

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Administracji
i Spraw
Wewnętrznych**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
FUNKCJONOWANIA ZARZĄDZANIA
KRYZYSOWEGO
(NR 6)
z dnia 26 września 2024 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Administracji i Spraw Wewnętrznych

– podkomisji stałej do spraw funkcjonowania zarządzania kryzysowego (nr 6)

26 września 2024 r.

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

– informacja ministra zdrowia na temat przygotowania i zabezpieczenia na wypadek pandemii/epidemii.

W posiedzeniu udział wzięli: **Paweł Grzesiowski** główny inspektor sanitarny, **Marcin Czyżewski** specjalista kontroli państwowej w Najwyższej Izbie Kontroli, **Katarzyna Piotrowska-Radziejcz** dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Tuderek-Kuleta** dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia, **Joanna Kujawa** naczelnik wydziału w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia oraz **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”.

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

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Dzień dobry. Szanowni państwo, jesteście dwie minuty po godz. 8.30, zatem przejdziemy do pracy.

Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu podkomisji stałej do spraw funkcjonowania zarządzania kryzysowego z porządkiem dziennym: informacja ministra zdrowia na temat przygotowania i zabezpieczenia na wypadek pandemii i epidemii.

Szanowni państwo, na moje ręce wpłynęło pismo podpisane przez pana ministra Wojciecha Koniecznego z upoważnienia pani minister Izabeli Leszczyny, które informuje, że do prezentowania stanowiska ministra zdrowia upoważnia: pana doktora Pawła Grzesiowskiego, głównego inspektora sanitarnego; panią Katarzynę Piotrowską-Radziejcz, dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia; panią Agnieszkę Tuderek-Kuletę, dyrektora Departamentu Bezpieczeństwa w Ministerstwie Zdrowia oraz panią Paulinę Sosin-Ziarkiewicz, zastępcę dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia. Tym samym witam państwa bardzo serdecznie. Witam również pana Marcina Czyżewskiego, specjalistę kontroli państwowej w Najwyższej Izbie Kontroli. I nie jestem pewien, chyba nie... Witam również panią naczelnik wydziału w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia, panią Joannę Kujawę.

Szanowni państwo, rozpoczynam posiedzenie i oddaję głos panu ministrowi Grzesiowskiemu, bardzo proszę. Ze względów technicznych bardzo proszę do mikrofonu.

Główny inspektor sanitarny Paweł Grzesiowski:

Witam państwa bardzo serdecznie. Dziękuję za udzielenie głosu. Pozwolę sobie przedstawić skondensowaną informację na temat przygotowania Polski do epidemii, oczywiście przede wszystkim z punktu widzenia nadzoru sanitarnego, bo myślę, że o pozostałych elementach powiedzą panie z Ministerstwa Zdrowia.

W Polsce w obszarze działalności przeciwepidemicznej obowiązują przede wszystkim przepisy ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 2008 r.

Mamy tutaj zarówno przepisy dotyczące rozpoznawania, monitorowania, jak i podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych. Są tutaj również określone zadania dla organów administracji publicznej w tym zakresie.

Jeżeli chodzi o bieżące działania, to funkcjonowanie systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi jest obecnie regulowane rozporządzeniem z 2019 r. Na lekarzy został nałożony obowiązek zgłaszania podejrzeń i rozpoznania chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu. Z bieżących spraw mogę powiedzieć, że cały czas postępuje ucyfrowienie tego systemu. W tej chwili większość zgłoszeń staramy się przyjmować drogą elektroniczną, po to żeby potem analiza tych danych i obsługa tych baz danych była łatwiejsza. Jeżeli chodzi o zgłaszanie chorób zakaźnych, wiodącą rolę odgrywa Państwowy Zakład Higieny – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, który na nasze – że tak powiem – zlecenie prowadzi tzw. EpiBazę, czyli narzędzie elektroniczne do zgłaszania chorób zakaźnych i zakażeń.

Dodatkowym rozwiązaniem jest również rozporządzenie o biologicznych czynnikach chorobotwórczych, które również podlegają obowiązkowi zgłoszenia na podstawie rozporządzenia z 2020 r. Jeżeli chodzi o choroby zakaźne szczególnie niebezpieczne czy bardzo zakaźne, również mamy nałożone określone przepisy związane z obowiązkiem hospitalizacji, izolacji, kwarantanny. Ta ostatnia regulacja z 2023 r. również jest aktualna w tym zakresie. W Państwowej Inspekcji Sanitarnej również obowiązuje zasada oceny zagrożenia zdrowia publicznego w tzw. systemie EWRS. Jest to Krajowy System Wczesnego Ostrzegania i Reagowania dla Chorób Zakaźnych służący wczesnemu powiadamianiu o wszelkich zagrożeniach epidemiologicznych, które mogą występować na terenie naszego kraju. Ten sam system wczesnego ostrzegania funkcjonuje w zakresie Unii Europejskiej i na mocy międzynarodowych przepisów zdrowotnych otrzymujemy informacje i powiadomienia o zdarzeniach epidemiologicznych, które mogą mieć wpływ również na zdrowie publiczne. Polska posiada stałego przedstawiciela w Komitecie do spraw Bezpieczeństwa Zdrowia. Prowadzone są tutaj dyskusje na temat zagrożeń transgranicznych, jak również wydawane są odpowiednie regulacje. Myślę, że więcej informacji będzie ze strony Ministerstwa Zdrowia, ale w tej chwili w ramach tego mechanizmu funkcjonują trzy grupy robocze. Jest grupa dotycząca właśnie gotowości do epidemii czy pandemii i techniczna grupa robocza do spraw wykrywania zagrożeń EWRS. Jej członkami są nasi pracownicy z Departamentu Przeciwepidemicznego i Ochrony Sanitarnej Granic. Od kilku lat funkcjonuje również tzw. punkt kontaktowy z krajów członkowskich, który jest pod auspicjami Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, czyli ECDC. Również w tych działaniach bierzemy aktywny udział.

Przedstawiciele GIS zostali również wyznaczeni do udziału w spotkaniach grupy zadaniowej EU Health Task Force, to jest przy ECDC, który docelowo ma prowadzić prace nad wdrożeniem mechanizmów operacyjnych reagowania na epidemię i inne sytuacje kryzysowe na poziomie europejskim.

