



Szczepienia ochronne jako inwestycja w zdrowie, gospodarkę, obronność i odporność państwa

Opracowanie z perspektywy systemu ochrony zdrowia, farmakoekonomii, epidemiologii i zdrowia publicznego

Prof. dr hab. Marcin Czech
Prof. dr hab. Artur Nowak-Far

Streszczenie

Szczepienia ochronne są jednym z najważniejszych narzędzi profilaktyki pierwotnej, ponieważ jednocześnie **zapobiegają zachorowaniom, ograniczają transmisję zakażeń, chronią osoby najbardziej podatne na ciężki przebieg chorób i zmniejszają obciążenie systemu ochrony zdrowia**. Są one więc **inwestycją** przynoszącą zwrot w postaci **zmniejszenia liczby hospitalizacji, zmniejszenia absencji i kosztów pośrednich związanych z przedwczesną umieralnością, utrzymania odpowiedniego poziomu podaży pracy i ograniczenia kosztów opieki społecznej**. Przyczyniają się do **redukowania średnio- i długookresowego obciążenia budżetowego związanego z leczeniem chorób zakaźnych, ich powikłań oraz zaostrzeń chorób przewlekłych, a także do zwiększania dochodów budżetowych wynikających z poprawy funkcjonowania rynku pracy**. Tym samym w dużej mierze **przyczyniają się do stabilizacji dochodów publicznych**. Średni zwrot z inwestycji w immunizację dorosłych może sięgać 19:1, a z każdego euro zainwestowanego w profilaktykę można uzyskać średnio 14 euro wartości dla zdrowia i gospodarki zdrowotnej [1,2].

W Polsce skala i stabilność inwestycji, o której tu mowa jest za niska. **Na tego typu profilaktykę przeznaczane jest około 1,7% budżetu ochrony zdrowia, a na szczepienia około 0,5% budżetu NFZ**. Tymczasem koszt samej absencji chorobowej związanej z chorobami, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, szacuje się na 371 mln euro (w 2024 r.). Analiza przeprowadzona we Włoszech pokazuje, że osiągnięcie minimalnych rekomendowanych poziomów wyszczepialności mogłoby przynieść 1,97 mld euro oszczędności kosztów społecznych, 385 mln euro odzyskanych wpływów podatkowych, a także ograniczyć utraconą produkcję gospodarczą o 6,79 mld euro. Potwierdza to, że korzyści wynikające ze szczepień wykraczają daleko poza sektor zdrowia i powinny być uwzględniane także w ocenie ich wpływu na finanse publiczne i gospodarkę.

Należy zatem ustanowić wieloletni mechanizm inwestowania w szczepienia, np. w ramach średniookresowego planowania fiskalno-strukturalnego państwa, z wykorzystaniem możliwości oferowanych przez ramy zarządzania New Economic Governance Framework (NEGF).

W praktyce Polska powinna przygotować *Investment Case for Immunisation* jako element średnio-okresowego zarządzania fiskalnego państwa. Dokument taki pozwoliłby na systematyczne uwzględnianie długoterminowych korzyści zdrowotnych, społecznych i fiskalnych wynikających z programów szczepień przy podejmowaniu decyzji dotyczących rozdysonowania środków publicznych.

Nakłady budżetowe przeznaczone na finansowanie szczepień o charakterze strategicznym powinny być w systemie zarządzania budżetowego traktowane tak, by prawidłowo odzwierciedlona była ich zasadnicza funkcja. Chodzi o redukcję średnio i długookresowego obciążenia budżetowego wydatkami na leczenie chorób zakaźnych (którym szczepienia mają zapobiegać) oraz zwiększenie dochodów budżetowych wynikających z polepszenia funkcjonowania rynku pracy i zwiększenia efektywności pracy. W tym celu rekomenduje się utworzenie wieloletniego mechanizmu finansowania szczepień, roboczo określanego jako Fundusz Inwestycji w Odporność Zdrowotną (FI-OZ), funkcjonującego jako wydzielony element systemu planowania i finansowania profilaktyki. Kluczową zasadą tego rozwiązania nie jest zwiększanie zadłużenia publicznego ani niekontrolowany wzrost wydatków, lecz przesunięcie części decyzji budżetowych z perspektywy rocznej na wieloletnią, a także wykorzystanie oszczędności i zwrotów generowanych przez skutecznie realizowaną profilaktykę.

Obecne ramy zarządzania gospodarczego w UE umożliwiają takie traktowanie wspomnianych nakładów. Implikuje to **niewyłączenie ich z rachunku budżetowego jako wydatków budżetowych, ale istotną zmianę perspektywy oceny – poprzez przedłużenie co 3 lata perspektywy oceny ich wpływu, a w następstwie, oceny efektywności i sprawności działań państwa w tych ramach**.

W szczególności należy zauważyć, że wspomniane wydatki **spełniają wszystkie kryteria reklasyfikacji** określone w art. 14 rozporządzenia 2024/1263/UE.

I

Analiza z punktu widzenia polityki zdrowia publicznego

1. Szczepienia: od kosztu zdrowotnego do inwestycji publicznej

Z punktu widzenia zdrowia publicznego szczepienia mają szczególną cechę: ich korzyść powstaje zanim dojdzie do kosztownego zdarzenia zdrowotnego. Zapobiegają chorobie, a więc ograniczają potrzebę konsultacji, diagnostyki, leczenia ambulatoryjnego, hospitalizacji i rehabilitacji. W chorobach zakaźnych dochodzi dodatkowo efekt populacyjny. Odpowiednio wysoki poziom zaszczepienia populacji docelowej ogranicza transmisję patogenu i pośrednio chroni osoby, które nie mogą z różnych powodów być zaszczepione lub nie uzyskują w wyniku zaszczepienia pełnej ochrony. Wybiórcze podejście w tej sprawie nie pozwala wykorzystać w pełni potencjału szczepień. Szczególnie ważne jest więc uznanie znaczenia powszechności szczepień dla przerwania transmisji, eliminacji skutków zakażenia i ograniczenia kosztów w średnio- i długoterminowej perspektywie [3].

Farmakoekonomicznie szczepienie należy oceniać w szerszej perspektywie, a nie jedynie przez pryzmat ceny zastosowanych dawek produktu. W zależności od celu programu analiza powinna obejmować koszty bezpośrednie, pośrednie i społeczne oraz wpływ fiskalny. Materiały dotyczące analizy dokonanej we Włoszech pokazują model, w którym obok kosztów zdrowotnych uwzględniono utraconą produktywność, zmniejszenie dochodów podatkowych i skutki dla produkcji [5]. Jest to szczególnie istotne w Polsce, gdzie starzenie się społeczeństwa i malejąca podaż pracy zwiększają koszt każdej nieobecności pracownika, której można uniknąć, a także znajdują odzwierciedlenie w zmniejszonych przychodach państwa.

