

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Administracji
i Spraw
Wewnętrznych**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
FUNKCJONOWANIA ZARZĄDZANIA
KRYZYSOWEGO
(NR 10)
z dnia 3 kwietnia 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Administracji i Spraw Wewnętrznych – podkomisji stałej do spraw funkcjonowania zarządzania kryzysowego (nr 10)

3 kwietnia 2025 r.

Podkomisja stała do spraw funkcjonowania zarządzania kryzysowego, obradująca pod przewodnictwem posła **Konrada Frysztaka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– informacja na temat sytuacji epidemiologicznej w Polsce (krztusiec, metapneumowirusy, gruźlica) – planowane działania.

W posiedzeniu udział wzięli: **Kuba Sękowski** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia i **Anna Baumann-Popczyk** dyrektor Departamentu Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych Głównego Inspektoratu Sanitarnego wraz ze współpracownikiem.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Anna Ornat i Kamila Pawluczuk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu podkomisji stałej do spraw funkcjonowania zarządzania kryzysowego.

Stwierdzam, że mamy kworum, a ponieważ mamy kworum, to otwieram posiedzenie z porządkiem dziennym: informacja na temat sytuacji epidemiologicznej w Polsce (krztusiec, metapneumowirusy, gruźlica) – planowane działania.

Szanowni państwo, witam pana Kubę Sękowskiego, zastępcę dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, panią Annę Baumann-Popczyk, dyrektor Departamentu Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych Głównego Inspektoratu Sanitarnego, pana Michała Ilnickiego, zastępcę dyrektora Departamentu Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz panią Joannę Kujawę. Chyba nie ma.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Kuba Sękowski:
Nie ma Asi.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Nie ma Asi, ale mimo wszystko przywitamy Joannę Kujawę, naczelnik wydziału w Departamencie Zdrowia Publicznego.

Szanowni państwo, cóż, oddam głos przedstawicielowi ministra zdrowia, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, cieszymy się, że możemy się spotkać, szczególnie, że poprzedni nasz termin spotkania uległ przesunięciu, ale to w pewnym sensie dobrze, bo możemy powiedzieć, że sytuacja uległa poprawie w tym czasie, więc jeżeli mieliście państwo jakiś niepokój związany ze wskazanymi problemami zdrowotnymi – chociaż postaram się przekonać, że do nadmiernego niepokoju podstaw nie było – to upływ tego czasu pozwala nam stwierdzić, że rzeczywiście nie jest źle.

Informacje, które chciałbym państwu pokrótce przedstawić, pochodzą z tego narzędzia, który mamy na co dzień dostępny, który daje możliwość dostępu do informacji niemalże w czasie rzeczywistym, bo nie chcę mówić, że w czasie rzeczywistym, czyli z tzw. zbioru danych określanych jako zdarzenia medyczne. Zdarzenia medyczne to oczywiście nie jest nic złego, to nie są żadne niepożądane wydarzenia, to są po prostu informacje o tym, co w systemie ochrony zdrowia się stało, informacje o świadczeniach udzielonych pacjentom wraz z kodami rozpoznania według międzynarodowej klasyfikacji ICD-10. Do tej analizy wyselekcjonowaliśmy z tego

zbioru danych informacje dotyczące rozpoznania dotyczących interesujących państwa problemów zdrowotnych, czyli kod A37 – krztusiec po prostu, A15 – gruźlica oraz A16 – gruźlica układu oddechowego niepotwierdzona badaniami bakteriologicznymi.

Co istotne i warto to zastrzec, mówiąc o danych z systemu zdarzenia medyczne, że są tam informacje o udzielonych świadczeniach w związku z rozpoznaniem postawionym przez lekarza, czyli to nie jest to samo, co Państwowy Zakład Higieny – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego raportuje w tzw. meldunkach epidemicznych, gdzie mamy informacje powstałe na podstawie badań już próbek od konkretnego pacjenta, więc tutaj możemy mieć pewną różnicę, natomiast tendencje, które są w tych obydwu seriach danych wykazywane, są jak najbardziej zgodne. Do tej analizy, tak jak powiedziałem, wyodrębniliśmy kody chorobowe według ICD odpowiadające interesującym państwa problemom zdrowotnym i przyjęliśmy, że w ciągu okresu sześćdziesięciodniowego pacjent jest raz liczony jako przypadek, więc jeżeli nawet w okresie sześćdziesięciodniowym kilkukrotnie udzielono mu świadczenia z tym samym rozpoznaniem, to znaczy, że to jest jeden przypadek chorobowy.

W tym kontekście rozpoczniemy od wskazanego przez państwa krztuśca. Teraz tylko pytanie, panie przewodniczący czy członkowie Komisji otrzymali ten materiał również w formie drukowanej czy graficznej, bo tam zawarliśmy całe mnóstwo wykresów itd. Nie było materiału? Rozumiem. OK. Dobrze.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Nie dostaliśmy. Przynajmniej ja.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Dobrze. To w takim razie postaram się opisowo, a nie odwołując się do materiału.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

OK. Ale nic nie stoi na przeszkodzie, poprosimy sekretariat o uzupełnienie, a teraz opisowo i ewentualnie...

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Tak. Teraz omówię ten temat opisowo.

Generalnie rzecz biorąc, jeżeli chodzi o zapadalność rejestrowaną na krztusiec, porównując sytuację z tych tygodni, czyli powiedzmy od końcówki ubiegłego roku do mniej więcej dwunastego – czternastego tygodnia w bieżącym roku, bo posługujemy się okresami tygodniowymi, widzimy, iż ta liczba rejestrowanych przypadków zachorowania nie przekroczyła nawet jeszcze w zeszłym roku 2 tys. przypadków na tydzień, natomiast w chwili obecnej spadła i jest w granicach 500 przypadków, co jest wartością zbliżoną, przy czym mamy trend spadkowy do wartości, które notowaliśmy w roku ubiegłym. Owszem, jeszcze w roku poprzednim wartości były o wiele korzystniejsze. Mieliśmy stabilną, niską liczbę tych przypadków, ale to coś, co nas niepokoiło na przełomie roku, mniej więcej od czterdziestego tygodnia zeszłego roku do końca roku, to tu zaznaczyła się wyraźna tendencja spadkowa i z tych 2 tys. przypadków zeszliśmy do liczby poniżej 500 przypadków, co też znajduje odzwierciedlenie w skumulowanej liczbie rozpoznania aktywnych w danym momencie.

