

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PUBLICZNEGO

(NR 27)

z dnia 14 kwietnia 2026 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 27)

14 kwietnia 2026 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Joanny Wichy (Lewica)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– **informację na temat wzrostu liczby zachorowań na choroby zakaźne, w szczególności na odrę, WZW typu A i gruźlicę.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Anna Baumann-Popczyk** dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Ewa Augustynowicz-Kopeć** dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie ze współpracownikiem, **Małgorzata Sadkowska-Todys** kierownik Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny, **Andrzej Sarnowski** dyrektor Pionu Rozwoju SIM i Wdrożeń w Centrum e-Zdrowia, **Małgorzata Gienza** konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, **Barbara Pepke** prezes Fundacji Gwiazda Nadziei, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich, **Grzegorz Ziemiński** partner Instytutu Zdrowia i Demokracji, **Mateusz Stefankowski** dyrektor biura poselskiego Joanny Wichy.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego.

Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Stwierdzam kworum. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat wzrostu liczby zachorowań na choroby zakaźne, w szczególności na odrę, WZW typu A i gruźlicę. Przedstawia Ministerstwo Zdrowia. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów i posłanek na maile i zamieszczone w folderze SDI na państwa iPadach. Dostępne są również w formie papierowej.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Proszę przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia o przedstawienie informacji.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Anna Baumann-Popczyk:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowne panie posłanki, szanowni panowie posłowie, szanowni państwo, Anna Baumann-Popczyk, dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia.

Chciałabym państwu przedstawić informację na temat wzrostu liczby zachorowań na wybrane choroby zakaźne. Rozpocznę od wirusowego zapalenia wątroby typu A, potem przejdę do sytuacji epidemiologicznej odry, a następnie odnośnie do sytuacji epidemiologicznej gruźlicy przekażę głos ekspertom, którzy są tutaj razem ze mną.

Szanowni państwo, jeśli chodzi o sytuację epidemiologiczną wirusowego zapalenia wątroby typu A, to w 2025 r. zarejestrowano i zaobserwowano znaczący wzrost liczby zachorowań. W stosunku do roku 2024 był to niemalże 3,5-krotny wzrost. Gdybyśmy również popatrzyli na zapadalność z lat 2010–2023, na medianę zapadalności, to w 2025 r. była ona niemalże 11-krotnie wyższa.

Gdybyśmy bardziej szczegółowo przeanalizowali tę sytuację epidemiologiczną, to znamienne i wyróżniające się wśród tych zachorowań na WZW typu A jest to, że dominują zachorowania wśród mężczyzn w grupie wieku 25–39 lat. Obserwujemy również – zresztą to jest bardzo charakterystyczne dla tej choroby – występowanie ognisk epidemicznych. Co oznacza ognisko? Ognisko to minimum dwa zachorowania, które są ze sobą powiązane epidemiologicznie. Takich ognisk w 2025 r. zaobserwowano około 100. Były to głównie małe ogniska – małe ogniska domowe. Zdarzały się również z większą liczbą zachorowań.

Natomiast gdybyśmy popatrzyli na rok 2026 do tej pory, to niestety nadal utrzymuje się trend wzrostowy. Również obserwujemy podobny trend w zakresie tego, że wśród osób chorych dominują mężczyźni i również trend w tej grupie wieku jest utrzymywany.

Powiedziałam państwu o ogniskach. Jeszcze do niedawna, gdybyśmy cofnęli się parę lat wstecz, to u nas w kraju dominowały zachorowania zawlekane, importowane z innych krajów – z tych krajów, gdzie endemiczność zachorowań jest zdecydowanie wyższa niż u nas w Polsce, na przykład Egipt, Maroko itd. Natomiast w tej sytuacji, w 2025 r., liczba zachorowań importowanych jest zdecydowanie mniejsza, stanowi mniejszy procent, mniejszy odsetek. Dominują zachorowania rodzime, nasze, krajowe.

Obserwujemy też zróżnicowanie geograficzne. Większość zachorowań występuje w województwach mazowieckim, pomorskim, wielkopolskim i łódzkim. Co charakterystyczne, te zachorowania występują w dużych aglomeracjach miejskich – Warszawa, Gdańsk, Łódź, Poznań oraz Wrocław. Podobny trend utrzymuje się w 2026 r.

Jeśli chodzi o kwestię dotyczącą ograniczenia występowania zachorowań, to tutaj największą rolę odgrywa Państwowa Inspekcja Sanitarna. Dlaczego? Dlatego, że w sytuacji, kiedy lekarz wykryje takie zachorowanie, ma obowiązek zgłoszenia do Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na WZW typu A i wtedy Państwowa Inspekcja Sanitarna rozpoczyna tak zwane dochodzenie epidemiologiczne. W toku tego dochodzenia ustala kontakty – najbliższe kontakty, dalsze kontakty. W jakim celu? W celu takim, żeby te osoby z kontaktu zaszczepić.