Jeżeli chodzi o zabezpieczenie Polski na wypadek wystąpienia takiego krytycznego zdarzenia, w Centralnej Bazie Rezerw Sanitarно-Przeciwepidemicznych w Porębach, czyli w skrócie CBR, utrzymywana jest stała rezerwa środków dezynfekcyjnych, aparatury, środków medycznych, laboratoryjnych, szczepionek, które są dystrybuowane w razie zagrożenia epidemicznego. Mamy teraz przykład funkcjonowania tego mechanizmu w kontekście postępowania na terenach objętych powodzią. W tej chwili dystrybuujemy szczepionki przeciwko tężcowi, WZW A i durowi brzuszemu właśnie w celach profilaktyki zakażeń epidemicznych na tych terenach. W przypadku wyczerpania zapasów, które są w magazynach CBR, mamy również stałą współpracę z Rządową Agencją Rezerw Strategicznych. Ten mechanizm w tej chwili funkcjonuje i sprawdza się w przypadku powodzi.

Obowiązuje nas również ustawa z 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym. Na podstawie tej ustawy utworzony jest Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego i w tym planie również znajdują się określone regulacje dotyczące roli Państwowej Inspekcji Sanitarnej w tym zakresie. Jest również sporządzony Plan Zarządzania Kryzysowego ministra zdrowia – myślę, że tutaj będzie jeszcze więcej na ten temat mówione – oraz Plan Zarządzania Kryzysowego głównego inspektora sanitarnego. W pewnym sensie mieliśmy okazję wypróbować go w boju, ponieważ powstał zespół zarządzania w kontekście powodzi, funkcjonuje i do dzisiaj sprawnie działa. Analogiczne zespoły powstają również na poziomie

regionalnym, lokalnym i w tej chwili, w czasie powodzi także mieliśmy okazję przetestować – że tak się wyrażę – te wojewódzkie zespoły zarządzania kryzysowego. W nich również bierze udział nasz przedstawiciel, czyli wojewódzki inspektor sanitarny i na bieżąco reaguje na podejmowane działania. Mamy też tzw. krajowy plan działania na wypadek wystąpienia ogniska zachorowań lub zdarzenia z oddziałem wirusa polio oraz krajowy plan działania na wypadek wystąpienia zakażeń koronawirusem.

Tyle jeżeli chodzi o taką skondensowaną informację. Na razie dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Która z pań teraz zabierze głos? Bardzo proszę i ze względu na protokół, który przygotowujemy, proszę o przedstawienie się.

Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia Agnieszka Tuderek-Kuleta:

Dzień dobry. Agnieszka Tuderek-Kuleta, jestem dyrektorem Departamentu Bezpieczeństwa w Ministerstwie Zdrowia. Tak naprawdę uzupełnię te informacje, które przedstawił pan minister Grzesiowski. Jeżeli chodzi o kwestie uregulowania spraw dotyczących zarządzania sytuacjami kryzysowymi, to faktycznie te procedury, te zadania, które są w zakresie zadań ministra zdrowia i jednostek współpracujących czy jednostek podległych – mówię tutaj też m.in. o Głównym Inspektoracie Sanitarnym – określają zadania przede wszystkim w zakresie monitorowania, zapobiegania i reagowania na sytuacje m.in. związane z epidemią.

Jeżeli chodzi o kwestie związane z bieżącymi działaniami ministra zdrowia w zakresie monitorowania sytuacji w zakresie epidemii, to w styczniu 2024 r. zarządzeniem ministra zdrowia został powołany zespół do spraw monitorowania i oceny sytuacji dotyczącej zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi. Zadaniem tego zespołu jest m.in. monitorowanie źródeł informacji medycznej i epidemiologicznej w zakresie potencjalnych zagrożeń epidemicznych związanych z czynnikami biologicznymi, wirusowymi, bakteryjnymi, pasożytniczymi i doradzanie ministrowi zdrowia w zakresie epidemiologii, profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób zakaźnych. Dotychczas zespół opracował program rewitalizacji zakaźnictwa, a także zalecenia w sprawie szczepień przeciwko COVID-19 w roku 2024 oraz zalecenia w sprawie optymalizacji szczepionek przeciw COVID-19 na sezon 2024–2025. Aktualnie te zalecenia są analizowane i będą odpowiednio przedstawiane w zależności od ich przyjęcia. W związku z faktem, że aktualnie sytuacja w zakresie zakażeń, jeżeli chodzi o choroby zakaźne jest stabilna, nie są podejmowane inne działania, które miałyby na celu przygotowanie ochrony zdrowia w zakresie na przykład zwiększenia bazy łóżkowej czy innych zadań, poza tym co wskazał minister Grzesiowski, że są pewne zasoby, są pewne rezerwy, które w przypadku takiej konieczności będą zwalniane. Współpracujemy też z Rządową Agencją Rezerw Strategicznych, która jest gotowości, aby te rezerwy uzupełniać. Jeżeli będzie taka potrzeba, te zasoby będą zwiększane czy będą podejmowane inne działania mające na celu przygotowanie systemu ochrony zdrowia do zwiększonych zachorowań czy konieczności hospitalizacji, chociażby ze względu na zwiększającą się liczbę zakażonych na przykład na COVID-19.

Aktualnie – o tym też już wspominał minister Grzesiowski – działania ministra zdrowia w zakresie sytuacji epidemiologicznej skupione są na ostatnich wydarzeniach, czyli wydarzeniach związanych z powodzią, ze względu na to, że tu też istnieje ryzyko wzrostu takich chorób jak chociażby dur, tężec czy WZW typu A. Zostały też podjęte działania, mające na celu zabezpieczenie nie tylko służb medycznych, ale również wojska, policji – ogólnie osób, które biorą udział w zwalczaniu skutków powodzi czy brały udział w samej tej powodzi – jak również personelu medycznego czy osób cywilnych, jeżeli chodzi o zabezpieczenie szczepionki przeciwko tym chorobom.

Jeżeli chodzi o szczepionki, które zostały udostępnione, te szczepionki zostały udostępnione z rezerw Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych w Zduńskiej Woli, jak również zostało zgłoszone zapotrzebowanie o zakup też dodatkowych szczepionek do Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych. Jeżeli chodzi o liczbę tych szczepionek, to łącznie wydano 640 dawek szczepionek durowych, 840 dawek szczepionek durowo-tężcowych i 278 dawek szczepionek przeciwko WZW typu A. Aktualne stany magazynowe szczepionek są zabezpieczone do końca 2025 r. Zabezpieczenia od początku 2025 r. dotyczą szczepionek z rezerwy. Przetargi te są zaplanowane do realizacji w 2024 r.

