienia-hpv/programy-szczepien-przeciw-hpv/>

<sup>3</sup> <https://ippep.prowly.com/313663-polki-i-polacy-a-szczepienia-przeciw-hpv>

obecnie realizowany jest przez nie więcej niż 30% poradni podstawowej opieki zdrowotnej ze względu na skomplikowany sposób jego realizacji, raportowania wykonanych szczepień i ich rozliczania.

- Z uwagi na przyjętą strategię – zarówno polską, jak i unijną – walki z nowotworami i oczywisty cel minimalizacji ich liczby poprzez skuteczną profilaktykę pierwotną opartą o szczepienia, ma to szczególne znaczenie dla zmniejszenia obciążenia systemu opieki zdrowotnej oraz długoterminowej poprawy stanu zdrowia oraz długości i jakości życia osób w wieku produkcyjnym/pracowników. Tym samym ze względów gospodarczych, oczywista jest konieczność poprawy prawnych i proceduralnych uwarunkowań związanych z realizacją szczepień przeciwko HPV.

W powyższym kontekście kluczowe pozostają dwa elementy. Pierwszym z nich jest odblokowanie szczepień w gabinetach POZ, poprzez uproszczenie procedur i zniesienie niepotrzebnych barier umożliwiając szczepienie przez wszystkie POZ. Drugim pozostaje umożliwienie wprost realizacji szczepień w szkołach (wraz z towarzyszącymi temu regulacjami dotyczącymi wyrażania zgody na realizację tej procedury przez opiekuna prawnego, a także koniecznych do spełnienia wymogów organizacyjnych).

## 1. Wprowadzenie

Powszechny program szczepień przeciw HPV, skierowany do dziewcząt i chłopców po ukończeniu 11. roku życia do ukończenia 14. roku życia, jest kluczowym elementem Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030. Celem programu jest przeciwdziałanie zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz ochrona przed nowotworami związanymi przyczynowo z tym zakażeniem, w tym rakiem szyjki macicy. Niestety, na koniec ubiegłego roku zaszczepiło się zaledwie ok. 20% uprawnionych nastolatków, co można odczytywać jako klęskę programu – cel wyznaczony w Narodowej Strategii Onkologicznej zakłada zaszczepienie 60 proc. nastolatków do 2028 r. Ponadto fakt, że obecnie program jest

realizowany przez mniej niż 30%<sup>4</sup> poradni podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), wskazuje na potrzebę dokonania pilnych zmian w jego organizacji. Obecnie głównymi przeszkodami w realizacji programu, które podnoszą branżowe organizacje pacjentów, są nadmierne obciążenia organizacyjno-administracyjne oraz brak systemu motywującego jednostki POZ do zwiększania poziomu zaszczepienia.

Poprawienie poziomu zaszczepienia jest konieczne z punktu widzenia osiągnięcia poziomów przewidzianych w polskich i unijnych dokumentach strategicznych, ale co istotniejsze – z punktu widzenia dbałości o zdrowie społeczeństwa, a co za tym idzie i wydolność systemu opieki zdrowotnej, a także wydłużenia życia i poprawy jego jakości u osób codziennie wypracowujących PKB. Wprowadzenie zmian, które prezentujemy w poniższych punktach, ma więc głębokie uzasadnienie zarówno w obszarze osiągania konkretnych efektów zdrowotnych, jak i w ujęciu pozytywnych zmian systemowych wpływających na poprawę wskaźników gospodarczych.

## 2. Zobowiązanie placówek POZ do przeprowadzania szczepień

Zgodnie z obowiązującym zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, a konkretnie jego par. 19 ust. 10 i 12, możliwe jest zrealizowanie szczepienia przeciwko HPV w POZ nieodpowiadającym POZ-owi wynikającemu z deklaracji wyboru lekarza POZ. W tych warunkach, teoretycznie, pacjent powinien mieć prawo i możliwość zaszczepienia się w dowolnej placówce POZ własnego wyboru lub, optymalnie, każdy POZ powinien oferować nieodpłatne szczepienie p-HPV swoim pacjentom, tak jak ma to miejsce przy realizacji innych szczepień obowiązkowych zawartych w Programie Szczepień Ochronnych. W praktyce, żadne z tych rozwiązań nie funkcjonuje obecnie, ponieważ dołączenie POZ do powszechnego programu szczepień przeciw HPV jest dobrowolne. W efekcie, program jest realizowany tylko przez 30 proc. POZ, co znacząco ogranicza dostępność szczepień dla zainteresowanych nimi osób. Konieczne jest więc doprowadzenie do stanu, w

