



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(1264)

80. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 4 grudnia 2009 r.

VII kadencja

Wpływ profilaktyki na zdrowie publiczne w Polsce
a perspektywy szczepień ochronnych
w profilaktyce zdrowotnej dzieci i młodzieży

(Początek posiedzenia o godzinie 9 minut 22)

(Posiedzeniu przewodniczą zastępca przewodniczącego Michał Okła, poseł Aleksander Sopliński oraz przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym Andrzej Wojtczak)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Witam państwa serdecznie na naszym kolejnym seminaryjnym posiedzeniu Komisji Zdrowia.

Tematem seminarium jest wpływ profilaktyki na zdrowie publiczne w Polsce a perspektywy szczepień ochronnych w profilaktyce zdrowotnej dzieci i młodzieży. To jest temat rzeka, który jest w tej chwili bardzo modny ze względu na infekcje grypowe. Naukowcy wyrażają różne opinie na temat tego, czy szczepić, czy nie szczepić, kiedy szczepić, jakie grupy wyznaczyć do szczepienia w pierwszej kolejności. Myślę że dzisiejsze spotkanie seminaryjne i nasi wspaniali prelegenci rozwieją nasze wątpliwości i ustalimy definitywnie, czy szczepić, kogo szczepić i kiedy szczepić.

Witam bardzo serdecznie na naszej konferencji – będę czytał z listy według kolejności prowadzonych wykładów – pana profesora Andrzeja Wojtczaka, panią profesor Hryniewicz, pana profesora Andrzej Zielińskiego, pana profesora Piotra Kramarza, pana doktora Andrzeja Wojtyłę, którego w tej chwili reprezentuje pan Tomasz Szkoda z Głównego Inspektoratu Sanitarnego, panią profesor Ewę Bernatowską, pana ministra Marka Twardowskiego... Jeszcze nie przybył, ale widzę, że reprezentuje go pan minister Rzemek. Bardzo serdecznie witam pana doktora Marka Mazura, bardzo serdecznie witam panią Sabinę Szafrańc z zarządu Stowarzyszenia „Parasol dla Życia”. Bardzo gorąco witam głównego organizatora, pana Włodzimierza Cukiernika. Bardzo nam miło, że zgodził się pan zorganizować po raz kolejny konferencję. Takie posiedzenie seminaryjne jest dla nas bardzo ważne.

Będę miał zaszczyt prowadzić pierwszą część seminarium, drugą poprowadzi pan przewodniczący poseł Sopliński, a panel dyskusyjny poprowadzi pan profesor Wojtczak, bo któż lepiej mógłby to zrobić niż pan profesor?

Bardzo proszę o pierwszy wykład, pana profesora Andrzeja Wojtczaka, przewodniczącego Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym. Temat: „Współczesne zagrożenia zdrowia społeczeństw a rola szczepień ochronnych”.

Bardzo proszę.

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Dziękuję, Panie Senatorze.

Szanowni Państwo!

Ponieważ jest to pierwszy wykład – jako wstępny do wystąpień wielu z wybitnych specjalistów z zakresu różnych dziedzin zdrowia publicznego – proszę potraktować moje wystąpienie jako pewne wprowadzenie. Będę mówił o rzeczach bardziej ogólnych, o tych zagrożeniach, które nie tylko nas czekają, ale które już występują.

Muszę zacząć od roku 1948, roku w którym wprowadzono ustawę o społecznej służbie zdrowia, wprowadzono określenie – i przyjęła się ta nazwa – ochrona zdrowia. Termin ochrona zdrowia praktycznie do dzisiaj funkcjonuje jako pojęcie, mimo że zmienił się jego sens. Pojęcie to skupiało w sobie wszystkie działania mające na celu zapewnienie i umocnienie zdrowia. A więc w tym wianuszku znalazły się działania przypisane Inspekcji Sanitarnej, działania medyczne, działania prozdrowotne i przeróżne rodzaje higieny, jak również wchodziły w ten zakres uczelnie medyczne, średnie, wyższe i cały potencjał badawczy. I z tym pojęciem ochrony zdrowia szliśmy przez czterdzieści lat.

W latach dziewięćdziesiątych, kiedy z ochrony zdrowia zaczęły się wyosabniać prywatyzujące się jednostki, jak stomatologia, jak farmacja, jak i medycyna, kiedy na Zachodzie pojęcie zdrowia publicznego przybrało zupełnie inny zakres działań, wtedy i u nas nastąpił podział na dwa duże działy. Po pierwsze, na opiekę zdrowotną, to co odpowiada angielskiemu *health care*, gdzie podstawą jest rozpoznawanie i leczenie, a w pewnym sensie tak samo zapobieganie, powiedzmy, szczepienia, ale na małą skalę, i edukacja zdrowotna, która jest ukierunkowana na pacjenta, na najbliższą rodzinę i środowisko.

Doszło wreszcie do przyjęcia pojęcia zdrowia publicznego – *public health*. Do dzisiaj wiele osób uważa, że ta część działalności zdrowotnej, prozdrowotnej, która jest finansowana z budżetu państwa, to jest to właśnie zdrowie publiczne. Jednakże to zdrowie publiczne – na co chciałbym zwrócić uwagę – to jest w szerokim sensie zapobieganie przedwczesnym zgonom i zachorowaniom, działania prozdrowotne, które często ujmujemy jako promocję zdrowia. W tych działaniach prozdrowotnych można umieścić bardzo szerokie działania właśnie szczepień ochronnych. To, co jest bardzo istotne, to nie są działania jednego sektora, to nie są działania jednego resortu, tylko one są ukierunkowane na populację, one wymagają współdziałania wszystkich sektorów społeczno-gospodarczych, one wymagają współdziałania samorządów terytorialnych i wreszcie mecenatu państwa, które też ma obowiązek te działania finansować, ponieważ to nie są działania medyczne ukierunkowane tylko na poszczególne osoby, ale na całą populację. To jest to zdrowie publiczne nowoczesnie ujęte, które w rzeczy samej i w Europie Zachodniej przebijało się dopiero w latach osiemdziesiątych, dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, od 1986 r., od tak zwanej konferencji ottawskiej na temat promocji zdrowia. Dlatego też zdrowie publiczne jest stosunkowo młodą dziedziną, bo w rzeczy samej to nowoczesne ujęcie ma dwadzieścia lat.

Pojęcie zdrowia publicznego bardzo długo było traktowane jako walka z chorobami zakaźnymi. Na skutek transformacji epidemiologicznej, która zaczęła się w połowie ubiegłego wieku, w miejsce chorób zakaźnych, które wtedy pustoszyły społeczeństwo – udało się dzięki szczepieniom ochronnym populacyjnym opanować cały ich szereg – zaczęły występować choroby układu krążenia, nowotwory, a bliżej XXI wieku to, co się staje epidemią, to jest problem cukrzycy, to jest problem otyłości, to jest problem chorób psychosomatycznych. Mimo że choroby zakaźne nadal są groź-

ne, to w tej chwili nasza uwaga w zdrowiu publicznym bardzo mocno koncentruje się na zapobieganiu przewlekłym chorobom zakaźnym.

Powoli przyzwyczailiśmy się do rozpatrywania czynników, które doprowadzają do tych chorób, gdzie na pierwszym miejscu mamy palenie tytoniu, gdzie mamy nadciśnienie tętnicze, gdzie mamy otyłość, wysoki poziom cholesterolu, a więc do zupełnie innych czynników niż w poprzednim okresie, gdzie nauczyliśmy się oceniać zagrożenia wirusami, bakteriami czy pasożytami. Chciałbym jednak zwrócić uwagę, proszę państwa, że mimo tej poprawy i mimo że opanowaliśmy wiele chorób zakaźnych, one nadal są groźne. One są nadal groźne, one nadal występują. Chociażby taki krztusiec, w przypadku którego się chwalimy, że go nie mamy, ale w Stanach Zjednoczonych rocznie jest około osiem tysięcy przypadków i cały szereg przypadków śmiertelnych. W związku z tym musimy zwrócić uwagę na choroby te zakaźne, które są nadal groźne. Niektóre są nowe, a niektóre powracające.

Jeżeli chodzi o choroby nowe, to niewątpliwie tą jedną, dziesiątkującą nasze społeczeństwa, a szczególnie społeczeństwa w krajach rozwijających się, to jest HIV, AIDS. To jest około czterdziestu milionów przypadków, około trzech milionów zgonów rocznie. Ale nie możemy zapominać, że gruźlica, którą nam udało się częściowo opanować i sprowadzić zachorowalność roczną, mówię w sensie globalnym, nadal mamy corocznie około dziewięciu milionów przypadków gruźlicy i prawie dwa miliony zgonów. Przy czym, co gorsze, ona wraca do nas, ale wraca z uwagi na wiele czynników – i warunków życia, i wielokrotnie zaniechania szczepień BCG. Ona wraca w postaciach uodpornionych na działanie leków – pojedynczych leków i tak samo odporna praktycznie na wszystkie leki. Trzeba powiedzieć, że tych przypadków jest dość dużo. One występują nie tylko w krajach rozwijających się, ale tak samo w krajach G8, czyli już nie mówię G20, ale G8. Tych przypadków jest wzrastająca liczba. Muszę powiedzieć, że jest bardzo duże zagrożenie z za naszej wschodniej granicy, gdzie tych przypadków odpornych jest dość dużo. Nie mówię już o zakażeniach pokarmowych. Chciałbym tu podać, bo czasami bardziej przemawiają aspekty ekonomiczne niż aspekty zdrowotne, że obliczono, iż rocznie straty z powodu zakażeń pokarmowych wynoszą w Stanach Zjednoczonych w działaniach medycznych 1 miliard dolarów, a straty produkcyjne 30 miliardów dolarów. Tak więc oprócz aspektu zdrowotnego chciałbym tak samo wnieść pod uwagę aspekty ekonomiczne.

Nowe zagrożenia. Według Światowej Organizacji Zdrowia, która monitoruje te zagrożenia, od 1970 r. pojawiło się czterdzieści nowych chorób zakaźnych. Od 2002 r. mieliśmy ponad tysiąc, tysiąc sto, incydentów epidemicznych, a więc i cholera, i żółta febra, i zakażenia pneumokokowe. Epidemia cholery, która przywędrowała do Chile w 1991 r., objęła szesnaście krajów i zaowocowała dziesięcioma tysiącami zgonów, przyniosła 1,5 miliarda dolarów strat. Epidemia choroby Denga, która jest przecież lokalizowana w Afryce, pojawiła się w Stanach Zjednoczonych w siedemnastu stanach. Mówiąc o tym, chciałbym zwrócić uwagę, że mimo, iż możemy się chwalić dużą kontrolą nad chorobami zakaźnymi, to choroby zakaźne są cały czas groźne i cały czas musimy być przygotowani na ich przeniesienie z innych części świata.

Takim przykładem jest SARS. To jest ciężki, ostry zespół oddechowy, który w 2002 r. pojawił się w prowincji południowej w Chinach w Guangxi. Wybuchła panika. Nikt nie wiedział, co to jest za nowy zespół, zespół dość ostrej niewydolności oddechowej. Łączono to z różnymi wirusami i bakteriami. Wreszcie z Guangxi przeniósł

się do Hongkongu i, jak państwo widzą na tej mapie, te drogi przenoszenia były szybkie, bo i transport jest szybki. W osiem godzin można przemierzyć pół świata, a z ludźmi wędrują i bakterie, i wirusy. W związku z tym w bardzo krótkim czasie pojawiły się te przypadki i w Hongkongu, i Hanoi, i w Toronto, a nawet w Stanach Zjednoczonych. Konsternacja. Z Guangxi i z Hongkongu przeszła infekcja do Pekinu i tutaj było główne źródło, które udało się opanować.

Dlaczego o tym mówię? Dlatego że jest to przykład, że skomasowane działanie ekspertów krajowych z pomocą ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia i przepisy międzynarodowe dotyczące zagrożeń doprowadziły do lokalizacji tej infekcji w Pekinie. W sumie prawie osiem i pół tysięcy zakażonych, 11% śmiertelnych przypadków, głównie wśród personelu medycznego.

Na co chciałbym zwrócić państwa uwagę? Na to, że ta infekcja, dotycząca tylko niby ośmiu i pół tysiąca ludzi, którą udało się zlokalizować i zlikwidować, doprowadziła do strat ekonomicznych w wysokości 20 miliardów dolarów w Chinach i 60 miliardów dolarów w świecie z uwagi na zadłużenia – i turystyki, i transportu, i przesyłu ludzi. Tutaj przedstawiam dwa zdjęcia – Pekin w czasie epidemii. Nawet tancerze w balecie nosili maseczki. To jest coś, co nie bardzo jest wyobrażalne w naszym kraju, w naszej kulturze, ale tam i do ślubu para nowożeńców nosiła maseczki. Był bowiem nakaz noszenia maseczek.

I wreszcie mamy choroby nowe i powracające: grypa sezonowa, grypa ptasia. Ostatnia choroba to jest grypa świńska. Nie będę mówił o tych rzeczach z uwagi na to, że będzie referat profesora Zielińskiego. W związku z tym chciałbym tylko zwrócić uwagę, że sezonowo grypa dotyczy corocznie od trzystu milionów do półtora miliarda ludzi, że może powodować pół, nawet do miliona zgonów rocznie, że w samym Stanach Zjednoczonych powoduje koszty medyczne w wysokości 4 miliardów dolarów, a koszty utraty produkcji oblicza się na 12 miliardów dolarów rocznie. W związku z tym, oceniając i gripę świńską, i wszystkie inne zagrożenia, musimy zawsze brać pod uwagę nie tylko element zdrowotny, ale element społeczny i element ekonomiczny. Dlatego w związku z tymi zagrożeniami Światowa Organizacja Zdrowia stworzyła cały szereg systemów, które pozwalają monitorować w różnych częściach świata występowanie różnych zagrożeń. Sto czterdzieści jednostek monitorujących w sześćdziesięciu krajach.

Jaka jest przewaga tego systemu nad poprzednimi? Po pierwsze, że nie przechodzi przez kontrolę żadnych rządów, że jest natychmiastowy przesył do Światowej Organizacji Zdrowia – tak samo w Europie mamy ECDC w Sztokholmie – przekaz o zagrożeniach, bez kontroli, natychmiastowy. Mamy FluNet, sieć monitorowania grypy, sto osiemnaście ośrodków, m. in. w Polsce, w osiemdziesięciu dziewięciu krajach, które powodują, że praktycznie na bieżąco – i to zobaczymy w wystąpieniu pana profesora Zielińskiego – rano i wieczorem mamy serwis informacyjny na ten temat.

Czy szczepienia ochronne są skuteczne? Chciałbym przytoczyć tylko przykład eradykacji ospy prawdziwej. Ta eradykacja zaczęła się w 1967 r. W tym czasie występowało około piętnastu milionów rocznie zakażeń, dwa do trzech milionów zgonów w trzydziestu jeden krajach. W ciągu trzynastu lat – dzięki konsekwentnym szczepieniom, wykrywaniu wszystkich przypadków zakażeń, szczepieniu ochronnemu ludności otaczającej i izolacji – udało się w październiku w 1977 r. odkryć ostatni przypadek ospy prawdziwej w Somalii. Można pochwalić się, że szefem komisji, która spraw-

działa eradykację ospy, był profesor Kostrzewski, profesor z PZH, dawny minister zdrowia. Kampania kosztowała 330 milionów dolarów w ciągu trzynastu lat, ale zysk finansowy wynosi 1 miliard dolarów rocznie. Określa się, że co roku oszczędzamy 1 miliard dolarów. Unikamy około stu pięćdziesięciu milionów zachorowań, w tym około dwudziestu milionów zgonów. Efekt zdrowotny, efekt ekonomiczny. Skąd ten 1 miliard dolarów rocznie? Nie ma szczepień, nie ma ograniczeń w transporcie, tak samo nie ma strat produkcyjnych. To jest właśnie ekonomika zdrowia.

Efekty globalne szczepień. Nie wchodząc w szczegóły, bo na pewno i profesor Bernatowicz i inni będą o tym mówili, chciałbym pokazać tylko kilka danych. 1980 r. i 2007 r. Błonica: z dziewięćdziesięciu siedmiu tysięcy przypadków do czterech. To są dane ogólne ze świata. Odra; ponad cztery miliony – dwieście osiemdziesiąt tysięcy. Krztusiec: prawie dwa miliony – sto sześćdziesiąt jeden tysięcy. Polio: z pięćdziesięciu dwóch tysięcy – dwa tysiąc trzysta osiemdziesiąt pięć. Trzeba powiedzieć, że trzy regiony na świecie, na sześć, są wolne od polio. I my też jesteśmy wolni od polio dzięki kolosalnemu wysiłkowi szczepień.

U szczepionych odra występuje trzydzieści pięć razy rzadziej. To są dane amerykańskie, badane przez towarzystwa amerykańskie medyczne. To są efekty globalne szczepień. Trzeba powiedzieć, że to, co może być wskazówką na przyszłość – to jest może nie bardzo dobrze czytelna rycina – ale nadal choroby, które mogłyby być opalone przez szczepienia, to są zapalenia pneumokokowe, to są meningokowe, to nadal jest polio. To wskazuje na to, jak wielką jeszcze mamy do wykonania pracę, żeby ograniczyć występowanie wielu chorób zakaźnych poprzez szczepienia ochronne.

Chciałbym zwrócić uwagę, że przyjęta przez Organizację Narodów Zjednoczonych, tak zwane Milenijne Cele Rozwojowe, które mają zmniejszyć rozmiar chorób i ubóstwa w świecie, w celu czwartym mówią o zmniejszeniu umieralności niemowląt. Jeżeli chcemy osiągnąć efekty w walce z gruźlicą i malarią, to szczepienia są kluczem do osiągnięcia zamierzonych efektów. Nie można sobie wyobrazić poprawy stanu zdrowia świata bez masowych szczepień.

Czy szczepionki są bezpieczne? To jest ostatnie pytanie, które chciałbym zadać. Proszę państwa, nic nie jest bezpieczne. Wszędzie kryje się ryzyko. W Stanach Zjednoczonych obliczono, że podczas kąpieli domowej rocznie ginie trzysta pięćdziesiąt osób, dwieście osób z powodu zachłyśnięcia się pokarmem przy śniadaniu, sto osób ginie na spacerze od uderzenia piorunem. Jeżeli więc mówimy i chcemy rozważyć bezpieczeństwo szczepień, to musimy spojrzeć na to, czy korzyści ze szczepień przeważają nad ryzykiem działań ubocznych. Jakie jest prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia u osób szczepionych i nieszczepionych? Jakie jest ryzyko działań ubocznych i jaka jest skuteczność zapobiegawcza szczepionki?

Trzeba powiedzieć, że międzynarodowy system badania jakości i bezpieczeństwa szczepionek jest dobrze dopracowany. Zawiera szereg faz: fazę badań przedklinicznych, testowania laboratoryjnego i na zwierzętach. Później są badania na ludziach, obejmujące trzy fazy; obejmujące badania na kilku ochotnikach, na kilkuset ochotnikach i czasem na wielotysięcznej armii ochotników zanim szczepionka nie zostanie przedstawiona agencji, która zatwierdza ją do użycia na ludziach. Proszę państwa, szczepionki, które przeszły wspomniane testy, są dopiero przedstawiane instytucjom, dostają atest, czy to komitetu ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, składającym się z niezależnych ekspertów. Oni badają całą dokumentację, i wtedy szczepionka jest

wpisywana do rejestru Światowej Organizacji Zdrowia jako bezpieczna. Bezpieczeństwo to nie znaczy, że jest ono stuprocentowe. W Unii Europejskiej jest druga agencja – Europejska Agencja Leków – która podobnie studiuje całą dokumentację i jeżeli jakiegokolwiek leki i szczepionki dostają się do spisu tych agencji, one są dopuszczane do używania na ludziach.

I wreszcie, proszę państwa, krąży wiele mitów, mianowicie że szczepienia przeciwko *hepatitis B* powodują stwardnienie rozsiane. Globalny komitet doradczy ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia odpowiedział tutaj jasno: brak jest dowodów takiego związku.

Drugi mit – użycie *tiomersalu* jako konserwanta szczepionek powoduje wzrost autyzmu u dzieci. Odpowiedź komisji: brak dowodów na toksyczność szczepionek, zawierających *tiomersal*, który jest w minimalnych ilościach; brak związku z autyzmem.

I trzeci mit – podaż wielu szczepionek wiedzie do przeciążenia systemu immunologicznego dzieci. Tak samo odpowiedź jest jasna: brak dowodów ryzyka tak zwanego przeciążenia układu immunologicznego.

Proszę państwa, czy warto szczepić? Trzeba powiedzieć, że choroby zakaźne nadal występują. Możemy się cieszyć, że mamy dobrą sytuację epidemiologiczną, ale jeżeli dziecko wyjeżdżałoby do Stanów Zjednoczonych, to imigracyjny *office* poprosi o dane ze szczepień okresowych, bo błonica i polio nadal występują, aczkolwiek nie w naszym regionie.

Ostatnia rzecz, proszę państwa. Mamy globalną immunizacyjną wizję i strategię, która jest wspólnie ustalona przez Światową Organizację Zdrowia i UNICEF na lata 2006–2015. Koszt akcji jest obliczony na 76 miliardów dolarów. Ona jest finansowana z różnych źródeł, między innymi charytatywnych. To jest wielka akcja zapoczątkowana przez te organizacje. Chciałbym zakończyć stwierdzeniem wydanym przez trzech wodzów bliskich nam organizacji – WHO, dyrektor generalny Margeret Chan, Ann Veneman, wykonawczy dyrektor UNICEF, i Willer, dyrektor grupy Banku Światowego do spraw Zdrowia: „immunizacja jest najskuteczniejszym i kosztowo efektywnym działaniem prozdrowotnym, zapobiega groźnym chorobom i niepełnosprawnościom, ratując życie milionom ludzi każdego roku. Genewa 2009”. Dziękuję państwu. (*Oklaski*)

(*Brak nagrania*)

**Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów
Waleria Hryniewicz:**

Przede wszystkim chcę bardzo podziękować za kolejne zaproszenie. Pozwoliłam sobie wybrać z tego mnóstwa zakażeń, z którymi mamy do czynienia, tylko niektóre. Wybrałam te, które należy monitorować – tak jak pan profesor Wojtczak już wspomniał, właściwie musimy monitorować wszystko – a więc choroby inwazyjne, jak meningokokowa, czy pneumokokowa, ale także inne, zwłaszcza te, którym można zapobiegać przez szczepienia. Skupię się na meningokokach i pneumokokach, a także ostatnio gwałtownie narastającym problemie, jakim jest antybiotykooporność.

Zacznę od definicji monitorowania. Jest to ciągłe, systematyczne zbieranie danych. Ale to jest za mało. Muszą one być analizowane i interpretowane, upowszech-

niane. Monitorowanie jednak służy przede wszystkim celowanym interwencjom, inaczej jest to strata pieniędzy. Musi być również monitorowanie tych interwencji. Każdy program monitorowania musi znaleźć odbicie w zastosowaniu, w kontroli, leczeniu i prewencji zakażeń.

Jakie są cele monitorowania mikrobiologicznego, a więc zakażeń i chorób zakaźnych? Ustalanie czynników etiologicznych zakażenia jest bardzo ważne, również kolonizacji, ale we współczesnym świecie musi to być także ocena cech czynnika etiologicznego, żeby odpowiedzieć sobie na pytanie: jakie niesie ono niebezpieczeństwo? A więc antybiotykooporność, mechanizmy oporności – za mało powiedzieć, że szczep jest oporny – grupy, serotypy, a także inwazyjność, co pokażę państwu też na paru przykładach. Monitorowanie jest niezbędne na każdym poziomie – dla szpitala, regionu, kraju, Europy, świata, dla Światowej Organizacji Zdrowia, ECDC itd.

Monitorowanie jest podstawą terapii empirycznej. Skąd wiemy, czym mamy leczyć, jeśli nie mamy wyniku badania mikrobiologicznego? Musimy mieć monitorowaną sytuację, żeby wybrać najbardziej optymalne leczenie, a także w celu podejmowania właściwych decyzji profilaktycznych: chemio- i immunoprofilaktyki. I tak mamy standardy chemioprofilaktyki inwazyjnej choroby meningokokowej, w której jednym z leków jest ciprofloksacyna. Dzięki monitorowaniu tej choroby w USA wykryto w dwóch stanach meningokoki odporne na ciprofloksacynę. Natychmiast ją wycofano w tych stanach z tego standardu. A zatem jest to natychmiastowa reakcja na spostrzeżone, potwierdzone zjawisko.

Monitorowanie jest niezbędne dla podejmowania decyzji o szczepieniach masowych, interwencyjnych; do wyboru grup wiekowych do szczepień, do oceny skuteczności szczepień, bezpośredniej skuteczności i tak zwanego efektu populacyjnego, stadnego, który jest niezwykle ważny, co powiem później na przykładzie szczepień pneumokokowych. Mam bardzo mało czasu, tak więc zmiany sytuacji epidemiologicznej pokażę na przykładzie meningokoków.