Dodatkowo na podstawie decyzji głównego inspektora sanitarnego zlecono wydanie z Centralnej Bazy Rezerw 665 kg chloraminy oraz innych środków do dezynfekcji. Jest to związane z tym, że sytuacja powodziowa spowodowała, że te wszystkie substancje są niezbędne do tego, żeby można było przywrócić obiekty użyteczności publicznej czy mieszkania do normalnego funkcjonowania. Prowadzone są również działania mające na celu pozyskanie od innych państw środków dezynfekcyjnych w ramach unijnego mechanizmu ochrony ludności. Te działania są w toku.

Podsumowując, chcę powiedzieć, że minister zdrowia, jak i jednostki nadzorowane, podległe, na bieżąco podejmują działania w celu nie tylko zapewnienia odpowiednich ilości środków, szczepionek, środków do dezynfekcji, ale również innych artykułów mających na celu ewentualne zabezpieczenie ludności w środki ochrony indywidualnej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Bardzo dziękuję. Któraś z pań będzie jeszcze uzupełniać?

Dziękujemy.

Czy są zatem pytania? Bardzo proszę, pan poseł.

Poseł Łukasz Ścieborowski (KO):

Dziękuję, panie przewodniczący.

Pierwsze pytanie, jeżeli chodzi o kwestie zabezpieczenia na wypadek pandemii. Była tu mowa o współpracy z wojewódzkimi centrami zarządzania, a jak to wygląda na poziomie powiatowych centrów zarządzania kryzysowego? Czy one też są uruchamiane bezpośrednio przez państwa, czy ewentualnie już poprzez wojewódzkie centra?

I co do szczepionek – z czego wynika ta liczba? Czy do tylu osób dotarto, czy tyle osób się zgłosiło, było chętnych na taką liczbę szczepionek? Potencjalnie procentowo, ile jest osób, które były w tej strefie i które powinny być objęte takim szczepieniami? Dziękuję.

Główny inspektor sanitarny Paweł Grzesiowski:

Może zacznę od początku. Pierwsze pytanie dotyczy wojewódzkich i powiatowych sztabów. My już nie bierzemy udziału, one są powoływane na szczeblu lokalnym, czyli w wojewódzkim sztabie bierze udział wojewódzki inspektor sanitarny, a w powiatowym jest powiatowy inspektor sanitarny i te sztaby tworzą się już zgodnie z hierarchiczną strukturą reagowania kryzysowego, ale bez naszego udziału. Oczywiście jesteśmy w stałym kontakcie i tak jak mówiłem, w GIS też jest powołany zespół i na bieżąco komunikujemy się zarówno z wojewódzkimi, jak i powiatowymi inspektorami sanitarnymi, po pierwsze wymieniając informacje, a po drugie na bieżąco korygując jakieś ewentualne potrzeby. To jest odpowiedź na drugie pytanie. Jeżeli chodzi o liczbę szczepionek czy środków do dezynfekcji, to my reagujemy na zamówienia, na to, co nam meldują powiaty i potem województwa. Czyli najpierw powiatowy inspektor na podstawie zapotrzebowania formułuje wniosek o uwolnienie takiej czy innej ilości materiałów z rezerwy, potem to przechodzi przez wojewódzką stację i do nas trafia już taki zbiorczy meldunek o potrzebie uwolnienia takich czy innych rezerw. Jeżeli chodzi o liczbę szczepionek, to my bazujemy właśnie na tym, co nam meldują powiatowe i wojewódzkie stacje. Nie wydajemy szczepionki imiennie na pacjenta, tylko jeżeli Powiatowa Stacja w Nysie szacuje zapotrzebowanie – powiedzmy – na 1000 dawek, to otrzymuje od nas 1000 dawek szczepionki i my już potem nie śledzimy, ilu konkretnie ludzi zostało zaszczepionych tą szczepionką. To nie jest zakres naszej odpowiedzialności, czy te szczepionki przyjęli na przykład strażacy, czy mieszkańcy tego miasta. Punkty szczepień są uruchomione i te punkty szczepień są pod nadzorem naszych inspektorów powiatowych. W tej chwili szczepią przede wszystkim gabinety lekarzy rodzinnych, szpital tymczasowy i mobilne punkty szczepień, które były rozwinięte również w tych pierwszych dniach, ponieważ taka była potrzeba. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Pani poseł Czernow. Bardzo proszę.

Poseł Zofia Czernow (KO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, wysoka podkomisjo, właśnie chciałam kontynuować ten temat, bo akurat tak się...Nie wiem, czy dobrze, ale mieszkam na terenach

powodziowych, objętych powodzią i sytuacja jest taka: ja mieszkam konkretnie w Jeleniej Górze, więc ta woda w większości popłynęła i jej nie ma, więc tych zagrożeń też prawdopodobnie już nie będzie. Ale są mniejsze miejscowości, gdzie ta woda nadal stoi i może spowodować trudną sytuację, dotyczącą różnego rodzaju uczuleń czy zakażeń, czy innych objawów, które wynikają z tego, że woda, która przeszła przez różne... Nie będę tu szczegółowo mówić, ale między innymi oczyszczalnie, które są nieczynne, a jest ich w sumie ok. 30 w całym okręgu objętym powodzią i inne miejsca, gdzie stan wody uległ znaczącemu pogorszeniu. Więc myślę, że te zjawiska mogą się teraz nasilić w tych miejscowościach. Ludzie zaczynają się skarżyć, że już nie mogą sobie poradzić z tą wodą, a jej usunięcie nie jest takie łatwe. Myślę, że konieczne jest – i sędzę, że tak jest, bo widziałam bardzo duże zainteresowanie służb, również sanitarnych – żeby monitorować na bieżąco, bo może się to zdarzyć na znacznie szerszą skalę. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Bardzo dziękuję. Pani poseł Nowogórska.

Główny inspektor sanitarny Paweł Grzesiowski:

Jeśli mogę ad vocem.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Tak, oczywiście, bardzo proszę. Przepraszam.