---

<sup>4</sup> Taki odsetek przywołuje m.in. prezeska Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego prof. Teresa Jackowska: <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Szczepienia/Eksperci-w-Sejmie-sposob-realizacji-programu-szczepien-przeciwko-HPV-zniecheca-pacjentow-i-poradnie-POZ,257886,1018.html>

którym każdy POZ będzie zobowiązany do zapewnienia swoim pacjentom dostępności zarówno szczepień obowiązkowych, jak i tych zalecanych, które są w pełni finansowane ze środków publicznych.

Mając na uwadze powyższe, zasadne wydaje się wprowadzenie przepisów sankcjonujących obowiązek realizacji obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych, w tym w szczególności szczepień przeciw HPV w każdej placówce POZ, na żądanie pacjenta lub jego opiekuna prawnego. Zmian wymagałaby w tym kontekście ustawa z dnia 27 października 2017 roku o podstawowej opiece zdrowotnej, do której należałoby dodać stosowne postanowienia obligujące jednostki POZ posiadające umowy z NFZ do oferowania i realizacji obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych, które są w pełni finansowane ze środków publicznych. W związku z tym zmodyfikować należałoby art. 6 ustawy, tak by w dodatkowych ustępach wskazywał on na obowiązek lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej realizacji szczepień ochronnych, wobec wszystkich świadczeniobiorców zgłaszających się do szczepienia, niezależnie od miejsca (lub faktu) złożenia deklaracji wyboru lekarza POZ (w ten sposób jednocześnie konsumowane ustawowo byłoby dobre postanowienie z przywołanego wcześniej zarządzenia Prezesa NFZ). Przy czym należy się spodziewać, że w większości przypadków pacjent, mając gwarancję otrzymania szczepienia u wybranego przez niego w deklaracji wyboru lekarza POZ, właśnie u niego realizować będzie to świadczenie. Alternatywnie możliwa jest zmiana w art. 19 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tak by przepis ten wyraźnie zobowiązywał POZ posiadające umowy z NFZ do realizacji szczepień ochronnych w pełni finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od źródła ich finansowania.

NFZ powinien z kolei przewidywać postanowienia obligujące świadczeniodawców do realizacji wskazanych szczepień, w tym naturalnie te odnoszące się do finansowania tychże świadczeń, w zawieranych umowach. Obowiązkowi lekarzy POZ powinno odpowiadać jasno sformułowane prawo pacjenta do realizacji szczepienia w pełni finansowanego ze środków publicznych, w tym szczepienia przeciwko HPV, w dowolnej placówce POZ. Celem powinno być doprowadzenie do sytuacji, w której zainteresowany szczepieniem pacjent może zrealizować procedurę w dowolnym najwygodniejszym dla siebie punkcie POZ lub

przynajmniej sytuacji, w której każda placówka POZ oferuje szczepienia p-HPV swoim pacjentom. Ministerstwo Zdrowia powinno opracować i opublikować procedury i zasady mające zagwarantować sprawne wdrożenie szczepień we wszystkich placówkach POZ oraz równy dostęp do omawianego świadczenia. Możliwym rozwiązaniem jest też przyjęcie dedykowanego standardu organizacyjnego dla szczepień w formie rozporządzenia wydanego na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

