



Warszawa, dnia 2009-01-29

MINISTER ZDROWIA

GIS-EP-076-1/IK/09

J. Gidycz
KABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 30.01.09, zał.
GLB podpis: *Maur*

KABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 30.01.09

nr 520 podpis: *Boruszewicz*

Pan

Bogdan BORUSEWICZ

MARSZAŁEK SENATU RP

Szanowny P. Marszałku,

W związku z nadesłanym przy piśmie Pana Marszałka z dnia 23 grudnia 2008 r., znak BPS/DSK-043-1210/08, oświadczeniem Panów Senatorów Macieja Grubskiego oraz Krzysztofa Kwiatkowskiego w sprawie doniesień medialnych na temat zwiększonej liczby przypadków zakażeń gruźlicą w naszym kraju, uprzejmie informuję co następuje.

W Polsce, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, gruźlicę wykrywa się w całej populacji metodą bierną, co oznacza, że choroby poszukuje się u osób, które same zgłosiły się do placówki medycznej motywowane obecnością objawów. Wspomniane przez Panów Senatorów masowe badania radiograficzne nie są, co potwierdziły analizy dokonane w wielu regionach świata, skuteczne w wykrywaniu chorych na gruźlicę. Badania te obowiązywały w Polsce jeszcze w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku i nasz kraj był jednym z ostatnich, który, zgodnie z opinią WHO, zaprzestał ich wykonywania. W części krajów aktywne działania diagnostyczne, w tym badanie radiologiczne, są podejmowane, ale ograniczają się do grup ryzyka zachorowania na gruźlicę. Dane o czasie trwania objawów gruźlicy przed zgłoszeniem się chorego do placówki medycznej nie były do tej pory przesyłane do Krajowego Rejestru Zachorowań na gruźlicę. Analiza dokumentacji medycznej prowadzona w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc wykazała, że w chwili wykrycia gruźlicy, rozległe zmiany stwierdzone w badaniu radiologicznym płuc występują w niewielkiej grupie chorych, co przemawia pośrednio za tym, że większość osób zgłasza się do lekarza wkrótce po wystąpieniu pierwszych objawów. Celem monitorowania opóźnień w rozpoczynaniu leczenia Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc opracował nowy formularz zgłoszenia zachorowania,

zgodny z zaleceniami Europejskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (ECDC), którego uwzględnienie planowane jest w jednym z aktów wykonawczych do ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570).

Gruźlica w Polsce pozostaje nadal ważnym problemem zdrowotnym a dystans, jaki dzieli Polskę od krajów z najlepszą w Europie sytuacją jest szacowany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc na 25-30 lat. Głównym problemem nie jest jednak późne zgłaszanie się chorych do powszechnie dostępnych placówek medycznych, ale pewna jeszcze niedoskonałość systemu zajmującego się zwalczaniem gruźlicy i, co jest zjawiskiem rzadkim w rozwiniętych krajach Europy, złe wyniki leczenia. W najbliższym czasie przyczyny te będą likwidowane.

W 2007 r. zarejestrowano w Polsce 8642 przypadki gruźlicy - współczynnik - 22,7/100000 i po raz pierwszy od 1994 r. nie wykazano spadku zachorowań, nastąpił nawet ich nieznaczny wzrost. Zapadalność na gruźlicę wzrosła o 0,9%. Ten niewielki i jak na razie jednorazowy wzrost - przy występującej od wielu lat znacznej zmienności tempa spadku współczynnika zapadalności nie upoważnia jeszcze do stwierdzenia, że nastąpiło odwrócenie wieloletniego trendu spadkowego. Takie stanowisko zdaje się potwierdzać liczba zachorowań na gruźlicę w pierwszym półroczu 2008 r. Jest ona mniejsza od zarejestrowanej w takim samym okresie 2007 r.

Realizowany w Polsce program zwalczania gruźlicy zawiera prawie wszystkie elementy nowoczesnych programów zwalczania gruźlicy zalecane przez Światową Organizację Zdrowia w strategii DOTS. Wykrywanie i leczenie chorych na gruźlicę jest dla wszystkich bezpłatne. Dostępne są wszystkie leki przeciwprątkowe, także dla chorych na gruźlicę wielolekooporną. Zachowana jest także ciągłość dostaw leków. Leczenie chorych na zakaźną gruźlicę płuc jest obowiązkowe. Istnieje wystarczająca sieć specjalistycznych poradni chorób płuc i gruźlicy (około 400) na szczeblu lokalnym i 16 jednostek specjalistycznych na szczeblu regionalnym. Wystarczająca jest również kadra specjalistów chorób płuc, zaś istniejąca baza łóżkowa zapewnia hospitalizację wszystkim nowo wykrytym chorym na gruźlicę.