Główny inspektor sanitarny Paweł Grzesiowski:

Nie było takiej inicjatywy wcześniej, więc odpowiadając na pani komentarz, pozwolę sobie tylko powiedzieć, że oczywiście w tej chwili nadzorujemy w trybie ciągłym sytuację epidemiologiczną na terenach, które zostały dotknięte powodzią. Od początku monitorujemy stan ujęć wody i instalacji wodociagowych. Na dzień dzisiejszy mamy 99 wodociągów, które wykazują problemy techniczne. To jest liczba, która regularnie się zmienia, ale to wynika przede wszystkim z tego, że albo instalacja naziemna została zalana, uszkodzona, albo źródło zasilania wodociągu zostało skażone i wówczas wodociąg jest oczywiście unieruchamiany. Z tych 99 wodociągów – w tej chwili – 74 są w województwie dolnośląskim, w tym w 47 woda po przygotowaniu jest zdatna do picia. Takie informacje są przekazywane cały czas, na bieżąco mieszkańcom tych terenów. Są też umieszczane w mediach społecznościowych, są umieszczane na stronach internetowych powiatowej stacji, gminy, bo to jest kluczowa sprawa. Jeżeli woda nadaje się do picia po przygotowaniu, to nie musimy wtedy dostarczać tej wody w beczkowozach czy w cysternach, czy butelkowanej.

Druga sprawa to opolskie – 23 wodociągi mają problem techniczny, ale tutaj sytuacja jest już znacznie lepsza, bo w 19 wodociągach spośród tych 23 woda nadaje się do picia po przygotowaniu. Czyli tylko 4 przypadki są takie, gdzie wody nie wolno pić. To jest to główne źródło. Absolutnie zgadzam się z panią, woda może stanowić bardzo poważne zagrożenie. Nie tylko ta woda powodziowa, ale również ta, która płynie z kranu, jeżeli uległa skażeniu, może stanowić ogromne źródło różnego rodzaju problemów zdrowotnych, począwszy od zatrucia, skończywszy na infekcjach. Jeszcze w śląskim są dwa wodociągi, ale tam woda jest zdatna do picia po przygotowaniu. Ta liczba może zmieniać się dosyć dynamicznie, ponieważ już są uruchamiane prace serwisowe nad tymi wodociągami i my w trybie 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu badamy tę wodę od strony mikrobiologicznej i chemicznej. Czyli jeśli tylko pracownicy przedsiębiorstwa wodociagowego meldują, że woda według nich powinna już być zdatna, nasi próbkobiorcy jadą do tego wodociągu, pobierają próbki i w ciągu 3–4 dni mamy wyniki badań, które albo zezwalają na użycie tej wody, albo nie. Tyle jeżeli chodzi o wodę.

Druga sprawa to kwestia powierzchni. Powiedziała pani również o tym, że jeśli woda powodziowa skażyła jakiś teren czy wręcz wciąż jeszcze tam zalega, stanowi potencjalny materiał zakaźny. W tym kontekście dwukrotnie wydaliśmy alert RCB, żeby po pierwsze nie pić wody, jeżeli jest niepewna, a po drugie, żeby absolutnie pod żadnym pozorem nie spożywać żywności, która uległa zalaniu. Te informacje kolportujemy cały czas. Na stronach powiatowych stacji też są na ten temat konkretne instrukcje, co zrobić z tymi odpadami popowodziowymi, żeby się nie zatruci. Również w mediach mówimy bardzo szeroko o tym,

żeby zabezpieczać siebie, czyli rękawice, maski, kalosze, po to żeby ten kontakt z wodą powodziową i z tymi odpadami popowodziowymi nie był toksyczny dla mieszkańców.

Myślę, że mogą państwo być zainteresowani też taką informacją, że na terenach powodziowych jest łączna liczba 1270 różnego rodzaju przedsiębiorstw, które produkowały żywność. To również jest pod nadzorem inspekcji sanitarnej. Wszystkie te podmioty są kontrolowane, jeżeli tylko zgłoszą, że już zostały – nie wiem – wysprzątane, zdezynfekowane. Takich kontroli od początku powodzi przeprowadziliśmy już 700, z czego ponownie udało się uruchomić 532 obiekty. To są oczywiście dane na dzień wczorajszy. Czyli mamy tutaj również pewnego rodzaju monitoring sytuacji, jeżeli chodzi o jakość żywności, która będzie produkowana. Bo my nadzorujemy te podmioty, które wydają żywność już bezpośrednio do konsumenta, nie zajmujemy się tą częścią, która pochodzi z surowców pierwotnych. Tym zajmuje się ministerstwo rolnictwa.

Kolejna sprawa to monitoring chorób zakaźnych. Bardzo chciałbym państwa może nie uspokoić, ale zapewnić, że codziennie zbieramy raporty na temat zatruc pokarmowych, chorób objawowych typu dur brzuszny, tężec, salmonellozy, norowirusy. Te dane mamy codziennie monitorowane i w tej chwili są dwa powiaty, w których sytuacja wydaje się trudniejsza niż gdzieś indziej, w sensie liczby zakażeń. W dniu wczorajszym mieliśmy 41 nowych przypadków zatruc pokarmowych w całym regionie, ale dwa powiaty mają sytuację najtrudniejszą, to jest powiat nyski i cieszyński. W tych powiatach w tej chwili mieliśmy po kilka dziennie takich przypadków zatruc pokarmowych. Natomiast nie odnotowaliśmy ani jednego przypadku duru brzusznego, ani jednego przypadku WZW A czy cholery, czy czerwoni. Tak że mówimy o takich typowych skutkach problemów z higieną, z możliwością podgrzania posiłku czy przygotowania w bezpiecznych warunkach. Te zatrucia pokarmowe i nieżyty żołądkowo-jelitowe będą dalej monitorowane. Na razie nie ma żadnej swoistej profilaktyki. Jedyne co możemy robić, to właśnie zwiększać ilość środków do dezynfekcji, które są kolportowane tam na teren powodziowy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo dziękuję. Pani poseł Nowogórska.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, mam dwa rodzaje pytań do pana ministra. Może zacznę od innego tematu niż powodziowy. Rozpoczynając swoją wypowiedź, wspomniał pan o rozwiązaniach formalnoprawnych, które państwo posiadacie m.in. do zagrożeń transgranicznych. Chciałam zapytać, czy państwo monitorujecie sytuację związaną z liczbą zachorowań na gruźlicę lekooporną. Jakiego rodzaju jest to skala? Czy w ostatnim czasie nastąpiło zwiększenie zdiagnozowanych przypadków? Jak wygląda leczenie i miejsce ewentualnych hospitalizacji, bo wiadomo, że one są trochę inne niż leczenie normalnej gruźlicy. To jest moje jedno pytanie.