### 3. Ograniczenie obowiązków sprawozdawczych placówek POZ

W kontekście realizacji programu szczepień przeciwko HPV, świadczeniodawcy wielokrotnie zgłaszali problemy związane z nadmiernymi obciążeniami administracyjnymi wynikającymi z raportowania danych o udzielonych szczepieniach, co dotyczy w szczególności dwóch równoległych strumieni sprawozdawania, z których jeden odnosi się do zdarzeń medycznych (SIM, w ramach którego zdarzenia raportowane są do MZ), a drugi dotyczy danych rozliczeniowych (na linii świadczeniodawca – NFZ). Z punktu widzenia samych przepisów, problem powyższy nie powinien istnieć, ponieważ art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia wprost stanowi, że dane o zdarzeniu medycznym przekazane do SIM są następnie udostępniane przez MZ Funduszowi na potrzeby rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej. Niestety, systemy teleinformatyczne używane w systemie opieki zdrowotnej, tzn. Centralny System P1 oraz NFZ-owy system RUM-NFZ w dalszym ciągu są nie w pełni połączone, nie wspominając już o tym, że część placówek nie ma w zwyczaju zgłaszać zdarzeń medycznych do systemu, mimo ciążącego na nich obowiązku. Istniejący problem ma zatem, w świetle istnienia jasnej podstawy prawnej dla jednolitego strumienia przekazywania informacji, charakter pozaregulacyjny, organizacyjno-techniczny. W tym zakresie Ministerstwo Zdrowia w *Programie Rozwoju e-zdrowia do 2027 r.*, przewidywało powstanie Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ, który byłby zintegrowany z systemem P1, a ich strumienie danych miałyby być połączone. Zgodnie z Programem, integracja powinna nastąpić najwcześniej w drugim kwartale 2025 r. W świetle powyższego, postulujemy zdecydowane przyspieszenie wdrożenia rozwiązań upraszczających obowiązki sprawozdawcze tak, aby nie hamowały one realizacji powszechnego programu szczepień przeciwko HPV.

#### 4. Wprowadzenie systemu motywacyjnego dla POZ

Implementacja obowiązku gotowości do realizacji szczepień przeciwko HPV przez wszystkie placówki POZ niesie za sobą, w naszym przekonaniu, konieczność wprowadzenia pewnego rodzaju systemu motywacyjnego. Z jednej strony bowiem, realizacja obowiązku powinna wiązać się dla placówek POZ z pewną korzyścią, a taką z pewnością byłoby zwiększenie alokacji środków NFZ przeznaczonych dla tych placówek, które osiągają zdefiniowane cele w zakresie poziomu zaszczepienia, na usługę szczepień objętych nowymi regulacjami. Tym samym placówki POZ, dla osiągnięcia możliwie najlepszych wyników w zakresie poziomu zaszczepienia populacji docelowej (np. przypisanej do danej przychodni), byłyby bardziej skłonne aktywnie angażować się w promocję szczepień i zachęcać do nich pacjentów.

W tym kontekście możliwych jest kilka rozwiązań, z których żadne nie niesie za sobą konieczności wprowadzania jakichkolwiek zmian o charakterze ustawowym. Wszystkie z poniższych narzędzi są bowiem możliwe do zaimplementowania w drodze zarządzenia Prezesa NFZ.

Najprostszą ścieżką, choć mającą charakter najmniej motywujący, jest naturalnie zwiększenie samej wyceny świadczenia, wynoszącej obecnie 29,74 zł.

Innym rozwiązaniem mogłoby być wprowadzenie zmian w zakresie stawki kapitacyjnej, tzn. dopłat za każde wykonane szczepienie (niezależnie od miejsca czy faktu złożenia deklaracji wyboru lekarza POZ przez świadczeniobiorcę) albo wprowadzenia w związku z realizacją szczepień współczynnika korygującego, powiązanego z uzyskaniem wyznaczonego poziomu zaszczepienia populacji docelowej lub osiągnięciem określonej liczby wykonanych szczepień.

Narzędziem alternatywnym wobec dwóch powyższych, a sprawdzonym już w trakcie pandemii COVID-19 mogłoby też być wprowadzenie specjalnych premii motywacyjnych za realizację szczepień przeciwko HPV. System tego rodzaju premii (lub rekompensat) mógłby odnosić się do faktu ponoszenia przez placówki POZ dodatkowych kosztów związanych z obowiązkiem realizacji świadczeń (usług szczepień przeciwko HPV) również wobec pacjentów, którzy nie złożyli deklaracji wyboru danej placówki jako swojego punktu POZ. Model powinien zdecydowanie premiować te placówki POZ, które osiągają wysoką efektywność w realizacji