Monitorowanie jest niezbędnym narzędziem w ocenie i prognozowaniu epidemiologii zakażeń, chorób zakaźnych i zmienności czynników etiologicznych. Pan profesor Wojtczak już o tym wspominał. Wszyscy straciliśmy głowy, gdy się pojawił SARS. Nie wiedzieliśmy, co się dzieje. Do wyjaśniania zmian sytuacji epidemiologicznej potrzebne jest nam właściwie prowadzone monitorowanie aby wyjaśnić, czy mamy ognisko, czy mamy epidemię, czy mamy pandemię, czy mamy przypadek sporadyczny. Musimy patrzeć na zastępowanie się szczepów, klonów. Musimy identyfikować patogeny alarmowe – to też już jest u nas w ustawie o chorobach zakaźnych – w celu podejmowania optymalnych interwencji.

Przede wszystkim nie możemy monitorować wszystkiego. To jest niemożliwe. Nikogo na to nie stać. Musi być dokonany jakiś wybór. A więc monitorowanie mikrobiologiczne, zwłaszcza bakteriologiczne, musi obejmować co najmniej zakażenia inwazyjne i antybiotykooporność. Dlaczego? Bo jest to związane z bardzo wysoką śmiertelnością, bo jest w ich wyniku coraz więcej powikłań, które zostają na całe życie i wymagają dodatkowych środków z budżetu ochrony zdrowia. Coraz bardziej widzimy ograniczone możliwości antybiotykoterapii. Za chwilę pokażę państwu wyniki monitorowania z terenu Polski, które na pewno dadzą dużo do myślenia. Monitorowanie drobnoustrojów z niebezpiecznymi mechanizmami, z dostępną immunoprofilaktyką. To jest nakaz. Jeśli mamy szczepionki, musimy monitorować zakażenia, którym one powinny zapobiegać, aby ocenić ich skuteczność. Także podam parę przykładów.

Co daje monitorowanie? Pozwala na ustalanie najczęstszych czynników etiologicznych, a przede wszystkim ich zmienność, określanie potencjału epidemicznego, bo wtedy jest inne działanie Inspekcji Sanitarnej, ministra zdrowia, niż w przypadku niskiego potencjału epidemicznego. Możemy modyfikować bieżące standardy terapeutyczne i profilaktyczne, i prowadzić ukierunkowane interwencje. Przydatność monitorowania widoczna jest na każdym poziomie.

Wybrałam przykładowo dwa drobnoustroje spośród tych najważniejszych pozaszpitalnych, bakteryjnych patogenów inwazyjnych, a więc takie, które wywołują zapalenie opon, sepsę i zakażenia w fizjologicznie jałowych miejscach naszego organizmu. Pominęłam *Haemophilus influenzae*, szczęśliwie mamy bowiem już szczepionkę w narodowym programie szczepień i jako krajowy ośrodek referencyjny widzimy bardzo znaczący spadek zachorowań wywołanych przez najbardziej inwazyjny serotyp b tego drobnoustroju – hib. W niektórych województwach właściwie nie rejestrujemy już przypadków zakażeń hib zaledwie po dwóch latach od wprowadzenia szczepień powszechnych. Tu chciałabym się pochwalić, że dokładne dane epidemiologiczne pochodzą z Krajowego Ośrodka Referencyjnego do spraw Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego i innych bakteryjnych zakażeń inwazyjnych, powołanego w 1997 r. przez ówczesnego ministra zdrowia Jacka Żochowskiego, podobnie jak Krajowy Ośrodek Referencyjny do spraw Lekowrażliwości Drobnoustrojów. Obydwa ośrodki działają obecnie w strukturze Narodowego Instytutu Leków.

Pierwszy przykład to meningokoki. Dlaczego tak ważne jest ich monitorowanie? Po pierwsze są przyczyną ciężkich zakażeń inwazyjnych, często o piorunującym przebiegu – sepsa. Śmiertelność w sepsie jest bardzo wysoka, zwłaszcza w krajach o niskim standardzie medycyny. Inwazyjnej chorobie meningokokowej – IchM – towarzyszy także wysoka liczba powikłań. Jeśli państwo spojrzycie na przedstawione przezrocze, to mamy aż dwanaście grup serologicznych. One są rozróżniane na poziomie otoczkowego antygeny powierzchniowego, który jest głównym czynnikiem zjadliwości i składnikiem istniejących szczepionek. Nie mamy jednak szczepionki przeciwko wszystkim dwunastu serogroupom i na każdym terenie sytuacja epidemiologiczna jest trochę inna. Jednak aż 90% zakażeń na świecie wywołuje pięć grup serologicznych – A, B, C, W135 i Y, a tylko przeciwko czterem – A, C, W135 i Y – jest szczepionka. Jeśli więc decydujemy się na szczepienia, to musimy wiedzieć jakie grupy na danym terenie występują i dominują, bo inaczej możemy wybrać niewłaściwą strategię szczepień.

Chcę pokazać i podkreślić, że dzięki powołanemu w 1997 r. ośrodkowi KOROUN byliśmy bardzo dobrze przygotowani do sytuacji, która nagle wystąpiła w latach 2003 i 2004 w województwie zachodniopomorskim, a następnie w latach 2006–2009 w innych regionach Polski. Jak wskazują dane KOROUN do 2003 r. najczęściej przypadków, i to zawsze sporadycznych, wywoływała serogrupa B, wobec której nie ma dzisiaj skutecznej szczepionki do stosowania powszechnego. Dzięki monitorowaniu zaobserwowaliśmy w 2003 r. gwałtowny wzrost zakażeń spowodowanych przez meningokoki grupy C. Natychmiast podjęliśmy interwencję w postaci listu do ministra zdrowia, listu do głównego inspektora sanitarnego, radząc, na podstawie wyników monitorowania wskazującego na nagłą zmianę w sytuacji epidemiologicznej, zakupienie pewnego zapasu szczepionki koniugowanej przeciwko grupie C, bojąc się, że może dojść do epidemii. Sugerować to mogła sytuacja zaobserwowana w województwie zachodniopomorskim, w którym wystąpił nagły wzrost zachorowań, a śmiertelność w sepsie sięgała prawie 70%.

Doświadczenia z województwa zachodniopomorskiego doprowadziły do wdrożenia przez KOROUN diagnostyki molekularnej w materiałach od pacjentów, a także w materiale *post mortem*. Wynik otrzymujemy w ciągu kilku godzin. Sytuacja zmieniła się dynamicznie i zaczęły pojawiać się nowe ogniska epidemiczne. Sytuacja, której Polska nigdy po wojnie nie widziała i od czasu wprowadzenia pierwszego antybiotyku, penicyliny, nie było u nas podobnej sytuacji. Kolejne ogniska to jednostka wojskowa w Skwierzynie, wśród młodzieży w Bytomiu, w dwóch miastach województwa opolskiego, w województwie świętokrzyskim i wreszcie największe w historii od początku XX wieku ognisko epidemiczne w Polsce – jednostka wojskowa – Baza Lotnicza w Warszawie. Piętnaście osób zachorowało, dwóch żołnierzy zmarło.

Wszystkie ogniska od 2006 r. wywołane zostały przez meningokoki grupy C. Należało się zastanowić i odpowiedzieć na pytanie: co się stało? Badania genetyczne meningokoków, badania pogłębione przeprowadzone przez zespół KOROUN wyjaśniły sytuację. Okazało się, że ten szczególnie niebezpieczny szczep został zawleczony na teren Polski. Należy on do klonu ST-11, najbardziej zjadliwego, hyperwinwazyjnego i hyperepidemicznego z dotychczasowych klonów epidemicznych, tego, który spowodował epidemię w Anglii i wielu regionach świata. Charakterystyczną cechą ST-11 jest bardzo krótkie nosicielstwo i bardzo szybka transmisja. W 2008 r. około połowa przypadków była wywołana przez serogrupę B, wobec której brak szczepionki. Druga połowa przez grupę C, dla której istnieje szczepionka koniugowana, a więc skuteczna już u najmłodszych dzieci. Pozostałe grupy meningokoków mają marginalny udział w zakażeniach.

Spojrzymy, jak wygląda zapadalność na IChM w różnych grupach wiekowych, biorąc także pod uwagę grupy serologiczne. Wiedza ta jest niezbędna dla ministra zdrowia do podejmowania decyzji w sytuacji gdy postanowi wprowadzić szczepienia. Jak państwo widzicie, zdecydowana większość przypadków w ogniskach dotyczyła młodzieży i młodych dorosłych, czyli wygląda na to, że celem szczepień mogłaby być ta populacja jako najważniejsza. Rzeczywiście, w tych wszystkich ogniskach, które mieliśmy na terenie kraju i w wojsku, udało się zaszczepić populację regionu, w którym były te zachorowania. To nie było bardzo dużo. Dołączyły się samorządy i dosyć dużo szczepionek zostało wprowadzonych na teren Polski, aczkolwiek niewystarczająca liczba. Na podstawie danych KOROUN dotyczących zapadalności sugerowaliśmy głównemu inspektorowi sanitarnemu, że moglibyśmy iść za przykładem Holendrów, to znaczy, że możemy śmiało wprowadzić szczepienia przeciwko grupie C meningokoków dla dzieci powyżej pierwszego roku życia jedną dawką. Wydaje nam się, że wtedy zapobiegilibyśmy zachorowaniom u dzieci przed ukończeniem pierwszego roku życia, gdyż nastąpiłaby tak zwana odporność populacyjna. Ale wiadomo, że jeśli zaczniemy szczepić, to musimy w krótkim czasie szczepić całą populację co najmniej do dziewiętnastego roku życia i na to już nie było pieniędzy. Jedynie takie postępowanie zaowocuje odpornością populacyjną.

Jednocześnie monitorujemy w przypadku inwazyjnych drobnoustrojów oporność na antybiotyki. Jeśli chodzi o meningokoki do niedawna sytuacja w zakresie wrażliwości na antybiotyki była bardzo dobra. Jednak zaczyna być troszkę gorzej, ponieważ pojawiły się szczepy o obniżonej wrażliwości na penicylinę. W przypadku pneumokoków sytuacja jest w Polsce niepokojąca, o czym poniżej. Monitorowanie wrażliwości jest niezwykle ważne, bo to pozwala wybierać dla terapii empirycznej naj-

bardziej optymalny lek, a tym samym zwiększać skuteczność terapii. Niestety, w 2009 r. wystąpiło ognisko w Goleniowie. Zachorowało pięć osób. Na szczęście nikt nie zmarł. Dzięki poprzednim doświadczeniom postępowanie było właściwe. Ze względu na wysoką zapadalność zaszczepiono interwencyjnie populację dzieci szkolnych do dziewiętnastego roku życia z pieniędzy budżetu. Niestety, wkrótce odnotowano w tym regionie zgon dziecka dwuletniego, które zmarło z powodu zakażenia meningokokami grupy C. Ta grupa wiekowa nie była objęta szczepieniami, a życie jego mogło być uratowane. Są to dramatyczne przeżycia.

Do czasu wystąpienia ognisk meningokokowych do KOROUN nadsyłano mało szczepów bakteryjnych izolowanych z zakażeń inwazyjnych. Sytuacja gwałtownie się poprawiła w wyniku pojawienia się zagrożenia epidemicznego. Paradoksalnie to meningokoki utorowały drogę monitorowaniu. Uważa się, że kto zobaczył człowieka umierającego z powodu sepsy meningokokowej, nigdy tego do końca życia nie zapomni. Od czasu wystąpienia meningokokowych ognisk epidemicznych znacznie poprawiło się przysyłanie materiałów, zainteresowanie lekarzy. W KOROUN wprowadziliśmy niehodowlaną diagnostykę opartą o metody biologii molekularnej – PCR, nieodpłatnie dla wszystkich ośrodków w Polsce. Pozyskaliśmy pieniądze pozabudżetowe i mamy z całej Polski przysyłane materiały od chorych, takie jak surowica, krew, płyn mózgowo-rdzeniowy itd. Jak wskazują prezentowane dane, spośród pięciuset trzydziestu trzech próbek od pacjentów z podejrzeniem inwazyjnej choroby meningokokowej, u trzystu sześćdziesięciu uzyskano wynik dodatni, a więc potwierdzenie IChM. To znacząco poprawiło naszą wiedzę nie tylko na temat zakażeń meningokokowych, ale także pneumokokowych.

Drugi drobnoustrój to pneumokok *streptococcus pneumoniae*... Tu polemizowałabym z panem profesorem Wojtczakiem. Trzy i pół miliona zgonów z powodu zakażeń pneumokokowych. Największy zabójca na świecie to jest właśnie pneumokok. Milion ludzi umiera rocznie z powodu pneumokokowego zapalenia płuc. Szczególnie podatne są dzieci do drugiego roku życia i dorośli powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia. Inwazyjnej chorobie pneumokokowej – IChP, towarzyszy nie tylko wysoka śmiertelność, ale szczególnie wysoki procent powikłań, często nieodwracalnych. Skąd to wiemy? Dzięki monitorowaniu. W przypadku pneumokoków sytuacja jest jeszcze bardziej skomplikowana. Mamy bowiem aż dziewięćdziesiąt jeden serotypów otoczkowych, które są najważniejszymi czynnikami zjadliwości. To właśnie polisacharydy są zawarte w szczepionkach. Oczywiście nie jest możliwe włączenie tak dużej liczby antygenów do szczepionki. W związku z tym w Stanach Zjednoczonych, gdzie ten problem był znakomicie rozpoznany, stwierdzono, że siedem serotypów to są najczęściej inwazyjne serotypy odpowiedzialne za IChP u dzieci do piątego roku życia. Do tego jeszcze są to najczęściej serotypy, wśród których obserwujemy wieloantybiotykooporność. I tak powstawała 7-walentna szczepionka koniugowana, a więc taka, która może być podawana dzieciom już powyżej drugiego miesiąca życia. Chcąc wprowadzić taką szczepionkę do kalendarza szczepień, musi być dobrze rozpoznana sytuacja epidemiologiczna, potwierdzająca przydatność takiej szczepionki na terenie danego kraju. Dlatego dane KOROUN stanowią bezcenną informacją dla ministra zdrowia pokazującą na ile szczepionka 7-walentna dostosowana jest do sytuacji epidemiologicznej w Polsce. Dotyczy to także już obecnych w naszym kraju szczepionki 10- i 13-walentnej.

I tak szczepionka 7-walentna pokrywa 70% wszystkich szczepów do piątego roku życia, 10-walentna natomiast 78% i 13-walentna aż 84%. Do drugiego życia jest jeszcze lepsze pokrycie. Należy podkreślić, że pokrycie szczepów wieloopornych jest 100%. Musimy jednak pamiętać, że sytuacja epidemiologiczna jest bardzo dynamiczna. Zależy od różnych naszych interwencji, od stosowanych antybiotyków, programów szczepień ochronnych, od podróżowania, standardu życia i opieki medycznej itp. Poza tym obserwuje się tak zwaną naturalną zmienność drobnoustrojów. Dlatego właśnie powstała 10-, i 13-walentna, bowiem pojawiły się nowe serotypy w USA i Europie Zachodniej. Zaistniała więc potrzeba szczepionek z polisacharydami dodatkowych serotypów – 1, 3, 5, 6A, 7F, 19A. W Polsce rzadko obserwujemy serotyp 4 i 5, ale istotne dla naszej sytuacji epidemiologicznej są serotypy 1, 3, 6A, 7F i 19A. Mamy – i 5.

Ta zmiana wiodących serotypów doskonale ilustruje konieczność monitorowania przed decyzją o podjęciu szczepień, ale także po ich wprowadzeniu. Czy możemy w nieskończoność dodawać nowe polisacharydy do szczepionki? Nie możemy. Poszukujemy więc wspólnego antygeny dla wszystkich serotypów pneumokoków, żeby można było go umieścić w szczepionce uniwersalnej. Gdy dojdzie w Polsce do wprowadzenia szczepionki pneumokokowej do narodowego programu szczepień ochronnych, miejmy taką nadzieję, że niedługo będziemy mieli okazję dzięki monitorowaniu obserwować jej wpływ na epidemiologię zakażeń pneumokokowych.

Monitorujemy także sytuację epidemiologiczną IChP u dorosłych, bo jest szansa, że koniugowana szczepionka 13-walentna będzie zarejestrowana dla osób, które nie ukończyły pięćdziesiątego piątego roku życia. Obecnie mamy 23-walentną szczepionkę polisacharydową. Stosowana jest ona w Stanach Zjednoczonych, rekomendowana dla starszych osób. W Polsce dość rzadko stosowana. Jeśli chodzi o oporność na antybiotyki, to w przypadku pneumokoków sytuacja jest alarmująca. Tutaj jest zupełnie inaczej niż z meningokokami. Tu jesteśmy liderami Europy. Proszę zwrócić uwagę, że 37% izolowanych pneumokoków z zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych jest opornych na penicylinę. To znaczy, że antybiotyk ten nie może być nigdy podany w leczeniu empirycznym, gdy podejrzewamy pneumokokowe zapalenie opon. Co gorsze, 20% przypadków tej choroby nie może być leczonych lekami ostatniej szansy, czyli ceftriaksonem i cefotaksymem. Sytuacja jest więc alarmująca. Z kolei o tyle dobra wiadomość, że w szczepionce pneumokokowej znajdują się serotypy najbardziej lekooporne. Wiemy już z doświadczeń Hiszpanów i Amerykanów, że po wprowadzeniu tej szczepionki doszło do dramatycznego spadku szczepów opornych na penicylinę i cefalosporyny III generacji, czyli jakby przywrócenia skuteczności penicyliny. To jest kolejny sukces szczepionki obok zmniejszenia zapadalności i uzyskania fantastycznego efektem odporności populacyjnej. U 55% ludzi starszych nieszczepionych zmniejszyła się zachorowalność na zakażenia pneumokokowe, ponieważ dzieci przestały być częstym rezerwuarem tego drobnoustroju.

Na zakończenie pragnę powiedzieć parę słów o tym, co robimy w sprawie monitorowania antybiotykooporności, we współpracy z ECDC, z Komisją Europejską, z innymi krajami UE. Działanie to jest niezbędne dla tworzenia schematów terapii empirycznej polityki rejestracyjnej i refundacyjnej, ale ostatnio przede wszystkim dla ostrzeżenia o pojawianiu się szczególnie niebezpiecznych... Tutaj znowu chcę odnieść się do wystąpienia profesora Wojtczaka. Mamy już szczepy bakteryjne, tak zwane PDR – *pandrug-resistant*, oporne na wszystkie dostępne antybiotyki. Nie mamy leku

do leczenia pacjentów zakażonych takimi bakteriami. Zaczynamy prowadzić terapię eksperymentalną, co do której nie mamy dowodów jej skuteczności. Takich przypadków mamy coraz więcej. Jedyne odpowiedzią na tę sytuację jest poszukiwanie nowych leków, co jest procesem długotrwałym i kosztownym, a w międzyczasie wprowadzać restrykcyjne programy kontroli zakażeń, żeby nie dochodziło do rozprzestrzeniania się szczepów wieloopornych.

Największy niepokój budzą pałeczki Gram-ujemne. Chcę dodać, a była tu mowa o świńskiej grypie, że mamy już w Polsce świńskie gronkowce odporne na metycylinę, to znaczy niewrażliwe na wszystkie antybiotyki beta-laktamowe. Tak więc sytuacja w obszarze oporności jest także dynamiczna. Jednym z powodów szybkiego rozprzestrzeniania się szczepów opornych na antybiotyki jest ich nadużywanie i niewłaściwe stosowanie.

Chcę podkreślić, że jeśli chodzi o antybiotykooporność, wymagane są natychmiastowe, skoordynowane działania, z czym wystąpiłam do pani minister zdrowia, zwłaszcza w związku z pojawieniem się najgroźniejszego z dotychczas opisanych mechanizmów oporności na antybiotyki. Są to karbapenemazy typu KPC, enzymy wytwarzane przez pałeczki jelitowe, zwłaszcza *Klebsiella pneumoniae*, które niszczą karbapenemy ertapenem, imipenem, meropenem i doripenem, uznawane za antybiotyki ostatniej szansy. Dlaczego pojawienie się *Klebsiella pneumoniae* KPC+ jest tak dramatycznym zjawiskiem? Jest to bakteria otoczkowa, bardzo zjadliwa i niebezpieczna zwłaszcza dla osób ze skrajnych grup wiekowych i z niedoborami odporności. Pamiętacie państwo ogniska epidemiczne, zwłaszcza na oddziałach noworodkowych, na przykład w Łodzi w szpitalu Madurowicza i innych.

Szczególnie niebezpieczny jest fakt, że wiedza o tej oporności jest kodowana na plazmidzie lub transpozonie, a więc może być łatwo przekazywana, z komórki do komórki, a więc jest to niezwykle szybka i skuteczna droga rozprzestrzeniania. Największym rezerwuarem tej bakterii jest przewód pokarmowy, a więc eradykacja może być bardzo trudna. Co więcej, na tym samym plazmidzie obecne są inne geny oporności i zjadliwości. Dlatego jest to szczep tak nieprawdopodobnie inwazyjny. Pierwsze szczepy KPC+ odnotowano na wschodnim wybrzeżu Stanów Zjednoczonych, następnie z podróżującymi zostały przeniesione do Izraela i do Grecji. Teraz Grecja jest największym rezerwuarem tych bakterii. Większość krajów, które mają ten problem, uzyskały ten szczep wraz z turystami czy osobami podróżującymi z Grecji. Nawet nie obroniła się Holandia, która ma jeden z najlepszych programów kontroli zakażeń.

Szczep *Klebsiella pneumoniae* KPC+ jest odporny na wszystkie penicyliny, cefalosporyny, monobaktamy, karbapenemy. Praktycznie także na wszystkie inne grupy leków. Pozostaje niekiedy kolistyna i tigecyklina, ale ich skuteczność nie była potwierdzona w badaniach klinicznych. Dzięki monitorowaniu przez nasz zespół antybiotykooporności udało się wcześniej zidentyfikować szczep *Klebsiella pneumoniae* KPC+ w Polsce. Pierwszy pacjent zakażony tym szczepem pojawił się w maju 2008 r. w warszawskim szpitalu. Od tamtej pory do listopada 2009 r. aż w dwunastu warszawskich szpitalach wykryto tego typu zakażenia. Praktycznie wszystkie szpitale w Warszawie mają ten problem. Co robią? Niestety, rozsyłają ten szczep z pacjentami po całej Polsce. Najpierw do Wołomina i tu znowu dramatyczna sytuacja –także izoluje się go od pensjonariusza domu opieki. Ponadto, przeniesiony został do Gdańska, Płocka, Konstancina, Kielc i Radomia. Zaobserwowano także przeniesienie szczepu z Nowego Jor-

ku, wraz z osobą, która podróżowała do Olsztyna. Na szczęście udało się to natychmiast wykryć. I jeszcze jedna zła wiadomość. *Klebsiella pneumoniae* KPC+ wykryta w małej miejscowości w województwie mazowieckim – Dobrem, u pacjenta pozaszpitalnego. Sytuacja ta wskazuje na konieczność wykonywania badań mikrobiologicznych w kierunku *Klebsiella pneumoniae* KPC+ u pacjentów na wejściu do szpitala... Aby opanować tę sytuację musi istnieć w strukturze szpitala dobra pracownia mikrobiologiczna, umiejająca nie tylko taki szczep szybko wykryć, ale także znająca procedury ograniczenia jego szerzenia.

Wprawdzie oporność pojawiła się wkrótce po wprowadzeniu pierwszego antybiotyku – penicyliny. Jednak przez wiele lat przemysł farmaceutyczny dostarczał na rynek nowe skuteczne leki przeciwbakteryjne. Obecnie przy gwałtownie zwiększającej się liczbie opornych drobnoustrojów zmniejsza się liczba skutecznych leków oraz zmniejsza się zainteresowanie firm farmaceutycznych poszukiwaniem nowych antybiotyków. Musimy pamiętać, że oporność eliminuje stare antybiotyki o dobrze udokumentowanej skuteczności i bezpieczeństwie, a więc zwiększa ryzyko niepowodzenia i działań niepożądanych oraz podnosi koszty terapii. Ta sytuacja spowodowała, że WHO i ECDC uznały antybiotykooporność za jeden z wiodących problemów zdrowia publicznego.

Podsumowując, monitorowanie zakażeń inwazyjnych i antybiotykooporności jest niezbędne w celu prowadzenia optymalnej polityki zdrowotnej.

Zachęcam państwa do korzystania z naszych stron internetowych Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków – www.antybiotyki.edu.pl, ośrodków referencyjnych do spraw zapaleń opon i inwazyjnych i Krajowy Ośrodek Referencyjny do spraw Lekowrażliwości Drobnoustrojów. Dziękuję. (*Oklaski*)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo serdecznie dziękuję pani profesor Hryniewicz.