I drugie pytanie w odniesieniu już do sytuacji powodziowej. Z uwagi na to, co również pan przed chwilą powiedział, że póki co w dwóch powiatach pojawia się zwiększona liczba przypadków zachorowań na schorzenia żołądkowo-jelitowe, które mają różne podłoże czy to rotawirusowe, czy salmonellozę, czy dur brzuszny, czy jakieś inne. Czy państwo nie zastanawiacie się nad wydaniem rekomendacji do profilaktycznych szczepień na przykład w odniesieniu do WZW czy duru brzusznego, żeby w jakiś sposób zapobiec czy nie dopuścić do powstawania ognisk tego rodzaju zachorowań?

Mam jeszcze jedno pytanie. Pani dyrektor mówiła, że w bieżącym roku będą dokonywane zamówienia publiczne w odniesieniu do uzupełnienia stanów ilościowych szczepionek. Jak państwo przewidujecie, jak długi będzie czas realizacji tego zamówienia?

Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo dziękuję. Panie ministrze. Czy pani dyrektor najpierw?

Główny inspektor sanitarny Paweł Grzesiowski:

To ja szybko. Jeżeli chodzi o gruźlicę, proszę państwa oczywiście gruźlica jest bardzo ważnym tematem monitorowanym przez nasze... Znacząco jest generalnie chorobą zakaźną, która oczywiście podlega obowiązkowi zgłaszania, ale temat gruźlicy jest szczególnie

mocno reprezentowany od czasu wybuchu wojny w Ukrainie. W całym regionie odnotowaliśmy wzrost zachorowań na gruźlicę, jak również wzrost zachorowań na gruźlicę lekooporną. Nie dalej jak trzy tygodnie temu w GIS odbyło się spotkanie dyrektorów szpitali, które leczą gruźlicę w Polsce z udziałem przedstawicieli Instytutu Gruźlicy i misji WHO oraz Lekarzy bez Granic, którzy bardzo intensywnie działają w tym zakresie. Jeśli będzie państwa interesował szczegółowy raport, oczywiście mogę go przedstawić, ale co do zasady rzeczywiście mamy w tej chwili wzrost aktywności tej choroby na terenach polskich. W większości szpitali mamy w tej chwili komplet pacjentów, jeżeli chodzi o rozpoznaną gruźlicę, czyli również tych pacjentów hospitalizowanych jest więcej i wydaje się, że jest to przynajmniej – trudno mi powiedzieć w szczegółach, bo te dane dynamicznie się zmieniają – ale jest to co najmniej 10-krotny wzrost, również w Polsce, gruźlicy lekoopornej. Przed wybuchem wojny mieliśmy kilku pacjentów rocznie z gruźlicą lekooporną, a w tej chwili jest ich kilkudziesięciu, a nawet szacuje się, że może być powyżej stu. Przy czym to są również pacjenci z różnych krajów, nie tylko pacjenci obywatele Polski. Dlatego te dane są trudne do takiego punktowego przedstawienia. Ale rzeczywiście problem gruźlicy zwiększył się w tej chwili w związku z migracjami i wojną w Ukrainie. Do Polski przybywają obywatele z takich krajów, gdzie gruźlica stanowi dużo większy problem epidemiologiczny, w tym również gruźlica lekooporna. Mam na myśli Azję Południowo-Wschodnią, Filipiny, Indonezję – to są ludzie, którzy przyjeżdżają do Polski w różnych mechanizmach, również z krajów afrykańskich i niestety gruźlica w tych krajach ma dużo wyższe wskaźniki zachorowalności. Dlatego musimy się liczyć z tym, że będziemy notować takie zjawisko epidemiologiczne jak właśnie wzrost zachorowań, również wśród obywateli polskich. Podejmowane są różnego rodzaju działania. W tej chwili jesteśmy na etapie planowania narodowego programu walki z gruźlicą, ponieważ WHO określiło 2030 jako deadline eradykacji gruźlicy. Taki pomysł był jeszcze parę lat temu. Przede wszystkim tą wiodącą instytucją jest Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, który planuje tego rodzaju działanie, żeby to był właśnie skoordynowany ogólnopolski program eradykacji gruźlicy, oparty o najnowocześniejsze urządzenia do diagnostyki – bo mamy takowe. Dostaliśmy te urządzenia w ramach programu WHO i te najnowsze urządzenia do genetyki molekularnej miałyby być spięte jednym systemem informatycznym, który monitorowałby pacjentów z gruźlicą. W tej chwili naszym praktycznym problemem, jeżeli chodzi o gruźlicę, jest brak ciągłości monitorowania pacjenta po wypisaniu ze szpitala. Tu jest ten problem. Nie mamy już poradni przeciwigruźliczych i pacjent, który opuszcza mury szpitala, praktycznie rozmywa nam się w systemie. Jeśli on regularnie nie trafia do jakiegoś konkretnego punktu, to mamy z tym problem. Wdrożono taki pilotażowy program monitorowania leczenia online – bo jak państwo wiecie, gruźlicę leczymy długi czas lekami doustnie – więc ci pacjenci w domu podłączają się pod wideo i na oczach osoby, która to kontroluje, łykają leki. Bo głównym problemem jest przerywanie terapii po wypisaniu ze szpitala i stąd częste nawroty i ryzyko rozwoju właśnie lekoopornej gruźlicy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł.

Posel Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Panie ministrze, mam pytanie uzupełniające. Monitorowanie online czy w jakikolwiek inny sposób to rzeczywiście jest istotna kwestia. Informacja na temat tego, co dzieje się z tymi pacjentami, jest jeszcze bardziej istotna z uwagi na to, że jeżeli ci pacjenci żyją w danej społeczności to wiadomo, że stwarzają jakieś konkretne ryzyko w stosunku do innych osób, wśród których bytują. Natomiast chciałabym wiedzieć, czy przewidywane są środki na stworzenie – mówię tutaj w odniesieniu do gruźlicy lekoopornej – dodatkowego mechanizmu finansowego dla szpitali powiatowych, wojewódzkich na stworzenie dodatkowych sal izolacyjnych. Bo wiadomo, że są takie przypadki gruźlicy – o których tutaj mówimy – że niestety wymagają innej procedury leczenia i postępowania niż normalna gruźlica, którą da się leczyć. Bardzo dziękuję.

Główny inspektor sanitarny Paweł Grzesiowski:

Nie wiem, czy panie z ministerstwa coś by chciały...

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Pani dyrektor, na to pytanie z pierwszej tury pani poseł Nowogórskiej.

Zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia Paulina Sosin-Ziarkiewicz:

Rozumiem, że mam odpowiedzieć też na pytanie dotyczące realizacji zamówień publicznych w zakresie szczepionek, tak? Oczywiście. To uzupełniając tę informację, którą przedstawiał pan minister, Centralna Baza Rezerw w Porębach cały czas przyjmuje zamówienia. My jako ministerstwo organizujemy przetargi, w ramach których kupujemy szczepionki. Biorąc pod uwagę, że jest koniec roku, to tak naprawdę finalizujemy te zamówienia publiczne i do końca tego tygodnia mamy zaplanowaną dostawę 160 tys. szczepionek przeciwko tężcowi, a następne dostawy do końca tego roku będą w wolumenie 320 tys. dawek. W związku z tym w sumie do końca roku mamy zaplanowane 480 tys. dawek, które będą w Porębach i będą dostępne w razie potrzeby uwalniania kolejnych rezerw.

Posel Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Jaki jest czas przydatności takich szczepionek?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Paulina Sosin-Ziarkiewicz:

Tych, które są w tej chwili na stanie, to z tego co pamiętam...

Główny inspektor sanitarny Paweł Grzesiowski:

27.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Paulina Sosin-Ziarkiewicz:

Tak, 27. Data przydatności tych, które teraz wjadą – bo to są świeże szczepionki, które wytwórca tak naprawdę produkuje nam na bieżąco – na pewno będzie dużo dłuższa niż ta, która jest w tej chwili.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo dziękuję. Pan przewodniczący Lachowicz, bardzo proszę.

Posel Piotr Lachowicz (KO):

Ja mam tylko pytanie do pana ministra, pana doktora. Ponieważ stan zagrożenia epidemicznego, jeśli chodzi o SARS-CoV-2 został zniesiony 1 lipca ubiegłego roku, natomiast służby pana ministra często też informują, że szczyt zachorowań jest planowany na połowę października, czyli już niedługo. Wiemy, że są nowe podwarianty Omikronu – jak dobrze pamiętam – co zresztą jest normalne, pan minister często mówił o tym w telewizji i tłumaczył jeszcze jako lekarz. Czy my w tej chwili przewidujemy wprowadzanie jakichś dodatkowych systemów obostrzeń czy raczej skala nie wymaga tego? Bo z tego, co wiemy, ona jest różna w różnych krajach.

Główny inspektor sanitarny Paweł Grzesiowski:

Właściwie od lipca informowaliśmy, że narasta liczba zachorowań. Tak jak pan wspominał, nasze służby mają w tej chwili do dyspozycji sześć różnych systemów monitorowania. Pracujemy nad tym, żeby te systemy ze sobą zintegrować, ale to są – mówiąc w skrócie – dane z Centrum e-Zdrowia o liczbie wizyt u lekarzy rodzinnych z powodu ostrych zachorowań na infekcje układu oddechowego, to jest wskaźnik dodatnich testów, to jest liczba zgłoszonych testów do systemu EWP, jak również system zgłoszeń właśnie chorób zakaźnych – który idzie przez nas, czyli przez powiatowe stacje – i wreszcie monitoring ścieków. Chcę tu bardzo mocno to podkreślić – dotychczas dysponowaliśmy głównie wynikami ścieków z Warszawy, natomiast w tej chwili mamy już dostęp do wielopunktowego...Sześć miast monitoruje ścieki w tym programie kordynowanym przez PZH NIZP i te dane mamy już udostępnione do analiz. Tak że z całą pewnością możemy powiedzieć, że liczba zachorowań na COVID rośnie. Nie jesteśmy w stanie określić liczby zakażeń, bo musielibyśmy je określić na podstawie testów, a tych testów wykonuje się relatywnie mało. Ostatnie dane z wczoraj mówią o 3–4 tys. testów dziennie, więc to są bardzo małe liczby. W tej chwili w POZ właściwie nie testujemy, ponieważ choroba w większości przypadków przebiega na tyle łagodnie, że jest rozpoznawana jako tzw. ostre zachorowanie na górne drogi oddechowe i pacjent po prostu jest leczony objawowo ambulatoryjnie

w domu. Staramy się testować, znaczy nie my, tylko staramy się namawiać do testowania pacjentów hospitalizowanych. To znaczy w momencie, kiedy pacjent przychodzi do szpitala i ma objawy typowe dla COVID-19, to apelujemy do tych szpitali, żeby pacjenci byli testowani.

Kolejna sprawa to jest kwestia zmieniających się wariantów. Przez to, że mamy nie za dużo testów i bardzo licznie nie sekwencjonujemy już wirusa w Polsce, ale te sekwencje, które były wykonywane potwierdzają to, co pan powiedział, że mamy nowe warianty JN.1 i KP.3. Te warianty są w tej chwili dominujące również w Polsce. Jeśli chodzi o zalecenia w tej sprawie, bodajże na początku września ukazało się takie oświadczenie z naszej strony, że w tej chwili nie przewidujemy wprowadzania żadnych obostrzeń w rozumieniu instytucjonalnym czy legislacyjnym, dotyczących obowiązkowej izolacji, kwarantanny, maseczek czy szczepień. Oczywiście jeżeli będą dostępne szczepionki, to będą one oferowane, tak jak poprzednio, jako szczepienia dobrowolne i nieodpłatne. Natomiast jeżeli sytuacja będzie się pogarszać... W tej chwili głównym wskaźnikiem, który informuje nas o ciężkości fali jest liczba hospitalizacji. I tych hospitalizacji w tej chwili jest relatywnie niewiele, w maksymalnym punkcie było ich chyba ok. 1,5 tys. w całej Polsce. Więc to nie jest w tej chwili choroba, która wywołuje tak ciężkie powikłania i tak ciężkie objawy, jak poprzednio, jak w 2020 czy 2021 r. Dlatego nie przewidujemy również jakiegoś większego zaburzenia funkcjonowania placówek leczniczych. Mimo to zostały one, że tak powiem, postawione w stan gotowości. Zalecenia dyrektorów idą w tym kierunku, żeby jednak używać maseczek na terenie szpitala, jeżeli chodzi o pacjentów objawowych.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo dziękuję. Czy są jakieś inne pytania? Bardzo proszę.

Naczelnik wydziału w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Joanna Kujawa:

Szanowni państwo, Joanna Kujawa, Departament Zdrowia Publicznego. Chciałabym tylko uzupełnić informacje, jeśli chodzi o kwestie leczenia gruźlicy. Z uwagi na ten tryb, o którym wspomniał już pan minister Grzesiowski, jeśli chodzi o objęcie opieką leczenia gruźlicy wielolekoopornej u pacjentów, u których takie schorzenie zostało zidentyfikowane, zdiagnozowane i potwierdzone, to aktualnie od zeszłego roku jest realizowany program pilotażowy leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych. Jest to pilotaż, który ma potem wskazać i umożliwić włączenie do świadczeń gwarantowanych takiej procedury, jaka została uwzględniona w ramach programu bądź z weryfikacją świadczeń, które wymagają wykreślenia, bądź dodania. Realizatorem programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w Polsce jest Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie i to jest centralny ośrodek koordynujący. Oprócz tego włączone są regionalne środki koordynujące wskazane w załączniku do rozporządzenia. Jest to aktualnie obowiązujący dokument.