Natomiast informacją, która może być dla państwa taką miarodajną i łatwą w zapamiętaniu, w zrozumieniu skali zjawiska, jest tzw. średnia siedmiodniowa, bo w systemie oczywiście odnotowujemy dane codziennie, natomiast jeżeli je uśrednimy dla okresów siedmiodniowych, to w chwili obecnej zeszliśmy na poziom 71 przypadków w tygodniu rozpoznania, czyli generalnie rzecz biorąc sytuacja nie jest już na tyle poważna, co oczywiście nie oznacza, że się tym nie zajmujemy.

Jeżeli chodzi o rozkład tych zachorowań, to większość tych zachorowań, bo prawie, że połowa, jest w najmłodszej grupie wiekowej, czyli osób przed wiekiem produkcyjnym, czyli znowu jest to w zasadzie można powiedzieć typowe dla przebiegu tej choroby. Analizujemy oczywiście rozkład regionalny, czyli dystrybucję na terenie naszego kraju występowania tej choroby. Tutaj nie można zaobserwować żadnych wykraczających poza takie standardowe zróżnicowanie statystyczne odchyleń. Jednym słowem mówiąc, sytuacja jest...

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Opanowana.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Nawet nie opanowana, bo nie było kryzysu, natomiast jest stabilna i nie ma ośrodków takich wyróżniających się liczbą rozpoznań czy to w liczbach bezwzględnych, czy licząc to wskaźnikami, co oznaczają, że nie mamy do czynienia z żadnymi rozchodzącymi się ogniskami tejże choroby.

Oczywiście ważne jest też to, że działania związane z oceną zagrożenia epidemicznego stanowią podstawę podejmowanych działań zaradczych. Najistotniejszym elementem przeciwdziałania chorobom zakaźnym są oczywiście szczepienia i tutaj warto zwrócić uwagę na to, że od połowy października ubiegłego roku darmowo przeciwko krztuścowi mogą szczepić się kobiety w ciąży i na przełomie ubiegłego i tego roku płatnik publiczny zanotował – ale to są dane za styczeń, bo umowy za luty były rozliczane w marcu, kiedy przygotowaliśmy tę informację, więc pewnie będziemy niedługo mieli te dane za luty i za marzec – że ok. 5 tys. kobiet już zdecydowało się na zaszczepienie w trakcie ciąży przeciwko krztuścowi, więc biorąc pod uwagę, że szczepienie zostało wprowadzone 15 października jako dostępne w pełni refundowane, to ta liczba napawa optymizmem. Konsultanci krajowi wskazywali, że licząc na stosunkowo wysoki procent wyszczepienia przyszłych matek w zakresie krztuśca.

Jeżeli chodzi o kwestię gruźlicy, bo to był drugi z problemów zdrowotnych, na które państwo wskazaliście, to tutaj nie mieliśmy do czynienia z tak dynamicznymi zmianami, jak w przypadku krztuśca. Sytuacja, jeżeli chodzi o nowe rozpoznania utrzymuje się niezmiennie na stałym poziomie, czyli sumy tygodniowe zachorowań kształtują się w granicach 30 przypadków. Tym czymś, co na pewno stanowi wyzwanie dla systemu, będzie oczywiście kwestia gruźlicy wielolekoopornej, dlatego że te przypadki gruźlicy, z którymi mamy najczęściej do czynienia na szczęście takimi przypadkami gruźlicy nie są, natomiast migracje ludności, migracje osób o różnym statusie, jeśli chodzi o ich uodpornienie przeciwko tejże chorobie powodują w tym zakresie wyzwanie i to jest element, który musi być monitorowany. W takich szczegółowych danych notujemy, że na przykład średnio 13% osób, które są diagnozowane z gruźlicą, są obcokrajowcami w tej chwili, więc nie można powiedzieć, że stanowią oni przeważającą liczbę, natomiast jest to już grupa istotna. Oczywiście ta sytuacja jest zróżnicowana, jeśli chodzi o poszczególne województwa, co jest oczywiste z perspektywy tego, że ta migracja różnie na poziomie różnych województw wygląda.

Natomiast właśnie wychodząc naprzeciw temu problemowi gruźlicy wielolekoopornej rozpoczęliśmy funkcjonowanie pilotażowego programu udzielania świadczeń dla pacjentów z takim rozpoznaniem, gdyż przed wdrożeniem tego pilotażu leczenie tych pacjentów albo musiało wiązać się z kosztowną, ale nieefektywną kosztowo hospitalizacją, natomiast to rozwiązanie pilotażowe umożliwia dostęp do leków stosowanych normalnie w szpitalu tym pacjentom, chociaż przebywają oni w swoich warunkach domowych, czyli nie muszą być hospitalizowani, natomiast wykorzystywane są rozwiązania telemedycyny do utrzymywania kontaktu z pacjentem, sprawdzania jego tzw. *adherence*, czyli tego, czy on te preparaty, które są zalecane, przyjmuje tak, aby zbadać czy tego rodzaju organizacja udzielania świadczeń nie okaże się względniejsza ekonomicznie z punktu widzenia pacjenta.

Pilotaż oczywiście nie jest podstawową ani docelową metodą udzielania świadczeń, natomiast służy sprawdzeniu tego rozwiązania. Docelowo musimy myśleć o wprowadzeniu – jeśli pilotaż potwierdzi skuteczność tego działania, a ufam, że tak się stanie – wprowadzeniu tego do koszyka świadczeń gwarantowanych po prostu jako standardowej metody udzielania świadczeń w przypadku rozpoznania gruźlicy wielolekoopornej.