Państwo nie mają tego w materiale, ale podzielę się z państwem informacją na temat liczby dawek szczepionki przeciwko WZW typu A, która w związku właśnie z tą sytuacją epidemiologiczną została zwolniona z tak zwanej rezerwy przeciwepidemicznej. W 2025 r. to było ponad 7 tys. dawek. Co to oznacza? Oznacza to, że na jedną osobę chorą zostało zadysponowanych około 8 dawek właśnie po to, żeby ograniczyć te zachorowania. Liczba dawek dla osób powyżej 16. roku życia to powyżej 4 tys. W przypadku WZW typu A sytuacja, jeśli chodzi o szczepienia, jest nawet komfortowa, bo mamy okres 14-dniowy od momentu ostatniej ekspozycji na to, aby skutecznie zaszczepić osobę narażoną tak, żeby ona nie zachorowała.

Jeśli chodzi o sytuację epidemiologiczną odrę, to jeżeli państwo pamiętają, takim rokiem, w którym ta sytuacja uległa bardzo znaczącemu pogorszeniu, był rok 2019. Wtedy odnotowaliśmy ponad 1500 zachorowań. Natomiast w czasie pandemii COVID-19 – ale to był trend w odniesieniu do praktycznie wszystkich chorób zakaźnych – zaobserwowaliśmy spadek liczby zachorowań na odrę. Dzięki nefarmakologicznym środkom typu maseczki, dystans, pozostałe choroby zakaźne właściwe miały przecięte drogi szerzenia.

Natomiast jeśli chodzi o to, co się zadziało w 2024 r., to w stosunku do tych lat pandemicznych zaobserwowaliśmy wyraźny wzrost liczby zachorowań. W 2024 r. było 1272 zachorowań, natomiast w 2025 r. zaobserwowaliśmy już spadek liczby zachorowań, bo było ich 1118. Jeśli chodzi o hospitalizacje, to ten odsetek w przypadku osób chorych na odrę wyniósł ok. 50%.

Jednym z kluczowych czynników, które mają wpływ na sytuację epidemiologiczną odrę, jest poziom zaszczepienia populacji przeciwko odrze. Gdybyśmy popatrzyli na lata ubiegłe, to na przykład od 2017 r. poziom zaszczepienia pierwszą dawką MMR utrzymuje się poniżej progu 95%. Dla drugiej dawki poziom ten na razie nie został osiągnięty. W 2024 r. odsetek osób zaszczepionych drugą dawką wynosił 81%.

Nie chciałabym demonizować tej sytuacji. To nie jest sytuacja skrajnie zła, ale nadal powinniśmy dążyć do tego, żeby poziom zaszczepienia był zdecydowanie wyższy, ponieważ to co grozi nam, jeśli nie zwiększymy tego poziomu zaszczepienia, to po prostu kumulacja osób odpornych, a tym samym wzrost ryzyka wystąpienia dużych ognisk zachorowań na odrę.

Kontekst ewentualnej sytuacji związanej z konfliktem zbrojnym na Ukrainie. Myślę, że wielu z państwa może się zastanawiać, czy miało to wpływ na sytuację epidemiologiczną odrę i na to, że obserwowaliśmy wzrost liczby zachorowań. Z naszych analiz nie wynika, aby to miało miejsce. To nie jest tak, że przybycie tych osób spowodowało pogorszenie. Na to miało wpływ to, co państwu powiedziałam, że jednak ten poziom zaszczepienia nie jest do końca taki, jaki powinien być.

Natomiast również powinniśmy popatrzeć na kontekst szerszy, nie tylko nasz krajowy, ale w ogóle europejski. W wielu krajach europejskich w latach 2023–2024 obserwowaliśmy wzrost liczby zachorowań na odrę, bardzo dużo epidemii, między innymi w Rumunii, w Wielkiej Brytanii. W Rumunii w 2024 odnotowano 23 zgony. U nas do tej pory zgonów z powodu odrę nie odnotowano.

No i podobnie jak w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu A kluczową rolę w ograniczeniu szerzenia się tych zakażeń odgrywa Państwowa Inspekcja Sanitarna. Tylko w przypadku odry mamy troszkę mniej komfortową sytuację, jeśli chodzi o szczepienia, bo nie mamy już 14 dni, tylko mamy 72 godziny. Mamy 72 godziny na to, żeby zaszczepić taką osobę, która miała kontakt z osobą chorą.

Chciałabym podkreślić ogromną rolę tego, aby lekarze, którzy rozpoznają lub podejrzewają zachorowanie na odrę, niezwłocznie – zresztą tak stanowi rozporządzenie – w ciągu 24 godzin powiadomili o tym fakcie Państwową Inspekcję Sanitarną. Mogą to zrobić telefonicznie, i to jest wyjątkowy przypadek, a potem uzupełnić to zgłoszenie w formie elektronicznej czy też papierowej druku ZLT-1 w dalszym czasie. Natomiast czas odgrywa kluczową rolę i to też powinno tutaj wybrzmieć.

Dodatkowo odra jest chorobą, która również podlega pod program koordynowany przez Światową Organizację Zdrowia. Jest to program eliminacji odry i różyczki. Jednym z elementów tego programu jest utrzymywanie odpowiedniego poziomu zaszczepienia w kraju. Kolejnym elementem jest również to, aby w przypadku podejrzenia zachorowania na odrę właściwie w każdym przypadku próbka od takiego pacjenta była potwierdzona laboratoryjnie – to jest bardzo ważne – w laboratorium do spraw odry i różyczki, które się mieści w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH.