Jeśli chodzi o cel wprowadzenia, to o tym już wspomniał pan minister Grzesiowski. Chodziło o poprawę leczenia gruźlicy wielolekoopornej w Polsce, zwłaszcza u osób, które przybyły z innych krajów, gdzie sposób leczenia, sposób diagnostyki jest inny, zróżnicowany. Natomiast chodziło o to, żeby tych pacjentów jak najszybciej włączyć w skuteczne leczenie, aby nie stanowili zagrożenia dla siebie, ale też dla otoczenia.

Jeśli chodzi o cele programu pilotażowego, to faktycznie kluczowe jest przetestowanie telemedycznego systemu nadzoru nad pacjentem i ograniczanie hospitalizacji chorych z wykrytą gruźlicą wielolekooporną na rzecz świadczenia prowadzonego w trybie ambulatoryjnym. Chcemy odejść od sytuacji hospitalizacji pacjentów w izolacji. Zaznaczam, że przy właściwym leczeniu pacjent nie musi być hospitalizowany i izolowany. Tu jest też kwestia oceny stanu zdrowia pacjenta oraz działania, jakie podejmuje lekarz, który sprawuje nadzór nad pacjentem. Aktualnie bazujemy na najnowszych zaleceniach WHO. To są zalecenia z 2022 r. Bierzymy pod uwagę wszelkie terapie, również te bardzo kosztowne leki, które były uwzględniane wcześniej, jeszcze z darowizny otrzymanej z WHO i które nie były dostępne w Polsce – mechanizm leczenia NDRP – i bazujemy na aktualnie dostępnych lekach, które są możliwe do zastosowania w programie. Jeżeli będą szczegółowe pytania, to proszę, ale najpierw proszę zwrócić uwagę na kwestie porządku

prawnego i rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej i zarządzeń prezesa, zwłaszcza jednego zarządzenia prezesa NFZ, które reguluje kwestie umów na realizację programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej. Jeśli chodzi o dane statystyczne i wzrost, to jeżeli będzie taka potrzeba, to przygotujemy, opracujemy. Ze względu na to, że w tym momencie nie mam ich pod ręką, a chciałabym dać jak najbardziej aktualne dane. Faktycznie wzrost pacjentów z gruźlicą wielolekooporną jest widoczny, też z uwagi na wprowadzenie programu i założenia programu, natomiast z tego, co pamiętam sprzed kilku miesięcy, stan w Polsce nie przekraczał stu osób. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo dziękuję. Czy są jeszcze jakieś pytania? Pani...

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Ja poproszę o przygotowanie szczegółowego materiału.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Do mikrofonu poprosimy.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Poproszę o przygotowanie tego materiału, o którym pani wspomniała, ze szczególnym uwzględnieniem tego, kto w województwie małopolskim posiada taką umowę na realizację świadczeń tego typu. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo dziękuję. Ja mam na koniec pytanie...

Główny inspektor sanitarny Paweł Grzesiowski:

Jeżeli mogę ad vocem, to liderem w Małopolsce jest szpital w Jaroszewcu, który koordynuje i bardzo silnie wspiera całą aktywność w tym zakresie. Między innymi dyrektor Grzesik – myślę, że wszystkim państwu znany – jest taką osobą, która bardzo mocno walczy o to nowe podejście do gruźlicy, również w tym zakresie, o którym była tutaj mowa, czyli tego zdalnego monitorowania pacjenta, żeby nie musiał leżeć kilka miesięcy w szpitalu, będąc leczonym na gruźlicę. Też należy to bardzo mocno powiedzieć – nowe leki dużo szybciej prowadzą do odprątkowania, czyli pacjent może szybciej wrócić do społeczeństwa, nie musi być przez kilka miesięcy w szpitalu ze względu na to, że ten proces odprątkowywania trwa długo. Ale te leki oczywiście są bardzo kosztowne, więc to jest ten powód ograniczonego stosowania, już nie mówiąc o tym, że w skali światowej tych leków brakuje. To jest też problem zaopatrzenia w te leki, nie tylko w Polsce, ale i globalnie.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Pani naczelnik Kujawa, bardzo proszę.

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Joanna Kujawa:

Jeszcze uzupełnię. Jeśli chodzi o kwestię zaopatrzenia pacjentów w ramach programu, o czym wspomniał pan minister, to na ten moment z programu są wydawane leki do terapii, tak że pacjenci są w pełni zaopiekowani. Jeśli chodzi o kwestię województwa małopolskiego – dobrze zrozumiałam? – w załączniku są trzy jednostki: Szpital w Jaroszewcu, uwzględniany już przez pana ministra, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach, Szpital Specjalistyczny Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu. Jeśli chodzi o kwestie umów, to musiałabym na ten moment potwierdzić ich zawarcie przez Narodowy Fundusz Zdrowia – z jaką datą zostały zawarte i jak są aktualnie realizowane.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Panie przewodniczący, czy jeszcze mogę? Przepraszam, że tak często, ale...

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Bardzo proszę. Po to się spotkaliśmy.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD):

Akurat to jest dosyć istotna kwestia. Kiedyś byłam radną województwa małopolskiego i doskonale znam Szpital w Jaroszewcu i doskonale znam problemy, z jakimi zderzał

się ten szpital i z jakimi zderza się nadal. I wiem, że nie było zrozumienia i właściwego podejścia do leczenia gruźlicy lekoopornej. To był temat bardzo trudny, o którym również wielokrotnie mówił pan dyrektor. Natomiast mam nadzieję, że te nowe zagrożenia, które się pojawiają, m.in. wynikające z zagrożeń transgranicznych, o których wspominał pan minister, one zmieniają podejście i zmieniają również myślenie i sposób leczenia, mimo że terapie są bardzo kosztowne i wymagają dużego zaangażowania. Ale musimy mieć świadomość, że niedługo pewnie będziemy mierzyć się z tym, że ta choroba może być poważnym zagrożeniem społecznym na szerszą skalę i nie tylko punktową, jak tutaj do tej pory mówiliśmy. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Konrad Frysztak (KO):

Bardzo dziękuję. Mam ostatnie pytanie, wydaje się, że takie bieżące. Odnotowujemy duży wzrost zachorowań na krztusiec. Czy to ze strony głównego inspektora sanitarnego już jest jakimś narastającym problemem i czy pan minister może powiedzieć, z czego to wynika? To jest choroba, która przez wiele lat raczej omijała nasz kraj, a teraz ma taki powrót, nawrót, nowa fala.