Zapraszam pana profesora Andrzeja Zielińskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie epidemiologii. Temat wystąpienia pana profesora to „Sytuacja epidemiologiczna nowej grypy AH1N1 w Polsce”.

Bardzo proszę.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Epidemiologii Andrzej Zieliński:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Żeby podsumować ten niesłychanie ważny referat pani profesor Hryniewicz, to trzeba powiedzieć po prostu, że aby sprawniej działać, musimy wiedzieć dokładniej.

Jeśli chodzi o nasz system nadzoru epidemiologicznego, to jest to system pod pewnymi względami unikalny w Europie, charakterystyczny dla krajów postsocjalistycznych, z racji istnienia sieci stacji sanitarno-epidemiologicznych. W zasadzie wszystko, co jest nam zgłaszane, jest opracowywane niemal bezbłędnie. Sam natomiast poziom zgłoszeń pozostawia wiele do życzenia. Wielką wadą nadzoru epidemiologicznego w Polsce w porównaniu z innymi krajami europejskimi jest bardzo mała liczba potwierdzeń mikrobiologicznych. Dlatego tak ważne jest to, co mówiła pani profesor Hryniewicz. Proszę zwrócić uwagę, jak ważna jest epidemiologia i jak ważny jest nad-

zór epidemiologiczny, skoro wybitny mikrobiolog poświęca wykład głównie epidemiologii.

Nowa grypa AH1N1 i rola nadzoru epidemiologicznego w czasie pandemii. O poprzednich pandemiach w zasadzie wszyscy wiedzą. Nie chcę na to tracić czasu. Chcę powiedzieć dwa słowa o wirusie. Jest to nowy wirus, który nie ma odporności krzyżowej z sezonowym wirusem grypy AH1N1, ani z innymi wirusami grypy sezonowej. Jest minimalna, śladowa odporność w grupie osób starszych. Nie ma żadnej w grupie dzieci. Ta śladowa odporność nie ma żadnego znaczenia dla zdrowia publicznego, dlatego wszystkie ważne instytucje międzynarodowe, jak WHO, ECDC, a także amerykańskie CDC, nie zalecają szczepionki sezonowej przeciw nowej grypie. Dzieci nie są odporne, a około 1/3 osób po sześćdziesiątym czwartym roku życia posiada pewną odporność prawdopodobnie z tego powodu, że kiedyś w przeszłości zetknęli się wirusem podobnym pod względem immunologicznym. Nie dokładnie takim samym, ale z podobnym genetycznie. Stąd też rozkład zachorowań w grupach wieku jest inny niż w przypadku grypy sezonowej. Chyba wszyscy już wiedzą, że nowy wirus jest rekombinantem czterech wirusów. Jest to nowum, bo chociaż zwykle wirusy grypy są rekombinantami, to obecność czterech różnych części genetycznych w jednym winionie stanowi zjawisko wyjątkowe. Wirus ten zachowuje wrażliwość na oseltamiwir i zanamiwir, przy czym nie ma krzyżowej oporności. Osoby odporne na oseltamiwir mogą być wrażliwe na zanamiwir. Liczba przypadków opornych na te leki na świecie do tej pory sięga kilkudziesięciu, ponad pięćdziesięciu, zaobserwowanych w Północnej Karolinie, w Walii, na Dalekim Wschodzie, również w Danii. Nie wpływa to zupełnie, przynajmniej do tej pory, na populacyjną efektywność leczenia.

Nazwa świńska grypa jest misnumerem. Wirus ten nigdy nie był świński, poza momentem, kiedy się pewnie w Azji, tak jak niemal wszystkie nowe wirusy grypy, wytworzył w prowincji Guangxi, gdzie jest olbrzymia hodowla świń, mnóstwo ptactwa wodnego i wielkie zagęszczenie populacji. Ale już do Meksyku został przywleczony przez ludzi i informacje, że on wyszedł z hodowli świń w Meksyku, są po prostu mitami.

Dyskutuje się u nas, czy tej pandemii nie wywołały kompanie leków, że inaczej by tego nie ogłosili jako pandemii, a WHO ogłosiło pandemię, żeby móc wprowadzić szczepionki nie do końca zbadane. Jak się nasypie cukru, to się do niego muchy zlatują, ale ja jeszcze nie widziałem przypadku, żeby muchy rozsypały cukier. Oczywiście, kompanie leków chcą mieć profity z tego, że jest pandemia grypy, nie miejmy natomiast żadnych wątpliwości, że sytuacja epidemiczna na świecie jest taka, jaka jest, i powinniśmy się opierać na faktach, które jesteśmy w stanie poznać.

Na prezroczu wymienione są cechy choroby, jakie sprzyjają rozwojowi pandemii. Oczywiście, gdy choroba jest lekka, znacznie łatwiej jest się jej szerzyć w populacji niż w przypadku chorób o wysokiej śmiertelności. SARS nie szerzył się pandemicznie między innymi dlatego, że nie mógł sobie wytworzyć rezerwuaru wśród ludzi. W tej chwili nie jest do odtworzenia jego rezerwuaru zwierzęcy, ludzie natomiast tak ciężko chorowali, że właściwie od razu byli w szpitalu izolowani i dlatego choroba ta nie przetrwała wśród ludzi. 11% śmiertelności w skali globu to więcej niż miała grypa hiszpanka.

Chcę powiedzieć o zaraźliwości tej grypy. Badania na ludziach wskazywały, że zaraźliwość tej grypy jest podobna jak grypy sezonowej. Pierwsze obserwacje z Meksyku przyniosły dosyć alarmistyczne informacje, że ona bardzo łatwo się szerzy. I rzeczy-

wiście – jest takie miasto La Gloria w Meksyku, gdzie zachorowało 50% dzieci w wieku do lat piętnastu i około 25% populacji dorosłych. Obawiano się wtedy, że ta grypa odpowiada pod względem ciężkości grypie azjatyckiej. Nikt poważnie nigdy nie porównywał jej z grypą hiszpanką. Proszę natomiast zwrócić uwagę, że pierwsze alarmujące dane z Meksyku były liczone w stosunku do mianownika przypadków ciężkich – niewydolności oddechowej i wirusowych zapaleń płuc. Taki mianownik dawał tam kolosalną *case fatality*, czyli śmiertelność – stosunek zgonów do liczby rozpoznań. Oczywiście, to był wierzchołek góry lodowej. Liczba zachorowań była znacznie większa.

Wobec tego mieliśmy najpierw alarmujące wieści, ale później przyszły wieści, że ona w zasadzie nie jest cięższa od grypy sezonowej. Przy czym takie banialuki, że jest to zwykły katar, że jest to grypa kilkakrotnie lżejsza od grypy sezonowej, trzeba włożyć między bajki. Dlaczego? Z tego, co my wiemy o tej grypie, w Stanach Zjednoczonych, w Australii, w Nowej Zelandii, należy wziąć pod uwagę, że jest to grypa leczona bardzo intensywnie i wcześnie, w ciągu czterdziestu ośmiu godzin. Żeby skutecznie leczyć taką grypę, na którą umiera mały odsetek ludzi, u których ciężka choroba rozwija się trzeciego, czwartego lub piątego dnia, gdy pojawiają się komplikacje w postaci grypowego śródmiąższowego lub bakteryjnego zapalenia płuc, lekiem, który jest naprawdę skuteczny, gdy zostanie podany w ciągu czterdziestu ośmiu godzin, to trzeba podać ten lek bardzo wielu ludziom, którzy bez niego doskonale by się obeszl, po to żeby uratować tych kilku, u których bez leczenia rozwinęła by się niewydolność oddechowa. Tak było w Australii, że w zasadzie ciężkość tak leczonej grypy okazywała się nie taka wielka. A niektórzy ludzie z tego wyciągają wniosek, że jest to naturalnie lekka choroba.

Są badania na fretkach, które stanowią dobry model dla zachorowań u ludzi. Pamiętajmy jednak, że fretka to jest fretka, a człowiek to jest człowiek. O ile pamiętam, trochę się różnią. U fretek ten wirus głębiej penetruje drzewo oskrzelowe niż wirus sezonowy i przebiegi tego nowego wirusa grypy u fretek są cięższe niż w przypadku grypy sezonowej. Ale, pamiętajmy, nie jest to hiszpanka. Prawdopodobnie jest to wirus powodujący lżejsze zachorowania niż grypa azjatycka z 1957 r. Jest to natomiast poważna epidemia i ci, którzy pamiętają troszkę medycynę w Polsce, wiedzą, że wśród hospitalizacji z powodu grypy takiego odsetka przypadków niewydolności oddechowej w ostatnim dwudziestolecu nie było.

Pamiętam 1974 r., kiedy była wielka liczba zgonów. Rok 1974 to było w kilka lat po pandemii grypy Hong Kong. Ta wielka liczba zgonów wynikała z wielkiej liczby zachorowań. Gdy patrzymy na odsetek hospitalizacji w OIOM wśród wszystkich hospitalizacji w wielu krajach europejskich, które to analizują – my też to niedługo będziemy robili, bo się wprowadza przez RCB ten ważny system monitorowania hospitalizacji – to Norwegia, Islandia, Irlandia, w sumie kraje o przyzwoitym poziomie medycyny, mają oiomizację na poziomie 10% hospitalizacji. To znaczy około 10% ludzi, którzy przychodzą do szpitala, żeby się leczyć z powodu grypy, jest przyjmowanych na OIOM. Pomijam Włochy, gdzie jest 50%. Tam jest albo wysoki próg hospitalizacji albo po prostu przyjmują bardzo łatwo na OIOM. Trudno mi to wytłumaczyć. Są kraje, gdzie to jest poziom 20%. Ale w większości krajów to jest 10% oiomizacji. Nie lekceważymy tej grypy. Nie lekceważymy.

Chcę jeszcze powiedzieć, że choroba jest chorobą, ale spójrzmy – to, co mówił pan profesor Wojtczak – w Meksyku w kwietniu i maju usługi, handel traciły dziennie

około 55 milionów USD, deficyt wzrósł o 0,7%, peso do dolara straciło 5,5%. To jest duża ekonomia. 0,7% w Meksyku to jest dużo. Nie widziałem tyle pieniędzy. To są bardzo poważne straty dla gospodarki.

Wydatki na ochronę zdrowia stanowią niewielki ułamek strat ponoszonych przez społeczeństwo w czasie epidemii grypy co roku. Tutaj zaniechanie tych wydatków może znacznie powiększyć koszty społeczne. W epidemii walczymy o to, żeby ona wolno narastała, Jak wolno narasta, to służba zdrowia, służby społeczne dadzą sobie radę. Ta sama liczba zachorowań, ten *atack rate* w sezonie może być taki sam, ale jak zapadalność szybko narasta, może wystąpić niewydolność funkcjonowania struktur społecznych. Jak wolno narasta, społeczeństwa dają sobie z tym radę. Dlatego tak ważne jest działanie zapobiegawcze, tak ważne jest spowolnienie szerzenia się epidemii.

Widzicie państwo oznaczoną kolorem ciemnoniebieskim zapadalność w tym roku. To jest skala logarytmiczna. To znaczy, że im wyżej, tym przyrosty są mniejsze z natury wykresu. Nie jest to wykres liniowy, nie ma on proporcjonalności. Kreski różnokolorowe, tak jak jest to opisane w legendzie, to jest przebieg sezonów grypowych w różnych latach. Byliśmy dosyć uspokojeni. Jak pamięta pan doktor Kramarz, gdy byliśmy, chyba w czerwcu, w ECDC, to Angus Nicoll mówił: spodziewamy się epidemii w sierpniu. Zastanawiałem się, czy to będzie sezonowa grypa, czy będzie sierpniowa. Potem okazało się, że zachorowania kształtowały się początkowo w Polsce tak jak w poprzednich sezonach. Wrzesień – dzieci idą szkoły i jest wzrost zachorowań. Październik – studenci idą na uczelnie i jest wzrost. Listopad, grudzień – to jest to, co jest oznaczone poziomą linią. Normalnie w listopadzie i grudniu jest stabilizacja na troszkę wyższym poziomie. Później od stycznia do marca, w zależności od roku, jest w Polsce szczyt zachorowań. Nagle po pierwszym tygodniu listopada pojawił się bardzo duży wzrost zapadalności. Drugi tydzień listopada – ciągle jest ten wzrost. Mniej gwałtowny. Trzeci tydzień – jest największy wzrost. Proszę pamiętać, że jest to wykres logarytmiczny.

Tak wygląda mapa z ostatniego tygodnia w Polsce. To, że w niektórych województwach zmalało, to są fluktuacje przypadkowe. To nie jest trend. Tak wyglądają tygodnie. Pierwszy tydzień, ten najbardziej na lewo, małeńki, to jest ostatni tydzień października. W listopadzie idzie to w górę, tak jak państwo widzą. Co tu jest charakterystyczne? Proszę zwrócić uwagę, że grupy do czternastego roku życia: 0–4, 5–14, to są grupy o największej zapadalności.

Sezonowa grypa tak nie wygląda. Po sześćdziesiątym piątym roku życia zapadalność zwykle jest dużo większa. To jest właśnie ta grypa H1N1, wariant, który ma tego rodzaju wzorec. Państwo widzicie, jak to wygląda już liniowo, kiedy jest zachowana proporcjonalność. A jak to wygląda w liczbach? Proszę zwrócić uwagę, jak porównujemy ostatni tydzień października i pierwszy tydzień listopada i dzielimy jeden przez drugi, to w grupie 0–4 lata zapadalność wzrosła 8,99 razy, w grupie 5–14 lat – 20,35 razy. Dwukrotny wzrost zapadalności. W całej populacji ogółem jest czternastokrotny wzrost zapadalności. Czyli wzrosło o 1300%. To jest dynamika listopadowa tego małego kataru, jak to niektórzy opisywali.

Po to, żeby wiedzieć, ile jest grypy w grypie, czyli jaki odsetek infekcji górnych dróg oddechowych stanowią przypadki grypy, jest stworzony system nadzoru wybiórczego typu sentinel. Niestety, ten sentinel w dotychczasowym polskim wydaniu jest mało reprezentatywny. Próbowaliśmy zgłosić poprawki do sentinelu. To jest dosyć

kosztowne. Ten sentinel jest zrobiony tak troszkę po amatorsku, na zasadzie przyjaźni z lekarzami. Jak państwo widziecie, wynik ujemny – siedemdziesiąt dziewięć pobrań materiału. To nie znaczy, że to nie jest grypa. Dam państwu przykład z jednego województwa. Województwo pobrało około sześćdziesiąt próbek i miało zero pozytywnych. Nie wymienię innych. One są wszystkie w meldunkach.

Co tydzień, jak chyba żaden kraj w Europie, rejestrujemy występowanie grypy z dokładnymi liczbami, po polsku i po angielsku. W tym natomiast województwie pobrano około sześćdziesiąt próbek i wszystkie były zerowe. Pytam się – jak to? Dzwoniłem do wszystkich wojewódzkich inspektorów sanitarnych i pytałem, jak u nich wygląda sentinel, ile mają zgłoszeń, jakie potwierdzenia? Niektórzy są prymusami i im gratuluje. Niektórzy natomiast mają zero potwierdzeń. I ktoś mi mówi: robimy według pasków, czyli w technice immunofluorescencji i nie mamy wyników. Ja mówię: kochani, albo to jest źle pobrane, albo wy jakoś źle robicie na tych paskach. Poślijcie to do kogoś, kto ma lepsze wyniki. Kolega inspektor dzwoni do mnie następnego dnia i mówi, że posłał do innego miasta, do innej stacji wojewódzkiej. Oni też mają ujemne wyniki. No to źle pobraliście! A on mówi: nie, panie profesorze, nie pobraliśmy źle; w tej bowiem stacji wojewódzkiej zrobili badanie RT PCR i wyszło, że to wirus grypy A(H1N1) wariant. Ten test był po prostu wadliwy w dwóch wojewódzkich i to będzie wymagało bardzo dokładnej rewizji metod i bardzo zdecydowanego zmniejszenia liczby punktów, żeby to nie były tysiące lekarzy, których się prosi, a którzy raz wysyłają, raz nie wysyłają, ale żeby to miało terytorialną i demograficzną reprezentatywność. Żeby było wiadomo, jak to jest w kraju rozłożone i jak to jest rozłożone w różnych grupach. Ale na to są potrzebne pieniądze.

I teraz jeśli chodzi o grypę w grypie. Jeżeli rozpoznanie grypy A stanowi 41%, to nie jest tak, że to jest wszystko grypa sezonowa. Ponieważ z dokładnością do A, na podstawie testów immunofluorescencji nie można odróżnić grypy sezonowej od grypy A(H1N1) wariant. Wiemy, że w Stanach Zjednoczonych, już w tej chwili nie robią badań w innym kierunku niż w kierunku grypy pandemicznej. Dlaczego? Bo mają 99% nowej grypy. Ona wyparła grypę sezonową. Grypa nowa wyparła grypę sezonową do ponad 90% w Australii w czasie sezonu grypowego. Również w ostatnich tygodniach w Europie, to wypieranie jest mocne.

Wobec tego nasze 50%, jeśli weźmy pod uwagę wzorzec: młodzież do 14 roku życia – wielkie kominy, a starsi chorują mniej, świadczy o tym, że nasz procent przypadków nowej grypy jest znacznie większy niż by się nam wydawało na podstawie naszego badania sentinel.

Teraz mam kilka przezroczy na temat właśnie dynamiki epidemii. Myślę jednak, że to już jest trochę mało czasu, Panie Przewodniczący. Ale powiem jedną rzecz, jeśli pan przewodniczący pozwoli. Proszę zwrócić uwagę na wskaźnik F. Tam są, oczywiście, różne wskaźniki, bo nasi zaprzyjaźnieni matematycy modelują epidemię grypy i, rzeczywiście, jest to dla nas bardzo pouczające. F – ułamek osobników niezostających w domu w czasie epidemii. Jeśli nie zostaje w domu tylko 20%, a 80% zostaje, to ta epidemia gaśnie bardzo szybko. Jeśli 60%, to ona stosunkowo wolniej narasta i trwa troszkę dłużej. Może nawet liczba zachorowań może być większa, ale epidemia wolniej narasta. Jeżeli zaś wszyscy ludzie wychodzą z domu i zarażają innych, zapadalność narasta bardzo szybko.

Jest jeszcze kilka takich zagadek w grypie. Normalnie każdy model, gdy rejestrujemy zależność pomiędzy odsetkami chorych podatnych a tymi, co już przechoro-

wali grypę i są odporni, powinien prowadzić do wyczerpania liczby podatnych. Z grypą tak nie jest. *Attack rate* w sezonie, czyli liczba osób, które w ciągu sezonu zachorują, w grypie sezonowej wynosi zwykle 5–10% i trudno jest wyjaśnić przyczynę wygasania epidemii przy tak niskim odsetku osób, które przechorowały grypę w sezonie. W Australii w czasie ostatniego sezonu grypowego zachorowało 12% społeczeństwa. Nie oczekujemy więc, że grypa obejmie całe społeczeństwo. Jednak nawet ten procent, który grypa obejmuje, to jest bardzo duża część społeczeństwa i to jest bardzo poważny problem zdrowia publicznego w każdym sezonie. Teraz, kiedy zapadalność tak szybko narasta, jest to problem niewątpliwy. Chcę jeszcze powiedzieć, że nie możemy przewidzieć jak to się skończy.

Jeśli porównamy dynamikę zachorowalności na grypę z listopada bieżącego roku z poprzednimi latami, powinniśmy oczekiwać spadku przed Bożym Narodzeniem. Nie wiemy natomiast, czy te resztki faktyczne, czy możliwe grypy sezonowej, które przetrwają, nie dadzą nam drugiego szczytu zimą. I też nie możemy wykluczyć, że szczep pandemiczny nie będzie miał dwóch faz, bo grypa jest nieprzewidywalna. Dziękuję bardzo. (*Oklaski*)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję panu profesorowi Zielińskiemu.

Proszę pana Wincenta Kramarza, zastępcę szefa Działu Naukowego ECDC. Temat: „Przegląd sytuacji pandemicznej na podstawie doświadczeń krajów dotkniętych pandemią”.

Zastępca Kierownika Działu Naukowego w Europejskim Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób Piotr Kramarz:

Bardzo dziękuję za zaproszenie. Chciałbym pokazać, kontynuując to, co pan profesor Zieliński prezentował, jak wygląda sytuacja w Europie.

Przepraszam, że mam slajdy po angielsku, ale staramy się te slajdy uaktualniać z tygodnia na tydzień, żeby mieć najświeższe dane. Jeśli chodzi o niektóre ze slajdów, które będę pokazywał, to w zasadzie dane pojawią się na naszej stronie internetowej dopiero o godzinie 12.00. Tak że proszę do tego czasu nikomu nie mówić.

Na początku chcę zwrócić uwagę na kilka podstron internetowych naszego centrum, gdzie są najświeższe informacje. Pierwszy link prowadzi do dziennego raportu. On się pojawia codziennie. Jeżeli państwo nie mają czasu czytać go całego, wystarczy przeczytać ramkę na pierwszej stronie. Drugi raport to jest raport tygodniowy. Jest w nim bardzo dużo danych. Ale, znowu, można popatrzeć na mapy, na tabele, żeby zobaczyć, jak Polska plasuje się wśród innych krajów europejskich, czyli jak to, co pan profesor Zieliński prezentował, wygląda w porównaniu. Mamy też taki duży dokument, który się nazywa ocena ryzyka. To jest uaktualniane co kilka tygodni. To jest bardzo duży dokument, w którym jest poruszonych wiele aspektów. Mamy podstronę grypy pandemicznej. Jeżeli więc państwo otworzą naszą stronę www.ecdc.europa.eu, to po prawej stronie jest taki duży banner i gdy się na niego kliknie, to znajdzie się tam większość informacji.

Na następnych dwóch slajdach pokażę główne punkty. Zdaję sobie sprawę, że przekazuje się tutaj bardzo dużo informacji, proszę więc zapamiętać dwa pierwsze

slajdy. Tak jak mówił pan profesor Zieliński, jest to poważne zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Pandemia różni się od grypy sezonowej. Są różnice. To nie wygląda tak samo. Trochę więcej na ten temat pokażę na którymś ze slajdów. Większość ludzi przechodzi łagodną infekcję, a sporo ludzi prawdopodobnie przechodzi infekcję w ogóle bezobjawową. U części ludzi natomiast grypa ma ciężki przebieg z komplikacjami i część z nich umiera. I teraz, jak popatrzymy na ciężki przebieg u osób, to większość z nich ma jakieś obciążenia, jakąś towarzyszącą chorobę przewlekłą. Mniej więcej 30% populacji nie ma żadnych obciążających czynników ryzyka i to są często zdrowi, młodzi ludzie, dzieci, kobiety w ciąży i oni też umierają. To nie jest duża grupa ludzi, ale zdarza się, że jest taki przebieg.

Teraz jeśli chodzi o to, co można robić. To są te proste zwykłe środki, takie jak mycie rąk, używanie chusteczek higienicznych, czy – to, o czym mówił profesor Zieliński – pozostawanie w domu, nieudawanie się do pracy, do szkoły, kiedy ma się objawy. To są środki bardzo skutecznie i trzeba je promować. One działają.

Są też leki. Leki powinny być stosowane. Jeżeli jest ich mało, to należy – według zaleceń opublikowanych niedawno przez Światową Organizację Zdrowia na temat klinicznego leczenia pandemicznej grypy – je stosować w wybranych grupach ludzi, którzy mogą mieć powikłania i mogą umrzeć z powodu infekcji grypą pandemiczną. U takich ludzi, którzy mają jakieś choroby towarzyszące, przewlekłe, choroby krążenia, ciężką astmę, należy włączać te leki bardzo szybko, najlepiej w ciągu czterdziestu ośmiu godzin.

Jeżeli natomiast u kogoś rozwija się ciężki przebieg – powiedzmy po trzech, czterech dniach infekcji – to też trzeba włączać te leki, mimo że minęło już czterdzieści osiem godzin. Mamy bowiem pewne dane, że te leki działają. Nawet po czterdziestu ośmiu godzinach mogą zapobiegać nieprzyjemnym powikłaniom, a nawet zgonom. Nie ma oporności. Jak na razie, nie ma jej dużo. WHO podaje, że na świecie było dotąd około siedemdziesięciu pięciu przypadków oporności na te leki. To są sporadyczne przypadki. Nie ma przenoszenia. Bardzo rzadko. Były takie dwa ogniska przenoszenia ostatnio w Anglii, ale to się dzieje na oddziałach hematologicznych, gdzie są specyficzni pacjenci. Tam jest łatwiej, bo oni często mają zaburzoną odporność.