Natomiast ostatnim problemem zdrowotnym, na który państwo wskazaliście, były metapneumowirusy. Tutaj tylko warto zwrócić uwagę, że w odniesieniu do tej grupy patogenów, biorąc pod uwagę, że one nie mają przypisanego sobie kodu w ICD, czyli nie da się, czy to ze zdarzenia medycznego, czy to z jakichkolwiek innych rejestrów publicznych, wyodrębnić tej kategorii jako zamkniętej, którą można wyfiltrować z baz danych, nie mamy tutaj takich informacji i też nie mogę zobowiązać się, że prześlę te kolorowe wykresy dla członków Komisji.

Natomiast, jeżeli chodzi o zagrożenie wynikające z tej grupy patogenów, które de facto uwidaczniają się objawami o charakterze podobnymi do grypy, do przeziębienia ze strony układu oddechowego, w tym sezonie nie obserwujemy jakiegoś takiego wzmożenia, patrząc po objawach tegoż zjawiska. Wydaje się, w szczególności patrząc na aurę za oknem, chociaż wiemy, że w weekend ma przyjść zmiana pogody, że ten sezon taki infekcyjny powoli już dobiega końca. Tak jak w przypadku krztuśca zaobserwowaliśmy już znaczące spadki odnotowywanych przypadków, to w przypadku gruźlicy, tak jak powiedziałem, mamy stabilną sytuację, w związku z tym nie

oczekujemy nagłego pojawienia się problemu z metapneumowirusami, biorąc pod uwagę to, że tego problemu w tym sezonie nie mieliśmy, a sezon ten infekcyjny się kończy.

Warto też zwrócić uwagę na to, iż nawet WHO, rozpatrując tę grupę patogenów jako potencjalne, istotne zagrożenie, wskazuje, że przeciwko nim naszą linią obrony są po prostu standardowe zabiegi sanitarne, przestrzeganie zasad higieny, izolacji osób podejrzanych o zachorowanie, łącznie z tym już może niemożliwym w chwili obecnej noszeniem maseczek, czyli czymś, co apeluje do naszej po prostu odpowiedzialności za zdrowie innych. Nie ma szczepienia, ale zostaje ta fizyczna bariera, którą możemy stworzyć dla tych patogenów.

Bardzo chętnie odpowiem oczywiście na wszelkie państwa pytania, jeśli takowe się w toku dyskusji pojawią i oczywiście zobowiązuje się przekazać ten materiał, bo czasami obraz mówi o wiele więcej niż można wyrazić słowami.

Przewodniczący poseł Konrad Fryształ (KO):

Bardzo dziękuję. Czy pani dyrektor będzie chciała uzupełnić przed serią pytań? Reasumując – dystans, dezynfekcja i jeszcze coś było w czasie epidemii.

Dyrektor Departamentu Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych Głównego Inspektoratu Sanitarnego Anna Baumann-Popczyk:

Maseczki.

Przewodniczący poseł Konrad Fryształ (KO):

Maseczki?

Dyrektor departamentu GIS Anna Baumann-Popczyk:

Dystans, dezynfekcja i maseczki. DDM.

Przewodniczący poseł Konrad Fryształ (KO):

Tak? To OK. Być może. Coś takiego było. Pani dyrektor, bardzo proszę, jeśli chciałaby pani uzupełnić.

Dyrektor departamentu GIS Anna Baumann-Popczyk:

Szanowni państwo, na razie nie będę uzupełniała informacji. Pan dyrektor bardzo wyczerpująco przedstawił państwu sytuację epidemiologiczną. Gdybyście państwo mieli konkretne pytania, to oczywiście postaramy się na nie odpowiedzieć.

Przewodniczący poseł Konrad Fryształ (KO):

Bardzo dziękuję. Zatem – czy są pytania? Bardzo proszę, pani posłanka Nowogórska.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, z dużą uwagą słuchałam tego, co państwo mówiliście m.in. o gruźlicy, w tym również o gruźlicy lekoopornej. Chciałabym zapytać, ile w 2024 r. odnotowano w Polsce zachorowań na gruźlicę i gruźlicę lekooporną.

Dyrektor departamentu GIS Anna Baumann-Popczyk:

W 2024 r. odnotowano 3965 przypadków gruźlicy, w tym 114 przypadków gruźlicy wielolekoopornej.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Czyli w stosunku do 2021 r., gdzie było ponad 3700, mamy tendencję wzrostową.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

W ogólnej liczbie spadkową.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Nie. W ogólnej liczbie...

Dyrektor departamentu GIS Anna Baumann-Popczyk:

Mogę uzupełnić?

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Tak.

Dyrektor departamentu GIS Anna Baumann-Popczyk:

Generalnie od wielu, wielu lat obserwujemy trend spadkowy zachorowań na gruźlicę. W latach 2022 i 2023 zaobserwowaliśmy wzrost liczby zachorowań, ale on mógł być spowodowany opóźnieniami w rejestracji choroby w związku z pandemią COVID-19. W 2022 r. odnotowano 4314 przypadków

zachorowań na gruźlicę, w 2023 r. – 4231, natomiast w 2024 r., tak jak powiedziałam, 3965 przypadków. Generalnie obserwuje się od wielu, wielu lat trend malejący, spadkowy. Musimy tutaj pamiętać o jednej rzeczy – obecna sytuacja epidemiologiczna gruźlicy odzwierciedla sytuację sprzed wielu, wielu lat, dlatego że gruźlica charakteryzuje się długim okresem rozwoju, jest to choroba przewlekła i od czasu narażenia na zakażenia do momentu wystąpienia objawów, które powodują, że osoba idzie do lekarza, może minąć dużo czasu. Trudno też, analizując sytuację epidemiologiczną gruźlicy, obserwować ją w takich krótkich cyklach rocznych.

Posel Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Mogę, panie przewodniczący?

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo proszę.

Posel Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Mam jeszcze takie pytanie, bo w badaniach profilaktycznych, które stosuje się tak powszechnie, wykonuje się czy zleca się, zaleca się wykonanie badania prześwietlenia płuc. Mówię nie tylko o gruźlicy, ale generalnie o profilaktyce chorób układu oddechowego.