Z punktu widzenia państwa **szczepienia tworzą więc potrójną dywidendę**. Po pierwsze, poprawiają wyniki zdrowotne. Po drugie, zmniejszają presję na wydatki publiczne, zwłaszcza tam, gdzie hospitalizacje i leczenie ciężkich powikłań generują wysokie koszty. Po trzecie, chronią aktywność gospodarczą. Europejski materiał dotyczący immunizacji dorosłych szacuje jej **średni zwrot z inwestycji na poziomie 19:1** i wskazuje na znaczący udział utraconej produktywności w kosztach chorób pneumokokowych [2].

Nie jest to jednak uniwersalny mnożnik dla każdego polskiego programu i powinien być traktowany jako argument za oceną szerszej wartości inwestycji, a nie jako gwarantowany wynik budżetowy.

Potrójna dywidenda inwestycji w szczepienia



ŚREDNI ZWROT
Z INWESTYCJI
W IMMUNIZACJĘ
DOROSŁYCH
MOŻE SIĘGAĆ

19:1

2. Polska: koszt zaniechania jest większy niż koszt profilaktyki

Jedną z podstawowych barier dla postrzegania szczepień jako inwestycji w profilaktykę jest **asymetria między widocznością kosztu szczepienia a niewidocznością kosztu choroby, której udało się uniknąć**. Wydatek na zakup szczepionki pojawia się w budżecie natychmiast. Korzyści mogą być rozłożone między NFZ, budżet państwa, pracodawców, gospodarstwa domowe i system zabezpieczenia społecznego. Taki podział kosztów i korzyści sprzyja niedoinwestowaniu profilaktyki, jeżeli decyzja jest podejmowana wyłącznie z perspektywy pojedynczego płatnika. Ponadto, w sytuacji ograniczeń budżetowych wydatki na szczepienia jako bezpośrednio widoczne i łatwe do zidentyfikowania, mogą stać się przedmiotem natychmiastowego ograniczenia bieżących wydatków. Jest to jednak pozorna oszczędność, która w praktyce oznacza dezinvestycję i prowadzi do utraty potencjalnych korzyści oraz zwrotu z inwestycji.

W Polsce profilaktyka to około 1,7% środków ochrony zdrowia, a **szczepienia około 0,5% budżetu NFZ** [3].

Koszt choroby to także koszt dla gospodarki

371 mln €

Roczny koszt absencji związanej z chorobami, którym można zapobiegać dzięki szczepieniom.



Niedostateczna prewencja działa jak ukryty podatek od pracy.

Kto ponosi koszty?



pracownicy



pracodawcy



ZUS



budżet państwa



gospodarka

Jak dużo inwestujemy w profilaktykę?



Pytanie nie brzmi: „czy stać nas na szczepienia?”

Pytanie brzmi: **jak ograniczać przyszłe koszty zdrowotne?**

Jednocześnie szacowany koszt profilaktyki szczepiennej wynosił w 2024 r. około 5,48 euro na mieszkańca, podczas gdy koszt leczenia np. cukrzycy 3,8 razy wyższy, udaru niedokrwionego mózgu 2,1 razy wyższy, a astmy 1,4 razy wyższy [3]. Te proporcje pokazują, że **pytanie nie powinno brzmieć, „czy stać nas na szczepienia?”, lecz „jak zoptymalizować portfel inwestycji zdrowotnych z uwzględnieniem szczepień, aby ograniczać przyszłe koszty?”**.

Drugim mierzalnym sygnałem jest koszt absencji. Według badań mamy do czynienia z **371 mln euro kosztów absencji w Polsce** w 2024 r. z powodu chorób, **którym można zapobiegać dzięki szczepieniom** [3]. Z perspektywy gospodarczej oznacza to, że **niedostateczna prewencja może działać jak ukryty podatek od podaży pracy**. Koszt ponosi nie tylko system ochrony zdrowia, ale także pracodawcy, ZUS, budżet państwa i sama gospodarka poprzez niższą produkcję.

3. Najważniejsze bariery dla zwiększenia wyszczepialności

3.1. Finansowanie i fragmentacja korzyści

Pierwszą barierą jest krótkoterminowy sposób budżetowania. Szczepienia konkurują o środki z technologiami leczniczymi, których finansowanie jest bardziej widoczne politycznie i klinicznie. **Potrzebny jest mechanizm wieloletni, pozwalający finansować programy szczepień w sposób przewidywalny i adekwatny do potrzeb epidemiologicznych.** Materiał źródłowy postuluje wyodrębnienie budżetu na profilaktykę i szczepienia oraz jasne kryteria finansowania [3].

3.2. Dostępność i model „szczepień dla wybranych”

Drugą barierą jest ograniczanie dostępu do szczepień poprzez ich refundację jedynie w określonych, często bardzo ograniczonych grupach i to mimo tego, że politykę szczepienną należy kształtować w odniesieniu do **szczepień w całym cyklu życia**. W tym kontekście szczególnie istotne jest utrzymanie stabilnego, przewidywalnego i nieodpłatnego dostępu do szczepień. Szczególnie dla seniorów bariera finansowa pozostaje jednym z kluczowych czynników wpływających na korzystanie z profilaktyki. Ciągłość warunków dostępu do szczepień ma więc istotne znaczenie dla utrzymania wysokiego poziomu wyszczepialności i skutecznej ochrony zdrowia tej grupy. Podejście life-course immunisation zakłada utrzymywanie ochrony **od dzieciństwa do wieku podeszłego**. W starzejącym się społeczeństwie jest to szczególnie ważne, ponieważ u osób z chorobami przewlekłymi istnieje wyższe **ryzyko ciężkiego przebiegu infekcji** [3]. Rozszerzanie dostępu powinno być jednak priorytetyzowane według ryzyka, efektywności kosztowej i potencjalnego wpływu na zdrowie populacji, a nie według samego wieku.

3.3. Brak pełnego pomiaru efektów

Bez wiarygodnych danych o liczbie podanych szczepionek, poziomie zaszczepienia, dynamiki zachorowań, hospitalizacjach, danych dotyczących absencji, przedwczesnych zgonów i ich konsekwencji fiskalnych trudno obliczyć rzeczywisty zwrot z inwestycji. Założenia wskazują na **potrzebę systematycznego monitorowania wyszczepialności i efektywności realizacji szczepień oraz wykorzystania danych epidemiologicznych dotyczących dominujących patogenów chorobotwórczych w planowaniu zakupów i refundacji** [3]. Jest to niezbędny kierunek transformacji – od podejścia „wydajemy na szczepionki” w kierunku „inwestujemy w efekty szczepień”.

3.4. Zbyt wąska perspektywa zdrowotna

Jeżeli decyzja jest oceniana wyłącznie przez pryzmat kosztu NFZ, pomijana niemal całkowicie jest część dotycząca wartości ekonomicznej szczepień. Potrzebne jest równoległe **modelowanie kosztów społecznych, wpływów podatkowych, produktywności i obciążenia opieki długoterminowej**. Analiza włoska pokazuje praktyczną użyteczność takiego podejścia: zwiększenie wyszczepialności do minimalnych rekomendowanych poziomów oszacowano jako potencjalnie dające 1,97 mld euro oszczędności kosztów społecznych, 385 mln euro odzyskanych wpływów podatkowych i 6,79 mld euro ograniczenia utraconej produkcji [5]. Choć są to dane pochodzące z Włoch, a nie prognoza dla Polski, mogą jednak ilustrować mechanizm, którego skutki warto oszacować w warunkach krajowych.