programu szczepień zalecanych. W świetle rozwiązań przedstawionych przez ekspertów na organizowanym przez ZPP Kongresie Zdrowie 360, dodatkową wartością motywacyjną dla lekarzy POZ miałoby udostępnienie im danych o poziomie zaszczepienia w poszczególnych województwach i powiatach. Dziś lekarz POZ nie wie, jakie wyniki osiągają inni lekarze POZ i, co za tym idzie, nie poszukuje informacji o rozwiązaniach, które doprowadziły ich do lepszych wyników. Brak dostępu do pełnych danych oraz przepływu informacji i wymiany doświadczeń między lekarzami skutkuje tym, że rozwiązania, które przyczyniły się do sukcesu w jednym miejscu (np. telefonowanie do pacjentek i pacjentów z informacją o możliwości poddania się szczepieniu i tłumaczenie zarówno im, jak i ich opiekunom, dlaczego warto to zrobić) nie są implementowane tam, gdzie poziom zaszczepienia jest niski i wymaga podjęcia pilnych działań wspierających, umożliwiających jego podniesienie.

#### **5. Uregulowanie możliwości przeprowadzania szczepień w szkołach**

Obecnie obowiązujące regulacje nie określają jednoznacznie katalogu miejsc, w których można dokonywać szczepień ochronnych, dlatego na przykład możliwość realizowania w aptekach szczepień przeciwko COVID-19 czy grypie wymagała konkretnych zmian legislacyjnych. Z punktu widzenia skuteczności dotarcia do grupy objętej programem szczepień przeciw HPV, czyli młodzieży szkolnej, najbardziej zasadnym i oczywistym wręcz miejscem realizacji procedury jest właśnie budynek szkoły, który – na podstawie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami – powinien być co do zasady wyposażony w gabinet profilaktyki zdrowotnej.

Wziąwszy pod uwagę obecny stan prawny, możliwe wydają się być dwie ścieżki do jednoznacznego dopuszczenia możliwości realizowania usługi szczepień (a więc i kwalifikacji do szczepień) w szkołach. Pierwszą z nich jest modyfikacja par. 7 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w taki sposób, by od zasady opisanej w ust. 1 rzeczonego paragrafu, tzn. zasady udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy, przepisach o działalności leczniczej oraz w szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu, wprowadzić wyjątek dopuszczający możliwość realizacji szczepień zalecanych w budynkach szkół. Wydaje się, że mogłoby to być rozwiązanie wystarczające z uwagi na fakt,

że szczepienia przeciw HPV realizowane są w ramach już zawartych z NFZ umów. Alternatywną jednak możliwością jest pójście o krok dalej i wprowadzenie zmian o charakterze ustawowym, na wzór regulacji wprowadzonych wcześniej w odniesieniu do aptek. W tym scenariuszu należałoby uchwalić przepis wskazujący na dopuszczalność przeprowadzania w szkołach publicznych i niepublicznych zalecanych szczepień ochronnych, dla których zakup szczepionek został objęty finansowaniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Można wyobrazić sobie rozmaite umiejscowienie takiego przepisu, choć najbardziej zasadne wydaje się być wprowadzenie takiej regulacji do ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami, np. tak by art. 2 ust. 5 pkt 1 ustawy brzmiał:

*„1. działania na rzecz zachowania zdrowia oraz zapobiegania powstawaniu lub rozwojowi chorób, w tym chorób zakaźnych, w tym w szczególności przeprowadzanie i zalecanych szczepień ochronnych.”*

a w art. 6 dodać ust. 4, który mógłby brzmieć:

*„4. Obowiązkowe i zalecane szczepienia ochronne przeprowadza się również w gabinecie profilaktyki zdrowotnej zlokalizowanym w szkole, a w przypadku braku gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkole, w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.*

Uzupełniająco, analogicznie jak w przypadku regulacji umożliwiających szczepienia w aptekach, należałoby wprowadzić odnoszącą się do nowego brzmienia ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami zmianę w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Chodzi konkretnie o przepis analogiczny do art. 19 ust. 2a oraz 2b tej ustawy, lecz odnoszący się do wspomnianych wyżej zalecanych szczepień ochronnych realizowanych w szkołach. Zasadne w tym kontekście byłoby również uzupełnienie zmian w ustawie o opiece zdrowotnej nad uczniami w taki sposób, by precyzowały one wymagania wobec gabinetów profilaktyki zdrowotnej w sposób umożliwiający bezpieczne zrealizowanie usługi szczepień (w tym przechowania szczepionki, kwalifikacji do szczepienia i samego zabiegu).