Dlaczego zatem nie uzyskujemy znaczącego spadku zachorowań na gruźlicę? Nie rezygnacja z masowych badań radiologicznych jest przyczyną niewystarczającej skuteczności walki z gruźlicą w Polsce. Wprowadzone w latach 90-tych ubiegłego wieku reformy w ochronie zdrowia zaburzyły pewien schemat postępowania z chorymi na gruźlicę i spowodowały spadek liczby zachorowań w Polsce. Wpływ na to miały dwa podstawowe czynniki – zmiana sposobu finansowania opieki zdrowotnej oraz zmiany prawne, które praktycznie zlikwidowały tzw. leczenie nadzorowane. Szczególnie ta ostatnie przesłanka ma niekorzystny wpływ na zbyt niski spadek zachorowalności. Prawidłowy proces terapii, zgodny z przyjętą na

świecie i zalecaną przez WHO strategią DOTS, polegać musi na tym, że po leczeniu szpitalnym, chory pozostawać musi przez kolejne miesiące pod ścisłym nadzorem lekarsko – pielęgniarskim i musi być zobowiązany do przyjmowania leków. Brak nadzoru nad tym, gwarantującym pełne wyleczenie, etapem leczenia spowodował, że chociaż większość chorych na gruźlicę w Polsce odbywa pierwszy etap leczenia w warunkach szpitalnych, co gwarantuje leczenie nadzorowane, to ta druga, równie ważna część leczenia odbywa się w naszym kraju już poza nadzorem. Leczenie bez nadzoru powoduje, że chorzy przerywają je znacznie częściej niż w krajach, gdzie nadzór taki jest prowadzony i grozi ponadto rozwojem prątków lekoopornych. Leczenie chorych z takimi postaciami gruźlicy jest 100 razy droższe i znacznie mniej skuteczne.

Zdając sobie sprawę z wagi wprowadzenia pełnego systemu DOTS, we wspomnianej powyżej ustawie *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*, zawarto zapisy, które pozwolą na realizację leczenia nadzorowanego, co powinno radykalnie poprawić sytuację dotyczącą zachorowań na gruźlicę w Polsce. Zapobiegnie to także w dużej mierze powstawaniu groźnych szczepów wielolekoopornych prątka.

Podstawowym warunkiem poprawy sytuacji nie jest zatem powrót do badań radiologicznych lub wprowadzanie kosztownych dla systemów zdrowotnych działań skierowanych na eliminację gruźlicy (badanie na szeroką skalę osób z kontaktu z chorymi na gruźlicę i stosowanie leczenia profilaktycznego, śledzenie transmisji choroby metodami molekularnymi) lecz wdrożenie zasad, które są od dawna stosowane w innych krajach, a przede wszystkim tzw. bezpośrednio nadzorowanego leczenia chorych. Bazą dla takiego leczenia, po odprątkowaniu chorych w fazie szpitalnej, będą placówki poz (lekarz rodzinny), gdzie chory będzie przyjmować leki zalecone wcześniej przez pulmonologa, w obecności dedykowanej temu nadzorowi pielęgniarki. Oczywiście wymaga to także opracowania nowych procedur leczniczych, które będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Poprawa wyników leczenia gruźlicy poprzez wprowadzenie leczenia nadzorowanego pozwoli na kolejne działania służące zwalczaniu gruźlicy, wdrażane już przez kraje o małej zapadalności - kraje, które osiągnęły fazę eliminacji gruźlicy i chcą ten proces przyspieszyć. Do działań takich należy poszukiwanie na szeroką skalę, z wykorzystaniem nowych testów immunologicznych, osób z kontaktu i prawidłowe stosowanie chemioprophylaktyki, analiza zachorowań występujących w wiązkach, tzn. zachorowań mających to samo źródło zakażenia przez ten sam szczep prątków gruźlicy - analiza, która wykorzystuje nowoczesne techniki diagnostyczne.

Z p i e
Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETAŃCZYSTANU
↓
Jakub Szulc