4. NEGF jako okno dla nowego modelu finansowania

Reforma unijnych ram zarządzania gospodarczego obowiązująca od 30 kwietnia 2024 r. zmieniła logikę planowania fiskalnego: państwa członkowskie przygotowują wieloletnie krajowe plany fiskalno-strukturalne łączące ścieżkę wydatkową z reformami i inwestycjami [4,7]. Plany mają co do zasady horyzont cztero lub pięcioletni, a spełnienie określonych warunków dotyczących reform i inwestycji może wiązać się z wydłużeniem okresu dostosowawczego do trzech lat [7].

Z punktu widzenia zdrowia publicznego otwiera to możliwość zmiany klasyfikacji politycznej i zarządczej profilaktyki: z „wydatku konsumpcyjnego” na mierzalną inwestycję, wzmacniającą odporność społeczną, zdrowotną i gospodarczą. Trzeba jednak zachować precyzję: obecne NEGF nie ustanawiają automatycznego wyłączenia wszystkich wydatków

zdrowotnych lub szczepień z deficytu i długu. Dlatego rekomendowane rozwiązanie powinno wykorzystywać istniejącą przestrzeń do priorytetyzacji reform i inwestycji w planach średniookresowych, a równolegle zabiegać o dalsze uznanie profilaktyki za strategiczną kategorię inwestycyjną [1,4,8].

W praktyce **Polska powinna przygotować *Investment Case for Immunisation* jako część średniookresowego zarządzania fiskalnego.** Program powinien zawierać: cele dotyczące koniecznego do uzyskania poziomu zaszczepienia, populacje priorytetowe, koszty programu, harmonogram, wskaźniki zdrowotne, wskaźniki ekonomiczne i fiskalne oraz mechanizm corocznej oceny efektów. Tak skonstruowany program byłby zgodny z logiką NEGF, która łączy stabilność długu z inwestycjami i reformami wspierającymi wzrost [4].

5. Szczepienia jako element bezpieczeństwa zdrowotnego i odporności państwa

Bezpieczeństwo zdrowotne jest warunkiem odporności gospodarczej. Populacja o wysokim poziomie ochrony przed konsekwencjami chorób zakaźnych jest mniejszym obciążeniem dla szpitali, zachowuje zdolność do pracy wytwórczej i zmniejsza ryzyko zakłóceń funkcjonowania usług publicznych. Materiały organizacji Vaccines Europe wskazują, że inwestycje w immunizację mogą zwiększać produktywność, stabilność fiskalną i odporność systemów; podkreślają także znaczenie krajowej infrastruktury dostaw i zdolności produkcyjnych dla odporności na geopolityczne szoki [8].

Bezpieczeństwo zdrowotne stanowi element odporności państwa, powiązany zarówno z bezpieczeństwem gospodarczym, jak i zdolnością do reagowania kryzysowego. Szczepienia są szczególnym instrumentem bezpieczeństwa zdrowotnego, ponieważ ich wartość ujawnia się także w czasie kryzysu: zmniejszają liczbę osób wymagających hospitalizacji i pozwalają zachować zasoby systemu dla zabezpieczenia konsekwencji zdrowotnych wynikających z innych zagrożeń. Materiały inwestycyjne wskazują również na związek immunizacji z gotowością systemu ochrony zdrowia, ciągłością pracy personelu i odpornością łańcuchów dostaw [8].

Szczególne znaczenie nabiera to w odniesieniu do wojska, służb mundurowych, ochrony zdrowia oraz

innych obszarów infrastruktury krytycznej, których sprawność i ciągłość działania mają bezpośrednie znaczenie dla bezpieczeństwa państwa. Inwestycje w szczepienia wzmacniają zatem nie tylko zdrowie publiczne, lecz także zdolność państwa do utrzymania sprawności swoich instytucji, zasobów ludzkich i usług w obliczu zagrożeń. W tym ujęciu profilaktyka szczepienna jest jednym z narzędzi budowania odporności państwa – podobnie jak inwestycje w infrastrukturę, bezpieczeństwo energetyczne czy zdolności obronne.

Nie oznacza to, że każdy zakup szczepionek powinien być automatycznie uznawany za wydatek związany z bezpieczeństwem narodowym. **Uzasadnione jest natomiast włączenie szczepień o istotnym znaczeniu epidemiologicznym i systemowym do szerszej strategii odporności, z oceną ryzyka, kosztów i korzyści oraz z uwzględnieniem zapewnienia ciągłości dostaw.**

6. Proponowane rozwiązanie dla Polski: Fundusz Inwestycji w Odporność Zdrowotną

Rekomenduje się utworzenie wieloletniego mechanizmu finansowania szczepień – Funduszu Inwestycji w Odporność Zdrowotną – FI-OZ (roboczo) – jako wydzielonego komponentu planowania profilaktyki, bez konieczności tworzenia nowego długu publicznego. Kluczowa zasada: **nie chodzi o niekontrolowane zwiększenie wydatków, lecz o przesunięcie części decyzji budżetowych z perspektywy rocznej na wieloletnią** oraz o wykorzystanie oszczędności i zwrotów generowanych przez profilaktykę.

Mechanizm mógłby działać w pięciu krokach. Po pierwsze, państwo definiuje pakiet szczepień o najwyższej wartości zdrowotnej i ekonomicznej na podstawie danych epidemiologicznych i analiz farmakoekonomicznych. Po drugie, określa wieloletnią ścieżkę finansowania i przewidywalny harmonogram zakupów. Po trzecie, wiąże finansowanie z mierzalnymi celami, np. wzrostem poziomu zaszczepienia w grupach docelowych, redukcją kosztów bezpośrednich (np. hospitalizacji) i pośrednich (np. absencji w pracy i produktywności utraconej z powodu przedwczesnej umieralności). Po czwarte, państwo co roku publikuje rachunek: koszt programu, uniknięte zdarzenia, wykorzystane zasoby, wpływ na produktywność i – tam, gdzie możliwe – wpływ fiskalny. Po piąte, wyniki są wykorzystywane do aktualizacji portfela szczepień.