Chciałabym zapytać, bo zazwyczaj, jeżeli wykonuje się prześwietlenie płuc metodą tradycyjną to robi się prześwietlenie na wprost, powiem tak obrazowo, a z opinii lekarskich wiem, że badanie na wprost nie do końca pokazuje pełny obraz rzeczywistego stanu chorobowego, który może dziać się w płucach. Takie badanie obrazuje prawe boczne ujęcie. Mam pytanie, bo zazwyczaj lekarze POZ głównie zlecają to badanie na wprost, czy można w jakiś sposób sprawić, żeby poprzez rozszerzenie badania diagnostycznego – w zasadzie prostego, kwestia jest tylko innego podejścia do badania – również zwiększyć i profilaktykę, ale tym samym również poprawić jakość i ilość leczonych i wyleczonych przypadków czy też ograniczyć ilość powikłań, które mogą się zdarzyć.

Jeszcze drugie moje pytanie, bo jakiś czas temu czytałam taki artykuł naukowy, on był napisany, o ile się nie mylę, chyba przez autora, który należał do Stowarzyszenia „Lekarze bez granic”. Była tam opisana nowoczesna terapia leczenia gruźlicy tej lekoopornej, nie pamiętam nazwy leku, to lekarstwo chyba nazywało się pretomanid, to lekarstwo w Polsce do 2022 r. w ogóle nie było dostępne. To jest nowoczesny antybiotyk syntetyczny, który ma bardzo dobre wyniki w leczeniu tego typu schorzeń.

Może zadam teraz pytanie banalne, ale tak sobie pomyślałam, śledząc artykuły prasowe wczoraj i dzisiaj, jeżeli okazało się, że doszło do nałożenia ceł na różne środki czy też produkty importowane z Europy do Stanów Zjednoczonych, jeżeli nastąpi reakcja zwrotna czy nie ma zagrożenia co do możliwości dostępności tego leku i innych leków w leczeniu innych schorzeń, nie tylko w odniesieniu do układu oddechowego, ale generalnie szeroko pojętego takiego wachlarza różnych schorzeń i problemów zdrowotnych, z którymi borykają się Polacy. Jeżeli tak miałoby być, to państwo również się musicie do tego w jakiś sposób przygotować albo ewentualnie przeemyśleć strategię postępowania, żeby nie było takich sytuacji, że nagle się okaże, że któregoś preparatu nie ma, a nie ma też możliwości zastąpienia go innymi. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych Głównego Inspektoratu Sanitarnego Michał Ilnicki:

Jeżeli można spróbuję odpowiedzieć na pytania dotyczące diagnostyki gruźlicy i aspektu związanego z prześwietleniem rentgenowskim płuc. Nie chcielibyśmy może tutaj wchodzić w kwestie czysto medyczne, bo reprezentujemy tutaj urzędy, które raczej organizują monitorowanie sytuacji epidemiologicznej czy też zapewniają bezpieczeństwo lekowe. Natomiast, jeżeli chodzi o gruźlicę Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Polskie Towarzystwo Chorób Płuc opracowało w ubiegłym roku bardzo obszerny zaktualizowany materiał dotyczący zasad diagnostyki. Generalnie w skrócie można powiedzieć tak – w krajach, w których ryzyko wystąpienia gruźlicy, zachorowania na gruźlicę, zakażenia gruźlicą jest niskie, relatywnie niskie, i do takich krajów obecnie należy Polska, nie wykonuje się badań przesiewowych. To znaczy inaczej mówiąc, jeżeli nie ma objawów klinicznych, które wskazywałyby na gruźlicę, a tymi objawami są stany podgorączkowe, poty nocne, kaszel...

Posel Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Przewlekłe.

Zastępca dyrektora departamentu GIS Michał Ilnicki:

Tak. ...to wtedy nie wykonuje się u osoby bezobjawowej prześwietlenia płuc. Taki program prześwietleń płuc rzeczywiście przez bardzo wiele, wiele lat funkcjonował. To było też związane choćby z przyjęciem do pracy. Pamiętam, że kiedy zaczynałem studia, to było pewnie ze 25 lat temu, to sam musiałem się poddać temu badaniu. Obecnie się właściwie tego nie praktykuje. Jeżeli są jakieś przesłanki, aby podejrzewać u kogoś chorobę, to wtedy rzeczywiście prześwietlenie płuc się wykonuje, ale nie jest to badanie całkowicie i zupełnie obojętne ze względu na napromieniowanie, a nie wiemy czy w trakcie roku z jakichś innych przyczyn nie będzie trzeba kogoś prześwietlić, bo choćby będzie miał faktycznie zapalenie płuc na przykład, czy jakieś inne schorzenie i będzie trzeba go diagnozować. Dlatego generalnie nie jest to standardem, tak to określimy, prześwietlenie płuc nie jest standardem do wykonywania u osób bezobjawowych.

Posel Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Przepraszam, że tak drążę temat, ale czy nie uważacie państwo, że z uwagi na liczne czynniki, które mogą powodować zwiększenie zachorowalności, bo pewnych rzeczy nie widać gołym okiem, a wtedy kiedy pojawiają się objawy to zazwyczaj już jest taka sytuacja, że coś dzieje się w płucach już takiego namacalnego, czy na przykład nie można byłoby się zastanowić – to jest taka moja sugestia czy w ogóle nawet zapytanie generalnie do państwa – czy nie warto byłoby się zastanowić nad opracowaniem nowych badań profilaktycznych, przesiewowych i dokonać takiej rzetelnej analizy zachorowalności i przypadków albo skutków czy przyczyn tej zachorowalności, bo ona w każdym województwie będzie inna. Będzie inna tam, gdzie jest zwiększona migracja, gdzie jest zwiększona liczba obcokrajowców, a to jest podejrzewam z uwagi na otwarcie rynku pracy problem narastający. Czy nie warto się zastanowić nad takimi zaleceniami na przyszłość, nie teraz?

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Panie przewodniczący, pani poseł, to odpowiem na to rozbudowane pytanie i drugą część pani pytania z poprzedniej tury, czyli kwestię dostępności leków.