Szczepionka sezonowa. Mamy już sporo danych przemawiających za tym, że daje bardzo znikomą odporność, jeżeli w ogóle jakąkolwiek daje. Tak że można powiedzieć, że jest praktycznie nieskuteczna. Oczekujemy, że pandemiczne szczepionki będą skuteczne, przynajmniej tak jak na sezonową grypę. To wynika z badań immunogenności i z badań klinicznych.

Nasze centrum koordynuje system monitorowania efektywności szczepionki, kiedy one są już stosowane w populacji w wielu krajach. Pewne wczesne dane powinniśmy mieć, ale to pewnie będzie na początku przyszłego roku. To jest najwcześniejszy termin, kiedy będziemy mieli dane z realnego użycia, a nie z badań klinicznych.

Ogólnie na świecie podano już ponad sześćdziesiąt pięć milionów dawek. Światowa Organizacja Zdrowia podała w tym tygodniu, że prawdopodobnie około sto milionów pandemicznych szczepionek, w czterdziestu krajach. Oczywiście, monitorowanie bezpieczeństwa odbywa się w większości krajów, jeżeli nie we wszystkich, gdzie się stosuje szczepionki. Są bardzo rozwinięte systemy monitorowania bezpieczeństwa. One przypominają system bezpieczeństwa lotów samolotowych. Często są wzorowane na takich systemach. I mamy teraz już bardzo dużo danych, gdyż nie po-

chodzą z samych badań klinicznych, tylko ze stosowania w szerokiej populacji. Jak na razie nie ma większych problemów. Powiem więcej o tym trochę później.

Na tym slajdzie są przedstawione tematy, o których państwu mówiłem. One pojawiają się w tygodniowym raporcie, zawsze w piątek o godzinie 12. Jeśli państwo zajrzą na naszą stronę i spojrzą na tę podstronę, która była na pierwszym slajdzie, albo wyszukają takiego skrótu EISN, czyli European Influenza Surveillance Network, to zobaczą państwo tę mapkę. Ona jest uaktualniana co tydzień. To jest intensywność transmisji wirusa. Jak państwo widzą, Polska jest w kolorze pomarańczowym. To jest wysoka intensywność transmisji. Ona jest porównywana do *base line*, do tego, co się działo na przestrzeni ostatnich lat. Państwo widzą, co się dzieje. Gdyby państwo spojrzeli na to miesiąc temu, to ta czerwień i ten pomarańczowy kolor byłby w większym stopniu na Zachodzie. Teraz to wszystko się przesuwa na wschód – do Europy Środkowej i Wschodniej. Tak zawsze się dzieje, przynajmniej w ostatnich latach, z grypą sezonową. Teraz widzimy to w przypadku grypy pandemicznej, ale to wszystko następuje o wiele wcześniej. Normalnie spodziewalibyśmy się tego gdzieś w styczniu, w lutym, a dzieje się to teraz.

Na co jeszcze warto zwrócić uwagę? Ten mały plusik przy kraju oznacza, że trend jest cały czas rosnący, a literka „v”, przy A(H1) oznacza, że dominującym wariantem jest już ten wariant pandemiczny. Generalnie w Europie patrzemy na wszystkie izolaty wirusa. Jak wynika z badań wirusologicznych 99% to jest nowy wirus pandemiczny. Nie znaczy to, że nie będzie grypy sezonowej. Może się pojawić, powiedzmy, w styczniu, w lutym. Grypa jest nieprzewidywalna. Trudno powiedzieć, co będzie. Praktycznie, patrząc na to, co się działo na półkuli południowej, to wirus pandemiczny tak się rozpycha i wypycha inne wirusy. To się przeważnie dzieje przy pandemii, że po niej często zostanie tylko wirus pandemiczny.

Chcę jeszcze powiedzieć, że te dane pochodzą oczywiście z krajów członkowskich Unii Europejskiej, z naszego systemu sentinolowego. Chcę podziękować panu profesorowi Zielińskiemu i Państwowemu Zakładowi Higieny za dostarczanie tych danych. To bowiem jest ogromna praca. To jest ogromna praca lekarzy, którzy pobierają wymazy, mikrobiologów, którzy przeprowadzają testy, epidemiologów, którzy to wszystko potem interpretują. Tak że chcę podziękować, bo to jest ogromny wysiłek, zwłaszcza kiedy jest szczyt zachorowań.

Tu jest przedstawione szerzenie się grypy geograficzne. Widać, że ta czerwień teraz koncentruje się w Europie Środkowej. Polska jest na tym slajdzie bardzo ciemna. Oznacza to, że wysoka aktywność jest w większości regionów kraju, obejmujących ponad 50% całej populacji.

To są zgony. To bowiem, co prezentowałem na poprzednich slajdach, to było to, co się działo w praktykach lekarzy rodzinnych. To natomiast są zgony. Jeśli państwo spojrzą, to jest początek pandemii. Gdzieś tam w czerwcu, w lipcu była zwyżka. Potem latem było *up-down* i potem nastąpił wzrost... W ciągu ostatnich kilku tygodni zdarzały się dwukrotne wzrosty z tygodnia na tydzień. Podwajała się liczba zgonów. To są zgony, o których wiemy, gdzie ktoś zmarł z powodu ciężkiej choroby układu oddechowego i zbadano, że to był wirus. Oczywiście, takich przypadków jest o wiele więcej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zaraz to pokażę na następnym slajdzie. Ogólnie mamy już chyba ponad dziewięćset przypadków. Ten stan w dniu wczorajszym wynosił osiemset dziewięćdziesiąt

osiem zgonów z powodu grypy pandemicznej w Europie, około dziewięciu tysięcy na świecie. Ale to są dane zaniżone.

I teraz proszę spojrzeć. Choroba zwyżkuje w Europie Środkowej, ale zgony są głównie jeszcze cały czas w Europie Zachodniej, bo tam to się zaczęło wcześniej. Zwykle jest opóźnienie, bo ludzie najpierw chorują, potem trafiają do szpitali, a część z nich na końcu umiera. Przypuszczamy, że to wszystko będzie się przemieszczać na wschód.

Trochę na temat wirusologii. Może państwo słyszeli o mutacjach, które ostatnio są wykrywane i pojawiają się o tym doniesienia w mediach. W Norwegii, Finlandii, we Francji, we Włoszech były doniesienia na temat mutacji, które są wykrywane u ludzi. To często ma bardzo ciężki przebieg i ci ludzie często umierają. Na razie wygląda, że jest to efekt tego, że jest dużo próbek testowanych. Próbkę są pobierane, gdzieś zamrażane i potem sukcesywnie testowane. Część z badań na temat tych mutacji pochodzi z czerwca, a nawet z kwietnia tego roku. Tak że to nie jakieś zjawisko, które teraz następuje, że wirus mutuje i coś się z nim dzieje strasznego. Na razie nie bardzo wiadomo, jak to się będzie dalej rozwijać, ale to są przypadki izolowane, sporadyczne. Na razie nie ma objawów szerzenia się tych mutacji w populacji.

Tak jak powiedziałem, oporność na tamiflu jest na bardzo niskim poziomie i innych wirusów niż ten pandemiczny jest niewiele. W pewnym momencie stworzyliśmy – we współpracy z ekspertami z krajów członkowskich – takie drzewko. U jego podstawy są osoby, które mają bezobjawowy przebieg. Ich jest najwięcej. Potem są osoby, które mają jakieś objawy grypopodobne i na końcu, te, które trafiają do szpitala, te, które mogą umrzeć. To jest taki czarny scenariusz. On służy do planowania. To nie jest do straszenia kogokolwiek. Wiele krajów używa tego, żeby przygotować środki w ochronie zdrowia. Jeżeli jakiś kraj jest przygotowany na taki scenariusz, to znaczy, że jest przygotowany na wszystko. To prawdopodobnie może nastąpić. Ale może być tak, że do 20% populacji może zachorować klinicznie. Do stu osób na sto tysięcy populacji może trafić do szpitala. Może być około trzech zgonów na sto tysięcy, ale to prawdopodobnie nie nastąpi. Jak popatrzymy na zgony, na to, co się dzieje teraz, to większość z tych ludzi – tak jak mówiłem – ma jakieś choroby, nawet ciężkie, choroby krążenia, choroby układu oddechowego, choroby onkologiczne, zaburzenia odporności. 1/4 ma umiarkowane choroby. 30% natomiast albo nie ma nic obciążającego albo coś w bardzo łagodnym stopniu i to nas trochę niepokoi.

Różnice i podobieństwa z grypą sezonową. Podobieństwa są takie, że droga przenoszenia jest taka sama. Działają więc zwykle środki zapobiegania przenoszeniu, tak jak mycie rąk. Grupy klinicznego ryzyka są w zasadzie te same. To znaczy są to ludzie, którzy mają ciężkie choroby, czy przewlekłe choroby krążenia, choroby układu oddechowego, neurologiczne, upośledzenie odporności.

Ważne są różnice. Ogólnie nie ma jeszcze takich porównań, ilu ludzi umrze, czy umiera, z powodu tej grypy. Bardzo trudno jest to oszacować, ale może się tak zdarzyć, że to będzie podobna liczba, jak przy grypie sezonowej. Ale rozkład jest zupełnie inny. Ludzie, którzy umierają, to są często ludzie młodzi. W pewnym procencie nie mają żadnych obciążających czynników. Często są to dzieci, poniżej piątego roku życia i kobiety w ciąży. Tak że to wygląda zupełnie inaczej niż przy grypie sezonowej, gdzie umierają ludzie przeważnie starsi i trochę schorowani. W części przypadków – mówił o tym pan profesor Zieliński – występują ciężkie postaci z wirusowym zapaleniem

płuc, które się trudno leczą. One dość szybko przechodzą w ostry zespół niewydolności oddechowej. One trudno poddają się leczeniu. Ci ludzie trafiają na oddział intensywnej terapii, wymagają mechanicznej wentylacji, a często pozaustrojowego natleniania krwi.

Powiem jeszcze trochę o szczepionkach. Pan profesor mówił o tym, jak może wyglądać fala pandemiczna. Na tym slajdzie jest przedstawiona taka idealna fala. Ona jest wyidealizowana. Ona się opiera na tym, co już widzieliśmy na półkuli południowej plus takie modelowanie matematyczne. Wygląda na to, że można oczekiwać, że taka fala pandemiczna będzie trwała mniej więcej piętnaście tygodni. No, ale oczywiście grypa jest nieprzewidywalna. Może to być dłużej, może być krócej. Trudno tu coś powiedzieć.

Co natomiast jest ważne? Że w hospitalizacji jest takie trochę opóźnienie notowań. Szczyt hospitalizacji będzie prawdopodobnie później. Szczyt zgonów jeszcze później. I jak popatrzymy na ten *pick*, kiedy już jesteśmy na tej krzywej schodzącej, jest coraz mniej zachorowań, to jednak mimo wszystko najwięcej zgonów nastąpi w tej fazie. Tak że nie można powiedzieć, że jeżeli liczba zachorowań będzie spadać, to już jest po wszystkim. Powiem szczerze, najwięcej zgonów jest w hospitalizacji. Napór na izbę przyjęć, na oddziały intensywnej terapii może być największy właśnie wtedy, kiedy lekarze rodzinni będą już rejestrować spadek zachorowań.

Trochę o szczepionkach. Szczepionki, jak państwo może wiecie, są autoryzowane w Europie przy użyciu kilku dróg. Najbardziej popularna jest autoryzacja centralna, przez Europejską Agencję Leków. Trzy szczepionki są już w ten sposób autoryzowane. Mamy też teraz szczepionki, które są autoryzowane przez poszczególne kraje i potem inne kraje uznają tę autoryzację. Chcę powiedzieć, że szczepionki pandemiczne były autoryzowane w sposób przyspieszony, bo oczywiście sytuacja tego wymagała, ale przy zachowaniu wszelkich standardów europejskich, standardów Europejskiej Agencji Leków. Nie będę się wgłębiał w szczegóły. Tutaj widzicie państwo te trzy szczepionki, które są autoryzowane centralnie, i szczepionki, które są autoryzowane w poszczególnych krajach.

Bezpieczeństwo szczepionek jest dużym problemem. Są ruchy antyszczepionkowe, atakujące w ogóle programy szczepień, o czym mówił wcześniej pan profesor Wojtczak. Chcę więc też trochę się na tym skupić. W większości krajów europejskich są systemy monitorowania bezpieczeństwa szczepionek. One głównie opierają się na spontanicznym raportowaniu o działaniach ubocznych. To jest raportowanie przez lekarzy, pielęgniarki, ale też przez pacjentów, przez tych, którzy otrzymali szczepionkę. Te systemy są w większości obowiązkowe. Potem te raporty spływają poprzez narodowe agencje leków do Europejskiej Agencji Leków.

Można powiedzieć, że w większości krajów przy tej liczbie dawek – w Europie to już są miliony – nie obserwujemy jakichś poważnych działań ubocznych. Można powiedzieć, że to jest dość duża grupa testowa. To jest na pewno już powyżej pięciu milionów dawek podanych w krajach europejskich. I to, co się obserwuje, to ból w miejscu infekcji, zaczerwienienie, obrzęk, objawy grypopodobne przez kilka dni, ból głowy, ogólne rozbitcie, podwyższona temperatura. Jest trochę reakcji alergicznych, ale one występują często u ludzi, którzy mają na coś alergię i w większości poddają się leczeniu. Nie są to jakieś poważne problemy.

Ten systemem jest bardzo transparentny. Chcę powiedzieć, że są europejskie agencje leków, które co tydzień publikują uaktualniony raport na temat działań ubocz-

nych szczepionek pandemicznych, na przykład Szwedzka Agencja Leków. Mogą państwo wejść na ten link. Zawsze w piątek publikują nowy raport, gdzie podsumowują ciężkie i nieoczekiwane działania uboczne, bo wszystkich się nie da.

Trochę o grupach ryzyka. Oczywiście, zadaniem naszego centrum nie jest rekomendowanie szczepień. To jest w gestii krajów członkowskich. Zbieramy natomiast trochę informacji, co się dzieje, jaka jest sytuacja w Europie. Zalecenia, które istnieją w Europie, to są zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia, jak również pewne sugestie Europejskiego Komitetu Bezpieczeństwa. Mówi się więc – szczególnie, jeśli jest mało szczepionek – że trzeba się skupić na grupie docelowej, którą są pracownicy służby zdrowia. W grupach ryzyka są kobiety w ciąży i osoby starsze niż sześć miesięcy z dodatkowymi jakimiś chorobami obciążającymi.

Staraliśmy się zobaczyć, jak duże są te grupy. To są bardzo orientacyjne dane. Mogę jednak państwu dać link do pełnego dokumentu. Wygląda, że ogólnie w Europie w służbie zdrowia pracuje około 2% populacji. Duża grupa to są osoby, które mają dodatkowe choroby usposabiające do powikłań. Według niektórych szacunków to już będzie do 30% całej populacji. To jest ogromna grupa. Ale, jeżeli szczepionek jest niewiele, niektóre kraje – wiemy o tym – podchodzą do tego w ten sposób, że zalecają szczepienia osobom najbardziej podatnym na powikłania, czyli tym, które mają ciężką astmę, osobom ze zastoinową niewydolnością krążenia, tym, które mają wyższy stopień. Tak że są tutaj jakieś strategie, które można zastosować.

Jeśli więc chodzi o podsumowanie części poświęconej szczepionkom, to oczywiście szczepienia – tak jak pan profesor Wojtczak mówił – są podstawą naszego arsenału walki z chorobami zakaźnymi. Na pewno zagrożenie ze strony pandemii jest realne. To jest poważny problem i ochrona ludzi, zwłaszcza tych, którzy są podatni na powikłania, na zgony, jest bardzo ważna. Jest już kilka szczepionek pandemicznych. Badania na temat ich bezpieczeństwa i efektywności wskazują na to, że bezpieczeństwo i efektywność są dobre. Oczywiście, bierzemy tu pod uwagę ryzyko, ale też bierzemy pod uwagę te choroby, którym szczepionki zapobiegają, zgony, powikłania.

Zdajemy sobie sprawę, że bardzo ważna jest komunikacja, zwłaszcza jeśli chodzi o szczepienia. Dlatego, że ludzie, którzy są laikami w tej dziedzinie, mają pytania: dlaczego są dwie szczepionki, dlaczego jest sezonowa, dlaczego jest pandemiczna w wielu krajach, dlaczego są różne grupy, którym są polecane te szczepionki, dlaczego różne grupy wiekowe, dlaczego dawki się różnią? Niektóre szczepionki zawierają adiuwanty, substancje zwiększające ich potencjał immunologiczny. Z punktu widzenia komunikacji z pacjentem, z lekarzami, z personelem jest to trudne, żeby umiejętnie przekazać wiedzę. Aspekt komunikacji jest bardzo ważny w tej pandemii. Dziękuję bardzo. *(Oklaski)*

(Przewodnictwo obrad obejmuje poseł Aleksander Sopiński)

Poseł Aleksander Sopiński:

Bardzo dziękuję.

Witam państwa bardzo serdecznie w drugiej części naszego dzisiejszego posiedzenia. W imieniu pana senatora Okły chciałbym bardzo serdecznie przeprosić państwa, ale po prostu musiał wyjechać, dlatego też pozwolę sobie poprowadzić drugą sesję. Trzecią sesję będzie prowadził pan profesor Wojtczak i właśnie w tej trzeciej sesji będzie dyskusja.

Druga sesja poświęcona będzie aktualnej sytuacji formalnoprawnej w zakresie szczepień ochronnych dla dzieci i młodzieży. Chciałbym powiedzieć, że kwestie szczepień ochronnych w Polsce reguluje ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach, są również rozporządzenia wykonawcze ministra zdrowia. Kalendarz szczepień jest zawsze publikowany w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia. Taki kalendarz zawsze zawiera dwie części. Pierwsza część to szczepienia obowiązkowe i druga część to szczepienia zalecane.

Dlatego też, bardzo proszę, aktualna sytuacja formalnoprawna w zakresie szczepień ochronnych dzieci i młodzieży w Polsce. Miał wystąpić pan minister Wojtyła, główny inspektor sanitarny. Wiem, że nie mógł przybyć. Kto wystąpi w jego imieniu?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo proszę, Panie Doktorze.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Przeciwepidemicznego
w Głównym Inspektoracie Sanitarnym
Tomasz Szkoda:**

Jeżeli chodzi o program szczepień ochronnych na rok 2010, to nowa ustawa zmieniła okres, w którym finansujemy, nadzorujemy i rozliczamy szczepienia. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi spowodowała, że kalendarz jest ogłoszony do końca października każdego roku, a okres, w którym rozliczamy i na który zakupywane są szczepionki, jest równy okresowi obowiązywania ustawy budżetowej, tj. od stycznia do grudnia.

Zachowują moc dotychczasowe przepisy wykonawcze, wydane na podstawie ustawy o chorobach zakaźnych z 2001 r., zgodnie brzmieniem art. 68 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r., do dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie nowej ustawy, to jest do 31 grudnia 2010 r. Obecnie trwają prace legislacyjne nad przedmiotowymi rozporządzeniami.

Zgodnie z rozporządzeniem z 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazów obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień z późniejszymi zmianami, powstał kalendarz szczepień, którego kopie państwo otrzymaliście.

Ponadto realizację obowiązkowych szczepień regulują inne akty prawne. Tak więc rozporządzenie w sprawie wykazu stanowisk pracy oraz szczepień ochronnych wskazanych do wykonania pracownikom podejmującym pracę lub zatrudnionych na tych stanowiskach. Chodzi o szczepienia w związku z wykonywaną pracą. Następnie rozporządzenie w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy. To rozporządzenie określa część dotyczącą nieobowiązkowych szczepień ochronnych, w związku z tym, że pracodawca ma obowiązek ocenić każde stanowisko pracy, ocenić ryzyko i podjąć decyzję, czy należy wprowadzić dodatkowe szczepienia, zaproponować je pracownikowi, czy też nie. Następne rozporządzenie to rozporządzenie w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych. Ono dotyczy osób wykonujących i nadzorujących szczepienia ochronne – lekarzy i pielęgniarek, mających obowiązek zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych do inspekcji sanitarnej.

Rozporządzenie ministra zdrowia z 2005 r. w sprawie trybu i sposobu przekazywania preparatów służących przeprowadzaniu obowiązkowych szczepień ochron-

nych, które dotyczy szczepionek używanych do przeprowadzenia szczepień obowiązkowych w Polsce. Szczepienia obowiązkowe wykonywane są przy użyciu preparatów, które kupuje minister właściwy do spraw zdrowia. Preparaty te są transportowane do Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych w Porębach. Stamtąd są rozdysponowywane pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej przez wojewódzkie stacje sanitarne epidemiologiczne, później przekazywane do powiatowych stacji sanitarnych, a z powiatowych do punktów szczepień. Transport odbywa się z zachowaniem łańcucha chłodniczego. W niektórych stacjach powiatowych i wojewódzkich powierzchnia chłodnicza jest wystarczająca. Jednak w niektórych województwach przystąpiono do jej powiększenia, tak żeby można było zapewnić większą powierzchnię magazynową przy jednoczesnym utrzymaniu łańcucha chłodniczego.

Ustawa mówi o odnotowywaniu faktu wykonania szczepień lub stwierdzenia przeciwwskazania stałego lub okresowego do szczepień. I tutaj jest ustawa o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta. Sprawa jest w tej chwili podnoszona również przez pacjentów, czy należy i w jaki sposób należy wyrazić zgodę na wykonanie szczepienia, mimo że jest to szczepienie obowiązkowe; jak należy podejść do pacjenta małego i do pacjenta, który ukończył szesnasty rok życia, czy również od niego nie należałoby odebrać zgody na wykonanie takiego szczepienia?

Rozporządzenie z 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposoby jej przetwarzania, dlatego że są to również dane osobowe, które podlegają szczególnej ochronie. Rozporządzenie w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej. Rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań dobrej praktyki klinicznej. Tam też są zawarte informacje.

Jak więc widzicie państwo, wydaje się, że szczepienia to raczej, prosta i nieskomplikowana sprawa, ale związana z dużą liczbą aktów prawnych.

Akty prawne regulujące realizację szczepień ochronnych. Oczywiście ustawa – Prawo farmaceutyczne jako podstawa. Rozporządzenie w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego i treści ulotki. Tu akurat nie wiem jak sprawa przebiega, ale na przykład jeden z krajów zwrócił się z zapytaniem – gdyż chciał szczepić swoich obywateli przebywających na terenie Polski szczepionką pandemiczną – jak zgodnie z prawem dokonać tego w Polsce. Tutaj więc może być problem, jeżeli mieliby to wykonać polscy lekarze poza terenem ambasady, dlatego że produkt jest zarejestrowany, ale musi być dopuszczony do stosowania. Jak go przywieźć? Ponieważ musi trafić na rynek, nawet jeżeli do zakładów opieki zdrowotnej, poprzez hurtownie farmaceutyczne.

Rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej, rozporządzenie w sprawie procedur dobrej praktyki dystrybucyjnej mają wpływ na to, jak wyglądają szczepienia.

Wymagania dotyczące zakładów opieki zdrowotnej, a więc gdzie i w jakich warunkach można szczepić. Rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Trudno byłoby przeprowadzić szczepienia na przykład w zakładzie pracy, jeżeli nie będzie w nim gabinetu lekarskiego i odpowiednio wyposażonego punktu szczepień.

Przepisy regulujące wykonywanie zawodu lekarza, personelu medycznego i pielęgniarzek. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Wymagania, jakim pod-

legają pomieszczenia praktyki lekarskiej, a więc, kto, gdzie. Sama ustawa mówi, kto może wykonać szczepienia, że musi mieć doświadczenie lub ukończyć kurs specjalistyczny w zakresie szczepień. I pielęgniarki, które zwykle wykonują te szczepienia. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej. No i rozporządzenie ministra zdrowia dotyczące wymagań, w jakich można wykonywać praktykę pielęgniarki i położnej.