Jeśli chodzi o liczbę osób, które zostały zaszczepione w związku z występowaniem zachorowań na odrę, to ja nie mam takich danych. Dlaczego? Dlatego, że tutaj jest troszkę inna specyfika tego mechanizmu wydawania szczepień na zwalczanie ognisk. Mianowicie w przypadku WZW typu A – jak wiedzą państwo, nie ma tego w programie szczepień obowiązkowych – jest to rezerwa przeciwepidemiczna. Tutaj są zwalniane szczepionki. Natomiast jeśli chodzi o szczepienia przeciwko odrze, to te szczepionki też są w ramach rezerwy przeciwepidemicznej, no ale one są pobierane w ramach tych szczepionek, które są dostępne w Programie Szczepień Ochronnych. W związku z tym nie mam takich szczegółowych statystyk. Niemniej jednak takie szczepienia są realizowane w ogniskach odry, więc ta liczba zachorowań już w 2025 r., w stosunku do 2024 r., spadła.

Jeśli chodzi o sytuację epidemiologiczną gruźlicy, to jeżeli pani przewodnicząca mi pozwoli, przekazałabym głos ekspertom, którzy są ze mną – z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc pan profesor Nowiński oraz dyrektor, pani profesor Augustynowicz. Bardzo proszę.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo proszę. Tylko proszę się przedstawiać za każdym razem.

Kierownik Zakładu Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Adam Nowiński:

Dzień dobry państwu. Adam Nowiński. Jestem kierownikiem Zakładu Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.

W ciągu ostatnich kilku lat obserwujemy pewne zawirowania związane z liczbą przypadków gruźlicy. Były one związane głównie z tak zwanym dołkiem covidowym, kiedy rozpoznawalność gruźlicy wyraźnie spadła. Natomiast patrząc w perspektywie wieloletniej, od wielu lat obserwujemy istotny spadek zapadalności na gruźlicę w Polsce. Wynika to z wieloletniego działania środowiska i władz publicznych oraz charakterystyki choroby, która jest często chorobą z reaktywacji i aktualnie zapadają na nią osoby, które złapały drobnoustrój 10, 20 albo nawet 30 lat temu. W związku z tym spadek zapadalności na gruźlicę jest związany z ogólną poprawą zdrowotności społeczeństwa w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat.

Natomiast elementem, który obserwowaliśmy i do którego przykładaliśmy ogromną wagę w ciągu ostatnich 4–5 lat, jest wojna na Ukrainie, ponieważ musimy sobie zdawać sprawę z tego, że ruchy migracyjne, przemieszczanie się ludności może mieć istotny wpływ na zapadalność na gruźlicę, szczególnie, że za naszą wschodnią granicą, u naszych sąsiadów, na Ukrainie, zapadalność na gruźlicę jest wyraźnie większa niż w Polsce. Wynosi od 70 do 90 przypadków na 100 tys., a w porównaniu z Polską, która aktualnie zbliża się do 10 przypadków na 100 tys. to oznacza, że osoby, które osiedlają się w Polsce, mają znacznie większe ryzyko zachorowania.

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc wraz z Ministerstwem Zdrowia – za co dziękujemy – bardzo intensywnie się temu przypatrywał. W 2022 r. powstał program pilotażowy leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych, który aktualnie jest w okresie ewaluacji. Ministerstwo Zdrowia przygotowało zespół, który korzystając z okazji, korzystając z doświadczeń związanych z wojną na Ukrainie, przygotował kompleksową reformę systemu leczenia gruźlicy

w Polsce. Ta reforma jest skierowana bardziej na potrzeby pacjenta, na bardziej etyczne podejście do leczenia, leczenie w trybie ambulatoryjnym oraz wdrożenie najnowszych, innowacyjnych technik leczenia.

Chciałbym wspomnieć o dwóch bardzo istotnych elementach, ponieważ uważamy, że przygotowanie się do ewentualnych zagrożeń jest elementem budowania odporności państwa, a choroby zakaźne, w szczególności gruźlica, są elementem, o którym nie powinniśmy zapominać. W trakcie tych działań o charakterze tworzenia odporności przygotowaliśmy dwa bardzo istotne elementy, przede wszystkim centralne repozytorium leków na gruźlicę. Po raz pierwszy od początku niepodległości mamy magazyn, w którym przechowujemy leki. Czekają one na pacjenta w sytuacji, gdybyśmy mieli zwiększone zapotrzebowanie na leczenie. W tym przypadku dotyczy to leczenie gruźlicy wielolekoopornej, o której wspomniała pani profesor, ponieważ jest to choroba bardzo ciężka i bardzo kosztowna – leczenie jednego pacjenta kosztuje około 200 tys. zł – i jesteśmy w stanie wyleczyć około połowy pacjentów. Czyli skuteczność leczenia jest mniejsza, a za naszą wschodnią granicą, z uwagi na pewne błędy związane ze zdrowiem publicznym de facto w latach 80., odsetek chorych na gruźlicę wielolekooporną jest o wiele wyższy niż w Polsce. Jeśli u nas ten odsetek wynosi maksymalnie 2%, to na Białorusi i w Rosji sięga 40%. Czyli 40% pacjentów to są chorzy z gruźlicą wielolekooporną. To jest element, który musimy brać pod uwagę w ramach ewentualnych kolejnych zagrożeń.