Źródłem finansowania nie musi być jeden nowy strumień. Możliwe jest łączenie środków już znajdujących się w systemie zdrowia, finansowania programów profilaktycznych, oszczędności wynikających z ograniczenia kosztów leczenia oraz – w zakresie zgodnym z prawem – instrumentów i programów UE. **Kluczowe jest, aby dodatkowe środki na profilaktykę nie były automatycznie traktowane jako stały wzrost wydatków, lecz jako inwestycja oceniana pod kątem efektów zdrowotnych i ekonomicznych.**

Drugim elementem powinno być wykorzystanie cyklu NEGF. Polska może przedstawiać inwestycje w szczepienia jako część reform i inwestycji wzmacniających odporność społeczną, zdrowotną i gospodarczą. Komisja Europejska wskazuje, że krajowe plany średniookresowe łączą ścieżkę fiskalną z reformami i inwestycjami oraz mają służyć jednocześnie trwałości długu i wzrostowi [4]. W 2026 r. szczególnie ważne jest zachowanie zgodności z uzgodnioną ścieżką wydatków; Europejska Rada Budżetowa podkreśla potrzebę wiarygodnego przestrzegania tych ścieżek [9]. Polski model powinien być fiskalnie neutralny lub samofinansujący się w średnim okresie w ujęciu szerokiej wartości publicznej, a nie oparty na założeniu wyłączenia wydatków z reguł fiskalnych.

9 rekomendacji dla odpornej Polski

Jak wzmocnić rolę szczepień w zdrowiu publicznym, gospodarce i bezpieczeństwie państwa?



7. Rekomendacje wdrożeniowe

1. Uznanie szczepień za **strategiczną inwestycję** w odporność zdrowotną i gospodarczą, z odrębnym miejscem w średniookresowym planowaniu fiskalno-strukturalnym.
2. Utworzenie **wieloletniej, przewidywalnej ścieżki finansowania szczepień**, powiązanej z celami epidemiologicznymi i ekonomicznymi.
3. **Rozszerzanie dostępu do szczepień** według zasady life-course immunisation, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych o wysokim stopniu narażenia na konsekwencje chorób zakaźnych (w tym: seniorów, osób wymagających onkoprewencji, osób z chorobami przewlekłymi, osób immunoniekompetentnych i dzieci do 2. roku życia oraz osób w wieku produkcyjnym).
4. Zbudowanie kompletnego **systemu danych** o szczepieniach: podanie dawki, poziom zaszczepienia, zachorowania, hospitalizacje, zgony, absencja, koszty, wpływ na produktywność.
5. Powołanie do życia, zgodnie z rekomendacjami WHO, Krajowej Grupy Doradczej ds. Szczepień, czyli. NITAG (National Immunisation Technical Advisory Group) – wielodyscyplinarnego zespołu niezależnych ekspertów, który dostarcza władzom i instytucjom zdrowia publicznego rekomendacji dotyczących szczepień opartych na dowodach naukowych.
6. Obowiązkowe przygotowywanie dla większych zmian programu szczepień analiz obejmujących nie tylko koszty NFZ, ale również koszty społeczne i wpływ fiskalny.
7. Tworzenie corocznego dokumentu Vaccination Investment Report dla Rady Ministrów, ze szczególnym uwzględnieniem Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Finansów, który pokazuje koszt programu oraz osiągnięty zwrot zdrowotny, systemowy i gospodarczy.
8. Uwzględnienie mechanizmów przewidywania i zabezpieczania dostaw, dywersyfikacji źródeł oraz zdolności produkcyjnych i logistycznych w ocenie strategii wdrażania programów szczepień.
9. Wykorzystanie kolejnych cykli europejskich semestrów i NEGF do wpisywania mierzalnych inwestycji profilaktycznych do krajowych planów, a także do pogłębienia dialogu z Komisją Europejską.

II

Analiza z perspektywy zarządzania budżetowego

1. Kwestia szczepień strategicznych

Jak wynika z już przedstawionej analizy, z gospodarczego punktu widzenia odpowiednio zaprojektowany i wykonany system powszechnych szczepień ochronnych prowadzi do ograniczenia całkowitych kosztów społecznych następstw chorób, którym można w ten sposób zapobiegać. Koszty te wynikają nie tylko z leczenia chorych, ale także z utraty aktywności gospodarczej i zawodowej wskutek zachorowań oraz przedwczesnych zgonów. Ponadto, odpowiednio zaprojektowany system szczepień ochronnych jednocześnie wzmacnia odporność społeczeństwa i państwa, co trudniej wycenić, ale co niewątpliwie musi być brane pod uwagę w rachunku kosztów i korzyści społecznych z systemu szczepień.

„Dobre” zaprojektowanie systemu szczepień podlega prawidłowości opisanej w krzywych Calabresiego [6]. Te mogą być interpretowane jako obraz (w ujęciu krańcowym) kosztów i korzyści społecznych wynikających ze zwiększenia intensywności interwencji publicznej, mającej na celu zapobieganie

negatywnym zjawiskom. Krzywe te wskazują, że:

(a) natura tych negatywnych zjawisk, na które władza publiczna chce oddziaływać jest różna, co wymaga ich uszeregowania pod względem ważności dla polityki publicznej (tj. siły wpływu np. na wzrost gospodarczy);

(b) przedmiotem oddziaływania powinny być jedynie te negatywne zjawiska, które mają istotny wpływ, przy pominięciu oddziaływania na zjawiska stwarzające tzw. oddziaływanie systematyczne, tj. mało wrażliwe na oddziaływanie danymi narzędziami polityki publicznej.

W odniesieniu do działań profilaktyki w postaci programu szczepień, krzywe Calabresiego implikują konieczność skupienia się w polityce publicznej – przede wszystkim na szczepieniach strategicznych, tj. mających największe znaczenie dla zapewnienia zdrowia publicznego, a tym samym odporności (resilience) społecznej.

2. System zarządzania gospodarczego Unii Europejskiej

Problemem w realizacji nawet najlepiej – choćby z punktu widzenia krzywych Calabresiego – zaprojektowanego systemu szczepień ochronnych są ograniczenia budżetowe – te obiektywnie istniejące (krzywa ograniczenia budżetowego), jak i te o charakterze regulacyjnym. Te drugie mają postać reguł budżetowych, których celem jest ograniczenie wzrostu wydatków publicznych. W państwach Unii Europejskiej zasadnicze miary tego ograniczenia dotyczą deficytu i – związanego z nim – długu publicznego. Wartościami odniesienia są odpowiednio: 3% PKB dla planowanego lub zrealizowanego deficytu budżetowego oraz 60% PKB dla długu publicznego, z zastrzeżeniem, że w danym państwie wskaźniki te mogą być wyższe, byleby znacząco nie odbiegały od tych wartości odniesienia i zbliżały się do nich).¹

Ramy zarządzania gospodarczego (zarówno „stare”, jak i te określane jako „nowe”) zostały ustanowione na podstawie art. 121 *Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej* (TFUE), a także, w odniesieniu do unikania nadmiernego deficytu na podstawie art. 126 TFUE, oraz pakietu legislacyjnego pod nazwą Pakt Stabilności i Wzrostu (PSW, przyjętego w 1997 r.). Pakt był przedmiotem reformy trzykrotnie: w 2005 r., w latach 2011-2013 oraz w 2024 r. W każdym przypadku nowe zmieniające go regulacje zmierzały do zapewnienia PSW większej elastyczności. Ponadto, wyposażały pierwotnie ustanowione, zasadnicze mechanizmy PSW: tj. procedury wzajemnego monitorowania (której podstawą jest art. 121 TFUE) oraz PND – procedury unikania nadmiernego deficytu (której podstawą jest art. 126 TFUE), w dodatkowe procedury zapobiegawcze.