Generalnie rzecz biorąc, rozważając jakąkolwiek interwencję, również interwencję o charakterze profilaktycznym, musimy zważyć koszty i korzyści. W tej chwili przy takim prawdopodobieństwie trafienia pozytywnego wyniku dzięki przeprowadzeniu badania polegającego na przykład na prześwietleniu, te populacyjne koszty w postaci zastosowania procedur wiążących się z wykorzystaniem promieniowania jonizującego względem setek tysięcy osób, z punktu widzenia populacji przewyższają korzyść, jaka wyniknie z wykrycia bardzo niewielkiej liczby nowych przypadków, bo mamy niewielką zapadalność. W tym kontekście pani pytanie o to, czy możemy zastąpić to czymś innym, jest jak najbardziej zasadne.

Natomiast nie chcę umniejszać nikomu, ale to nie jest rzecz, którą wypracujemy my tylko tutaj w kraju. To jest coś, co wymaga współpracy międzynarodowej wielu ośrodków, dlatego że – i tutaj paradoks – stosunkowo niewielka liczba przypadków tejże choroby powoduje, że my też nie mamy na czym badać tych nowych strategii wykrywania, więc tutaj na pewno jest na to przestrzeń. Biorąc pod uwagę naszą współpracę ze Światową Organizacją Zdrowia, bardzo dobrą w przypadku gruźlicy, dlatego że Światowa Organizacja Zdrowia wspólnie z nami zaplanowała to działanie dotyczące wdrożenia tego pilotażu leczenia gruźlicy lekoopornej, właśnie reagując na spodziewany wzrost liczby tych przypadków, wydaje mi się, że przede wszystkim włączenie się w duże działania o charakterze międzynarodowym... Tutaj nie chciałbym za środowisko akademickie się wypowiadać. Natomiast...

Posel Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Tak, ale panie dyrektorze, pan doskonale wie, że dzisiaj w tym momencie akurat, w tym zespole czy tej Komisji rozmawiamy o gruźlicy, ale chorób układu oddechowego jest zdecydowanie więcej i zdecydowanie więcej chorób układu oddechowego można wykryć poprzez badanie polegające na prześwietleniu płuc, a zdecydowanie taniej i prościej jest diagnozować i robić badania przesiewowe niż potem ponosić skutki i koszty leczenia, bo to jest zdecydowanie droższe.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Tutaj pełna zgoda. Za każdym razem jednak ważymy ten koszt populacyjny również związany z wdrożeniem danej profilaktyki. Wydaje mi się, że nie mamy dzisiaj takiej przestrzeni, żeby spróbować zacząć analizować poszczególne przypadki, bo musielibyśmy się też do tego solidnie przygotować.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Najwięcej zagrożeń i schorzeń układu oddechowego mamy teraz, takich namacalnych, po chorobie COVID jako powikłanie po przebytych schorzeniach związanych z chorobą COVID. W związku z czym to też jest chyba ten moment, gdzie należałoby, żeby nam wszystkim zapaliła się żółta lampka, bo czerwona może jeszcze nie, ale żółta, żeby myśleć przed faktem, a nie po fakcie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Wydaje mi się, że... To znaczy trudno się nie zgodzić ze stwierdzeniem, że mamy... Natomiast większość problemów układu oddechowego niestety jest spowodowana tym, co robimy, czyli w większości przypadków to będzie albo stan środowiska, albo nasze zachowanie w postaci konsumpcji wyrobów tytoniowych, w postaci ich palenia, więc...

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Przepraszam, że wejdę panu w zdanie. Proszę się nie obrazić, ale jestem z wykształcenia pielęgniarką. Nie wykonuję tego zawodu, ale pasja, zainteresowanie i wiedza na ten temat zostały i powiem panu, że jestem przerażona tym, co słyszę od ludzi, z którymi rozmawiam o różnych sprawach, o zdrowotnych również i powiem panu szczerze, że narasta problem schorzeń związanych z układem oddechowym i nie jest to powód tylko i wyłącznie palenia tytoniu czy niezdrowego trybu życia.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Nie.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Proszę mi uwierzyć, znam wiele namacalnych przypadków ludzi, którzy nie palili, nie pili, a umarli z powodu chorób układu oddechowego, na przykład właśnie wynikających albo z guza, albo z jakiegoś innego schorzenia, które toczyło się w płucach, a umarli dlatego, że nie było diagnostyki, bo nie było objawów, tak w skrócie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Nie musimy się daleko odwoływać, jeden z naszych ministrów zdrowia, świętej pamięci profesor Religa też, aczkolwiek on zachowania ryzykowne w zakresie tego niestety podejmował. W ogóle swoją drogą jest jakieś albo było – mam nadzieję, że to się nie będzie powtarzało – jakieś takie fatum nad ministrami zdrowia, że umierali na choroby cywilizacyjne.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Lepiej, żeby nie umierali.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Tak, ale to też to pokazuje. W pełni się z panią poseł zgadzam, ale chciałbym jeszcze wrócić, bo uciekła nam ta kwestia lekowa, jeśli pan przewodniczący pozwoli, kwestia dostępności do leku. To jest bardzo ważny problem, dlatego że tutaj problemem jest nie tylko to czy powstaną retorsje pomiędzy Stanami Zjednoczonymi a Unią Europejską, co pokazał bardzo mocno COVID, ale większość świata tzw. zachodniego albo północnego, tego bogatego, jest w dużej mierze uzależniona, jeżeli chodzi przede wszystkim o te substancje czynne podstawowe od producentów zlokalizowanych w Chinach i w Indiach.

Ten temat dotyczący bezpieczeństwa lekowego w tych podstawowych grupach substancji jest w chwili obecnej bardzo mocno podkreślany. Pragnę zwrócić uwagę na to, że bezpieczeństwo zdrowotne jest jednym z tych siedmiu filarów bezpieczeństwa, jako priorytetu polskiej prezydencji w Unii Europejskiej. Komisja Europejska wychodzi właśnie z projektem aktu europejskiej regulacji dotyczącej tych leków substancji krytycznych. To będzie bardzo istotne i my w tym procesie mocno uczestniczymy, dlatego że właśnie widzimy tę potrzebę. Leki przeciwciepłotne są na naszej *shortlist*, nazwijmy to wprost, jeżeli chodzi o zapewnienie dostępności do tych produktów.