Aktualna liczba pacjentów w Polsce, jeśli chodzi o gruźlicę lekowrażliwą i lekooporną, wynosi około 3,5 tys. przypadków, co jest wyraźnym spadkiem w stosunku do okresu poprzedniego. Natomiast liczba przypadków tej najcięższej gruźlicy, wielolekoopornej, o której wspomni zaraz pani profesor, sięga rocznie 100–120, tyle szacujemy. Ta liczba wyraźnie wzrosła od początku wojny na Ukrainie, ponieważ jest to związane ze zwiększoną liczbą osób, które urodziły się poza granicami Polski.

Generalnie w całej Unii Europejskiej, wobec spadku zapadalności na gruźlicę, odsetek osób urodzonych poza granicami krajów, z których odchodzą, jest bardzo wysoki. W Norwegii liczba osób, które chorują na gruźlicę i urodziły się poza Norwegią, sięga 90%. Czyli generalnie w miarę poprawy sytuacji epidemiologicznej w Polsce, którą mamy nadzieję w dalszym ciągu obserwować, będziemy widzieli zwiększony odsetek osób urodzonych poza krajem pochodzenia. Szykujemy się do tego. Ponieważ Polska staje się krajem rozwiniętym o stosunkowo niskiej zapadalności, musimy się do tego przygotować.

Kolejnym elementem, który jest bardzo istotny i odnośnie do którego musimy sobie zdawać sprawę, żeby się do tego przygotować, jest niedobór leków na gruźlicę w Unii Europejskiej. Problemem, o którym mówimy w miarę pewnego sukcesu w leczeniu, czyli że mamy praktycznie 40 tys. przypadków gruźlicy w całej Europie, jest to, że w Europie nie ma leków, które są dostępne w krajach o wysokiej zapadalności. To jest dla naszych pacjentów bardzo niekorzystne, ponieważ moglibyśmy skrócić czas leczenia z 6 do 4 miesięcy, ale brakuje nam jednego głównego komponentu. Firmy farmaceutyczne nie są zainteresowane wdrażaniem tego leku na rynku europejskim, ponieważ rynek jest za mały. W związku z tym aktualne rynkowe mechanizmy nie działają i kilka instytucji stara się temu przeciwstawić.

Ministerstwo Zdrowia, o którym wspomniałem wcześniej, skupiło się na najpilniejszej gruźlicy wielolekoopornej, natomiast instytucje centralne Unii Europejskiej w postaci agencji HERA planują zrobić zakupy dla całej Europy. Czyli wygląda na to, że poprawiająca się sytuacja epidemiologiczna ogólnie powoduje pewne zaburzenia związane z dostępnością do leków, które w najbliższych latach będziemy musieli rozwiązać. Natomiast kluczem do sprawy jest poradzenie sobie z problemem potencjalnym oraz z rzeczywistym problemem gruźlicy wielolekoopornej. Teraz poprosiłbym panią profesor o kilka słów na temat tej ciężkiej choroby.

Dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie Ewa Augustynowicz-Kopeć:

Dzień dobry państwu. Pani przewodnicząca, panie posłanki, szanowni państwo, nazywam się Ewa Augustynowicz-Kopeć. Jestem dyrektorem Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc i jednocześnie szefem Krajowego Referencyjnego Laboratorium Prątka.

Chcę powiedzieć, że jeżeli chodzi o diagnostykę gruźlicy wielolekoopornej – to, co powiedział pan profesor, że w tej chwili jest to jednym z największych zagrożeń dla zdrowia publicznego – to sieć laboratoriów prątka w Polsce jest doskonale przygotowana. Zgodnie z zaleceniami ECDC i WHO dążymy do przypadków potwierdzonych mikrobiologicznie, ponieważ jeżeli mamy przypadek potwierdzony mikrobiologicznie, to znaczy, że jest wysokie prawdopodobieństwo,

że czynnikiem etiologicznym tych zmian, który obserwujemy u chorego, jest na pewno prątek gruźlicy, czyli bakterii *Mycobacterium tuberculosis*.

Polskie laboratoria są doskonale przygotowane do algorytmu, który został wprowadzony przez WHO. WHO zaleca identyfikację chorych z gruźlicą, w tym przede wszystkim chorych z gruźlicą lekooporną, szybkimi testami molekularnymi. W Polsce 98% laboratoriów, dzięki doskonałej współpracy instytutu i WHO, zostało wyposażonych w szybkie systemy molekularne. Czyli możemy w bardzo krótkim czasie, w ciągu 48 godzin, zidentyfikować chorego z gruźlicą, w tym również z gruźlicą wielolekooporną.

Oczywiście następnym etapem, który zalecają zarówno ECDC jak i WHO, jest śledzenie dróg transmisji. Czyli śledzimy te szczepy, które przypływają, które znajdują się w Polsce.

Dzięki współpracy z Ministerstwem Zdrowia jesteśmy zaopatrzeni w system do sekwenjonowania. Czyli mamy takie narzędzie, że możemy dokonać dokładnej analizy molekularnej szczepów, które izolujemy zarówno od polskich chorych, jak i obcokrajowców. W związku z tym możemy dokładnie śledzić te drogi transmisji.