Główny inspektor sanitarny Paweł Grzesiowski:

Proszę państwa, to jest element szerszego problemu. Bardziej bym tutaj, powiedzmy sobie szczerze, powiedział jako lekarz, nie jako urzędnik, że jest to problem przede wszystkim pewnej równowagi w ekosystemie. Jeżeli ta równowaga została zaburzona przez pandemię, czyli jedna choroba zdominowała globalnie ludzkość, to inne choroby przez te różne działania przeciwepidemiczne również zostały w pewnym sensie zgaszone. Czyli przestał istnieć ten naturalny ruch chorób zakaźnych, który często jest na tyle inicjujący odporność, że pozwala utrzymać populacyjnie wirusa czy bakterie pod kontrolą. Widzimy wyraźnie, że te wzrosty dotyczą paciorkowcowych zakażeń, chociażby szkarlatyny, mamy dużo większe zachorowania na pneumokoki. I to samo stało się z krztuścem. Rzeczywiście obserwujemy od początku tego roku wyraźny wzrost zachorowań na krztusiec. Do 15 września tych zachorowań było prawie 15 tys., podczas gdy przeciętnie rocznie mieliśmy tych zachorowań nie więcej niż 1000–1200. Taki rekordowy rok, o ile dobrze pamiętam chyba 2016, to było 6,5 tys. zachorowań. Więc jesteśmy wyraźnie powyżej tych wskaźników, które wcześniej notowaliśmy. I nie da się tego w prosty sposób przełożyć na przykład na spadek wyszczepialności. Jest taka ciągota, żeby powiedzieć: „A, ludzie się nie szczepią, to mamy więcej zachorowań”. Tu sprawa nie jest taka oczywista, dlatego że taką chorobą kontrolną, którą widzimy w drugim okienku jest odra, gdzie również możemy powiedzieć o spadku wyszczepialności, ale zachorowalność na odrę to 200 przypadków, a nie 20 tys. Więc widzimy, że to nie jest jedyny czynnik. Oczywiście faktem jest, że mamy mniej szczepień populacji dziecięcej. Niemniej jednak musimy tu powiedzieć o innym zjawisku, ponieważ krztusiec jest chorobą, która może zaatakować w każdym wieku, a szczepienie przeciwko krztuścowi kończymy w wieku lat 14. I potem cała populacja praktycznie po paru latach jest już znowu wrażliwa na krztusiec. Czyli inaczej mówiąc, mamy gigantyczny niedobór odporności populacyjnej wynikający z natury tej choroby. I ponieważ doszło do aktywacji tej choroby, również mamy poczucie, że to absolutnie nie jest problem, który narodził się w Polsce, tylko krztusiec z południa Europy, przecież wcześniej mieliśmy sygnały o dużej zachorowalności z Czech, więc prawdopodobnie zaabsorbowaliśmy ten wzrost z innych krajów. Ale w tej chwili w Polsce rzeczywiście sytuacja jest trudna, ponieważ musimy zdać sobie sprawę, że większość polskiego społeczeństwa, jeżeli chodzi o osoby dorosłe, jest podatna na zachorowanie. W związku z tym powinniśmy wdrożyć akcję szczepień i mówimy o tym cały czas, że w tej chwili powinniśmy realizować te zalecenia szczepienia przypominającego przeciwko krztuścowi raz na dziesięć lat. I pojawiła się, moim zdaniem, bardzo ważna inicjatywna, żeby zwiększyć dostępność szczepień przeciwko krztuścowi u kobiet w ciąży. To jest taki krytyczny moment, bo dziecko rodząc się, nie ma odporności. I wiele z tych najcięższych zachorowań, włącznie z tym jedynym zgonem w ostatnich czasach, to są właśnie niemowlęta, które jeszcze nie mogą być zaszczepione, a są podatne na ciężki przebieg choroby. Szczepienia w ciąży dałyby nam dwa efekty. Jeden to ochrona kobiet ciężarnych, a drugi to ochrona noworodka po urodzeniu, bo te przeciwciała przechodzą przez łożysko.

Były podjęte różne próby zwiększenia dostępności tych szczepień, chociażby przez to, żeby objąć je programem szczepień nieodpłatnych. Ale ten proces trwa i jak on się zakończy, tego nie wiem. Natomiast oczywiście te szczepienia są dostępne, zalecane. Był moment, że szczepionek brakowało, bo było tak duże zainteresowanie. W tej chwili szczepionki są dostępne, ale tak jak mówię, w mechanizmie szczepień odpłatnych. To są szczepienia zalecane, a nie bezpłatne.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Apelujemy o to, by je wykonywać. Pan poseł Ścieborowski, bardzo proszę.

Poseł Łukasz Ścieborowski (KO):

Dziękuję, panie przewodniczący. To jeszcze mam pytanie uzupełniające. Czy ten wzrost zachorowań na krztusiec rozkłada się mniej więcej równomiernie na całą Polskę, czy też któryś region jest dominujący w tej kwestii?

Główny inspektor sanitarny Paweł Grzesiowski:

Szczerze powiem – teraz nie jestem przygotowany tabelarycznie, jeżeli chodzi o te dane. Może pani naczelnik mnie wesprze.

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Joanna Kujawa:

Zaraz sprawdzę i...

Główny inspektor sanitarny Paweł Grzesiowski:

Natomiast wydaje się, że ponieważ to narasta stopniowo i widzimy, że mniej więcej miesięcznie to jest ok. 3–3,5 tys. nowych, świeżych zachorowań i mamy zgłoszenia z całego kraju, więc nie wydaje mi się, żeby były jakieś lokalne szczególne sytuacje. Ale myślę, że zaraz będziemy mieli dokładniejsze dane.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Panie pośle, czy wystarczy panu informacja już po, czy do protokołu...

Poseł Łukasz Ścieborowski (KO):

Tak.

Przewodniczący poseł Konrad Fryszak (KO):

Jeśli nie ma dodatkowych pytań, bardzo państwu wszystkim dziękuję za przybycie, za aktywność i zamykam posiedzenie podkomisji.