Tak jak mówię, tutaj dotykamy za pomocą tej jednej kwestii dotyczącej gruźlicy, którą pani poseł podniosła, bardzo szerokiego problemu, jakim jest bezpieczeństwo lekowe tak państwa, jak i w ogóle naszego regionu. Dlatego, że okazuje się, że co z tego, że czegoś możemy nie mieć w Polsce, możemy w ogóle nie mieć skąd tego sprowadzić, albo przynajmniej z tej przewidywalnej zagranicy. To ten element bardzo mocno ogniskuje się w przypadku gruźlicy, bo właśnie współpraca ze Światową Organizacją Zdrowia, właśnie dostarczenie przez Światową Organizację Zdrowia produktów leczniczych do leczenia tej gruźlicy wielolekoopornej było możliwe właśnie dzięki mocnej współpracy międzynarodowej, dzięki mocnej pozycji Polski w regionie europejskim WHO i takich umiejętności zareagowania na kryzys, czyli to znowu coś, co pani podkreśliła, czyli to, żeby nie zadowalać się tylko tym, że jest OK, ale dostrzegać zagrożenia. Akurat we wdrożeniu tego programu pilotażowego wydaje mi się, że bardzo mocno to widać.

Natomiast, w którą stronę potoczy się polityka globalna, to naprawdę myślę, że musielibyśmy tutaj mieć całą radę ministrów do odpowiedzi, a i tak nie mielibyśmy odpowiedzi. Właśnie to bezpieczeństwo lekowe jest bardzo istotne, które tutaj, jak w soczewce widać akurat w przypadku gruźlicy.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Mogę jeszcze jedno pytanie?

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Naturalnie, tylko proszę włączyć mikrofon.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Już ostatni raz. Co prawda wykraczające poza materię dzisiejszego spotkania, ale myślę, że to jest bardzo ważne pytanie.

Szanowni państwo, państwo reprezentujecie resort również zdrowia. Chciałabym zapytać, jakie państwo macie plany i działania, bo idzie wiosna i jest potworna ilość kleszczy i chorób, które te kleszcze przenoszą. Jak państwo jesteście do tego przygotowani, bo obawiam się, że będzie nawał różnego rodzaju problemów i powikłań, które będą wynikały z ukąszeń przez te owady. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Nie tylko te.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Nie tylko te, bo inne też. Dokładnie.

Dyrektor departamentu GIS Anna Baumann-Popczyk:

Pani poseł, jeżeli mogę.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Może tak – jeżeli państwo nie jesteście dzisiaj przygotowani, bo tak jak powiedziałam to jest pytanie, które wykracza poza materię dzisiejszego spotkania...

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

To na piśmie.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Proszę o odpowiedź na piśmie, jeżeli państwo...

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Tak, poprosimy o odpowiedź na piśmie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Jedną rzecz, jeżeli pan przewodniczący pozwoli.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Dlatego, że kleszcze albo może w ogóle inaczej – zmiana wektorów, obecność patogenów i wektorów je przenoszących, które wcześniej nie były spotykane w naszej strefie klimatycznej, albo nie z takim nasileniem, albo nie w takim momencie czasowym... W chwili obecnej nikogo nie dziwi, że ktoś wraca ukąszony przez kleszcze w lutym albo w marcu, bo takie mamy po prostu

zimy, więc na to musimy być przygotowani. To wymaga zmian nie tylko z perspektywy choroby, ale przygotowania całego systemu, bo właśnie musimy wykorzystać na przykład takie myślenie o tym, że o tej porze roku to nie może być borelioza, to nie może być rumień, dlatego że przecież jest luty, jest styczeń, to „nie mogłeś tego złapać, nigdzie nie byłeś”, więc to jest bardzo szerokie zagadnienie. Mam nadzieję, że zostanie nam zakreślony odpowiedni czas na przedstawienie tej informacji.

Posel Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Jak państwo będziecie gotowi.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Tak, bo rzetelnie odpowiadając na to pytanie, musimy pochylić się nad tym bardzo szeroko, ale zwracam tylko jeszcze uwagę na to, że w nowej edycji Narodowego Programu Zdrowia, czyli tej na lata 2026–2030, chcemy pochylić się nad wpływem zmian klimatu, czyli w ramach zdrowia środowiskowego pomyśleć o tym, co zmiany klimatu, co zmiany patogenu, z którym się musimy mierzyć, oznaczają dla zdrowia Polek i Polaków. Oczywiście w przypadku kleszczy mógłbym odpowiedzieć, że możemy szczepić się przeciw kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych. Borelioza – tutaj, wbrew pozorom, dużym problemem jest całe mnóstwo fake newsów narastających wokół tego i wykorzystywania przez niektórych do bardzo intensywnej antybiotykoterapii, czasami nie znajdującej uzasadnienia, bo są tacy, którzy w ten sposób leczą. To są bardzo szerokie zagadnienia i konsekwencje pojawienia się tych nowych ... Wiem, że przy każdym nowym zjawisku niestety pojawia się też bardzo dużo różnego rodzaju problemów, ale to jest rzeczywiście coś, czemu chcielibyśmy... W chwili obecnej przede wszystkim planujemy, jak ująć ten temat w nowym Narodowym Programie Zdrowia w takim zakresie, w jakim to jest możliwe.

Posel Urszula Nowogórska (PSL-TD):

To jest duży problem.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

To jest problem – i w ogóle zmiany klimatu – i to problem, który nie dotyczy tylko ministra zdrowia, tak dla jasności.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze. Dziękuję również pani przewodniczącej za te gruntowne pytania.