Obowiązek szczepienia wynika z art. 5 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Wszyscy, którzy przebywają na terenie Polski powyżej trzech miesięcy, przez okres dłuższy niż trzy miesiące, podlegają szczepieniom obowiązkowym. Wyjątek stanowią obowiązkowe szczepienia przeciw wściekliźnie i przeciw tężcowi u osób ze styczności. Nie są to szczepienia przymusowe. Jedyne szczepienie przymusowe to było szczepienie przeciwko ospie prawdziwej, ale tylko do 1939 r. Później mamy już do czynienia ze szczepieniami obowiązkowymi, które podlegają karze administracyjnej. Nie można nikogo przymusić. Aczkolwiek ustawa daje taką możliwość w szczególnych warunkach, jeżeli byłoby duże zagrożenie. Jeden z artykułów mówi, że możliwe jest przymusowe podanie leku lub innego środka, jeżeli wymaga tego interes publiczny i stanowi to duże zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Rozporządzenie w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień, o którym była mowa reguluje zakres obowiązkowych szczepień. Program szczepień ogłaszany przez Głównego Inspektora Sanitarnego jest wytyczną. Reguluje to, co, kiedy, w jakich cyklach, ile razy należy podawać, a więc dla dzieci i młodzieży do dziewiętnastego roku życia. Co dalej, to już zależy od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, dlatego, że on ma obowiązek poinformować – co też jest zawarte jako sankcja, jeżeli tego nie przeprowadzi, w ustawie o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych – i ocenić to ryzyko i stosować działania profilaktyczne. Działania profilaktyczne należą do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku długotrwałego odroczenia wykonania obowiązkowego szczepienia wymagana jest konsultacja specjalistyczna. Nie ma już poradni konsultacyjnych do spraw szczepień. Ośrodki, które świadczą takie usługi, mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Obowiązek szczepienia wynika z ustawy. Sprawozdawczość jest prowadzona przez lekarzy, informacje te są przekazywane również do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, która z mocy ustawy prowadzi nadzór nad przeprowadzaniem i wykonawstwem szczepień. Ta sprawozdawczość dalej należy do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Samo przeprowadzenie szczepienia, w jakich warunkach i w jaki sposób jest prowadzona dokumentacja z przeprowadzonych szczepień, są regulowane przez inne akty prawne. Jeżeli szczepienie jest przeprowadzane w innym ośrodku, który nie ma karty szczepień pacjenta – pacjenci też jej często nie mają – to należy wydać zaświadczenie, w którym jest informacja: na co był pacjent szczepiony, data, godzina, seria, nazwa szczepionki.

Kodeks wykroczeń daje możliwość ukarania osoby za uchylenie się od obowiązku poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Proszę pamiętać, że możliwości kary istnieją, ale to nie jest sposób. Sposobem jest raczej dobra informacja i częsty kontakt z rodzicami, z opiekunami. W dużej mierze przynosi to efekt. Taką kopalnią informacji na temat szczepień i szczepionek, bo trudno powiedzieć, tylko wiedzy, jest także internet. Niestety, ludzie skupiają się na różnych dziwnych informacjach niepotwierdzonych. Im bardziej straszne, tym bardziej do nich przywiązują uwa-

gę. To jest pewien problem, ponieważ z takimi osobami trzeba często i długo rozmawiać. Artykuł z ustawy z 1966 r. o postępowaniach egzekucyjnych w administracji. Tutaj w jakiś sposób można ukarać kogoś administracyjnie, ale są to rzadkie przypadki i częściej spotkania i tłumaczenie oraz przedstawienie tego, co niesie ze sobą ryzyko braku szczepień. W efekcie uzyskania dobrej informacji rodzice decydują się na to, żeby zaszczepić swoje dzieci.

Zapotrzebowanie i dystrybucja. Zapotrzebowanie na liczbę dawek szczepionek przygotowuje się na podstawie oceny, którą przygotowują państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni. Ono jest weryfikowane przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych. Następnie, już w skali kraju, informacja jest zbierana w Departamencie Przeciwepidemicznym w Głównym Inspektoracie Sanitarnym. Taka informacja jest przekazywana do Ministerstwa Zdrowia, ile, czego, prognostycznie, trzeba kupić na rok następny.

Inne przepisy, które również mają wpływ na to, w jakich warunkach, w jaki sposób przeprowadzane są szczepienia. Warunki higieniczne, nadzór bieżący, zapobiegawczy, nadzór nad realizacją szczepień, jakie są uprawnienia kontrolującego. Mamy prawo wstępu do mieszkań – i nie tylko – jeżeli będzie wymagał tego interes zdrowia publicznego, nagła, wyjątkowa sytuacja.

Obowiązek poddania się obowiązkowym szczepieniom wynika z ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Art. 36 ustawy daje podstawę do przymusowego podania szczepionki lub innego leku. Takiej sytuacji jeszcze nie było, tak groźnej, żeby trzeba było przeprowadzać szczepienia przymusowe. Ustawa daje jednak taką możliwość, jeżeli byłoby duże zagrożenie.

W jaki sposób postępować ze szczepionką, jeżeli szczepionka nie zostanie zużyta? Na przykład jak postąpić w przypadku szczepionki przeciwko wściekliczynie, która jest lekiem ratującym życie. Wiemy, ile średnio jest pogryzień w roku. Staramy się, żeby tej szczepionki w magazynach było odpowiednio dużo, ale jeżeli zdarzyłoby się, że tych pogryzień będzie mniej, to być może trzeba byłoby utylizować. Ale chyba nie ma wyjścia. Ta szczepionka musi być dostępna, bo inaczej każdemu pogryzionemu i zarażonemu groziłaby śmierć. Podmiot przechowujący szczepionki jest zobowiązany do przestrzegania instrukcji dostarczonej przez producenta i stosowania się do określonych w niej warunkach przechowywania. Tutaj czasami bywa problemem, docierają do nas sygnały, że rodzice lub pacjenci kupią szczepionkę w aptece, idą i nie za bardzo lekarze chcą szczepić albo zlecić szczepienie taką szczepionką, jeżeli nie mają pewności, w jaki sposób ona była przechowywana. Rozwiązaniem jest, żeby umówić się wcześniej, że do takiego szczepienia ma dojść lub ktoś jest zainteresowany kupić i w odpowiednich warunkach przynieść. Apteki już często wyposażają pacjentów w termotorby. Niewiele jest szczepionek, które na przykład są zarejestrowane, że można je przechowywać w temperaturze do 25° przez pewien określony czas.

Tak wygląda nasz kalendarz szczepień. Nie zmienił się na rok następny. W pierwszej dobie żółtaczką i gruźlicą. Są głosy, dlaczego szczepimy tak wcześnie? Tego wymaga sytuacja epidemiologiczna, ewentualnie zagrożenia tło występowania chorób, zachorowań, w jakim obecnie żyjemy. Bezpieczniej jest szczepić, niż później leczyć lub przeszczepiać wątrobę. Nie ma jeszcze pełnego nadzoru nad kobietą ciężarną w taki sposób, żeby wychwycić wszystkie, które mogą być zagrożone przeniesieniem zakażenia z matki na dziecko.

Błonica, a także krztusiec, polio, hib, odra, świnka i różyczka. Od szóstego roku życia tych szczepień już dużo mniej. Szczepienia obowiązkowe kończą się w dziewiętnastym roku życia. W grupach ryzyka jest trochę szerzej – w zależności od tego, w jakim wieku – tak więc pneumokoki i ospa wietrzna. Ospa wietrzna – niestety, mniej lekarzy kwalifikuje do tego szczepienia dzieci z grup ryzyka.

Prezentację przygotowała pani Marta Horodecka, która jest prawnikiem. Dziękuję państwu.

Posel Aleksander Sopliński:

Bardzo dziękuję panu doktorowi.

Teraz zapraszam panią profesor Bernatowską o przedstawienie rekomendacji do priorytetów polityki zdrowotnej państwa w sprawie szczepień ochronnych dzieci i młodzieży.

Bardzo proszę, Pani Profesor.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Wakcynologii

Ewa Bernatowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Bardzo serdecznie dziękuję za zaproszenie mnie ponownie do tak szacownego grona. Chciałabym państwu opowiedzieć w tej chwili o naszych priorytetach. Właściwie to nie są priorytety tylko jednej grupy, nie są to priorytety tylko Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, ale to są priorytety kilku gremiów opiniotwórczych. I o tym właśnie chciałabym dzisiaj krótko powiedzieć.

Proszę państwa, moi poprzednicy mówili o zagrożeniach, które w dalszym ciągu są na świecie przyczyną wielu zgonów, przede wszystkim dzieci do piątego roku życia. Zwracam uwagę na to, że prym wiodą pneumokoki, ospa wietrzna, odra... Przepraszam, odra przede wszystkim, nie ospa wietrzna, hip, rotawirusy, tężec i również żółtaczka zakaźna typu B. Na tym tle, oczywiście dzięki prowadzonym powszechnym szczepieniom, my tych chorób nie mamy. Wśród tych widocznych słupków nie mamy w ogóle odry, prawie że w ogóle w tej chwili nie mamy hib i również nie mamy zgonów z powodu tężca czy też nie mamy zgonów z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu B. Tak jest dzięki szczepieniom, które są realizowane.

Jeżeli natomiast chodzi o umieralność w ostatnim roku, to znowuż widzimy, że wśród dzieci młodszych w dalszym ciągu przyczyną zgonów jest ponad trzy i pół miliona zapaleń płuc. Wiemy, że one są powodowane głównie przez pneumokoki, AIDS. Tak samo biegunki są przyczyną zgonu bardzo dużego procenta dzieci. Jeżeli chodzi o gruźlicę, to oczywiście tutaj też możemy się pochwalić bardzo dobrym programem prewencyjnym, a ten wysoki słupek śmiertelności z powodu gruźlicy dotyczy przede wszystkim krajów afrykańskich. Podobnie jeżeli chodzi o malarię to może nie jest problem naszej strefy umiarkowanej, ale tym niemniej rzecz bardzo ważna. No i oczywiście ciągle jeszcze bardzo wysoka liczba zgonów z powodu odry u dzieci poniżej piątego roku życia, również w Afryce.

Jakie korzystne zmiany zaszły w naszym programie szczepień? Nie można bowiem tego nie podsumować. Otóż przede wszystkim racjonalizacja szczepień przeciwko gruźlicy. To jest nasze duże osiągnięcie. Mianowicie od 2006 r. mamy tylko jedno

szczepienie, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Jest ono w okresie noworodkowym, wtedy, kiedy dziecko jest najbardziej narażone na uogólnioną postać, rozsiew prątką gruźlicy lub też zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Nie ma również testów sprawdzających przed szczepieniem, czy dziecko ma gruźlicę, czy nie. Jeżeli dziecko jest podejrzane o proces gruźliczy, to wtedy mu się oczywiście wykonuje test tuberkulinowy, jeśli natomiast nie ma podejrzeń, jeśli jest zdrowe, to takie dziecko szczepimy.

Ogromnym osiągnięciem było wprowadzenie przeszło dziesięć lat temu szczepień powszechnych przeciwko WZW typu B. Ponadtrzykrotny spadek zachorowań. W tej chwili dzięki temu, że właśnie dzieci są szczepione w pierwszym dniu mieliśmy w zeszłym roku tylko jedno zachorowanie u dziecka poniżej piątego roku życia na WZW typu B. To jest teraz bardzo ważny problem, dlatego że wchodzi w okres rozrodowy również młode przyszłe matki, które pochodzą z rocznika, w którym była wysoka zapadalność na WZW typu B. Nie możemy więc na razie w tak wczesnym okresie zrezygnować z tych szczepień, zarówno BCG, jak i WZW typu B muszą być w tym okresie wykonywane.

Strategia szczepień przeciwko poliomyelitis. Proszę państwa, od dawna należymy już do grupy krajów europejskich, w których nie ma polio. Od 1982 r. W dalszym ciągu jest to jedno szczepienie żywą szczepionką przypominającą przeciwko polio w szóstym roku życia. I to też jest jeden z priorytetów, który akcentujemy mocnym głosem, że też chcielibyśmy, żeby tej szczepionki już w tym szóstym roku życia nie było, szczególnie, że dochodzi nieraz do różnych, jak donoszą, pomyłek. Niestety, personel nie zawsze jest bardzo pod tym względem kompetentny.

Optymalna profilaktyka w zapobieganiu zakażeniu wirusem odry, świnki, różyczki. To jest również taki wspaniały moment, który miał miejsce właściwie nie tak dawno, mianowicie w 2004 r., kiedy nawet dwie szczepionki skojarzone MMR wprowadzono w trzynastym, piętnastym miesiącu życia oraz jako dawkę przypominającą. To również było w optymalnym okresie, tak że nie było nadmiernych wydatków na drugie przypominające szczepienie. Wprawdzie były zachorowania na świnkę, ale w każdym razie wydaje się, że to jest trafiony okres, który wybraliśmy wszyscy, kiedy należy tę dawkę przypominającą stosować.

Jako ostatni kraj w Europie wprowadziliśmy w 2007 r. szczepienia przeciwko bakterii otoczkowej *hemophilus influenzae*. To był oczywiście duży wydatek, ale naprawdę od tego momentu, tak jak pani profesor Hryniewicz mówiła, jest drastyczny spadek zachorowań. Praktycznie już te inwazyjne choroby nie mają miejsca.

Nasza polityka w ograniczaniu zachorowań na krztusiec też była bardzo dobrze prowadzona. To był ten bardzo dobry moment, kiedy w 2006 r. wprowadziliśmy u sześciolatków szczepionkę przypominającą acelularną komponentną. W zeszłym roku Norwegia jakoś się zagapiła, nie wprowadziła dawki przypominającej, i miała aż dwadzieścia zachorowań na sto tysięcy. Bardzo dużo. U nas jest stabilna sytuacja. Zgodnie z raportami jest około dwóch do czterech tysięcy zachorowań rocznie. Ale oczywiście to nie znaczy, że jest wspaniale, bo prawdopodobnie będziemy musieli – i tutaj szczepionki jak gdyby stoją u drzwi – wprowadzić szczepionkę acelularną jako dawkę przypominającą, czy to w czternastym roku życia, czy w osiemnastym roku życia. Po prostu zamienić to, co jest w kalendarzu szczepień, szczepionką Td. Tak że to jest coś, co już zrobili Niemcy i mają bardzo dobry efekt. Ale oni z kolei mieli fatalną sytuację, bo

oni mieli zgony noworodków z powodu krztuśca. My tego nie mieliśmy. Niemcy po prostu zaniedbali szczepienia. W Stanach Zjednoczonych – osiemdziesiąt cztery zgony, tak samo w Niemczech. W tej chwili ten ratunkowy, trwający od kilku lat, system spowodował, że jest duża poprawa.

No i wreszcie również to, co wydaje się, że jest bardzo ważne, wprowadziliśmy zmiany w zapisach dotyczących realizacji szczepień ochronnych. To jest coś, co bardzo długo trwało. Pan profesor Zieliński pamięta jak to było. Propozycje te były transplantowane z *Red Book* i w końcu od 2002 r. znalazły się w naszym kalendarzu szczepień. Tak że możemy na przykład dzisiaj szczepić przeciwko WZW, a za siedem dni możemy na przykład zaszczyć inną szczepionką. Po prostu dla wygody, jeśli rodzice nie chcą, żeby to wszystko robić w jednym czasie.

Czy dobrze postąpiliśmy w przypadku gruźlicy? Dobrze zrobiliśmy. Proszę bardzo, 2008 r. i mamy dalszy spadek liczby zachorowań na sto tysięcy. To jest spadek o 1% w porównaniu z rokiem 2007. Najwięcej zachorowań dotyczy ludzi starszych, gdzie szczepionka już nie działa. Jak określono w strefie umiarkowanej, takiej, której my żyjemy, to badania angielskie wykazały, że szczepionka BCG podana do piętnastego roku życia powoduje nie tylko spadek zapadalności na uogólnione niemowlęce postaci gruźlicy, ale również zapobiega postaci płucnej, jeżeli się to zrobi do piętnastego roku życia. Dlatego też wspólnie zdecydowaliśmy, że jeżeli dziecko w ogóle nie było szczepione, to ono może mieć to szczepienie wykonane do piętnastego roku życia.

Najmniej chorują dzieci. To jest siedemdziesiąt sześć chorych w 2008 r. między ósmym a czternastym rokiem życia. Oczywiście, trzeba wiele zrobić. To są priorytety, które są bardzo silnie i mocno akcentowane właściwie przez wszystkich. Wszyscy się zgadzają, że zmiany legislacyjne w zakresie finansowania programu szczepień ochronnych są niezbędne. Powszechne szczepienia przeciwko pneumokokom. Jest to priorytet jak gdyby nadrzędny. W następnej kolejności bardzo chcielibyśmy, żeby wprowadzić wysoko skojarzone szczepionki do obowiązkowego kalendarza szczepień, żeby uniknąć tych wielu wkluc. Jako kolejny priorytet, to o czym już mówiłam, racjonalne szczepienia przeciwko poliomyelitis. Zamiast żywej szczepionki OPV zamiana na szczepionkę inaktywowaną. Również postulatem są szczepienia uzupełniające przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, bo jednak są takie okienka wiekowe, gdzie zdrowa populacja ich nie otrzymała.

Szczepienia przeciwko grypie w grupach ryzyka to jest coś, co teraz oczywiście szczególnie brzmi mocno, dlatego, że wiemy, że za grypą przyjdą pneumokoki. Niestety, to jest powikłanie, które jest w to wpisane i to zostało udowodnione, co za chwilę pokażę.

Szczepienia przeciwko meningokokom w wybranych grupach wiekowych to jest, oczywiście, kwestia monitorowania i, powiedzmy, sygnałów dobiegających z monitoringu prowadzonego przez panią profesor Hryniewicz. Jeżeli taka będzie konieczność, to oczywiście one będą prowadzone.

Szczepienia przeciwko rotawirusom. Zakażenia rotawirusami są przyczyną zgonów głównie w krajach trzeciego świata, ale u nas z kolei zakażenia są powszechne i one są przyczyną przede wszystkim na przykład dłuższej hospitalizacji, czyli podrażają koszty.

Szczepienia przeciwko ospie wietrznej całej populacji. Ospa wietrzna należy do chorób zakaźnych powszechnych o relatywnie niezbyt ciężkim przebiegu, ale zdarzają się oczywiście ciężkie przebiegi w grupach ryzyka u pacjentów z obniżoną odpornością.

Szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego w wybranych grupach wieku. Jest tak, jak mówił pan profesor Wojtczak. Do takich działań, do finansowania trzeba włączyć nie tylko państwo, ale również samorządy. To są bardzo drogie szczepionki, ale jakże niezwykle potrzebne. O tym, oczywiście, już wszyscy wiemy i chcielibyśmy, żeby one były przez państwo refundowane.

Jeżeli chodzi o gremia opiniotwórcze, to chciałbym się jeszcze pochylić nad jednym z ważnych priorytetów, jakim są niestety powszechne szczepienia przeciwko pneumokokom. Chciałbym to jeszcze raz zaakcentować, że Polska Grupa Robocza do spraw Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej, kierowana przez panią profesor Hryniewicz, co jakiś czas pokazuje, jakie to jest ważne, żeby wprowadzić powszechne szczepienia przeciwko pneumokokom. Grupa pediatrów z zespołu ekspertów kierowana przez panią profesor Annę Dobrzańską również formułuje te wszystkie zalecenia i priorytety.

Tak jak pani profesor mówiła, jeśli chodzi o inwazyjną postać choroby pneumokokowej, zbliżamy się już do dwudziestu zachorowań na sto tysięcy. Jest bardzo dużo nosicieli. Przede wszystkim w przedszkolach. Dzieci są rezerwuarem. To, czym dysponujemy, a co jest już na pewno państwu znane... Właściwie te szczepienia w wymiarze powszechnych szczepień dają przede wszystkim spadek zachorowań. Nie chorują dzieci młodsze, nie chorują dzieci starsze, nie chorują na zapalenia płuc osoby dorosłe i również rodzice. Tutaj też się obserwuje zmniejszenie liczby zachorowań na zapalenie płuc o 38%. Tak że, proszę państwa, to jest jak gdyby to, co musimy zrobić.

Jest wiele prac, i to dosyć nowych, które właśnie mówią, że szczepienia przeciwko pneumokokom zmniejszają zapadalność na inne choroby infekcyjne. Otóż, proszę państwa, na przykład małe dzieci, które chorowały, były hospitalizowane... Pamiętajmy, że dzieci poniżej drugiego roku życia będą na wszystko chorowały, i na grype, nawet tę pandemiczną, przecież to jest grupa ryzyka, i tak samo na pneumokoki. Te więc dzieci, które były niezszczone, a były hospitalizowane, w ciągu trzydziestu dni po hospitalizacji z powodu grypy mogą zachorować na zakażenia pneumokokowe. To samo dotyczy skrócenia hospitalizacji. Dzieci zaszczone przeciwko pneumokokom są krócej hospitalizowane. No i – to, o czym wiemy – infekcje pneumokokowe były główną przyczyną zgonów, powikłań pandemii grypy w 1918 r. Tak że choroba pneumokokowa dotyczy właściwie całej rodziny, a wystarczy wprowadzić powszechne szczepienia dzieci do drugiego roku życia i wtedy naprawdę nie będą chorowały osoby przewlekle chore, nie będą chorować i rodzice, starsze i młodsze rodzeństwo. Tak samo osoby powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia.

W tej sprawie wypowiadało się dwukrotnie WHO – w 2007 i 2008 r. W 2008 r. WHO nadaje rangę zakażeniom pneumokokowym, zaliczając je do pierwszej grupy chorób zakaźnych o najwyższym priorytecie dla zdrowia publicznego, uznając chorobę pneumokokową i malarię na równym poziomie. Tak że proszę tutaj wziąć to pod uwagę w swoich decyzjach, dotyczących powszechnych szczepień. Tak że Europejska Komisja Zdrowia rekomenduje szczepienia dla wszystkich krajów europejskich.

Jaka jest dzisiaj sytuacja w naszym programie szczepień ochronnych? Tutaj wymieniona jest grupa wysokiego ryzyka, gdzie częstość zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową to jest sto pięćdziesiąt zachorowań na sto tysięcy. Tak że to są wszystkie choroby onkohematologiczne. To są wcześniaki poniżej półtora kilograma z dysplazją oskrzelowo-płucną, z wadami ośrodkowego układu i wreszcie dzieci z implantami ślimakowymi. Te zalecenia zostały sformułowane na podstawie uważnej analizy i, rzeczywiście, większość z nich spełnia kryteria o wysokiej wiarygodności DAK.

Tutaj chcę pokazać naszego jednego pacjenta. Mateusz jest w tej chwili studentem. Piętnaście lat temu usunięto mu śledzionę z powodu torbieli. Nie było wtedy, niestety, szczepionek koniugowanych, tylko były polisacharydowe. Mimo szczepień on zachorował. Szczepionki polisacharydowe są dobre. One stymulują układ odporności, ale na krótko. Później, niestety, poziom ten spada i Mateusz miał dwa razy inwazyjne choroby. Miał *haemophilus influenzae* stwierdzony w posiewie krwi oraz zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez pneumokoki. Został w trzynastym roku życia zaszczepiony 7-walentną szczepionką. Od tego czasu nie ma problemu. Tak wyglądają nasi pacjenci. To jest martwica właśnie po zakażeniu pneumokokowym wywołana u pacjenta z niedoborami odporności i brakiem śledziony.

Wiem, że nad sprawą grypy, jeżeli chodzi o szczepienia w grupach ryzyka, pochyła się również Agencja Oceny Technologii Medycznych. Może te właśnie wyniki będą powodem, że będziemy mogli również te szczepienia zapisać w kalendarzu szczepień. To, co chcę jeszcze powiedzieć, to że tych szczepień w grupach ryzyka jest za mało. Dlatego rekomendujemy rozszerzenie tej grupy na przewlekłe choroby serca, nie tylko te przebiegające z niewydolnością krążenia, ale na wszystkie choroby serca. I to, co jest ważne, żebyśmy objęli większą grupą wcześniaki, czyli te wszystkie dzieci, które się urodziły przed ukończeniem trzydziestego siódmego tygodnia ciąży oraz te, które mają wagę poniżej 2,5 kg. Czyli jeżeli kalendarz szczepień mógłby ulec takiej noweli, to byłoby naprawdę dla naszych pacjentów już bardzo dużo. To są takie nasze gorące życzenia.

Proszę państwa, o szczepieniach możemy mówić dużo. Wiemy, że są ważne. Ale również chcę zwrócić uwagę na taki moment, jak edukacyjne inicjatywy, które podjęliśmy również pod patronatem Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, sejmowej Komisji Zdrowia. Był to organizowany po raz pierwszy Ogólnopolski Dzień Szczepień. Rzeczywiście, cieszył się bardzo dużym zainteresowaniem. Uroczystości odbywały się w kilku miastach Polski. To, co wydaje się teraz jakimś tego pokłosiem, to jest ulotka informacyjna, edukacyjna, którą przygotowaliśmy dla wszystkich. Nie o tym jaką szczepionkę mają stosować rodzice czy opiekun, tylko po prostu jak chronić siebie, swoje środowisko, przedszkole. I to jest właśnie prowadzona akcja, która nie zakończy się już teraz, ale będzie żyła i mam nadzieję, że w przyszłym roku również ją przeprowadzimy. Oto na slajdzie są informacje po pierwszym Ogólnopolskim Dniu Szczepień. Rzeczywiście, dużo osób się tymi sprawami interesowało. Oddźwięk prasowy był duży.

Chcę jeszcze powiedzieć, że w Centrum Zdrowia Dziecka pod egidą EMEI i pod patronatem Centrum Zdrowia Dziecka odbędzie się 18 grudnia konferencja „Badania kliniczne w pediatrii. Zmiany i trendy. Przyszłość badań w Polsce”, na którą serdecznie zapraszamy. Dziękuję bardzo. *(Oklaski)*

Posel Aleksander Soplński:

Bardzo dziękuję, Pani Profesor.