¹ Artykuł 121 TFUE.

W zakresie, który jest istotny dla tego opracowania, już wcześniejsze reformy PSW zmierzały do złagodzenia przesłanek oceny, czy w danym państwie wystąpiły nadmierne deficyty, oraz na wydłużeniu terminów stosowanych w tej procedurze. W zakresie PWM (tj. zapobiegawczego składnika PSW) reforma polegała na:

(a) wprowadzeniu do tej procedury zróżnicowanych średniookresowych krajowych celów makroekonomicznych;

(b) utrzymaniu dotychczasowego dopuszczalnego poziomu deficytu budżetowego państw strefy euro (3% PKB), ale przy uwzględnieniu bezpiecznego marginesu możliwego jego przekroczenia; margines ten miał być na tyle szeroki, by można było uwzględnić w nim konieczne w danym kraju inwestycje sektora publicznego;

(c) **uwzględnieniu w ocenie realizacji przez państwa członkowskie reform strukturalnych wprowadzanych w tych państwach w celu długookresowego obniżenia wydatków budżetowych** (np. w czasie wprowadzania reformy systemu emerytalnego); zachowano jednak obowiązek wyjaśnienia istoty krótko- i długookresowego działania tychże reform (co ma być przedmiotem wnikliwego badania przez Radę, która cały program stabilizacji i konwergencji ma oceniać pod kątem wiarygodności założeń ekonomicznych przedstawianych programów oraz efektywności przyjętej ścieżki dostosowania do średniookresowego celu budżetowego w ramach cyklu koniunkturalnego);

(d) uściśleniu obowiązku i tempa korekty deficytu i uściśleniu zasad stosowania przez Radę sankcji za nierealizowanie zobowiązań z tego tytułu;

(e) wydłużeniu terminów wykonania środków naprawczych oraz terminów proceduralnych (np. dotyczących wydania przez Radę ECOFIN stosownych decyzji).

Reformy lat 2011-2013 przyjęły postać pakietu legislacyjnego, tzw. Sześciopaka oraz Traktatu Fiskalnego (TF). Sześciopak obejmował m.in. rozporządzenie 1175/2011/UE zmieniające rozporządzenie Rady nr 1466/97 w sprawie wzmocnienia nadzoru pozycji budżetowych oraz nadzoru i koordynacji polityk gospodarczych² oraz rozporządzenie 1176/2011/UE w sprawie zapobiegania zakłóceniom równowagi makroekonomicznej i ich korygowania,³ a także rozporządzenie 1177/2011/UE zmieniające rozporządzenie 1467/97 w sprawie przyspieszenia i wyjaśnienia procedury nadmiernego deficytu,⁴ jak również dyrektywę 2011/85/UE w sprawie wymogów dla ram budżetowych państw członkowskich.⁵

² Dz. U. UE 2011, L 306/12.

³ Dz. U. UE 2011, L 306/2.

⁴ Dz. U. UE 2011, L 306/3.

⁵ Dz. U. UE 2011, L 306/41.

Wspomniane akty prawne wprowadziły do istniejących rozwiązań m.in. postanowienia dotyczące tzw. semestru europejskiego oraz dialogu gospodarczego. Semestr europejski (SE) miał stworzyć proceduralne ramy formułowania i nadzorowania ram koordynacji polityk gospodarczych w Unii Europejskiej. Zasadniczym celem SE było więc, w tym kontekście, zapewnienie odpowiedniego cyklu planistycznego (obejmującego państwa członkowskie oraz niemal wszystkie instytucje UE uczestniczące w koordynacji polityk gospodarczych na poziomie unijnym), jak również wzmocnienie systemu egzekwowania realizacji planów makroekonomicznych. Nowe akty uściśliły także system zapobiegania nierównowagom makroekonomicznym (w ramach dotychczasowej PWM), wprowadzając dużo bardziej szczegółowe zasady dotyczące przejrzystości planowania makroekonomicznego w państwach członkowskich oraz przeglądu wykonania ustalonych planów na poziomie UE. W ramach nowej procedury bardzo istotne stały się w szczególności postanowienia dotyczące ustalania średniookresowych celów budżetowych (tj. dotyczących salda sektora instytucji rządowych i samorządowych). Przyjęte akty odnosiły się także do zapobiegania zakłóceniom równowagi makroekonomicznej i ich korygowania poprzez uzupełnienie dotychczasowego katalogu procedur koordynacyjnych w zakresie polityk gospodarczych w UE o dwie nowe:

(a) zapobiegania nierównowagom makroekonomicznym (wspomniana już PZN);

(b) korygowania nierównowag makroekonomicznych (PKN).

Obie procedury mają na celu zapobieganie zakłóceniom równowagi makroekonomicznej albo korygowanie nadmiernych zakłóceń tego typu. Procedura PZN łączy elementy analizy sytuacji makroekonomicznej *ex post* i *ex ante*. Analiza jest wtedy przeprowadzana przez Komisję Europejską i dotyczy zarówno całej UE, jak i odnosi się bardziej szczegółowo do przynajmniej tych państw członkowskich, w których występuje możliwość pojawienia się zakłóceń równowagi. **Element corocznej analizy *ex post* polega na tym, że Komisja ma brać pod uwagę przeszłe trendy w rozwoju sytuacji gospodarczej; jej opinie dotyczące ryzyka wystąpienia nierównowag muszą już jednak być zawsze formułowane *ex ante*.** Procedura PKN może dotyczyć jedynie korygowania nadmiernego zakłócenia równowagi makroekonomicznej. W przypadku wystąpienia takiej okoliczności Rada może przyjąć – na zalecenie Komisji – decyzję stwierdzającą istnienie w danym państwie „nadmiernego zakłócenia równowagi” i zlecić mu podjęcie działań naprawczych. Państwo, wobec którego wszczęto procedurę PKN,

ma obowiązek przedstawić Komisji Europejskiej i Radzie plan działań naprawczych, których ogólne ramy określają zalecenia Rady. Plan taki musi być z Komisją i Radą uzgodniony; jego wykonanie zaś jest monitorowane i oceniane (przy czym ocena jest podawana do wiadomości publicznej). Stwierdzenie – w ramach monitorowania – niewłaściwego wykonywania uzgodnionego planu, skutkuje zaś wystosowaniem konkretnych zaleceń, które – jeżeli nie zostaną wykonane – zostają zasadniczo automatycznie uznane za przyjęte przez Radę (już w formie decyzji). Wspomniane akty Sześciopaku zawierały także przepisy określające tempo działań dostosowawczych w przypadku wystąpienia nierównowag.