## **6. Doprecyzowanie w zakresie zgody rodzica na szczepienia w szkole**



Obecnie obowiązujące regulacje dotyczące szczepień obowiązkowych nie wymagają obecności rodzica podczas szczepień dzieci powyżej 6. roku życia – dlatego też zmiany w tym zakresie, z uwagi na grupę wiekową objętą programem szczepień przeciwko HPV, wymagają jedynie rozszerzenia obecnych przepisów (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych) w odniesieniu również do szczepień zalecanych (dodania w obecnym par. 10 zwrot: obowiązkowe „lub zalecane” szczepienia ochronne). Konieczne pozostaje jednak zapewnienie zgody rodzica oraz przekazanie informacji niezbędnych do kwalifikacji do szczepienia.

W powyższym zakresie aktem prawnym wymagającym modyfikacji będzie ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta regulująca m.in. prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Przedmiotowa kwestia, tzn. wyrażenie przez rodzica zgody na realizację szczepienia dziecka w szkole, pozostaje obecnie poza bezpośrednim zakresem regulacji wspomnianej ustawy, dlatego dla zapewnienia kompletności regulacji konieczne byłoby wprowadzenie do niej nowej jednostki redakcyjnej (np. art. 16a) odnoszącej się do wyrażania zgody na szczepienia dzieci w wieku szkolnym. Nowy przepis powinien stanowić, że w przypadku szczepień realizowanych w trybie powyżej opisanym (tzn. dopuszczającym możliwość wykonywania określonych szczepień w szkołach), zgoda na szczepienie dziecka musi być wyrażona na piśmie – w tym w formie elektronicznej podpisanej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez rodziców albo inne uprawnione do jej wyrażenia osoby i załączona do dokumentacji medycznej małoletniego przed przystąpieniem do szczepienia. W przypadku braku zgody rodziców lub opiekunów, szczepienie nie powinno być dopuszczalne.

Żeby w tej sytuacji działać efektywnie, należy nie tylko zmienić przepisy, ale również uwrażliwić dyrekcje szkół i kuratoria oświaty oraz władze lokalne na potrzebę zwiększenia poziomu zaszczepienia dla uzyskania profilaktycznych efektów populacyjnych. Te podmioty powinny angażować się w działania edukacyjne i promowanie szczepień przeciwko HPV, kierując taki przekaz do samych uczennic i uczniów oraz do ich nauczycieli i opiekunów.

## 7. Podsumowanie

Realizowanie programu szczepień przeciw HPV powszechnie, czyli nie we wszystkich jednostkach POZ posiadających umowę z NFZ, uproszczenie systemu raportowania i rozliczania wykonanych szczepień oraz umożliwienie prowadzenia tych szczepień w szkołach to kluczowe elementy mogące zapewnić dynamiczny wzrost poziomu zaszczepienia nastolatków. Odpowiednie zmiany prawne, organizacyjno-techniczne oraz wytyczne jasno definiujące sposób realizacji szczepień p-HPV są niezbędne dla osiągnięcia celów zdefiniowanych w Ustawie o Narodowej Strategii Onkologicznej. Dodatkowe działania edukacyjne i promujące profilaktykę, zachęcające do szczepień, oraz mechanizmy zachęt finansowych dla realizatorów szczepień stanowią elementy wspierające jednostki POZ, aby te aktywnie i z odpowiednią motywacją informowały pacjentki i pacjentów o możliwości szczepienia i płynących z niego korzyściach zdrowotnych. Implementacja proponowanych zmian prawnych i organizacyjnych zapewni rzeczywiście powszechny, prosty i efektywny system szczepień przeciw HPV, co przyczyni się do zapewnienia lepszego zdrowia przyszłych pokoleń.