Dwadzieścia minut przerwy. Po przerwie w drugiej części będziemy w dalszym ciągu mówili, tak jak założono w programie, o szczepieniach. Szczególną uwagę zwrócimy na zakażenia pneumokokami. Później będzie dyskusja.

Ogłaszam dwudziestominutową przerwę. Dziękuję bardzo.

(Przerwa w obradach)

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Rozpoczynamy drugą część konferencji, w czasie której najpierw wysłuchamy trzech wystąpień, a następnie odbędzie się debata panelowa.

Chciałbym prosić panią dyrektor Dagmarę Korbasińską o przedstawienie w zastępstwie pana ministra Twardowskiego prezentacji na temat „Planowane kierunki zmian w polityce państwa w zakresie szczepień ochronnych dla dzieci i młodzieży w latach 2010–2015”.

**Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia
Dagmara Korbasińska:**

Dzień dobry państwu.

Nazywam się Dagmara Korbasińska, jestem dyrektorem Departamentu Matki i Dziecka. W zakresie odpowiedzialności mojego departamentu jest wykonywanie zadań ministra zdrowia związanych z zakupem szczepionek, a także z finansowaniem kalendarza szczepień ochronnych w naszym kraju.

W imieniu pana ministra Twardowskiego przepraszam państwa, że nie ma go w tej chwili razem z nami. Zdaje się, że były jakieś problemy z terminem. Jest za to tutaj z nami pan minister Rzemek. Mam nadzieję, że uda mi się przekazać państwu informacje tak samo jakby to uczynił pan minister Twardowski.

Proszę państwa, realizacja kalendarza szczepień jest z jednej strony obowiązkiem ministra zdrowia, a z drugiej strony jest narzędziem służącym do tego, żeby poprawić sytuację epidemiologiczną w naszym kraju. Minister zdrowia doskonale zdaje sobie sprawę z kilku dodatkowych efektów, jeśli chodzi o prowadzenie szczepień ochronnych. Te efekty to przede wszystkim zmniejszenie zachorowań i śmiertelności. Jest także efekt natury ekonomicznej, mianowicie wprowadzenie szczepień ochronnych ma bardzo korzystny wpływ na ograniczanie wydatków na leczenie. Poza ograniczaniem wydatków na leczenie, na co zwracał uwagę pan profesor Zieliński, efekt ekonomiczny jest też widoczny w innych sferach funkcjonowania naszego państwa. Trzeba wziąć pod uwagę, że minister zdrowia, ustalając kalendarz szczepień ochronnych, posługuje się przede wszystkim informacjami przekazywanymi przez ekspertów i naukowców. Kieruje się przede wszystkim wskazaniem Światowej Organizacji Zdrowia, ale także rekomendacjami, zwłaszcza rekomendacjami Pediatrycznego Zespołu Ekspertów do spraw Programu Szczepień Ochronnych i Rady Sanitarno-Epidemiologicznej, z którymi w tym zakresie na bieżąco współpracujemy. Niestety, nie każdą rekomendację i nie każde zalecenie jesteśmy w stanie objąć kalendarzem szczepień. Podstawowym problemem jest zapewnienie odpowiedniej ilości środków finansowych na to, żeby dokonać zakupu szczepień. Musimy prowadzić działania racjonalnie, a więc nie możemy w jednym roku, kiedy akurat sytuacja finansowa jest lepsza i można by sobie pozwolić na zakup dodatkowych szczepionek, włączać do kalendarza nowych szczepień. Każda taka decyzja musi być racjonalna z punktu widzenia i epidemiologicznego, i ekonomicznego. Trzeba brać pod uwagę, że wprowadzenie jakiejkolwiek szczepionki do kalendarza szczepień jest zobowiązaniem na wiele lat. Decydując o rozszerzeniu kalendarza szczepień, na pewno musimy zwracać uwagę na konieczność utrzymania ciągłości

realizacji programu szczepień. Kluczowe jest, aby wprowadzać zamiany powodujące, że w przyszłości zmniejszy się zachorowalność na choroby zakaźne. Chodzi o to, aby spektrum zachorowań było mniejsze.

Współpracujemy w zakresie kształtowania naszej polityki w tym zakresie z grupami ekspertów, a przede wszystkim z Pediatricznym Zespołem działającym przy Państwowym Zakładzie Higieny. W wyniku tych działań w ostatnich latach dochodziło do wprowadzenia nowych szczepień i rozszerzenia kalendarza szczepień ochronnych. Należy wskazać, że z powodów ekonomicznych ostatnie decyzje często dotyczyły wprowadzenia szczepień nie dla całej populacji, a jedynie dla grup ryzyka. Dzięki temu uzyskujemy efekt pozytywny, jeśli chodzi o zmniejszenie śmiertelności w grupach ryzyka, czyli w grupach osób, które są najbardziej narażone na zachorowanie, ale niestety w małym stopniu oddziałujemy na częstotliwość występowania zakażeń w całej populacji.

Co chcielibyśmy osiągnąć w ciągu najbliższych pięciu lat? Minister zdrowia zgadza się w pełni z tym, że obecnie nasze działanie powinno być ukierunkowane na pneumokoki. Powinniśmy dążyć do objęcia szczepieniem w tym zakresie całej populacji. Niestety z powodów ekonomicznych nie możemy tego zrobić w najbliższym czasie, ale mam nadzieję, że prędzej czy później uda nam się spowodować, że zmiany w tym zakresie wejdą w życie. W opublikowanym ostatnio kalendarzu szczepień nie wprowadziliśmy istotnych zmian, ale już w kolejnym przygotowywanym rozporządzeniu będziemy próbowali rozszerzyć grupę ryzyka, jeśli chodzi o pneumokoki, zgodnie z zaleceniami zespołu pediatricznego. Szczegółowo informowała o tym tutaj pani profesor Bernatowska. Do tej pory w przypadku poszczególnych chorób były bardzo szczegółowe wskazania do szczepień, teraz będą grupy zagrożeń i będzie to potraktowane szerzej. Przede wszystkim chodzi o osoby chore na przewlekłe choroby serca. Chcielibyśmy też objąć szczepieniami dzieci urodzone przed ukończeniem trzydziestego siódmego tygodnia ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 2,5 kg, czyli 2500 g, a więc tak naprawdę wszystkie wcześniaki i dzieci z niską masą urodzeniową. To jest najbliższa zmiana. Jeśli chodzi o dalszą perspektywę, to przede wszystkim mamy na uwadze zmiany, jeśli chodzi o pneumokoki.

Oczywiście, tak jak państwo, mamy problem z nasilającymi się działaniami grup antyszczepionkowych. W tej chwili znowu pojawiła się zmasowana kampania. Rozważaliśmy tę kwestię. Aby nie podgrzewać sytuacji, przede wszystkim w mediach, nie chcemy w tej sprawie występować w sposób oficjalny, zamieszczać komunikatów i naszego stanowiska w tym zakresie. Skierowanie informacji do wszystkich decydentów nie wywołuje w tej chwili publicznej dyskusji w mediach i to wydaje się korzystne. Ta informacja doszła do osób na tyle świadomych, że są one w stanie podać odpowiedniej krytyce zawarte w określonych publikacjach informacje. Na tym chciałabym zakończyć moją krótką informację. Bardzo serdecznie państwu dziękuję. *(Oklaski)*

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Chciałbym serdecznie podziękować pani dyrektor Korbasińskiej za przedstawienie priorytetów Ministerstwa Zdrowia w polityce szczepień ochronnych. Myślę, że

do tego tematu wrócimy jeszcze w czasie debaty poświęconej propozycjom rozwiązań na lata 2010–2015.

A teraz proszę pana doktora Marka Mazura, byłego wiceprezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw finansowych, o przedstawienie nam aspektu ekonomicznego, jeśli chodzi o temat naszej dyskusji. Wystąpienie pana doktora nosi tytuł „Korzyści ze stosowania powszechnych szczepień przeciw pneumokokom. Próba makroszacunku dla polskiej populacji na przykładzie województwa świętokrzyskiego”. A więc wreszcie będzie mowa o elemencie ekonomicznym szczepień.

**Były Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Marek Mazur:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Co prawda już dawno zakończyłem służbę w Narodowym Funduszu Zdrowia, ale z aspektami ekonomicznymi kontaktu nie tracę. Ostatnio z kolegami przygotowaliśmy książkę na temat finansów, w której miałem honor i zaszczyt zamieścić cały rozdział na temat finansowania służby zdrowia. Mimo że obecnie zajmuję się czym innym, nadal sprawy systemu ochrony zdrowia nie są mi obce.

Na początku chciałbym przeprosić pana profesora Zielińskiego za to, że nie mogłem być obecny podczas całej jego prezentacji. Pani profesor Hryniewicz we wcześniejszym wystąpieniu wymieniła tyle rodzajów broni bakteriologicznej, że musiałem to krótko odreagować. (*Wesołość na sali*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

No, jak rozumiem, ktoś nad tym pracuje, ktoś, czyli natura.

Byłem wiceprezesem Narodowego Funduszu Zdrowia w najtrudniejszym chyba okresie, bo od początku roku 2003. Zapadł mi w pamięć dług wynoszący wówczas ponad 1 miliard zł. Wiedziałem, że on jest pilny. Ale jednocześnie myśleliśmy o tym, co jest naprawdę ważne. Po licznych rozmowach z dyrektorami szpitali, specjalistami, konsultantami krajowymi udało się stopniowo naprawiać sytuację. Myślę, że podobnie jest ze szczepieniami ochronnymi. Jeżeli popatrzy się na to chłodnym okiem, co również zaproponował w swojej prezentacji pan profesor Wojtczak, to widać, że korzyści z prewencji czy profilaktyki są niejednokrotnie większe niż z innych działań, które określa się w języku zarządzania reaktywnymi, bo są reakcją na rzeczywistość, a nie próbą kierowania nią. Ja skupię się tu na aspekcie ważnym, a nie pilnym.

Czy to się opłaca? To jest generalne pytanie. No, wiadomo, że ochrona zdrowia to przede wszystkim moralność i etyka – musimy leczyć ludzi, realizować podstawowe prawa człowieka, ważne cele społeczne – ale to również podstawa silnej gospodarki. Ja wielokrotnie mówiłem, będąc jeszcze odpowiedzialny za finanse NFZ, że służba zdrowia, szeroko rozumiana, to jest 100 miliardów zł. A więc to jest bardzo poważna gałąź gospodarki.

Inny niezwykle ważny aspekt to interwencja medyczna. Dlaczego ona jest taka istotna? My chyba ciągle zapominamy, że zdrowe społeczeństwo oznacza silniejszą gospodarkę. Podobnie jest w przypadku dróg. Co prawda odchodzę od tematu, ale zauważmy, że jeżeli nie mamy dobrych dróg, to nie tylko inwestorzy do nas nie przychodzą w takiej liczbie, w jakiej potencjalnie mogliby się u nas pojawić. My też tracimy czas, stojąc w korkach, uczestnicząc w wypadkach samochodowych itd., itd. Jeden

z laureatów nagrody Nobla dostał nagrodę między innymi za analizę aspektów społecznych działań ekonomicznych. W centrum swojego zainteresowania umieścił także służbę zdrowia.

Szczepić się czy nie szczepić? Ja w tym gronie nie ośmieliłbym się polemizować z wartością szczepień i zbyt długo rozwodzić się nad tą tematyką, ale siłą rzeczy zamieściłem ten slajd. Pani profesor Bernatowska wspomniała o PSO 2010. Pisząc w czerwcu krótki artykuł na temat szczepień przeciwko pneumokokom, korzystałem z PSO 2007, ale, jak rozumiem, wiele się nie zmieniło. Chcę zwrócić uwagę na punkt pierwszy: zmiany legislacyjne zasad finansowania obowiązkowego PSO, czyli programu szczepień ochronnych, umożliwiające jego rozwój. Odniosę się też krótko do tego, co pani dyrektor powiedziała, bo być może Ministerstwo Zdrowia musi to finansować. Z tego, co pamiętam, w ubiegłym roku w budżecie było chyba 60 milionów na szczepienia, co wystarczyłoby według szacunków na mniej niż połowę szczepień ochronnych przeciwko pneumokokom. Być może nie tędy droga. Oczywiście to powinno być priorytetem. To już tu padło i wiemy, że to jest priorytet do roku 2015. Szczepionka jest w czterdziestu narodowych programach. Polska szczepionka jest refundowana tylko w przypadku dzieci z wybranych grup ryzyka.

I teraz grupa kielecka. Jeżeli mogę, to zasugeruję, że do Wrocławia dobrze jest dodać Kielce, bo to jest naprawdę świetny przykład. Jak mówię, policzyłem to *grosso modo*, ale sądzę, że te dane są dosyć wiarygodne. Program pana doktora Mariana Patrzalka, rzetelne badanie – zamknięta populacja, stanowiąca 1/200 populacji całego kraju; porównanie liczby zachorowań na zapalenie płuc w latach 2004–2005 i w roku 2007, kiedy już były widoczne efekty stosowania szczepionki. Oczywiście nie śmiem wkraczać w sferę epidemiologii, tu mogły zadziałać czynniki losowe, istotna jest specyfika regionu itd., itd. Myślę, że to, co za chwilę przedstawię od strony ekonomicznej, pozwala wyrobić sobie pewien pogląd.

Proszę państwa, spadek liczby hospitalizacji z powodu zapalenia płuc w grupie dzieci do pierwszego roku życia wyniósł 61%. Liczba zachorowań spadła ze stu trzydziestu sześciu przypadków do pięćdziesięciu trzech, czyli było o osiemdziesiąt trzy zachorowania mniej, co stanowi 61%. Jest to mniej więcej zgodne ze średnią światową. W przypadku dzieci w wieku od dwóch do czterech lat liczba hospitalizacji spadła jedynie o siedem. Jak tu napisałem, jest to porównywalne z wynikami innych dwudziestu siedmiu krajów europejskich. Jak wspomniałem, badana populacja stanowi mniej więcej 1/200 populacji polskiej. Zatem gdybyśmy przenieśli to na całą populację, byłoby o szesnaście tysięcy przypadków hospitalizacji mniej, jeśli chodzi o dzieci w wieku do pierwszego roku życia, i o tysiąc czterysta hospitalizacji mniej, jeśli chodzi o dzieci w wieku od dwóch do czterech lat. Z badań kieleckich wynika także, że hospitalizacji z powodu zapalenia płuc dzieci w wieku od zera do czterech miesięcy byłoby o siedemnaście i pół tysiąca mniej. Według danych, które miałem, a myślę, że to się niewiele zmieniło, leczenie jednego przypadku kosztuje około 3 tysięcy 700 zł, a więc zaoszczędzamy kwotę 65 milionów zł. Ekstrapolując te dane na cały kraj, mielibyśmy o 65 milionów zł mniej wydatków na leczenie zapalenia płuc. Redukcja wydatków związanych z leczeniem innych jednostek chorobowych: inwazyjna choroba pneumokokowa – 12,1 miliona zł; zapalenie ucha środkowego – 13,5 miliona zł i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – 1 milion zł. Proszę państwa, w sumie daje to o 91,5 miliona zł mniej z tytułu leczenia tych wszystkich chorób. No, oczywiście w pewnym przybliżeniu.

I teraz efekt odporności środowiskowej. Pani profesor Bernatowska mówiła tu o 38%, ja przyjąłem 25%. Chodzi o rodzinę, znajomych, populację osób nieszczepionych. Koszt jednostkowy leczenia szpitalnego – 1,5 tysiąca zł, koszt leczenia ambulatoryjnego 150 zł. Zakładając redukcję o 25%, a nie 38%, dodatkowe oszczędności, oprócz tych 91 milionów zł, wyniosłyby około 21 milionów zł, w przypadku dzieci w wieku od sześciu do dwunastu lat – 20 milionów zł. A więc mamy dodatkowo ponad 40 milionów zł, w przypadku osób dorosłych – 21 milionów zł, w przypadku dzieci w wieku od sześciu do dwunastu lat, ale nie tych, które były w pierwszej grupie, byłoby to ponad 20 milionów zł, czyli łącznie ponad 40 milionów zł. Jeśli dodamy tę kwotę do 91 milionów zł, to otrzymamy 131 milionów zł oszczędności z tytułu zmniejszonej liczby zachorowań na wymienione choroby.

(Brak nagrania)

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Pani Dyrektor, bardzo przepraszam, ale za chwilę odbędzie się dyskusja panelowa. To będzie właściwy moment na dzielenie się tymi wszystkimi wątpliwościami i wygłaszanie uwag.

Powracamy do wystąpienia pana prezesa.

Proszę bardzo.

**Były Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Marek Mazur:**

Ja już właściwie skończyłem.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Samo porównanie tych dwóch wielkości, to znaczy wydatków na szczepienia i kosztów związanych z hospitalizacją i opieką ambulatoryjną, bez brania pod uwagę innych aspektów, może być przyczynkiem do innego myślenia. To jest główna myśl tego, co tu przedstawiłem. Niestety, Panie Przewodniczący, po raz drugi muszę przeprosić za wyjście, ale muszę być w sądzie o godzinie 14.00, co już wcześniej sygnalizowałem. Gdyby były jakieś pytania czy sugestie, to ja z chęcią się z tym zapoznam.

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Bardzo dziękuję.

Myślę, że aspekt ekonomiczny ma kolosalne znaczenie w myśleniu o kosztach i zyskach. Powiem szczerze, że w krajach zachodnich to jest podstawa myślenia i tworzenia polityki, tak samo zresztą w Stanach Zjednoczonych. Z uwagi na program siedmioletniej promocji zdrowia pomiędzy rokiem 1985 a 1992 oszczędności tylko jednego resortu będącego odpowiednikiem naszego Ministerstwa Zdrowia wyniosły 7 miliardów dolarów. I tak musimy podchodzić do rzeczy. Musimy odróżniać, jak pan tu powiedział, to, co jest pilne, od tego, co jest ważne. Musimy to wszystko wyważyć.

Myszę, że to będzie bardzo świetny motyw dyskusji w czasie panelu. Ale zanim przejdziemy do panelu, poproszę panią Sabinę Szafraniec – prezes Zarządu Stowarzyszenia „Parasol dla życia”, żeby nam przedstawiła swoje doświadczenie dotyczące inwazyjnej choroby pneumokokowej, bardzo osobiste doświadczenie.

**Prezes Zarządu Stowarzyszenia „Parasol dla życia”
Sabina Szafraniec:**

Dzień dobry.

Witam państwa bardzo serdecznie. Na wstępie pragnę serdecznie podziękować za to, że po raz kolejny mogę przed państwem wystąpić. Zanim cokolwiek powiem, zaproszę państwa do obejrzenia ośmiominutowego materiału, który stworzyliśmy specjalnie dla państwa, ze względu na to, że obraz przemawia najbardziej. Bardzo proszę.

(Odtwarzanie prezentacji)

Szanowni Państwo, dziękuję za uwagę.

A teraz kilka słów ode mnie. Przede wszystkim chciałabym, żebyście zapamiętali państwo twarz Anielki – nie mojego rozbrykanego Kubusia, tylko właśnie Anielki – bo to jest twarz niemal każdego dziecka, które jest w stowarzyszeniu. Te wszystkie dzieci wyglądają prawie tak samo. Są to dzieci w ciężkim stanie, z niemal całkowitym zanikiem tkanki mózgowej, ze stacjonarnym wodogłowiem, z lekooporną padaczką, gdzie każdy kolejny atak zmiata wszystko to, co rodzice wypracowali, z ciężkim niedowidzeniem, niedosłuchem, niedorozwojem psychicznym, fizycznym. To są dzieci, które nie wiedzą, że żyją.

Powiedzieliśmy na tej sali bardzo dużo mądrych rzeczy o tym, że szczepienia są potrzebne, o tym, że to będzie powodowało oszczędności. Ja się spotykam z czymś innym w rozmowach z wieloma posłami, senatorami, zarówno na żywo, jak i w formie korespondencji. Otóż spotykam się z pewnego rodzaju niemocą. Wszyscy zgadzamy się, że szczepienia są potrzebne, wszyscy się klepiemy po ramieniu. Tak, to jest potrzebne. I to już wiemy. Wiemy również, że Ministerstwo Zdrowia nie ma na to pieniędzy. O tym na pewno będzie dyskusja w trakcie panelu. Narodowy Fundusz Zdrowia jest w stanie przyjąć to obciążenie. Ono nie jest aż takie duże dla budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Wystarczy tylko doprowadzić do odpowiednich zmian legislacyjnych. To się wydaje proste, to nie jest aż takie trudne. Ja wiem, że są sprawy równie ważne, każdy będzie podnosił, że pneumokoki są ważne, ale inne schorzenia też są ważne, a nie są uregulowane. Wiem o tym. Ale ja akurat skupiam się wraz ze swoim stowarzyszeniem na pneumokokach, bo mnie dotknęła akurat ta tragedia. Skupiam się na walce o tych najmniejszych między zerowym a drugim rokiem życia. Podsumuję wypowiedzi wszystkich mądrych ludzi, którzy zabierali głos, i zapytam: co tak naprawdę po nas zostanie? Dzieci. Możemy zostawić po sobie społeczeństwo okaleczone, mówiąc brzydko, ale niestety takie są realia życia, niezdolne się utrzymać, bo niemożące pracować, generujące tylko koszty, lub społeczeństwo zdrowe, które będzie pracowało, zarabiała na siebie i na następne pokolenia.

Chciałabym tutaj odwołać się do zdania wypowiedzianego przez panią profesor Hryniewicz: kto raz zobaczył człowieka umierającego na sepsę meningokokową, nie zapomni tego obrazu. Ja mogę powiedzieć: kto raz zobaczył małe dziecko umierające na sepsę wywołaną pneumokokami, nie zapomni tego obrazu do końca życia. Różnica jest taka, o czym też mówiła pani profesor Hryniewicz, że meningokoki są bardzo spek-

takularne, pojawia się telewizja, wszyscy o tym mówią, a pneumokoki zabijają w ciszy. Rodzice, którzy odbierają po infekcjach pneumokokowych dzieci do domów, odbierają dzieci kalekie. Oni nie mają czasu, tak jak mama Anielki, pani Agnieszka Szymańska, mówić o tym, walczyć o to, oni nie mają na to siły, bo cały dzień zajmują się dzieckiem, które wymaga opieki dwadzieścia cztery godziny na dobę.

Dlatego też uważam, biorąc pod uwagę wszystkie wypowiedzi i postulaty pani profesor Bernatowskiej, pani profesor Hryniewicz, pana profesora Wojtczaka, nieobecnego już pana doktora Marka Mazura, że musimy nie tylko przekonywać się, że szczepienia są potrzebne – to już wiemy – ale też zmienić sposób finansowania. Tak naprawdę tylko zmiana sposobu finansowania kalendarza szczepień da możliwość zapobieżenia tragediom dzieci – nie tych, które już zachorowały, bo te już mają tak, jak mają, i będą nosić brzemień do końca swoich dni, a wraz z nimi ich rodzice, tylko tych dzieci, które się dopiero urodzą, tych wszystkich dzieci, które dopiero będą zaplanowane. Tym tragediom można zapobiec, a w efekcie pozostawić po sobie zdrowe społeczeństwo. Nic po nas nie zostanie, tylko nasze dzieci. Dziękuję za uwagę. (*Oklaski*)

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Bardzo dziękuję.

Proszę państwa, przechodzimy do debaty na temat propozycji finansowania.

Chciałbym poprzedzić tę debatę kilkoma własnymi uwagami, do których doszedłem, słuchając tych wszystkich wystąpień.

Szczepionki są niewątpliwie technologią medyczną. Ocena technologii medycznej jest na świecie jednym z podstawowych działań, które mają dać podbudowę pod politykę zdrowotną, politykę medyczną. Musi być uwzględniony i aspekt zdrowotny, i aspekt ekonomiczny, i aspekt społeczny. Dopiero wtedy dana technologia uzyska akceptację pacjenta czy populacji. Proszę państwa, tak się złożyło... Muszę pogratulować dobrego zaplanowania tej konferencji i doprowadzenia do tej dyskusji, bo w toku prezentacji zostały te wszystkie aspekty przedstawione. Aspekt zdrowotny był przedstawiony przez profesor Bernatowską, profesor Hryniewicz, profesora Zielińskiego i pana docenta Kramarza; aspekt polityczny przedstawiła dyrektor Korbasińska, która musiała z rozdartym sumieniem żonglować pomiędzy tym, co uzasadnione medyczne, a aspektami finansowymi polityki. Wysłuchaliśmy bardzo ładnej prezentacji pana doktora Mazura, który zwrócił uwagę na aspekt ekonomiczny, na to, że z tym są związane kolosalne zyski. Ja mówiłem o eradykacji ospy prawdziwej, o tym, że co roku jest 1 miliard dolarów oszczędności, eradykacja nastąpiła w 1977 r., a zyski budżetowe są do dzisiaj. Aspekt prawny przedstawił nam pan dyrektor Szkoda. No i wreszcie mieliśmy wstrząsający aspekt społeczny, w tym rodzinny, o którym my bardzo często zapominamy. Z tych wypowiedzi można wysnuć wniosek dotyczący znaczenia informacji. Otóż nasza informacja wielokrotnie nie sięga bardzo daleko. Zostały przedstawione wszystkie aspekty i to jest podstawa do dyskusji. Myślę, że wszyscy jesteśmy przekonani o ważności szczepień i o ważności poszerzania tego spektrum.