Istotnym elementem zarządzania gospodarczego w UE stał się także Traktat Fiskalny, tj. podpisany w marcu 2012 r. Traktat o stabilności, koordynacji i zarządzaniu w Unii Europejskiej. Zasadniczym celem TF jest po pierwsze, wzmocnienie dyscypliny budżetowej w ramach UGW, a po drugie polepszenie koordynacji polityk gospodarczych oraz zarządzania strefą euro.

Celem reformy z 2024 r. jest natomiast przywrócenie większego znaczenia kryteriom referencyjnym długu i deficytu budżetowego, których wypełnianie ma być – zgodnie z logiką zapisów TFUE – długookresowym celem państw członkowskich, przy jednoczesnym założeniu, że oceny ich działań w tym zakresie będą dokonywane w kontekście ram polityki fiskalnej ustalonych ogólnie przez Radę (ECOFIN) a skonkretyzowanych w pochodzących z UE CSR (*country-specific recommendations*) oraz odzwierciedlających je krajowych średniookresowych planach finansowo-strukturalnych (*National Medium-term Fiscal-Structural Plans*). Reforma wyraźnie zakłada więc zwiększenie różnicowania podejścia przez:

(a) zachowanie zasadniczych reguł fiskalnych dotyczących głównych wskaźników konwergencyjnych i stabilizacyjnych długu publicznego i deficytu budżetowego;

(b) uwzględnienie w uzgadnianych działaniach różnicowania zadłużenia, w tym także różnicowania odzwierciedlającego różne strukturalne konteksty, w którym dług publiczny narastał oraz skutki tego długu;

(c) **odejście od sztywnych ram redukcji długu (tj. od wcześniejszego wymagania redukcji o 1/20 rocznie) i zastąpienie go podejściem opartym na analizie ryzyka, której zasadniczym celem jest określenie wymagań redukcji długu pozwalających na jego prawidłową (z punktu widzenia równowagi makroekonomicznej) obsługę;**

(d) powiązanie programów redukcji długu z wdrażaniem reform konsolidujących finanse sektora publicznego oraz z realizacją inwestycji finansowanych ze środków publicznych.

W ramach koordynacji planowania państwa członkowskie muszą uzgodnić z Komisją zobowiązania dotyczące redukcji długu z perspektywą na minimum 4 lata. Rewizja planu w tym okresie byłaby możliwa jedynie wtedy, gdyby zaistniały obiektywne, nowe okoliczności skutkujące niemożliwością realizacji zamierzeń w pierwotnej postaci. Kluczowym dla koordynacji wskaźnikiem jest finansowany ze źródeł wewnętrznych państwa poziom jego pierwotnych wydatków netto (określany jako „jednolity wskaźnik operacyjny”, czyli *single operational indicator* – SOI). SOI określa poziom wydatków sektora publicznego bez uwzględnienia wydatków związanych z przychodami o charakterze uznaniowym (*expenditure net of discretionary revenue measures*), wydatków na zapłatę odsetek oraz wydatków związanych z bezrobociem cyklicznym.

Krajowa ścieżka zmian SOI musi dawać rękojmię ograniczenia długu publicznego w perspektywie długookresowej. Średniookresowe plany krajowe są oceniane w procedurze zasadniczo określonej w PSW. W celu ich monitorowania na poziomie unijnym państwa członkowskie co roku przekazują sprawozdania dostosowawcze, które muszą być traktowane jako element wielostronnego nadzoru w rozumieniu przepisów art. 121 TFUE (a także art. 126 TFUE) i tych przyjętych na ich podstawie. Druga podstawa prawna służy doprecyzowania zakresu stosowania procedury nadmiernego deficytu (PND) w taki sposób, że PND jest uruchamiana wtedy, gdy państwo odchodzi od realizacji zobowiązań opartych na logice SOI (z pewnym różnicowaniem dotyczącym tego, czy odstępstwo miałoby postać „łagodną” czy też „poważnego błędu”). Implikuje to, że mowa tu o nowym instrumencie korygującym zaniechania państwa w realizacji programów SOI przez zastąpienie planu opracowanego przez państwo takim, który – przyjmowany na poziomie UE – wyznaczałby „dokładniejszą ścieżkę” (*stricter path*) dostosowawczą.

3. Propozycje modyfikacji systemowej

3. 1. Szczepienia strategiczne w politykach publicznych państwa i w budżecie państwa

W obowiązującym obecnie w UE systemie zarządzania gospodarczego systemowe (tj. wnikające po prostu z określonej w tej mierze polityki państwa) wydatki na szczepienia traktowane są jako wydatek publiczny, powiększający rozmiary długu publicznego w krótkim okresie. Takie zakwalifikowanie tego typu wydatków budzi jednak poważne wątpliwości. Zwłaszcza w sytuacji, w której Unia Europejska konfrontowana jest z wyzwaniem wojny hybrydowej, prowadzonej wobec UE (i innych państw NATO), której celem jest obniżenie odporności społeczeństw. Takim obniżeniem odporności jest także ograniczanie dostępności do szczepień ochronnych. Również gospodarcze i społeczne doświadczenia pandemii SARS-COVID-19, wskazują, że należy prowadzić polityki publiczne obliczone na zapewnienie społeczeństwom państw UE odporności na podobne wirusy zanim te upośledzą (tak jak to zrobił wirus SARS-COVID-19) funkcjonowanie gospodarek.

Za uzasadnione należy wskazać uznanie szczepień (w zakresie strategicznym) za tego rodzaju wydatek budżetowy (w momencie jego poniesienia), który jednocześnie w średnim i długim okresie:

(a) ogranicza wydatki budżetowe na zwalczanie tych chorób, którym można zapobiegać za pomocą tych szczepień;

(b) ogranicza wydatki budżetowe na pokrycie kosztów tych chorób ponoszonych z budżetu na pokrycie świadczeń aktywizowanych w następstwie zachorowań na te choroby;

(c) ogranicza koszty przedsiębiorstw wynikające z zachorowań na te choroby (przez co zmniejszana jest podstawa podatkowa);

(d) ogranicza koszty społeczne związane z absencją chorobową i przedwczesną umieralnością z powodu konsekwencji zakażeń;

(e) eliminuje koszty (pieniężne i niepieniężne) szoków dla systemów ochrony zdrowia, z jakimi UE miała do czynienia w przypadku np. pandemii SARS-COVID-19;

(f) zwiększa możliwość mobilizowania zasobów w obszarze obrony narodowej (a szerzej – odporności społeczeństwa).

W odniesieniu do ostatniego punktu warto zauważyć, że społeczne korzyści w tym obszarze nie zawsze łatwo wyrazić w pieniądzu. Jednym ze sposobów ich oszacowania jest jednak wskazanie dodatkowej grupy obywateli, którzy – dzięki lepszemu

zdrowiu – mogą dłużej zachować zdolność do działania na rzecz obrony narodowej lub szerzej – odporności społecznej.

Wspomniane podejście implikuje, że w każdym państwie UE kwestia szczepień (strategicznym) może być przedmiotem wspólnego zainteresowania resortów zdrowia i obrony narodowej. Co najbardziej istotne, koszt szczepień może być traktowany nie jako wydatek budżetowy, ale jako nakład bieżący zmierzający do ograniczenia kosztów budżetowych i zwiększenia dochodów budżetowych w średnim i długim okresie.