No i oczywiście to, o czym mówił pan profesor Nowiński, stadium latencji. W przypadku gruźlicy – jest to choroba zakaźna, ale ona nie jest chorobą wysoce zakaźną – w wyniku kontaktu z chorym prątkującym do zakażenia dochodzi u około 10% populacji. Z tych 10% u około 90% rozwija się postać latentna, która w wyniku zaburzeń układu immunologicznego może spowodować aktywną postać gruźlicy.

To, co chcielibyśmy w najbliższej przyszłości zorganizować, to taki rejestr chorych z latentnym zakażeniem i z chorobami współtowarzyszącymi, bo na pewno te choroby współtowarzyszące są czynnikiem, który powoduje przejście tej formy latentnej do aktywnej postaci. Takie są nasze plany na przyszłość. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Czy jeszcze ktoś z państwa z ministerstwa chciałby? Nie. To ja mam takie... Albo nie, najpierw koleżanki. Może któraś z koleżanek chciałaby zabrać głos. Ja potem. Panie posłanki? Nie. No to ja.

Przed przyjściem na posiedzenie podkomisji jeden z kolegów posłów powiedział mi o takim zdarzeniu dotyczącym zresztą jego córki. Pierwsze dziecko zostało zaszczepione przeciw gruźlicy od razu w szpitalu, natomiast jeśli chodzi o drugie dziecko, tak się zdarzyło, że z jakiegoś powodu nie zostało od razu zaszczepione, poszło do domu... Czy sami rodzice o tym zdecydowali, że nie od razu, tylko później, bo to dziecko słabsze się urodziło, czy jakoś tam... Nie wnikałam. Natomiast oczywiście ten pan poseł – bo to akurat tata – bardzo chciał zaszczepić to swoje dziecko. Powiedział, że jest taki problem, że jeżeli się nie zaszczepi dziecka w szpitalu, to potem ambulatoryjnie zaszczepienie takiego dziecka graniczy z cudem. Teraz to dziecko ma sześć lat i oni do tej pory nie znaleźli takiej możliwości, a to dlatego, że w jednej ampulce jest 10 dawek i bardzo trudno jest znaleźć tego samego dnia dziesiątkę dzieci, żeby akurat miały się zaszczepić.

Zastanawiam się więc, że kiedy mamy takie trudności z wyszczepialnością, bo niestety wielu rodziców decyduje się na to, żeby w ogóle nie szczepić swoich dzieci, to taka sytuacja... Pan profesor już mi trochę odpowiedział, że będzie to bardzo trudne, żeby na przykład te porcje, dawki były mniejsze, bo skoro i tak jest problem z lekami, pewnie też ze szczepionkami – chociaż może to jest rozdzielné – to będzie z tym kłopot. To jest pierwsze pytanie, na które poproszę odpowiedzieć.

Po drugie, chciałabym też usłyszeć, jak bardzo to, że dziecko zostanie zaszczepione przeciw gruźlicy, chroni dziecko przed zakażeniem się – tak jak tutaj pani profesor mówiła, że zagrożenie tą chorobą to jest 90%, jeśli chodzi o kontakt bezpośredni – i tą postacią latentną. A co w przypadku, kiedy dziecko nie jest zaszczepione? Jak bardzo to może wpłynąć na rozwinięcie się choroby szybciej czy inną postacią? Najpierw poproszę panią dyrektora z Ministerstwa Zdrowia.

Dyrektor departamentu MZ Anna Baumann-Popczyk:

Odnosnie do kwestii szczepienia przeciwko gruźlicy, to ten poziom zaszczepienia jest naprawdę chyba najlepszy. To jest w granicach 96–98%. Naprawdę jest bardzo dobrze.

Odnosnie do kwestii technicznej... Zgodnie z PSO dziecko powinno być zaszczepione do momentu opuszczenia oddziału. Opuszczając oddział, powinno już być zaszczepione.

Pani przewodnicząca już wspomniała o kwestii konfekcjonowania – 10 dawek – ale jest jeszcze kwestia techniczna wykonania szczepienia, bo ta technika troszkę się różni od wykonania szczepienia standardowego. To jest jedna kwestia techniczna. Natomiast to było sześć lat temu,

więc trudno mi się odnieść do tej konkretnej sytuacji. Jednak mając na uwadze tę sytuację, że może być taki przypadek, rzeczywiście może być problem z zaszczepieniem dziecka w POZ, po pierwsze, ze względu na to, że szczepionka jest konfekcjonowana po 10 dawek i technika szczepienia jest dosyć trudna – pielęgniarka w POZ, która nie realizuje takiego szczepienia na co dzień, może mieć po prostu problem techniczny. To...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To jest kwestia próby tuberkulinowej. Czy tak? Nie, dobrze...

Dyrektor departamentu MZ Anna Baumann-Popczyk:

Zaraz dojdziemy do tego. Natomiast NFZ wprowadził taki produkt rozliczeniowy, że w przypadku, kiedy dziecko nie było zaszczepione tuż po porodzie, rodzice mogą wrócić do szpitala i tam to szczepienie może być wykonane. Jest więc taka możliwość. Natomiast odnośnie do dalszych aspektów, to przekazać głos państwu. Pan profesor czy pani profesor?

