



Warszawa, 6 listopada 2025 r.

DZ.0689/11.2025/BR

**Pan
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia**

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przekazaniem do opiniowania **projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (MZ 1820)**, poniżej przekazuję stanowisko Pracodawców RP dotyczące przedmiotowego projektu.

Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, jako największa i najstarsza organizacja reprezentująca pracodawców w Polsce, od lat podkreślają ścisły związek pomiędzy zdrowiem publicznym a stabilnością rynku pracy, produktywnością przedsiębiorstw i konkurencyjnością gospodarki. W tym kontekście z uznaniem odnosimy się do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych i przedstawiamy poniżej nasze stanowisko oraz propozycje doprecyzowania wybranych rozwiązań w Programie Szczepień Ochronnych (PSO).

1. Ogólna ocena kierunku zmian w PSO

Pozytywnie oceniamy w szczególności: wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), rozszerzenie programu o szczepienia przeciw inwazyjnym zakażeniom meningokokowym oraz aktualizację kalendarza szczepień przeciw krztuścowi poprzez wprowadzenie trzech dawek przypominających szczepionki Tdap w 5., 11. i 17. roku życia (zastąpienie dawki Td przez Tdap w 17-19. r.ż.). Kierunek ten jest zgodny z aktualnym stanem wiedzy naukowej oraz rekomendacjami WHO, ECDC i krajowych towarzystw naukowych i, co dla nas kluczowe, sprzyja ograniczeniu absencji chorobowej pracowników, poprawie produktywności oraz zmniejszeniu długoterminowych kosztów opieki zdrowotnej i świadczeń społecznych. Jednocześnie, jako partnerzy społeczno-gospodarczy, widzimy w tym projekcie szansę na wzmocnienie samego „kręgosłupa” PSO – mechanizmów planowania, finansowania i zakupu szczepionek – w taki sposób, aby program szczepień ochronnych jeszcze lepiej odpowiadał na dynamicznie zmieniającą się sytuację epidemiologiczną.

2. PSO jako program oparty na danych i jakości

Uważamy za kluczowe, aby w rozporządzeniu w sposób jednoznaczny wskazać, że Program Szczepień Ochronnych:

- jest opracowywany i aktualizowany w oparciu o aktualne, krajowe dane epidemiologiczne oraz analizy zachorowań i ciężkich powikłań chorób zakaźnych,

- podlega regularnej ewaluacji skuteczności klinicznej i populacyjnej (w tym ocenie wpływu na hospitalizację, zgony i absencję chorobową),
- jest wspierany przez procedury przetargowe, w których **kryteria jakościowe** (skuteczność, bezpieczeństwo, zakres serotypów, trwałość odporności) mają charakter nadrzędny wobec kryterium ceny jednostkowej.

Tylko tak skonstruowany PSO pozwoli Polsce odpowiedzieć na zjawiska, które obserwujemy już dziś: zmianę spektrum krążących patogenów (np. pneumokoki), cykliczne nawroty chorób takich jak krztusiec oraz narastające wyzwania związane z opornością na antybiotyki (AMR).

Proponujemy doprecyzowanie § 3 rozporządzenia poprzez dodanie zapisu, że szczepienia obowiązkowe są realizowane w oparciu o aktualne dane epidemiologiczne, a przetargi na zakup szczepionek populacyjnych uwzględniają w głównej mierze kryteria jakościowe, w szczególności: skuteczność, bezpieczeństwo oraz trwałość odporności.

3. Kluczowe obszary merytoryczne: HPV, meningokoki, pneumokoki, krztusiec

3.1. HPV – onkoprewencja i „catch-up”

Zdecydowanie popieramy wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciw HPV. Jest to rozwiązanie kluczowe z punktu widzenia Narodowej Strategii Onkologicznej (cel 60% wyszczepionych nastolatków do 2028 r.) oraz globalnej strategii WHO eliminacji raka szyjki macicy do 2030 r.