Natchnięty przez panią poseł tymi zdjęciami RTG klatki piersiowej, chciałbym powiedzieć, bo pamiętam doskonale, kiedy Ewa Kopacz, na całe szczęście zdrowa, była minister zdrowia, to chyba ona rozpoczęła akcję z krwiobusami. Tak mi się wydaje. Mogę się mylić. Bez znaczenia w gruncie rzeczy. Krwiobusy, dentobusy. Kilka tygodni temu oglądałem w fabryce, która m.in. właśnie produkowała krwiobusy, co zamawiają w tej chwili inne kraje. Między innymi widziałem zabudowany rezonans magnetyczny do samochodu. Tak sobie teraz pomyślałem, natchnięty przez panią poseł, czy nie moglibyśmy po prostu – czy wy nie moglibyście, ale my zapewnilibyśmy finansowanie po prostu poprzez przesunięcie – z budżetu państwa zrobić takiego pilotażowego programu, skoro mamy krwiobusy, mamy dentobusy, mamy mammobusy, jeśli mnie pamięć nie myli, czy nie powinniśmy mieć takich samochodów. Dzisiaj urządzenie rentgenowskie nie jest jakąś *rocket science* i po prostu zacząć przesiewowo badać w taki sposób. Rozumiem pana dyrektora, że jeśli mielibyśmy każdemu doręczać skierowanie i wysłać go do jakiegoś POZ czy do jakiejś innej placówki medycznej, żeby go prześwietlić, robi się z tym problem, ale takim rentgenobusem, który podjeżdża pod zakład pracy, pod szkołę, jak krwiobus, mammobus, dentobus, można jakąś część populacji przebadać i sprawdzić.

Faktycznie zgadzam się z tym, co powiedziała pani posłanka, coraz częściej mamy do czynienia z tym, że po prostu jakieś nowotwory, a niekoniecznie palenie tytoniu... To powiedzmy sobie szczerze – palenie tytoniu dzisiaj już jest coraz bardziej *passé*.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

25% pali, panie przewodniczący, stale, codziennie.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

OK, ale jak cofniemy się, co było 20 albo 30 lat temu, jak kopcił co drugi, to jednak naprawdę staje się to... W moim towarzystwie takim najbliższym, jak pali jedna osoba albo dwie to to jest naprawdę i tak już ogromne wydarzenie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Jest pan z dużego miasta.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Jestem z dużego miasta.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Jest pan osobą wykształconą z dużego miasta. To są czynniki ochronne.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Tak. Mimo wszystko uważam, że to jest coś, nad czym można byłoby pomyśleć i nie ukrywam, może prostu skierujemy taką interpelację do pani minister, żeby spróbować pochylić się nad takim programem. Jeszcze raz powtórzę, nie jest to jakaś kosmiczna technologia, da się to zrobić. Myślę, że na początek 16 takich samochodów w każdym województwie i można zacząć to robić systemowo i badać. Zobaczymy, co nam wyjdzie, nawet gdyby to były tylko i wyłącznie dane statystyczne. Chociaż, przepraszam, jeśli znajdziemy jedną osobę i ją dzięki temu wyleczymy, to to już jest tego warte.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Panie przewodniczący, jedną rzecz chciałabym powiedzieć.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Do mikrofonu.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Przepraszam. Słuchajcie, jakiś czas temu, już parę lat temu, byłam twarzą akcji profilaktyki schorzeń piersi u kobiet i nie miałam świadomości, przysięgam pod Bogiem, nie miałam świadomości, bo tak za dużego zainteresowania w grupie 50+ nie było. Normalnie zrobiłam taką akcję, powiem brzydko, naganiającą panie do tego, żeby chciały zbadać się, pojechać do Krakowa do szpitala. Były zorganizowane trzy autobusy, w każdym było 50 miejsc i wszystkie trzy były pełne, czyli było 150 osób. U 15 pacjentek stwierdzono guzy piersi. Nie miały bladego pojęcia, że mają jakikolwiek problem, bo tego wymacać się jeszcze nie dało po prostu.

Podobnie może być z badaniem przesiewowym profilaktycznym schorzeń układu oddechowego właśnie w przypadku tych samochodów, o których pan przewodniczący wspominał.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Przypominam sobie taką akcję, którą robi Fundacja Ronalda McDonalda z takim autobusem. Jakiś duży samochód jeździ i robią badania. W moim mieście, w Radomiu, w czasie jednego dnia zdiagnozowano dwie osoby. Słuchajcie, to jest coś nieprawdopodobnego. Umawiamy się, że wyślemy z panią poseł Nowogórską interpelację do pani minister i porozmawiamy.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Tak. Może zrobimy stanowisko w ogóle podkomisji?

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Możemy zrobić stanowisko podkomisji.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Żeby przygotować...

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Program, tak.

Poseł Zofia Czernow (KO):

Autobus to nie jest...

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

To nie musi być autobus, pani poseł, droga Zosiu. Zobaczcie krwiobusy i to cały czas funkcjonuje. OK. To było coś, co mnie natchnęło do tego. Teraz mam takie pytanie – krztusiec, według mojej najlepszej wiedzy tu chyba nie ma sezonowości, a jeśli jest, to niewielka.

Zastępca dyrektora departamentu GIS Michał Ilnicki:

Jest sezonowość głównie latami.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Właśnie.

Zastępca dyrektora departamentu GIS Michał Ilnicki:

Niestety jest to choroba, której nie da się wyeliminować na trwałe. Przechorowanie nie daje trwałej odporności, więc również szczepienie trwałej odporności nie da i zmagamy się z tym w cyklach trzy- do pięcioletnich. Najistotniejsze jest w tym wszystkim, że konsekwencje zachorowania są najpoważniejsze u niemowląt do szóstego miesiąca życia i na całe szczęście, kiedy się dokładniej te dane przeanalizuje, to pokazuje, że nie mieliśmy zgonów, za wyjątkiem jednego zgonu z powodu krztuśca. Był jeden tylko zgon z powodu krztuśca u dziecka. To było dziecko jeszcze zbyt małe, żeby mogło być zaszczepione, żeby szczepionka u niego mogła zadziałać, bo szczepi się dopiero od drugiego miesiąca. Dlatego też Ministerstwo Zdrowia m.in. wprowadziło ten program, że jeżeli nie można szczepić dzieci do drugiego miesiąca, to żeby udostępnić nieodpłatne szczepienia dla kobiet w ciąży, które przekażą przeciwciała przez łożysko.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Wypowiedź pana dyrektora sprowokowała pytanie, które chcę zadać, o obcokrajowców, ale żeby być dobrze zrozumiałym, ponieważ tutaj w kontekście gruźlicy pan powiedział, że mamy dane...