Dyrektor IGiChP w Warszawie Ewa Augustynowicz-Kopeć:

Ja chcę tylko powiedzieć, że szczepionka BCG nie chroni przed zachorowaniem. Po wprowadzeniu tej szczepionki zdecydowanie spadła zapadalność na gruźlicę ośrodkowego układu nerwowego u dzieci. Mamy starą szczepionkę BCG. Szczepionka BCG po raz pierwszy została zastosowana w 1921 r. i szczepimy nią nadal. Jest też dobra wiadomość, że WHO przewiduje wprowadzenie w 2028 r. szczepionki, która będzie chroniła właśnie tych latentnie zakażonych przed przejściem tej postaci latentnej w aktywną postać. Zostały nam jeszcze dwa lata. Miejmy nadzieję, że ta szczepionka zostanie zarejestrowana.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę panią.

Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego Małgorzata Giemza:

Szanowni państwo, Małgorzata Giemza. Ja reprezentuję środowisko pielęgniarek epidemiologicznych. Jestem konsultantem wojewódzkim na teren Mazowsza.

Chciałabym tylko powiedzieć, że jeśli chodzi o szczepienia, to pielęgniarki są przygotowane do tego, szanowni państwo, żeby szczepić czy podskórnie, czy według tradycji, w jakiej szczepienia są wykonywane, jeśli chodzi o gruźlicę. Tak więc nie róbmy z tego problemu. Powiedziałabym, że skoro już dziecko nie zostało zaszczepione w szpitalu, a tych dawek rzeczywiście tam jest 10, to 9 jest do zmarnowania. Może tu jest problem. Na pewno to jest sprawa do rozwiązania, ale już wewnątrz w każdym szpitalu, oddziale itd. My na tej sali takiego problemu nie rozwiązujemy. Nawet nie ma o tym co mówić.

Ponieważ mówimy teraz o gruźlicy, chciałabym powiedzieć, że jeżeli już wiemy – bo mamy już te szybkie testy – że pacjent jest zakażony, prątkujący, jeśli chodzi o gruźlicę i ten szczep wielolekooporny, więc najbardziej niebezpieczny, to nie mamy gdzie tych pacjentów umieścić. Ja nie chciałabym powiedzieć, że instytut gruźlicy jest od tego, żeby przyjmować takich pacjentów, ale trafiają się nam ci pacjenci też w tak zwanych szpitalach rejonowych – rejonowych, powiatowych – w całej Polsce. Naprawdę, jeśli na taki oddział interny, gdzie obłożenie pacjentami dorosłymi – bardzo dorosłymi, że tak powiem – jest zdecydowanie duże, trafiają jeszcze pacjenci z gruźlicą, to powstaje problem, bo te szpitale zazwyczaj nie mają izolatek i te oddziały nie mają co z tym pacjentem zrobić. Chciałyby bardzo umieścić tego pacjenta tam, gdzie jest taka możliwość. Wydaje mi się, że tu jest problem.

Ja ostatnio odwiedziłam szpital w Otwocku, który leczy pacjentów. Przepiękne miejsce w olbrzymim remoncie – to trzeba chwalić i chyłę czoła przed dyrektorem tego ośrodka – niemniej jednak tych pacjentów gdzieś trzeba leczyć, jeżeli oni wymagają leczenia w szpitalu. Prawda, pani profesor? Może nie każdy, panie profesorze, wymaga leczenia w szpitalu. Niemniej jednak, gdy się trafi w takim oddziale, to co zrobić. Tam jest błąd strach. Tak kolokwialnie oczywiście mówię, ale jeżeli moglibyśmy jeszcze dwa słowa na ten temat powiedzieć to byłoby dobrze, bo mogłabym jeszcze coś innym osobom przekazać. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Zanim oddam głos, udzielię jeszcze głosu koledze, bo my mieliśmy takie spotkanie z kolei z personelem z Pruszkowa. Bardzo bym cię prosiła, żebyś opowiedział...

Dyrektor biura poselskiego Joanny Wichy Mateusz Stefankowski:

Mateusz Stefankowski, dyrektor biura posłanki Wichy.

Tak, mieliśmy nie tak dawno takie spotkanie. Były u nas panie z pruszkowskiego szpitala. To nie jest wyłącznie problem tego jednego szpitala, ale wielu szpitali powiatowych w Polsce, które nie są przystosowane do tego, aby zajmować się pacjentami z gruźlicą. Jest problem ze znalezieniem miejsc. Opowiadały nam historię, że nie tak dawno miały pacjenta, którego musiały wysłać transportem medycznym aż do Włodawy, bo tam było jedyne wolne miejsce, jakie udało się znaleźć. Takie poszukiwania bardzo zabierają czas personelowi. Oczywiście, jeżeli jest potrzeba, to personel to robi, ale też nie jest tak, że oni powinni obdzwaniać różne ośrodki w Polsce i pytać, czy mogą tam wysłać pacjenta, aby nie narażać innych pacjentów na niebezpieczeństwo zakażenia. Zastanawialiśmy się właśnie, jak można byłoby usprawnić to, czy jest jakaś możliwość zwiększenia liczby miejsc, czy w ogóle jest to brane pod uwagę, czy ma to zasadność finansową, bo może się okazać, że faktycznie w tej chwili jesteśmy w takim momencie, że jest bardzo wielu chorych, których trzeba byłoby izolować, ale za dwa lata problem zniknie. Jednak co robić do tego czasu? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Teraz proszę, panie profesorze.