Zaczynając debatę, w której na pewno wezmą udział różni partnerzy i odniosą się do różnych aspektów oceny technologii, chciałbym się zwrócić z prośbą do przewodniczącego sejmowej podkomisji do spraw zdrowia publicznego pana doktora Soplińskiego, żeby z perspektywy legislatora, który tu nas wysłuchuje, zabrał głos jako pierwszy.

Posel Aleksander Soplinski:

Dziękuję bardzo.

Mysle, ze to dzisiejsze spotkanie i dzisiejsza dyskusja o tym, czym sa szczepienia, nie pozostawia cienia watpliwosci do tego, ze sa one istotnym elementem zdrowia publicznego. O tym kazdy jest przekonany. Jestem poslem juz druga kadencje i wiem problem szczepien, a szczegolnie tutaj bede mowil o szczepieniach przeciwko pneumokokom, nadal jest nierozwiazany. I wlasciwie nie widze nadziei na to, ze moze byc szybko rozwiazany. Na pewno nie nastapi to w 2010 r., nie wiem tez, czy w 2011 r. uda sie to uregulowac.

Srodki, jakie sa wyasygnowane przez Ministerstwo Zdrowia na zakup obowiazkowych szczepionek – przypomne, ze zakup tych szczepionek dokonywany jest z budzetu ministra – pozostaja mniej wiecej na takim samym poziomie od kilku lat. W 2006 r. budzet wyniosl 63 miliony zl, w 2007 r. – okolo 61 milionow, w 2008 r. – okolo 69 milionow zl, planowany budzet na rok 2009 – nieco ponad 71 milionow zl.

W 2007 r. zespól ekspertow do spraw programu szczepien ochronnych na jednym z posiedzen Komisji Zdrowia przedstawil pewne priorytety. Te priorytety mozna podzielic na dwie grupy. Pierwszy priorytet to jest wprowadzenie zmian legislacyjno-organizacyjnych, drugi priorytet to sa zmiany typowo medyczne. Te sa dwa glowne priorytety.

Jeżeli chodzi o priorytet legislacyjny, o którym tutaj przed chwilą mówił pan profesor, to jest to element zasad finansowania programu szczepień ochronnych w Polsce. To napotyka na niezwykle trudności związane z finansowaniem, z budżetem. Jak obliczono – to jest informacja, którą podał pan minister Twardowski na jednym ze spotkań Komisji Zdrowia – koszt szczepień dzieci od zero do drugiego roku życia to jest okolo 145 milionów zł. Popatrzmy, ile mamy pieniędzy na kalendarz szczepień finansowany z budżetu ministra zdrowia. No przecież to jest prawie dwa razy tyle, ile jest przeznaczone na cały kalendarz szczepień. Dlatego proponowaliśmy zmiany legislacyjne polegające na tym, żeby zaangażować Narodowy Fundusz Zdrowia w finansowanie zakupu szczepionek. Narodowy Fundusz Zdrowia wykonuje szczepienia, więc chodzi tylko o zakup tych szczepionek. Ale to napotkało na pewne trudności. Osobiście zaproponowałem ewentualną refundację zakupu tych szczepionek. Chodziło mi o to, żeby refundować zakup szczepionek tak samo jak leków. To stworzyłoby pewną furtkę, stworzyłoby możliwość zakupu szczepionek. Ten problem w dalszym ciągu istnieje. Muszę powiedzieć, że w 2008 r. na posiedzeniu Komisji Zdrowia pan minister, mówiąc o najpilniejszych kwestiach do rozwiązania, wyartykułował: wprowadzenie szczepienia przeciwko pneumokokom dla całej populacji dzieci do drugiego roku życia, wprowadzenie szczepionek wieloskojarzonych opartych na składnikach DTaP i wprowadzenie zmian legislacyjnych w zakresie zasad finansowania programu szczepień ochronnych w Polsce. O tym poinformował Komisję Zdrowia w 2008 r. W myśl tego sejmowa Komisja Zdrowia skierowała 2 kwietnia 2009 r. dezyderat w sprawie finansowania szczepień z budżetu państwa, jeżeli chodzi o pneumokoki. Pan minister odpowiada, że ze względów budżetowych limit środków możliwych do wykorzystania w 2009 r. powoduje konieczność dostosowania planu programu szczepień ochronnych do tego kalendarza. Ale minister zdrowia ukierunkowuje swoje działania na poprawę efektywności obowiązkowych szczepień i mając na uwadze wyraźną potrzebę zapobiegania zakażeniom i skutkom zachorowań wywołanych przez *streptococcus pneu-*

moniae wśród dzieci w Polsce, dołoży wszelkich starań, aby w przyszłości móc wypełnić dezyderat Komisji Zdrowia. Moje pytanie jest skierowane do obecnego pana ministra i brzmi: jak można określić tę przyszłość? Czy chodzi o lata, wieki, miesiące? Jak ministerstwo to widzi? Powiedziałem o rozwiązaniach legislacyjnych. Czy przyspieszenie rozwiązań legislacyjnych jest możliwe? Bo to by wskazało sposób zakupu szczepionek. Właściwie od 2007 r. – patrzę na panią profesor – drepczemy w miejscu, nie posuwamy się do przodu z problemem szczepień.

Mówię dzisiaj tylko o szczepieniach przeciwko pneumokokom, ale w tych priorytetach medycznych jest jeszcze wiele innych bardzo ważnych spraw. My za chwilę będziemy do tyłu, jeżeli chodzi o wprowadzenie nowych szczepionek, być może technologicznie nowych, bo dotyczących tych samych schorzeń. Coraz bardziej odstawiamy w tym zakresie. To jest bardzo istotny problem. Odbywa się już trzecia konferencja na ten temat. Muszę powiedzieć, że nie tylko możemy mówić i gadać – Panie Profesorze, eksperci również są za tym – ważna jest decyzja rządu, decyzja ministra zdrowia. To tyle tytułem wstępu. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Bardzo dziękuję.

Muszę powiedzieć, że to jest świetne wprowadzenie do naszej dyskusji. Oczywiście najłatwiej jest przekonywać przekonanych. Myślę, że my nie mamy wątpliwości co do wartości szczepień, chyba wszyscy jesteśmy przekonani co do konieczności szczepień ochronnych. Ale pozostaje jeszcze do wypracowania mechanizm finansowania. Ja wiem, że to jest bardzo trudna dziedzina, rozumiem, że jest to dla polityka szalenie bolesne, gdy musi wybierać pomiędzy uczuciami i obowiązkami wobec populacji a ograniczeniami finansowymi. I dlatego chciałbym tę dyskusję, jakkolwiek by było mającą ramy legislacyjne, bo zastanawiamy się, co może zrobić w tym zakresie komisja sejmowa i Sejm, ukierunkować na mechanizmy finansowania. Jak spowodować, żeby było więcej pieniędzy niż te siedemdziesiąt kilka milionów złotych, które niewystarczają na szczepienia? Skąd zdobyć pieniądze? Chodzi o to, żeby wreszcie coś zrobić. Zasadnicze działania zdrowia publicznego ukierunkowane na całą populację są szalenie efektywne i trzeba powiedzieć, że jak się porówna z innymi działaniami, bezpieczne.

Zapraszam do dyskusji. Dla każdego jest tu miejsce i czas. Chciałbym, abyśmy składając propozycje, mieli przekonanie, że są one realne i możliwe do wykonania.

Proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Cezary Rzemek:**

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo!

Dzisiaj rzeczywiście poruszano wiele różnych aspektów, począwszy od zachowalności i epidemiologii. Aspekt ekonomiczny był obecny w każdej wypowiedzi, nawet kiedy nie był jasno wskazywany, występował. Rzeczywiście, Ministerstwo

Zdrowia w tej chwili przeznaczają taką kwotę ze swoich środków, jaką jest w stanie wygospodarować. Obecnie nie ma możliwości zwiększenia tej kwoty. Jak wiadomo, finansowanie muszą być też inne rzeczy. Przykładowo, nie możemy wstrzymać chociażby finansowania antyretrowirusów dla osób z HIV. Ministerstwo Zdrowia stoi na rozdrożu, rozważa cały czas, co jest ważne, a co jest pilne. Ale jak już coś weszło w życie, to nie można teraz ludziom tego zabierać, musimy to już finansować.

Proszę mi wierzyć, że aspekt społeczny nie jest zapomniany przez Ministerstwo Zdrowia. Ja zawsze mówiłem – to jest taka osobista dygresja – że jak byłem zmęczony, kiedy pracowałem w szpitalu, wystarczyło, żebym poszedł na neurologię dziecięcą. Nie mówimy teraz o pneumokokach, tylko ogólnie. I już człowiek był zadowolony z życia i mógł dalej pracować. Ten aspekt społeczny jest ważny. My też żyjemy w tym społeczeństwie – ja mówię tutaj o pracownikach – też mamy dzieci i też o nich myślimy jako o przyszłości. My też chcielibyśmy zabezpieczać nasze dzieci, żeby mogły przekazywać wartości następnym pokoleniom.

Nie chciałbym powiedzieć: nie ma pieniędzy, więc nie widzimy możliwości zwiększenia finansowania. No, to byłoby dosyć smutne rozwiązanie i tak naprawdę zakończenie tej dyskusji. Pani Dagmara Korbasińska już wspomniała o tym, że akurat jeżeli chodzi o szczepienia przeciw pneumokokom, to bardzo chcemy rozszerzyć tę grupę. Ale popatrzmy na to realnie, bez oszukiwania się. Jeśli chodzi o te 145 milionów zł, to w tej chwili nie wygospodarujemy takiej kwoty. I to trzeba jasno powiedzieć. Dojście w przyszłości do sfinansowania tego nie zależy de facto tylko od budżetu naszego państwa. Sytuacja na świecie jest taka, a nie inna. Każdy słyszy co chwila: kryzys, kryzys, odbijamy się. Wiadomo, że w przyszłym roku sytuacja będzie cięższa niż w tym roku. Podobno w krajach zachodnich już się poprawia, w kwietniu w innych państwach mają wzrosnąć dochody, mamy nadzieję, że do nas też to dojdzie. Ale w tej chwili NFZ na przyszły rok ma o 1,5 miliarda zł mniej niż na ten rok. Powodem tego jest spadek stawki KRUS, co wiąże się z ceną kwintala żyta. A więc NFZ ma kłopoty z finansowaniem tego, co już w tej chwili jest w jego zakresie, czyli refundacji leków, która wzrosła, świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego itp. Dopiero wtedy możemy rozmawiać o finansowaniu tych szczepionek, kiedy wpływy ze składek będą większe, a więc nastąpi dopływ pieniądza. Możemy o tym mówić, jak sytuacja będzie taka jak przez trzy ostatnie lata – 2006, 2007, 2008. Wtedy można było rozważać zwiększenie finansowania szczepionek. W ciągu roku 2010 na pewno nie będzie można objąć tymi szczepieniami aż takiej grupy, czyli wszystkich dzieci w wieku do dwóch lat, bo po prostu nas na to nie stać. Kiedy się zmieni tak zwana koniunktura? Nie wiemy. Mamy nadzieję, że będziemy mogli rozszerzać te grupy już teraz, bo to się wiąże z kwotą o wiele niższą, kolejne etapy nastąpią w kolejnych latach, jeżeli nasze środki finansowe będą na to pozwalały.

Pamiętamy też o czynniku ekonomicznym, jeżeli chodzi o leczenie osób, które nie zostały zaszczepione. Pan doktor Mazur jest byłym pracownikiem Narodowego Funduszu Zdrowia, więc wie, jak to jest finansowane. Szkoda, że już wyszedł, bo zadałbym mu kilka dodatkowych pytań. Pan Mazur pokazał nam, że teoretycznie to się nam opłaca. Powiedzmy, że w wersji pesymistycznej to jest 107 milionów zł. Ale to było tylko częściowe badanie, bo nie pokazano, jakie są koszty leczenia powikłań – niekiedy po szczepieniach pojawiają się komplikacje – czy nie pokazano konsekwencji szczepień. Tych kwot nie znamy. To jest minimalna kwota finansowania, ale żeby ona

mogła wejść do Narodowego Funduszu Zdrowia, musi być wcześniej uwzględniona w planie. Chodzi o całkowite przedstawienie kosztów, jakie są związane z leczeniem, także o dodatkowe koszty, jakie się pojawią po wprowadzeniu szczepienia. AOTM opiniuje zasadność wprowadzenia nowych metod leczenia. To agencja może wydać opinię pozytywną co do takiego działania.

Jestem do państwa dyspozycji, jeżeli chodzi o szczegółowe pytania. Pojawił się też główny inspektor sanitarny, pan minister Wojtyła. Jeżeli będą jakieś pytania co do epidemiologii, to bardzo proszę.

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Dziękuję bardzo.

Jak widzę, pani dyrektor Korbasińska siedzi już blisko mikrofonu.

**Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia
Dagmara Korbasińska:**

Chciałabym się odnieść do wątku, który pojawił się w wystąpieniu pana doktora Mazura. Analizowaliśmy w ramach naszego departamentu, na ile byłoby możliwe na gruncie obecnego prawa rozwiązanie problemu szczepienia przeciwko pneumokokom w ten sposób, żeby było to działanie nie w ramach kalendarza szczepień, tylko działanie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Na czym polega różnica? Zgodnie z prawem, w przypadku Narodowego Funduszu Zdrowia mogłoby być to realizowane w ramach programu. Finansowany byłby program, zakup szczepionki byłby dokonywany przez każdy zakład opieki zdrowotnej wykonujący szczepienie. Wtedy zakład zakupujący odpowiadałby za zachowanie zimnego łańcucha. Obecnie kluczowy element kosztów dotyczy zakupu samych szczepionek, a nie ich przechowywania i dystrybucji. To wszystko jest na tyle dobrze zorganizowane, że dołożenie kolejnych elementów do kalendarza szczepień nie spowoduje istotnego zwiększenia kosztów po naszej stronie. Tak naprawdę ogromny jest koszt samej szczepionki. W przypadku dokonywania zakupów o charakterze centralnym są duże oszczędności, jeśli chodzi o preparat szczepionkowy. Na tym właśnie polega problem z finansowaniem tego przez NFZ. W obecnej sytuacji prawnej NFZ nie może dokonać zakupu centralnego, wobec czego każdy ze świadczeniodawców musiałby kupić tę szczepionkę za 300 zł. Oczywiście ta cena jest różna w różnych aptekach.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Za jedną dawkę.

Proszę zwrócić uwagę na to, że my, dokonując zakupu centralnego, mimo że tak małą grupę obejmujemy tymi szczepieniami, uzyskujemy dodatkowy efekt polegający na tym, że koszt jednej szczepionki jest o wiele niższy. Kiedy kupujemy większą ilość, on wynosi sto dwadzieścia kilka złotych, a kiedy mniejszą około stu pięćdziesięciu złotych. Kupowanie tego w dużej masie powoduje ewidentną oszczędność, co jest ważne, kiedy weźmie się pod uwagę budżet. W obecnym stanie prawnym takie rozwiązanie nie jest możliwe, gdyby finansował to Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgadzam się, że mamy taką, a nie inną sytuację, w związku z czym Narodowemu Funduszowi

Zdrowia zdecydowanie łatwiej byłoby podjąć taką decyzję niż ministrowi finansów. Tak naprawdę minister zdrowia jest przekonany co do efektywności pewnych działań.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Musiałyby zostać dokonana zmiana ustawy i polityki, tak aby Narodowy Fundusz Zdrowia mógł korzystać z tych samych mechanizmów, jakimi dysponuje minister zdrowia. Chodzi o możliwość dokonywania zakupów centralnych. Generalne założenie jest takie, że Narodowy Fundusz Zdrowia sam nie kupuje leków. To byłby duży wyłom w całej polityce. No trzeba by to było naprawdę szczegółowo przeanalizować.

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym**

Andrzej Wojtczak:

Dziękuję bardzo, Pani Dyrektor, za wskazanie strzałki w kierunku światła w tunelu. Poproszę teraz pana ministra Wojtyłę o zabranie głosu.

Główny Inspektor Sanitarny

Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Chciałbym poruszyć problem z zakresu, którym zajmuje się inspekcja sanitarna, czyli problem zdrowia całej populacji, a nie pojedynczego chorego. Tym właśnie się zajmujemy. Z punktu widzenia populacyjnego szczepienia przynoszą efekty, o których wspominał pan profesor. Doprowadziły one do eradykacji wielu chorób, co przyniosło też efekty ekonomiczne. Chciałbym podkreślić, że u nas obowiązkowy kalendarz szczepień jest realizowany wzorowo, wyszczepialność powyżej 90% jest rzadko spotykana na świecie. Nasze społeczeństwo w tym zakresie jest zdyscyplinowane. Wykonywanie szczepień, które są w kalendarzu szczepień obowiązkowe, przebiega sprawnie.

W kalendarzu szczepień występują też tak zwane szczepienia rekomendowane. I tutaj jest pewien problem. Była już mowa o ruchach antyszczepionkowych, myśmy dyskutowali o tym na jednym z posiedzeń Rady Sanitarno-Epidemiologicznej. Jest kwestia edukacji społeczeństwa. Szczepionka przeciwko grypie sezonowej jest dostępna, ale wyszczepialność była w ubiegłych latach bardzo niska, wynosiła niewiele ponad 5%, a wśród dzieci 1% z haczykiem. Jak się okazuje, te ruchy antyszczepionkowe odgrywają bardzo ważną rolę. Może to nie jest tak widoczne z poziomu Warszawy, ale jak się przejrzy lokalne tygodniki w poszczególnych miastach powiatowych...

(Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym Andrzej Wojtczak: Panie Ministrze, każdy z posłów dostał książeczkę do swojej skrytki...)

Ja wiem, już od dwóch lat ją dostaję.

(Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym Andrzej Wojtczak: Te ruchy antyszczepionkowe są bardzo silne, wręcz straszliwie silne.)

Dlatego ja na to zwracam uwagę. My jako inspekcja sanitarna idziemy w tym kierunku, ażeby edukować społeczeństwo, zachęcać do szczepienia szczepionkami rekomendowanymi.

Działania populacyjne obejmują nie tylko szczepienia obowiązkowe, one dotyczą także eliminacji chorób, które pojawiają się lokalnie. Mamy doświadczenie z inwazyjną chorobą meningokokową, która pojawiła się w kilku miejscach w Polsce. Wyszczepienie lokalne spowodowało spadek zachorowalności na tę chorobę w tych grupach wiekowych, o które nam chodziło. Ale ważne też jest działanie edukacyjne, które eliminuje takie zachowania – tu chodziło akurat o nastolatki – które sprzyjają rozprzestrzenianiu się tej choroby. Te działania, które zostały podjęte przez ostatnie dwa lata, również edukacyjne, spowodowały, że jest wyraźny spadek zachorowań wśród nastolatków na meningokoki typu C, co pani profesor może potwierdzić.

My ostatnio przeprowadziliśmy randomizowane badania młodzieży gimnazjalnej na grupie dwunastu tysięcy młodych ludzi i ich rodziców dotyczące zachowań zdrowotnych. Trzeba powiedzieć, że jeżeli chodzi o higienę osobistą, wiedzę na temat tego, że nie należy pić z jednej butelki, lizać tego samego lodu itd. – chodziło o to, co było umieszczone w materiałach edukacyjnych – to ponad 80% młodzieży o tym słyszało. A więc takie działania przynoszą efekty.

Najtrudniej jest ze szczepieniami rekomendowanymi. W porównaniu do wielu innych krajów u nas ta wyszczepialność jest bardzo niska. Jeżeli chodzi o grype, to w tym roku sytuacja trochę się poprawiła, ale to jest spowodowane działaniami medialnymi. No to jest korzystne, ponieważ to wpłynie prawdopodobnie na zachowania na wiele lat do przodu. Społeczeństwo stanie się wyczulone i prawdopodobnie będziemy mieli odpowiedź na nasze apele o to, żeby się wyszczepiać. Co do efektu populacyjnego, to gdybyśmy chcieli co roku uodpornić całe społeczeństwo na grype, to trzeba by wyszczepić 70% społeczeństwa, co się nie udaje nigdzie na świecie. Musimy mieć tego świadomość.

Odniosę się teraz do propozycji finansowania szczepień przez Narodowy Fundusz Zdrowia. My niejednokrotnie zwracamy się do Narodowego Funduszu Zdrowia – nie tylko w sprawie szczepień, także w sprawie innych programów edukacyjnych z zakresu promocji zdrowia. Ja doszedłem do wniosku, że to jest zbyt młoda instytucja, żeby myśleć populacyjnie, jak również perspektywicznie. Instytucje ubezpieczeniowe, które mają długą tradycję, wybiegają myślą w przód. Zdają sobie sprawę z tego, że jeżeli dzisiaj wyszczepią społeczeństwo, to za dwa, trzy lata przyniesie to określone efekty ekonomiczne. W wielu przypadkach trzeba myśleć o perspektywie całego pokolenia. Przykładowo, walka z otyłością spowoduje oszczędności w perspektywie dziesięciu, dwudziestu, trzydziestu lat. Ja myślę, że jak ta instytucja okrzepnie, to też będzie musiała myśleć takimi kategoriami. Zawsze biedny kraj myśli najpierw o tym, żeby nie wydać dzisiaj pieniędzy, a nie myśli o tym, że za dwadzieścia lat przyniesie mu to efekty. Kraje, które są bardziej zamożne, myślą właśnie w ten sposób, żeby za dwadzieścia lat przyniosło to efekty, również efekty finansowe.

Chciałbym powiedzieć, że jeżeli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia, to uważam, że niekoniecznie musi być zmieniane prawo. Przecież Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje programy profilaktyczne. Gdyby myślał takimi kategoriami, to jednym z tych programów profilaktycznych byłby program, który przyniesie efekty finansowe za dwa, trzy lata, dzięki wprowadzeniu szczepień ochronnych w ramach tego programu. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

Od razu przeczytam, kogo mam na liście mówców. Teraz głos zabierze pani profesor Bernatowska, później pani prezes Szafraniec, a potem pan profesor Zieliński.
Proszę bardzo.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Wakcynologii

Ewa Bernatowska:

Mam pewne pytanie związane z tym, że rok temu też spotkaliśmy się tutaj w tej samej sprawie. Czy po tej rozmowie, która też wskazywała, że płatnikiem miałby być NFZ, jakieś osoby w tej sprawie coś zdziały? Czy były konkretne rozmowy z NFZ na ten temat? Czy padały jakieś nazwiska? Przykładowo, czy ten pan powiedział to, czy tamto. Czy coś na ten temat wiadomo? Może jest jakiś raport? Wobec tego, że ta perspektywa jest bardzo, bardzo odległa, czy nie można by, patrząc na ten cały kalendarz zalecanych szczepień i na to, że już u drzwi czekają następne szczepionki... Przecież tego państwo jako takie nie może udźwignąć, na całym świecie są w większym czy mniejszym stopniu szczepienia refinansowane częściowo. Czy nie można by o tym równolegle pomyśleć? Ale tak na poważnie. Chodzi o to, żeby idąc w ślad za systemowymi rozwiązaniami i pełną refundacją, pomyśleć bardzo poważnie o częściowej refundacji. Dziękuję.

Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej

przy Głównym Inspektorze Sanitarnym

Andrzej Wojtczak:

Dziękuję bardzo.

(Posel Aleksander Sopliński: Czy można odpowiedzieć?)

Tak.

Posel Aleksander Sopliński:

Ja może powiem, że rozmawialiśmy o tym zarówno z ministrem, jak i z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zresztą w pisemnej odpowiedzi na dezyderat komisji pan minister pisze, że zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 24 czerwca zmieniającym rozporządzenie w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzenia i dokumentacji szczepień według Dziennika Urzędowego obowiązujące szczepienia ochronne przeciwko pneumokokom i przeciwko ospie wietrznej są tylko dla dzieci z określonej grupy ryzyka. Wielokrotnie tutaj podkreślaliśmy, że wymaga to zmian ustawowych. Narodowy Fundusz Zdrowia nie zakupuje leków, nie zakupuje szczepień. Być może, gdybyśmy to odwrócili, zgodnie z propozycją, gdybyśmy zrobili tak, żeby po prostu finansował program... No finansuje wiele programów, ale bez zakupu preparatów, leków do tych programów. Uważam, że tutaj musi być decyzja rządu co do zmiany ustawowej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej

przy Głównym Inspektorze Sanitarnym

Andrzej Wojtczak:

Dziękuję bardzo. Myślę, że jeszcze dla Ministerstwa Zdrowia przewidujemy czas na odpowiedź.