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

9%.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Tak. 9%. Rozumiem, że to badacie albo inaczej – spisujecie statystycznie. Czy to są kraje, w których nie jest obowiązkowe szczepienie na gruźlicę?

Zastępca dyrektora departamentu GIS Michał Ilnicki:

Przede wszystkim trzeba powiedzieć o szczepieniu przeciw gruźlicy, że ono nie chroni przed zachorowaniem dorosłych. Ono w niewielkim stopniu chroni dzieci, ale istotą szczepień noworodków w pierwszym dniu życia przeciwko gruźlicy jest zapobieżenie ciężkiemu przebiegowi klinicznemu gruźlicy, czyli tzw. gruźlicy narządowej rozsianej, zwanej popularnie prosówką, ponieważ te ropnie gruźlicze wszędzie mogły się pojawić – w kościach, w wątrobie, w mózgu oraz druga postać ciężka – gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Te dwie postaci gruźlicy zostały praktycznie w Polsce wyeliminowane. Taki jest cel szczepień przeciwko gruźlicy. Natomiast główne metody zwalczania gruźlicy to jest szybka diagnostyka, izolacja pacjentów do momentu, kiedy leczenie przyniesie taki efekt, że stają się oni niezakaźni dla otoczenia.

Oczywiście, tak jak tutaj już mówiliśmy, Polska po drugiej wojnie światowej... To była choroba społeczna gigantyczna. Ten wielki wysiłek lekarzy, pielęgniarek, personelu medycznego, społeczeństwa ogólnie przyniósł efekty i obecnie zaliczamy się do krajów generalnie o niskiej zapałalności, natomiast wiadomo, że zwłaszcza w krajach, w których dostęp do opieki medycznej właśnie w rozumieniu szybkiej diagnostyki i efektywnego leczenia jest niższy, tam jest to ryzyko, że osoby pochodzące z tych krajów mają większe ryzyko zachorowania.

Też trzeba jeszcze dodać taką można powiedzieć ciekawostkę, ale to jest bardzo istotna cecha epidemiologiczna gruźlicy, że w ciągu pierwszych 2 lat od zakażenia prątkiem gruźlicy, gdzie będą objawy i będzie się zaraźliwym, gruźlica rozwinię się zaledwie u 5 do 10% osób zakażonych, natomiast reszta osób zakażonych ma gruźlicę w uśpieniu i oni mogą to rozwinąć na przestrzeni całego życia, zwłaszcza w tym momencie, kiedy zaczynają się starzeć i ich odporność się obniża. Ten prątek, który pozostawał z organizmem w równowadze, po prostu się aktywizuje.

To jest to, co mówiła pani dyrektor, że kiedy patrzymy na zachorowania na gruźlicę, to nie znaczy, że ta osoba zakażyła się 3 miesiące temu, 6 miesięcy temu czy rok temu. Ta osoba często zarażyła się jeszcze w latach 60., 70., 80., dlatego ważnym wskaźnikiem w ocenie sytuacji epidemiologicznej gruźlicy są zachorowania u dzieci, ponieważ wiadomo, że dziecko jest młode i ono

nie mogło się zarazić kilkadziesiąt lat temu. Ono musiało się zarazić później niż wynosi jego wiek, natomiast u osób starszych pięćdziesięcioletnich, sześćdziesięcioletnich to są często po prostu reaktywacje, te 90% zakażeń to są reaktywacje bardzo starych zakażeń z okresu, kiedy sytuacja epidemiologiczna była dużo, dużo gorsza, co oczywiście nie znaczy, że tak, jak tutaj podkreślano, nie trzeba tego monitorować, diagnozować i leczyć.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Ostatnie pytanie, to jest to spoza naszego porządku – błonica. Ostatnio zaatakowała nas informacja chyba o dwóch przypadkach, jednym przywiezionym – dziecko i drugiej osoba przebywająca. Czy tutaj coś uległo zmianie, czy jest to pod kontrolą i opanowane?

Zastępca dyrektora departamentu GIS Michał Ilnicki:

Jest to cały czas pod kontrolą, bo tutaj istotne jest to, że to jest choroba zawleczona. Sytuacja, kiedy jest pewna minimalna transmisja wewnątrz kraju nazywa się endemią. Błonica w Polsce została wyeliminowana. Te wszystkie przypadki, które mamy, wszystkie, czyli de facto jeden wykryty w tym momencie błonicy toksynotwórczej – bo należy odróżnić przypadki maczugowca błonicy, który sam nie jest patogenny, patogenne są toksyny, które on wytwarza – nie wszystkie przypadki wykrycia laboratoryjnego maczugowca błonicy, zwłaszcza u osób bezdomnych, to jest najczęściej nie z gardła, tylko z jakichś wrzodziejących ran, to nie jest błonica produkująca toksynę i ona nie jest w gruncie rzeczy groźna. Natomiast ten przypadek właśnie to była błonica toksynotwórcza, było to zawleczone z kraju afrykańskiego.

Niestety tyle, co możemy powiedzieć, to to, że to dziecko nie było szczepione. Poziom zaszczerpienia przeciwko błonicy jest wciąż wysoki. Oczywiście jest kwestia uchylania się od szczepień, obniżania się tego poziomu, ale błonica w Polsce nie krąży i to jest ryzyko zawleczenia, zwłaszcza kiedy leci się poza kraje europejskie, ponieważ właściwie na terenie Europy, nie tylko w Polsce, błonica nie występuje. Natomiast niestety w Afryce czy też w krajach azjatyckich... To jest kwestia szczepień u dzieci, kalendarza szczepień, tego, żeby go przestrzegać, a u dorosłych kwestia medycyny podróży, żeby przed tego typu egzotycznymi wyjazdami pamiętać o tym, żeby się szczepić nie tylko przeciwko błonicy, ale tam jest co najmniej kilka innych szczepień do uzupełnienia przed wyjazdem. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo dziękuję. Czy są inne pytania? Nie ma, nie widzę, nie słyszę.

Zamykam posiedzenie. Dziękuję państwu za przybycie.