Kierownik zakładu IGiChP w Warszawie Adam Nowiński:

Bardzo dziękuję za te uwagi. One są dla nas bardzo ważne i bardzo cenne dlatego, że idealnie spełniają te kryteria poprawy, które uznaliśmy w zespole do spraw opracowania krajowego programu profilaktyki i leczenia. W dużej grupie, w której byli między innymi dyrektorzy szpitali, przedstawiciele środowiska medycznego, ale również inspektoratu sanitarnego, uznaliśmy, że powinniśmy w Polsce wprowadzić kartę diagnostyki i leczenia gruźlicy, czyli taką szybką ścieżkę diagnostyczną, w której każdy wie, jak należy postępować.

Taka ścieżka postępowania opisana w karcie diagnostyki i leczenia gruźlicy wyglądałaby w ten sposób, że osoba, która podejrzewa gruźlicę, otwiera taką kartę, jak karta leczenia onkologicznego i wówczas pacjent jest już elektronicznie za rękę prowadzony do miejsca, gdzie ma trafić, w którym powiatowy inspektor sanitarny przeprowadza diagnostykę kręgu pacjentów wokół tego chorego. W takim usystematyzowanym łańcuchu badania moglibyśmy całkowicie rozwiązać problem szukania tych miejsc.

Miejsc leczenia gruźlicy w Polsce mamy wystarczającą liczbę. Tych szpitali jest dużo, Problem polega tylko na tym, że one są czasami w miejscach nieco bardziej odległych od dużych miast, od miejsc zamieszkania. Chcemy ten proces radykalnie przyspieszyć i stworzyć tak, żeby on był bardziej ludzki. Nie chcemy zbyt długo tych chorych izolować, jeśli w ogóle, dlatego że naszym celem jest leczenie skierowane na pacjenta. To jest sztandarowy plan tego krajowego programu profilaktyki i leczenia. Tutaj mamy uprzejmą prośbę do pań posłanek o wsparcie, żebyśmy wdrożyli ten nasz plan, który jest monitorowany i procedowany przez Ministerstwo Zdrowia, ponieważ chcielibyśmy po 100 latach odświeżyć system leczenia gruźlicy tak, żeby on był bardziej energiczny, sprężysty i otwarty na pacjentów. Tego typu postulaty są bardzo, bardzo istotne.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Zanim oddam pani głos, dodam, że panie, które były u nas na spotkaniu – opowiem, jak to wygląda od zplecza – najbardziej zaliły się na to, że w sytuacji, kiedy pojawia się pacjent, który jest podejrzany albo już jest stwierdzona gruźlica, musi być wyłączona tak naprawdę cała sala, na przykład czteroosobowa, bo trzeba pacjenta izolować, bo jest jedna izolatka na cały oddział. To niestety skutecznie uniemożliwia leczenie tych internistycznych pacjentów, bo to jest na internie, to nie jest oddział zakaźny. Szpital zakaźny w Otwocku, po pierwsze, się remontuje i chwala mu za to, ale też jest przeciążony absolutnie, bo przecież przestał już funkcjonować szpital przy ul. Płockiej w Warszawie i ci pacjenci gdzieś muszą znaleźć miejsce.

Pan dyrektor burzy cały mój misterny plan, jak to brakuje miejsca dla tych pacjentów z chorobami zakaźnymi, bo my się zastanawialiśmy właśnie, czy nie trzeba do ministerstwa pisać, że może jednak trzeba więcej tych łóżek, a się okazuje, że jest to tylko kwestia organizacji rozmieszczania tych pacjentów. Tam naprawdę te panie są w szalenie trudnej sytuacji, bo też jest tak, że przecież obsada dyżurowa pielęgniarstwa nie zwiększa się wyłącznie dlatego, że się pojawia pacjent z gruźlicą i ta sama pani pielęgniarzka musi opiekować się tymi pacjentami niechorymi i tym chorym, oczywiście po zachowaniu całego reżimu sanitarnego.

Proszę jednak sobie wyobrazić, ile czasu zajmuje – a ja wiem, ile zajmuje, bo sama chodziłam do dzieci z covidem – założenie całej tej ochrony osobistej. Tak więc faktycznie to jest bardzo fajna inicjatywa, ale też dobrze by było, gdyby dyrektorzy szpitali – wszyscy, bo wszędzie może się pojawić pacjent z gruźlicą – mieli taką świadomość, gdzie mają zadzwonić, kogo prosić o to, żeby to miejsce zostało wskazane.

Kierownik zakładu IGiChP w Warszawie Adam Nowiński:

Pani poseł, obiema rękami się podpisuję pod tym. Naszym planem jest stworzenie regionalnych centrów koordynujących. Regionalne centrum koordynujące, czyli de facto duży szpital gruźliczy, byłoby zobowiązaniem, żeby skoordynować leczenie na swoim terenie tak, żeby ścieżka pacjenta, ścieżka dotarcia była jasna i dla wszystkich oczywista, żeby ten pacjent nie czekał na transport. Z drugiej strony, żeby nie czekał na leczenie, dlatego że najbardziej właściwym postępowaniem jest szybkie włączenie leczenia poprzez szybką diagnostykę, ponieważ szacujemy, że już po dwóch tygodniach skutecznego leczenia chory nie jest zakaźny. Czyli z punktu widzenia zdrowia publicznego oraz prawa pacjenta najważniejsza jest niezwykle energiczna diagnostyka oraz szybkie włączenie właściwego i nowoczesnego leczenia. Nie chcieliśmy więc izolować chorych, tylko ich szybko zdiagnozować i jak najszybciej leczyć.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Proszę panią, bo pani pierwsza się zgłosiła.