<u>Aktualny stan prawny</u>	<u>Proponowane zmiany legislacyjne</u>	<u>Efekty wprowadzonych zmian legislacyjnych</u>
<p><b>1. Zobowiązanie wszystkich placówek POZ do przeprowadzania szczepień w ramach programu</b></p> <p>Obecnie zalecane szczepienia ochronne przeprowadzają tylko ci świadczeniodawcy, z którymi NFZ zawarł umowy na te świadczenia (art. 19 ust. 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi)</p> <p>Warunkiem realizacji szczepień w ramach programu szczepień ochronnych przeciw HPV jest podłączenie placówki medycznej POZ do systemu e-Rejestracji Centralnej.</p>	<p>- <b><u>modyfikacja art. 6 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, która wskazywałaby na obowiązek lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej realizacji szczepień ochronnych;</u></b></p> <p>- <b><u>zmiana w art. 19 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tak by przepis ten wyraźnie zobowiązywał POZ posiadające umowy z NFZ do realizacji szczepień.</u></b></p>	<p>Pacjent lub pacjentka zgłaszający się do dowolnego POZ na szczepienie HPV miałyby zapewnioną możliwość otrzymania w nim tego szczepienia.</p>

**2. Ograniczenie obowiązków sprawozdawczych placówek POZ w ramach programu**

Problem dotyczy w szczególności dwóch strumieni sprawozdawania danych – zdarzeń medycznych oraz danych rozliczeniowych, które są przekazywane do SIM i następnie udostępniane Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 11 ust. 3 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia).

Zgodnie z ministerialnym programem rozwoju e-zdrowia, w Polsce do 2027 r. miał powstać Zintegrowany System Informatyczny NFZ (ZSI) zastępujący obecny RUM-NFZ i „silnie zintegrowany z e-zdrowie P1”, co doprowadziłoby do połączenia dwóch strumieni danych w jeden. Ma to nastąpić najwcześniej w Q2 2025; **te zmiany warto przyspieszyć.**

Lekarze będą znacząco odciążeni, jeśli chodzi o obowiązki sprawozdawcze

**3. Wprowadzenie systemu motywacyjnego dla POZ****Możliwe rozwiązania:**

- zwiększenie wyceny świadczenia (obecnie 29,74 zł) wymaga zmiany zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

- modyfikacja współczynników korygujących stawkę kapitacyjną (także poprzez zmianę w powyższym zarządzeniu Prezesa NFZ.

Lekarze i placówki POZ będą lepiej zmotywowani, by z większym zaangażowaniem informować pacjentki i pacjentów o możliwości zaszczepienia się przeciwko HPV.

**4. Uregulowanie kwestii  
możliwości  
przeprowadzania szczepień  
w szkole**

Przepisy nie precyzują jednoznacznie miejsca przeprowadzania szczepień HPV, ale powinno być to pomieszczenie w ramach struktury podmiotu leczniczego (a zatem nie szkoła).

**Możliwe rozwiązania:**

- przyjęcie zmiany na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

- **zmiana w art. 19 - ustęp wskazujący wprost na możliwość przeprowadzania badań i szczepień w szkołach**

- **zmiana w ustawie z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami**

Możliwość wykonywania szczepień w szkołach.

**5. Zgoda rodzica (lub innej uprawnionej osoby) na szczepienia w szkole**

Wymóg obecności rodzica/opiekuna dotyczy tylko obowiązkowego szczepienia ochronnego u osoby, która nie ukończyła 6. roku życia. W przypadku 12-13-latka wymagana jest jednak zgoda rodzica/opiekuna na szczepienie.

Opublikowanie oficjalnych wytycznych (opracowanych przez stronę publiczną lub pod jej patronatem) dotyczących zalecanego postępowania (w jaki sposób rodzic powinien podpisać zgodę, jak ma się do tego przygotować i jak przekazać podpisany dokument lekarzowi)

Zaszczepienie dziecka w szkole przeciwko HPV jest możliwe tylko w sytuacji, gdy rodzic/opiekun wyraża na to zgodę w formie określonej w oficjalnych wytycznych.