Aby w pełni wykorzystać potencjał tego programu, rekomendujemy:

- utrzymanie **elastyczności** co do miejsca szczepienia (POZ i szkoły) oraz możliwości wyboru preparatu, co wzmacnia zaufanie rodziców i sprzyja wysokiej wyszczepialności,
- stopniowe wdrożenie szczepień „wychwytyjących” (catch-up) przeciw HPV dla młodzieży do 18. roku życia, aby uniknąć „luki pokoleniowej” w odporności i w pełni wykorzystać potencjał redukcji zachorowań i kosztów leczenia nowotworów HPV-zależnych.

Z punktu widzenia pracodawców, skuteczna profilaktyka HPV to mniej zachorowań na nowotwory w wieku produkcyjnym, mniejsza liczba rent i wcześniejszych emerytur oraz niższa absencja chorobowa.

3.2. Krztusiec – poparcie dla zmian i „pakiet krztuściowy” w dalszej perspektywie

Z uznaniem odnosimy się do propozycji MZ dotyczącej wzmocnienia ochrony przeciw krztuścowi poprzez wprowadzenie trzech dawek przypominających Tdap w 5., 11. i 17. roku życia, z zastąpieniem dawki Td przez Tdap w 17-19. r.ż. Jest to rozwiązanie spójne z międzynarodowymi wytycznymi oraz podejściem „life-course immunization”, a zarazem logiczny krok w warunkach obserwowanych w ostatnich latach cyklicznych nawrotów krztuśca w Europie.

Jako partner społeczny widzimy w tym „nowym” schemacie początek szerszej strategii – tzw. „pakietu krztuściowego” – który w kolejnych latach mógłby obejmować:

- systematyczne dawki przypominające Tdap u dorosłych co 10 lat,
- bezpłatne szczepienia Tdap dla osób powyżej 65. roku życia jako grupy szczególnie narażonej na ciężki przebieg choroby i jednocześnie ważnego ogniwa transmisji zakażeń na najmłodsze pokolenie.

3.3. Meningokoki – ochrona przed chorobami o wysokiej śmiertelności

Pozytywnie oceniamy uwzględnienie w PSO szczepień przeciw inwazyjnym zakażeniom meningokokowym. Choroby te, choć relatywnie rzadkie, cechują się bardzo wysoką śmiertelnością i ryzykiem ciężkich, trwałych powikłań (m.in. ubytki neurologiczne, amputacje).

Rekomendujemy, aby w dalszych etapach prac nad PSO:

- monitorować rozpowszechnienie poszczególnych serogrup w Polsce,
- rozważyć konsekwentne rozszerzanie ochrony (w miarę możliwości budżetowych), tak aby program obejmował te serogrupy, które realnie odpowiadają za najcięższe przypadki IChM,
- powiązać program szczepień meningokokowych z edukacją rodziców i młodzieży na temat wczesnych objawów sepsy.

Dla rynku pracy każdy przypadek sepsy meningokokowej u młodej dorosłej osoby oznacza nie tylko dramat rodzinny, lecz także potencjalną trwałą utratę zasobu pracy.

3.4. Pneumokoki – aktualizacja programu i serotyp 19A

W świetle aktualnych danych epidemiologicznych OPZCI wskazuje na rosnącą rolę serotypu 19A oraz innych serotypów niewchodzących w skład PCV10, które w coraz większym stopniu odpowiadają za ciężkie, inwazyjne zakażenia pneumokokowe u dzieci.

Z perspektywy długoterminowych kosztów zdrowotnych i ekonomicznych uważamy za uzasadnione, aby jednym z priorytetów PSO na kolejne lata była aktualizacja programu szczepień pneumokokowych, tak by:

- uwzględniał on serotyp 19A oraz szerzej odzwierciedlał strukturę krążących w Polsce serotypów,
- był oparty na szczepionkach o możliwie najszerszym pokryciu serotypowym,
- w procedurach zakupu szczepionek kryteria serotypowego zakresu ochrony i skuteczności kliniczno-epidemiologicznej były traktowane równorzędnie z kosztami.