Należy jednocześnie zauważyć, że w długim okresie, przy założeniu w miarę stałej liczby ludności Polski – nastąpiłoby ustabilizowanie korzyści na odpowiednio wysokim poziomie. W każdym przypadku – za zupełnie uzasadnione należy uznać takie podejście, że strategiczne programy szczepień byłyby ujmowane w średnio- i długookresowych planach fiskalnych zarówno w ich wymiarze kosztowym, jak i w kategoriach przyszłych korzyści. Warto zwrócić uwagę, że podobną logikę mają już obecnie wpisane do Średniookresowego planu budżetowo-strukturalnego cele dotyczące rynku pracy, tj. wzrost uczestnictwa w rynku pracy poprzez rozwój opieki długoterminowej (w ramach polityki senioralnej). Podobieństwo logiki polega na skupieniu się na działaniach zapewniających obecność na rynku pracy osób, które bez oddziaływania polityki publicznej na nim, mogą być z niego częściowo lub całkowicie wykluczone.

W przypadku Polski, implikuje to, że przedstawione podejście powinno być odzwierciedlone w Średniookresowym planie budżetowo-strukturalnym – zarówno na lata 2025-2028, jak i w takim samym planie na okres 2029-2032. W odniesieniu do pierwszego z planów, należałoby uzgodnić z Komisją Europejską jego odpowiednią zmianę. **W przypadku drugiego (na lata 2029-2032) implikuje to, że – z uwagi na cykl zarządzania gospodarczego w UE – odpowiednie propozycje zmian powinny być przedstawione – w odniesieniu do pierwszego planu do kwietnia 2027, zaś w odniesieniu do drugiego – już w kwietniu 2028 r.** Z punktu widzenia regulacji unijnych, proponowane rozwiązanie byłoby objęte klauzulą elastyczności na wydatki obronne (w postaci tzw. krajowej klauzuli wyjścia) – ale, jak się wydaje, jedynie wtedy, gdyby nadano temu szczególną postać osobnego programu wzmocnienia zdolności obronnych. Jednocześnie, z punktu widzenia zarządzania budżetowego w Polsce, takie proponowane ujęcie musiałoby być uwzględnione w Strategii zarządzania długiem sektora finansów publicznych na lata 2026-2029. Przyjęcie rozwiązania miałoby

także implikacje w zakresie przeglądu struktury wydatków, a w dalszej perspektywie – w odniesieniu do oceny wydajności (proporcji nakładów do korzyści). **Dodatkowo, z punktu widzenia polityki ochrony zdrowia publicznego, należałoby przyjęte rozwiązania odzwierciedlić w tworzonej obecnie Mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2027-2031.**

Warto byłoby rozważyć objęcie takich szczepień programem SAFE. Uzasadnieniem wtedy byłoby to, że instrument SAFE obejmuje także wydatki na wzmocnienie infrastruktury krytycznej, do której należą także infrastruktura ochrony zdrowia.

3.2. Inicjatywa wpisania szczepień ochronnych do średniookresowych planów fiskalno-strukturalnych we Włoszech

Włochy jako pierwsze państwo członkowskie UE podjęło inicjatywę ujęcia szczepień dorosłych i programów badań przesiewowych jako działań wzmacniających odporność społeczną i gospodarczą państwa. W 2026 r. inicjatywa ta znalazła odzwierciedlenie w wewnętrznym planowaniu budżetowym – w postaci przyjętego przez rząd Documento di Economia e Finanza, w którym – w ramach programu One Health, podjęto kwestię budowy – także poprzez system szczepień i profilaktyki chorób zakaźnych – zwiększenia odporności społeczno-gospodarczej Włoch. Założenia te uwzględniono następnie w przedstawionym Komisji Europejskiej Documento Programmatico di Bilancio, w którym ujęto wydatki na wspomniane cele jako swoistą inwestycję w rozwój i odporność. W ślad za tym zwiększono alokację budżetową na ochronę zdrowia, w tym na komponent alokacji, którymi dysponują regiony (zob. Piano Nazionale delle Prevenzia).

Należy podkreślić, że włoskie podejście do kwestii szczepień i innych działań profilaktyki zdrowotnej, mających wpływ na wzrost gospodarczy i odporność społeczno-gospodarczą, nie zmierza do ominięcia reguł fiskalnych wynikających z ram zarządzania gospodarczego w UE, ale do objęcia ich innym traktowaniem z punktu widzenia reguł PND (a także PWM i innych reguł fiskalnych) niż zwykłych wydatków budżetowych. W tym ujęciu mają być one traktowane jako takie, które – gdy są ponoszone w danym okresie – znajdują swoje uzasadnienie w tym, że średnio- i długookresowo wpływają na obniżenie deficytu budżetowego, zwiększenie dochodów budżetowych oraz wzmocnienie odporności Włoch.

3.3. Sens i kryteria zmiany klasyfikacji nakładów na szczepienia strategiczne i inne wydatków profilaktycznych w dziedzinie ochrony zdrowia

Możliwość zmiany klasyfikacji wydatków, które są przedmiotem tego opracowania wynika z punktu 10 preambuły do rozporządzenia 2024/1263/UE, które zapowiada taką właśnie możliwość w kontekście mechanizmu zapewnienia średniookresowej stabilności systemu budżetowego UE i jej państw członkowskich. To podejście znajduje odzwierciedlenie w przepisie art. 13 (w punktach (c), (ii) i (iv)), które wymagają, by w krajowym średniookresowym planie budżetowo-strukturalnym ujmowano także wydatki w pozycjach „odporność społeczna i gospodarcza” (podpunkt (ii)) oraz „budowanie zdolności obronnych” (podpunkt (iv)).

Skutkiem włączenia wydatków, o których tu mowa, do tych kategorii, byłoby przedłużenie okresu dostosowawczego wymaganego w ramach zarządzania gospodarczego UE w celu stabilizacji budżetowej albo przywrócenia tej stabilizacji o dodatkowe 3 lata (o co chodzi także w podejściu włoskim).

Aby włączenie takie było możliwe, na podstawie obecnych przepisów art. 14 rozporządzenia 2024/1263/UE **muszą być spełnione następujące wymogi:**

- (a) proponowane środki muszą prowadzić do trwałej poprawy wzrostu i odporności gospodarki państwa członkowskiego;
- (b) proponowane środki muszą wspierać stabilność finansów publicznych (także w ujęciu strukturalnym) w średnim okresie, np. poprzez zmniejszenie relacji wydatków publicznych do PKB;
- (c) proponowane środki służą realizacji wspólnych priorytetów Unii (do których, na podstawie art. 13 lit. (c), należą do nich również wspomniane już „odporność społeczna i gospodarcza” oraz „budowanie zdolności obronnych”);
- (d) uwzględniają odpowiednie zalecenia skierowane do państwa członkowskiego (np. w ramach procedury zakłóceń równowagi makroekonomicznej);
- (e) zapewniają utrzymanie poziomu inwestycji publicznych finansowanych ze środków krajowych (w okresie objętym danym krajowym średniookresowym planem budżetowo-strukturalnym) na dotychczasowym poziomie (z uwzględnieniem skali wyzwań krajowych).