(Brak nagrania)

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Cezary Rzemek:**

Jeśli można, to na końcu odniosę się do tych wypowiedzi.

To jest właśnie to, o czym mówiłem: aby program wszedł w życie, musimy mieć nie tylko te skutki pozytywne, czyli teoretyczne przerzucenie finansowania z tego, co jest w tej chwili w hospitalizacji, w opiece ambulatoryjnej, na pneumokoki, ale również musimy mieć dodatkowe środki. Wtedy agencja może taki program rekomendować, oczywiście na wniosek ministra zdrowia. Wówczas nie będzie możliwości zakupu centralnego, bo Narodowy Fundusz Zdrowia nie może zakupić szczepionek. Pani Dagmara Korbasińska podkreśliła tutaj, że automatycznie powstaje różnica w kosztach. My płacimy 150 zł za jedną dawkę, jeśli kupujemy mniejsze ilości, a gdyby w ramach programu kupowały to zozy, to cena – niech będzie już ta niższa – wyniesie 250 zł. A więc w przypadku jednej dawki różnica wynosi aż 100 zł.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo za to wyjaśnienie.

Pani prezes Szafraniec, proszę.

**Prezes Zarządu Stowarzyszenia „Parasol dla życia”
Sabina Szafraniec:**

Właściwie wyręczyła mnie już pani profesor Bernatowska. Ja chciałam zapytać dokładnie o to samo. Spotkaliśmy się tu rok temu i właściwie nic się od tamtego momentu nie zadziało. Wszyscy zaczynamy spoglądać, mówiąc kolokwialnie, drapieżnym wzrokiem w stronę NFZ, ale tylko spoglądamy i na tym się kończy. Nie ma żadnej notatki, żadnego raportu, który by nam pokazywał, jakie prace przygotowawcze, jeśli chodzi o wprowadzenie zmian legislacyjnych, zostały podjęte. Chodzi o to, byśmy nie musieli się spotykać tu znowu za rok, aby znowu udzielać informacji na ten sam temat i dojść do wniosku, że to chyba powinien być NFZ. No tak można robić co roku, ale ja jestem mamą i co roku przyjmuję nowe mamy, które mają ten sam problem: albo dzieci, które umarły, albo dzieci, które zaraz umrą. Ale myślę, że profesor Bernatowska już mnie wyręczyła.

Prosiłabym pana ministra o to, by nie mówił – z całym szacunkiem oczywiście do pana ministra – że NFZ jest instytucją zbyt młodą, by myśleć perspektywicznie, bo jesteście przedstawicielami narodu. Ja jako prawnik wiem, jak wygląda wybieranie ludzi do władz, jak wygląda wybieranie decydentów. Jesteście przedstawicielami narodu i musicie myśleć perspektywicznie, jest to wasz obowiązek, do tego zostaliście powołani. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję.

Pan profesor Zieliński, proszę.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Epidemiologii
Andrzej Zieliński:**

Pan przewodniczący Sopliński w swojej wypowiedzi w zasadzie ujął najistotniejsze rzeczy, jeśli chodzi o finansowanie szczepień w przyszłości. To było już od

dawna dyskutowane na posiedzeniach komisji epidemiologicznej. Powiem, że jeżeli chodzi o modyfikację programu szczepień, to takim ostatnim kanałem jest oczywiście komisja epidemiologiczna Rady Sanitarno-Epidemiologicznej, która po pewnych perturbacjach, jak myślę ambicjonalnych, i trudnościach z uzgodnieniem stanowisk z różnymi ciałami społecznymi, w tej chwili pracuje bardzo harmonijnie. Wszyscy traktujemy bardzo poważnie działania grupy pediatrycznej, także grupy utworzonej przez panią profesor Hryniewicz. Jest to szerokie forum. Mamy bardzo cennego sojusznika w osobie pani dyrektor Dagmary. My dobrze wiemy, jakie są priorytety. Oczywiście wśród priorytetów są i superpriorytety, i prioryteciki. Niektóre kwestie są znacznie mniej ważne. Jak sądzę, pneumokoki dla wszystkich są sprawą zasadniczą. To jest nasz główny priorytet. Kiedy nam zadają pytanie, dlaczego nie rekomendowaliśmy szczepionki przeciw grypie sezonowej dla osób z grup ryzyka, odpowiadamy: żeby nie przeciążać systemu; najpierw chcemy wprowadzić szczepionkę przeciw pneumokokom dla wszystkich dzieci. To jest najwyższy priorytet i co do tego nie ma między nami różnicy. Kiedy dowiedzieliśmy się na ostatnim posiedzeniu komisji, że nie ma szans na to, żeby to szczepienie było dla wszystkich, uparliśmy się i wypracowaliśmy konsensus. Nasza rekomendacja będzie dla wszystkich, dlatego że my nie możemy wziąć na swoje sumienie tych dzieci, które są poza grupą ryzyka, bo właśnie spośród nich najwięcej choruje. To nie jest tak, że grupy ryzyka są liczbowo najważniejsze, jeśli chodzi o pneumokoki. To są najbiedniejsze dzieci, na których nam bardzo zależy, ale pneumokoki są ogólnospołecznym problemem.

Jeśli chodzi o finansowanie, to powiem państwu, że my te problemy mamy nie od dziś. To nie jest tak, że one pojawiły się po raz pierwszy wraz z tym ministerstwem. Pamiętam, że pan minister Religa obiecał nam sfinansowanie tego szczepienia właśnie dla grup ryzyka, zwiększenie budżetu, ale okazało się, że on tych pieniędzy nie ma. Myśmy poszli do niego jako komisja w kilka osób i zaczęliśmy prosić. Dopytywaliśmy się, jak to się stało, że nie ma tych pieniędzy. Nie wiem, czy państwo wiecie, jak ta sprawa się skończyła. Otóż pan minister Religa powiedział, iż oczywiście dla niego szczepienia są bardzo ważne, po czym wezwał do siebie głównego inspektora sanitarnego i odesłał nas z informacją, że to wszystko Wojtyła ma załatwić. Ja nie wiem, jak pan minister Wojtyła miał to załatwić, ale tak właśnie wyglądała rozmowa z panem ministrem Religą.

I teraz zaczyna się to, co jest najważniejsze. Proszę państwa, to, co mówił pan Mazur, jest bardzo ważne. My wiemy, że oszczędności są. To, co mówił pan minister, mianowicie że trzeba brać pod uwagę także inne koszty, na przykład związane z wystąpieniem NOP itd., to jest... Tak naprawdę NOP zdarza się raz na dziesięć tysięcy. Panie Ministrze, te wszystkie dane przechodzą przez moje biurko. W porównaniu z chorobami to jest naprawdę żart. To tylko ruchy antyszczepionkowe sobie wyobrażają, że to jest cud. Raz na milion zdarza się coś strasznego. Oczywiście, że to jest... Przekalkulujcie to sobie. Nie mam żadnych wątpliwości co do tego, Panie Ministrze, że żaden budżet Ministerstwa Zdrowia nie wytrzyma tego, czego powinniśmy żądać w zakresie kalendarza szczepień. Nawet z moją słabą edukacją ekonomiczną, powiedziałbym wam, jakbyście się do mnie zwrócili o to, żebym wam wyliczył koszty kalendarza szczepień, że na 0,5 miliardzie zł prawdopodobnie się nie skończy. Oczywiście, jeśli rzeczywiście chcielibyśmy zrobić to, co jest najważniejsze, łącznie z HPV, bo to jest problem o bardzo wielkim znaczeniu. Ale nie wyobrażam sobie, żeby żądanie od ministerstwa pieniędzy na to było skuteczne.

Ogromnie ważny jest, jak pan minister powiedział, koszt szczepionki. Jeśli wy kupujecie szczepionkę, ona jest dwa, trzy razy tańsza, niż ta sprzedawana w aptekach. Ja myślę, że dużo zależy od tego, jaka będzie nasza jako kraju odwaga legislacyjna. Okaze się, czy może być u nas tak, żeby prawo pozwalało, abyście kupili taniej szczepionkę, a ludzie częściowo ją opłacali. My nie sięgniemy po to do kieszeni Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie jest możliwe, aby ten biedny NFZ, z którym walczą i związki zawodowe, i szpitale, i lekarze, wygospodarował tak dużo pieniędzy na programy szczepień. Wydaje mi się, że jego budżet już jest bardzo napięty, nie ma tam rezerw. Może być jakaś rezerwa w kieszeni społeczeństwa, w lokalnych samorządach. No tego nie wiem. Ale myślę, że trzeba szukać pieniędzy wszędzie, gdzie się da, bo tylko wtedy będziemy mogli ująć w kalkulacji również ten zysk. Cały problem w zdrowiu publicznym i w ogóle w finansach publicznych polega na tym – jak się domyślam, pan minister wie to ode mnie dziesięć razy lepiej jako ekonomista – że jeśli są dwie kieszenie, to można miliony tracić w jednej kieszeni, a nie wyciągnie się pieniędzy z drugiej. To jest tak jak z ciekim wodnym, który idzie przez moją działkę. On rujnuje sąsiadowi gospodarstwo, cały sad. Ja mogę zmienić bieg tego cieku, ale on traci bardzo duże pieniądze. Tyle tylko że ja nie muszę być zainteresowany tym, żeby on nie tracił dziesiątków tysięcy złotych. Nie mam takiego cieku, to jest tylko przykład. W ekonomii bardzo często tak jest. Pan Mazur przedstawił bardzo ładną kalkulację. Ale zysk związany z tym, że nie płaci za to szpital, pochodzi z zupełnie innej kieszeni, niż on chce. To nie jest tak, że to się zbilansuje. Jak ja nie zjem szynki, to ta szynka u biednego na stole się nie pojawi, prawda? Myślę, że tym, co jest u nas konieczne, jest odwaga legislacyjna. Chodzi o to, żebyśmy z tych kompanii leków wyciągnęli jak najwięcej w ramach masowych zakupów, ale też o to, żeby wszystkimi kosztami nie obciążać ministerstwa. Chodzi o to, żebyśmy się podzielili tymi wydatkami z innymi organizacjami, sięgnęli do kieszeni ludzi, bo te potrzeby są kolosalne. My mówimy o pneumokokach, nie mówimy o niczym innym dlatego, żeby te pneumokoki przeformować, a nie dlatego, że tylko one są ważne.

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Dziękuję, Panie Profesorze.

Jeszcze mam na liście dwóch dyskutantów, a więc powolutku zmierzamy do końca.

Poproszę teraz o zabranie głosu pana docenta Kramarza, a później panią profesor Hryniewicz.

**Zastępca Kierownika Działu Naukowego
w Europejskim Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorób
Piotr Kramarz:**

Dziękuję bardzo.

Role naszego centrum nie jest doradzanie w sprawach finansowania programów szczepień. Ale przekażę państwu trochę informacji na temat tego, co widzimy w innych krajach europejskich, bo taka jest nasza rola.

Byłem tu rok temu i prezentowałem początkowe dane z naszej analizy na temat tego, jak poszczególne kraje podchodzą do szczepień przeciwko pneumokokom. Myśmy opublikowali już ten raport, ja go udostępnię może przez Fundację Pro Salute, bo chyba tak będzie najlepiej. Nie mam przed sobą dokładnych danych procentowych, ale z tego, co wiem, większość krajów Unii Europejskiej wprowadziła w jakiejś formie szczepienia pneumokokowe do szczepień uniwersalnych. Jeśli chodzi o finansowanie, to część krajów wprowadziła refundację, przynajmniej częściową. W różnych krajach to różnie wygląda, w jednych jest to odpłatne w 30%, w innych w 50%, w niektórych aż w 100%. Oczywiście nie rozwiązuje tego problemu zakup centralny, kiedy można negocjować o wiele niższą cenę. Na pewno będą potrzebne jakieś prawne rozwiązania, tak jak profesor Zieliński proponował. Może jakaś konsultacja z tymi krajami, które wprowadziły takie rozwiązania, by coś pomogła. No nie wiem. Ja udostępnię ten raport, bo tam są też dane na temat Europy Środkowej, jest pokazane, jak to wygląda w tej części Europy. Dziękuję.

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Dziękuję bardzo.
Pani profesor, proszę.

**Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów
Waleria Hryniewicz:**

Chciałabym kontynuować poprzednią wypowiedź, a także podkreślić to, co powiedział pan minister Wojtyła. Spójrzmy na Portugalię. Choć to jest kraj z biedniejszej części unijnej, tam jest największa w Europie wyszczepialność przeciwko pneumokokom. A pacjent pokrywa tam 100% kosztów. Jak widzimy, ważne jest to, co pan minister mówił, czyli edukacja. My dużo tutaj między sobą rozmawiamy. Ktoś powiedział, że nas nie trzeba już przekonywać. Ale mnie się wydaje, że są zaniedbania po naszej stronie, po stronie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarzy. Nasi lekarze nie zachęcają do szczepień, tylko zniechęcają. Z przykrością muszę powiedzieć, że dyskusja o niebezpieczeństwach szczepionki przeciwko grypie pandemicznej niekorzystnie wpłynie na przyszłość egzekucji, że tak powiem, szczepień. Boję się tego. Uważam, że my jednym głosem powinniśmy mówić o korzyściach, a nie podkreślać negatywną stronę szczepień. To jest też trochę nie fair, bo mamy szczepionki zawierające substancje, których nie chcemy, a to wynika z tego, że kupujemy je taniej. I to jest jeszcze jeden powód. Bądźmy uczciwi wobec wszystkich. My nie wymuszamy szczepień.

Pan profesor powiedział o grypie. Ja uważam, że szczepionka przeciwko grypie jest ogromnie ważna, bo to właśnie grypa toruje drogę pneumokokom. Zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc to są często powikłania grypy. Trzeba edukować pracodawców, bo bardzo wielu z nich stać na zakup szczepionki przeciwko grypie. To jest naprawdę bardzo tania szczepionka, zwłaszcza jak się ją kupuje w hurcie.

Coś mi się nie podoba ten dyktat Narodowego Funduszu Zdrowia. No ja w ogóle nie lubię dyktatorów, może sama jestem dyktatorem i dlatego innych nie tole-

ruję. Chciałabym dodać coś jeszcze do tych pretensji do Narodowego Funduszu Zdrowia, a konkretnie odnieść się do propozycji zmiany legislacji. Ja zwróciłam się o zakup testów paciorkowcowych, żeby diagnozować zakażenia bakteryjne arbowirusowe. Korzyści są nieprawdopodobne, ale musi to być zakup centralny. Wszystkie kraje Europy potrafiły to zrobić. Kupuje się tam test za 0,7 euro. Francuzi kupują rocznie trzy miliony takich testów, a my nie możemy tego kupić. I znowu ma to kupować lekarz rodzinny? A czemu? Kto ma za to zapłacić? A więc mnie się wydaje, że powinna nastąpić zmiana legislacyjna. Mam pytanie do obecnego tutaj do pana posła Soplińskiego: dlaczego nie ma to być inicjatywa poselska?

(Brak nagrania)

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Proszę, Panie Ministrze.

**Główny Inspektor Sanitarny
Andrzej Wojtyła:**

Ja tylko chciałbym w celu poparcia tezy, którą tutaj przedstawiła pani profesor, powiedzieć, że my mamy doświadczenie z wyszczepialnością grup ryzyka, jeśli chodzi o ospę wietrzną i pneumokoki. I to jest nie tylko to. Myśmy wyliczyli, jak liczne są grupy ryzyka. Są szczepionki, ale co z tego, skoro lekarze nie kwalifikują do szczepień. Na tym polega problem. Myślę, że ważne jest to, co pani profesor podkreśliła, czyli przede wszystkim kształcenie lekarzy w zakresie nie tylko szczepień, ale i epidemiologii na poziomie uniwersyteckim w akademiach medycznych i podyplomowych. No poziom wiedzy w tym zakresie jest bardzo niski. No i oczywiście ruchy antyszczepionkowe robią swoje.

(Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów Waleria Hryniewicz: Można ad vocem Panie Przewodniczący?)

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Proszę.

**Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów
Waleria Hryniewicz:**

Myślę, że jak będziemy teraz formułować zalecenia dla grup ryzyka, to trzeba dobrze nad tym pomyśleć. Chodzi o to, żeby one były prawidłowo sformułowane, czyli żeby nie było tak dramatycznych ograniczeń. Niektórzy lekarze chcieli wypisywać szczepionki, ale nie było akceptacji chociażby wojewódzkiego sanepidu.

(Brak nagrania)

**Główny Inspektor Sanitarny
Andrzej Wojtyła:**

U nas panuje mit, że lekarze z racji studiów wszystko wiedzą. Nie gorzej wykształceni amerykańscy lekarze otrzymują zawsze instrukcje, jeśli jest jakieś nowe zalecenie.

(Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów Waleria Hryniewicz: Panie Profesorze, jest taka książka angielska „In the right I'm a doctor”...)

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Proszę państwa, powolutku dochodzimy do końca. Zdaje się, że pan minister Rzemek prosił o głos pod koniec dyskusji.

Proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Cezary Rzemek:**

Przepraszam.

Dziękuję bardzo za oddanie mi głosu na sam koniec.

Ja chciałbym to podsumować, żeby nie wyszło tak, że rozmawialiśmy o różnych rzeczach, a efekt jest taki, że pieniędzy i tak nie ma. Co z tego, że rozmawiamy, jak za dwa miesiące nic z tego nie będzie, za trzy, cztery miesiące też nic z tego nie będzie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Rok temu była zupełnie inna sytuacja. Jak państwo wiedzą, w tej chwili jest określony koszyk świadczeń i NFZ nie może nic tam wrzucić. I to nie chodzi o to, żeby NFZ wydał pieniądze na te szczepionki, chodzi o sam zakup. Czy to NFZ kupi, czy ministerstwo... No pokazaliśmy państwu różnicę między centralnym zakupem, a zakupami w ramach programu. W tej chwili, żeby coś weszło jako program i mogło być finansowane przez NFZ, jak już było mówione, musi przejść przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. To są nikłe sprawy, ale zanim agencja podejmie decyzję, musi teoretycznie rozpatrzyć wszystko... Przepraszam, praktycznie a nie teoretycznie. Dopiero wtedy agencja może podjąć decyzję.

Proszę mieć świadomość, że cały czas priorytetem ministerstwa jest zwiększenie szczepień, ale oczywiście w ramach możliwości. Myślenie, że jeśli uważamy coś za priorytet, to raptem zapłacimy za to w przyszłym roku, nie jest realne. Uczciwie mówię, że chcemy zwiększyć grupę osób objętych szczepieniami i w ramach środków budżetowych to finansować. Jak widzimy, kiedy my jako ministerstwo dokonamy zakupu, to zaoszczędzimy. Kiedy Narodowy Fundusz Zdrowia refundowałby szczepienia, byłoby drożej, bo on sam nie mógłby kupić szczepionek, tylko zozy musiałyby kupić. A więc już na tym państwo zaoszczędzi.

A teraz odniosę się do tego, co minister Wojtyła mówił i pani profesor. Świadomość lekarzy to jest odrębny temat. Co do wyszczepialności na grypę i inne choroby, to też jest to temat na odrębne spotkanie. Jeśli chodzi o edukację i przypominanie, to na pewno Ministerstwo Zdrowia, rozszerzając grupę, wyda, że tak powiem, infor-

mację skierowaną do wszystkich, nie tylko do lekarzy, ale także do uczelni medycznych. Chodzi o to, żeby to dotarło do wszystkich pracowników medycznych. Dziękuję.

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Dziękuję bardzo.

Zanim oddam głos panu posłowi, chciałbym powiedzieć, że w rzeczy samej jesteśmy troszeczkę w impasie. Wszyscy się zgadzamy co do priorytetu. Choć tematem spotkania jest finansowanie szczepień ochronnych, praktycznie koncentrujemy się na pneumokokach. Uznajemy w tej chwili to za priorytet całej akcji szczepiennej. Brak szczepień oprócz skutków zdrowotnych wywołuje skutki ekonomiczne i bardzo głębokie skutki społeczne. Przerzucanie piłeczki między różnymi instytucjami nie ma sensu. Ministerstwo Zdrowia nie znajdzie tych pieniędzy, bo jak nie ma, to nie ma. Boimy się tego, czego inne kraje się nie boją – *joint venture public-private*. I to trzeba sobie jasno powiedzieć. Koszty zdrowotne, społeczne i ekonomiczne są tak duże, że te 150 czy 120 zł – ministerstwo, kupując hurtowo, prawdopodobnie mogłoby uzyskać taką cenę – dla kieszeni rodzica nie stanowi sumy zaporowej. No czym innym byłoby sfinansowanie całego spektrum szczepień. To jest celowane i trzeba to rozważyć. Ale boję się, że bez zmian legislacyjnych tego etapu nie przejdziemy. W związku z tym chcę się zwrócić do pana przewodniczącego Soplińskiego o wypowiedzenie się na ten temat, bo może nam pomoże.

Posel Aleksander Sopliński:

Proszę państwa, to, co powiem, może państwa zaskoczy: przyczyna nie leży w ogóle w pieniądzech, tylko w systemie organizacyjnym ochrony zdrowia w Polsce. Tak naprawdę jest nią brak tego systemu. Mamy jednego ubezpieczyciela, który jest monopolistą. Od niego wszystkiego żądamy, od niego wszystkiego oczekujemy. Jeżeli mielibyśmy wielu ubezpieczycieli... Powiedziałbym tak: ja ubezpieczam dziecko, ale w ramach tego ubezpieczenia daję taką i taką szczepionkę, żeby nie mieć innych kosztów. Wcześniej dokonuję rachunku ekonomicznego. W ten sposób liczę. A więc nawet jeżeli legislacyjnie wyjdziemy naprzeciw wprowadzeniu szczepionki przeciw pneumokokom, zaraz pojawi się konieczność następnej szczepionki itd., itd. To nie od samej zmiany ustawowej zależy. Uważam, że musimy zmienić cały system organizacyjny ochrony zdrowia w Polsce. To jest fundament, to jest podstawa rozwiązania wielu naszych problemów. My dotychczas tkwimy w starym systemie. A co to jest za system? To jest system w dalszym ciągu rozdzielczy, taki, jaki był za dawnych czasów. Nic się właściwie nie zmieniło, tylko ktoś inny dzieli pieniądze. Podejście do tego problemu musi być całkiem inne, znacznie szersze, jak już powiedziałem na wstępie. No co prawda ministerstwo przygotowało cały pakiet ustaw, ale one nie przeszły. Mimo to mam nadzieję, że doczekamy się całkowitej zmiany systemu. Właśnie tego oczekuję.

Jeżeli chodzi o ubezpieczenia dodatkowe, to projekt jest u marszałka już od półtora roku. Gdy wprowadzimy na rynku ubezpieczycieli konkurencyjność, to każdy ubezpieczyciel będzie zainteresowany również tym, żeby... Przykładowo, wprowadziliśmy badania okresowe, ale przecież nie rozliczamy w ogóle obywateli z tych badań.

A są to badania obowiązkowe, takie, które obywatel powinien wykonać. Ktoś przez dziesięć, dwadzieścia lat nie robi prześwietlenia płuc czy też innych badań, a za to później płaci Narodowy Fundusz Zdrowia i całe społeczeństwo. Nie wykonałeś badań, to tak jak na przykład w Stanach czy w Szwecji płacisz dodatkową składkę zdrowotną, bo nie jesteś zdyscyplinowanym obywatelem. Uważam, że to jest właściwy kierunek, tędy jest droga. Cóż z tego, że my przeskoczmy jeden próg pneumokokowy, jeśli będziemy mieli za chwilę następne progi.

Na koniec chciałbym bardzo serdecznie wszystkim podziękować. Dziękuję panu profesorowi, a przede wszystkim organizatorom za zorganizowanie dzisiejszej konferencji. Myślę, że jeżeli zmienimy ten tryb, zmienimy nasze myślenie o systemie ochrony zdrowia, bezpiecznie będziemy żyć w tym kraju i te szczepienia będą wykonywane. Dziękuję bardzo. *(Oklaski)*

(Wypowiedź poza mikrofonem)

**Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej
przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Andrzej Wojtczak:**

Proszę.

**Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów
Waleria Hryniewicz:**

Zapraszam wszystkich państwa na wystawę poświęconą antybiotykami, która jest w Warszawie, koło pomnika Kopernika na Krakowskim Przedmieściu. Chciałabym powiedzieć przedstawicielowi ECDC, że to jest w ramach obchodów Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach. Wystawę można oglądać do 20 grudnia.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chciałabym, żeby wszyscy tam przyszli, razem z dziećmi, rodzinami, sąsiadami.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 59)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851