Inwestycja w nowocześniejszą, szerszą ochronę pneumokokową to mniej zapaleń płuc, seps, hospitalizacji i powikłań, które wprost przekładają się na absencję chorobową rodziców i opiekunów. Traktujemy to jednak jako **jeden z kilku równoległych kierunków modernizacji PSO**, obok onkoprewencji (HPV), aktualizacji ochrony pneumokokowej i wzmocnienia programu meningokokowego. Wszystkie te obszary – nie tylko krztusiec – mają znaczący wpływ na zdrowie populacji w wieku produkcyjnym i koszty ponoszone przez pracodawców.

4. Personel wykonujący szczepienia – zwiększenie dostępności

Szczególnie pozytywnie odnosimy się do proponowanych zmian w § 9 rozporządzenia, które rozszerzają katalog osób uprawnionych do wykonywania szczepień o profesjonalistów medycznych posiadających odpowiednie kompetencje (zarówno nabyte w toku studiów, jak i w ramach kształcenia podyplomowego).

Z perspektywy pracodawców kluczowe jest, aby:

- jednoznacznie wskazać, że każdy lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu po odbyciu stażu podyplomowego może przeprowadzać szczepienia ochronne,
- zadbać o szeroką dostępność szkoleń i kursów z zakresu szczepień dla pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych i innych profesjonalistów,

- powiązać program szczepień z rozwiązaniami w obszarze medycyny pracy tam, gdzie to zasadne (np. szczepienia przeciw krztuścowi, grypie, WZW typu B w wybranych grupach zawodowych).

Większa dostępność personelu szczepiącego oznacza realnie mniejsze bariery dla pacjentów i pracowników (krótszy czas oczekiwania, łatwiejszy dostęp w miejscu zamieszkania lub pracy), a tym samym wyższe poziomy wyszczepialności całej populacji.

5. Podsumowanie

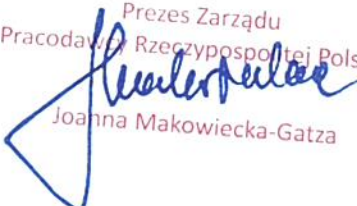
Pracodawcy RP z uznaniem oceniają kierunek zaproponowanych zmian w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia, obejmujących m.in. wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciw HPV, rozszerzenie programu o meningokoki, aktualizację kalendarza szczepień przeciw krztuścowi oraz planowane dalsze zmiany w programie pneumokokowym. Widzimy w tych działaniach ważny krok w stronę nowocześniejszego i bardziej efektywnego PSO, który odpowiada na wyzwania epidemiologiczne XXI wieku.

Jednocześnie zachęcamy do wykorzystania tej nowelizacji jako okazji do wzmocnienia fundamentów całego programu szczepień – poprzez oparcie go na aktualnych danych epidemiologicznych, priorytetyzację jakości szczepionek w przetargach, konsekwentne rozwijanie programów populacyjnych (HPV, pneumokoki, meningokoki, krztusiec) oraz zwiększanie dostępności personelu wykonującego szczepienia.

Deklarujemy gotowość współpracy z Ministerstwem Zdrowia, Głównym Inspektorem Sanitarnym oraz ekspertami klinicznymi w zakresie promocji szczepień, edukacji pracodawców i pracowników, a także w wypracowywaniu rozwiązań, które łączą troskę o zdrowie publiczne z długofalową stabilnością rynku pracy i rozwojem gospodarczym Polski.

Z poważaniem

Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej
ul. Berneńska 8, 03-976 Warszawa
NIP 526-16-78-181, REGON 006219811
EKD 9133

Prezes Zarządu
Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej

Joanna Makowiecka-Gatza