Będące przedmiotem tej analizy nakłady spełniają wszystkie te wymagania. Nie ma więc przeszkód prawnych, by były one ujmowane jako nakłady szczególne w rozumieniu europejskich ram zarządzania gospodarczego.

3.4. Wydatki na działania profilaktyczne klasyfikowane jako wydatki jednorazowe (one-off)

Należy także zwrócić uwagę, że nakłady na działania profilaktyczne realizowane za pomocą szczepień, które są przedmiotem tego opracowania, mogą wynikać z pilnej konieczności, np. w razie epidemii choroby zakaźnej albo w wybuchem kinetycznego

konfliktu zbrojnego. W takim przypadku, są te nakłady obejmowane i tak osobnym reżimem – również nieprowadzącym do deklasyfikacji budżetowej (tj. do klasyfikacji jako nie-wydatków), lecz takich, które są dokonywane w ramach oddzielnej linii budżetowej i z oddzielnym traktowaniem w ramach procedur zarządzania gospodarczego UE, także z możliwością specjalnego wsparcia z funduszy, którymi dysponuje Unia.

Wnioski

Polska potrzebuje **zmiany sposobu finansowania i oceny szczepień**. Jeżeli państwo patrzy na szczepienie wyłącznie przez pryzmat kosztu zakupu dawek szczepionek, to nie widzi pełnej **wartości zwrotu z inwestycji w szczepienia**. Jeżeli natomiast uwzględni uniknięte hospitalizacje, ograniczenie transmisji, ochronę osób wrażliwych, utrzymanie aktywności zawodowej, wpływy podatkowe, zmniejszenie kosztów społecznych i zapewnienie gotowości systemu do kryzysów, **profilaktyka oparta o szczepienia staje się nieodłącznym elementem polityki gospodarczej**.

Najważniejsza rekomendacja brzmi zatem: **szczepienia powinny zostać w Polsce włączone do średnio-okresowego zarządzania fiskalnego jako mierzalna inwestycja w odporność zdrowotną, społeczną i gospodarczą**. NEGF tworzy ku temu istotne okno instytucjonalne, ponieważ wzmacnia rolę reform i inwestycji w wieloletnich planach fiskalno-strukturalnych [4]. Nie oznacza to automatycznego zwiększenia długu publicznego ani automatycznego wyłączenia szczepień z reguł fiskalnych. Oznacza **możliwość lepszego zaprojektowania portfela wydatków**: więcej na działania ochronne o wysokiej stopie zwrotu, a w konsekwencji mniej na koszty leczenia chorób, którym można zapobiec.

W warunkach starzenia się społeczeństwa, presji na rynek pracy, rosnących kosztów ochrony zdrowia i niepewności geopolitycznej, szczepienia to nie tylko racjonalna polityka zdrowotna. Jest to polityka wzrostu, bezpieczeństwa i odporności państwa.

Nakłady budżetowe przeznaczone na finansowanie szczepień o charakterze strategicznym powinny być – w systemie zarządzania budżetowego – traktowane tak, by prawidłowo odzwierciedlona była ich zasadnicza funkcja – redukcja średnio- i długookresowego obciążenia budżetowego wydatkami na leczenie chorób zakaźnych (którym szczepienia mają zapobiegać) oraz zwiększenia dochodów budżetowych wynikających z polepszenia funkcjonowania rynku pracy i zwiększenia produktywności zasobów pracy.

Obecne ramy zarządzania gospodarczego w UE umożliwiają takie traktowanie wspomnianych nakładów. Implikuje to niewyłączenie ich z rachunku budżetowego jako wydatków budżetowych, ale istotną zmianę perspektywy oceny poprzez przedłużenie co 3 lata perspektywy oceny ich wpływu, a w następstwie – oceny efektywności i sprawności działań państwa w tych ramach.

W szczególności należy zauważyć, że wspomniane wydatki spełniają wszystkie kryteria reklasyfikacji określone w art. 14 rozporządzenia 2024/1263/UE.

Piśmiennictwo

1. The European House – Ambrosetti, Vaccines Europe, IFPMA. The Value of Prevention for Economic Growth and the Sustainability of Healthcare, Social Care and Welfare Systems. September 2024.
2. Steuten H.E.B., Chowdhury S., Neri M., Radu P., Besley S., Bell E., Brassel S. The Socio-Economic Value of Adult Immunisation Programmes. Office of Health Economics, 2024.
3. INFARMA / Czech M. Wstępne założenia do White Paper stanowiącego analizę barier dla pełnego wykorzystania potencjału szczepień w kontekście wspierania polskiej gospodarki z perspektywy roku 2026. Materiał roboczy, 2026.
4. European Commission. Fiscal policy / New Economic Governance Framework. European Commission, 2024–2026.
5. Altems Advisory. The Value of Vaccination Strategies in Italian Regions: The Economic Burden of Non-Vaccination According to Different Vaccination Coverage Scenarios. Materiał analityczny.
6. Calabresi G. The Cost of Accidents: A Legal and Economic Analysis, Yale University Press, New Haven 1970.
7. European Commission. Commission communication / guidance on national medium-term fiscal-structural plans under the reformed economic governance framework. COM(2024) 627 final, 19 June 2024.
8. Vaccines Europe. Investment Case Narrative: Building a Compelling Investment Case for Immunisation & Screening. February 2026.
9. European Fiscal Board. The implementation of the national medium-term fiscal-structural plans: Recent fiscal developments and draft budgetary plans for 2026. European Commission, 5 March 2026.
10. Mission Board on Vaccination in Europe. Statement on the Multi-annual Financial Framework 2028–2034. October 2025.
11. Seweryn M., et al. Public spending on immunisation in Poland. Frontiers in Public Health. 2025.
12. Masters R., Anwar E., Collins B., Cookson R., Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health. 2017.
13. Nowak-Far A., European economic and monetary union: a legal perspective on the EU economic governance model development, Rome 2021.
14. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing, 2025.
15. Czech M., Gierczyński J., Niewada M., Paradowska-Stankiewicz I., Samoliński B. Raport na potrzeby rekomendacji strategicznych na lata 2023-2027: Bezpieczeństwo Lekowe jako element Bezpieczeństwa Zdrowotnego oraz Zdrowia Publicznego w Polsce na tle Unii Europejskiej – Polskie Zdrowie 2.0 POLSKA AKADEMIA NAUK. Wydział Nauk Medycznych. Komitet Zdrowia Publicznego.
16. Bitner M. Nowak-Far A., Sierak J. Dług publiczny. Wyzwania dla polityki fiskalnej państw Europy Środkowej i Wschodniej. Warszawa 2025.