Prezes Fundacji Gwiazda Nadziei Barbara Pepke:

Dzień dobry. Nazywam się Barbara Pepke. Jestem prezesem Fundacji Gwiazda Nadziei, w której obszarze zainteresowań są choroby wątroby, głównie wirusowe zapalenie wątroby. My jako organizacja postrzegamy WZW A może jako najmniej niebezpieczne WZW, które występują, bo mamy B i C przenoszące się przez krew. Może powiem w ten sposób, że 20-letnie doświadczenie działalności fundacji i współpracy z ekspertami pozwala mi tutaj powiedzieć, że WZW A jest niebezpieczne, jeżeli trafi na marską wątrobę.

Obserwujemy te wzrosty, piki zapadalności na WZW A co osiem lat. Obserwuje się to od dłuższego czasu. Dyskutując z czołowymi ekspertami leczenia chorób zakaźnych, utwierdzam się w tym, że niestety nie tyle brak higieny, ile ryzykowne sytuacje, zachowania, głównie młodych mężczyzn, przyczyniają się do tych wzrostów. Niestety tu jest edukacja, edukacja, uświadamianie.

Chylę czoła przed inspekcją sanitarną, która w całej Polsce razem z naszą fundacją edukuje młodzież w programie „Podstępne WZW”. Inspekcja sanitarna nas uczuliła kilkanaście lat temu, wprowadzając ten program – ponad 250 tys. uczniów rocznie ma lekcje o WZW – żeby nie pomijać WZW A, żeby właśnie o A edukować, bo młodzież musi o tym wiedzieć i musi znać drogi transmisji.

Ja chylę czoła przed Ministerstwem Zdrowia, że w ostatnich latach dostrzega się choroby zakaźne – choroby wątroby i wirusowe zapalenie wątroby. Chciałabym pochwalić, że wprowadzenie anty-HCV, czyli wirusa żółtaczkę typu C w programie „Moje zdrowie”, w bilansie, w ostatnich miesiącach powoduje 20-procentowy wzrost wykrywalności przewlekłego bezobjawowego wirusowego zapalenia wątroby typu C, które można wykryć.

Wracając do wyszczepialności i A, bo na B mamy, a na C nie mamy szczepionki, ta edukacja – przepraszam, że tak skaczę, ale zapomniałam o tym – musi bardzo się skupić na młodzieży, aby mogła się obronić przed ruchami antyszczepionkowców. My jako organizacja pacjentów, organizując kampanie edukacyjne, spotykamy się z ogromnym atakiem w ostatnich latach w kampanii na temat HCV, WZW C, na które nie ma szczepionki. Jeśli puścimy jakiś post sponsorowany, mamy lawinę komentarzy, które musimy blokować, bo są tak agresywne. Czyli antyszczepionkowcy nawet nie są doinformowani – słyszą wirus i atakują wszelkie kampanie edukacyjne. To nie jest łatwe edukować kogoś, jeżeli jesteśmy w ten sposób atakowani.

Odnosnie do dostępności, z przykrością stwierdzam, że są miejsca w Polsce, gdzie do poradni chorób zakaźnych się oczekuje rok. Tak więc pacjent z wszelką chorobą zakaźną nie jest wspierany w diagnozowaniu – mam też na myśli przewlekłe B i C przez krew przenoszone – jeżeli może się spotkać z lekarzem z NFZ za rok. Zatem gorąco bym apelowała do Ministerstwa Zdrowia o rozważenie zwiększenia kontraktów dla poradni chorób zakaźnych, ponieważ jest to dołujące.

Na koniec powiem, że po to jest Gwiazda Nadziei i może dlatego jestem tutaj chyba jako jedyna z organizacji pacjenckich, że nie ma zbyt wiele organizacji. Mimo wszystko nas to nie zniechęca do występowania w imieniu tych, którzy jednak, gdy są chorzy, czują się stygmatyzowani,

sami się nie przyznają, ukrywają się, nie chcą być wyleczeni, nie chcą być przebadani, wolą nie wiedzieć, że są chorzy. Tak więc my w ich imieniu będziemy tutaj przyjeżdżać, pokonując nawet kilkaset kilometrów i zabierać głos, dziękując za to, co już się zadziało, ale też apelując chociażby o zwiększenie kontraktów w poradniach chorób zakaźnych. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ja dodam, że pani właśnie przejechała kilkaset kilometrów – muszę pochwalić panią tutaj natychmiast – z Katowic. Wszystko powiedziałam już teraz przed kamerami. Proszę bardzo, bo pani się zgłaszała.

Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego Małgorzata Giemza:

Chciałabym zapytać, panie profesorze, pani profesor, na jakim etapie jest ta ścieżka. Czy ta informacja będzie w miarę szybko, czy jeszcze troszeczkę czasu minie? Tylko o tyle chciałam zapytać.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Przepraszam panią, jeszcze koleżanka.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

Bardzo państwa przepraszam. Myślałam, że nie będę miała potrzeby wypowiedzenia się, ale po raz kolejny słyszymy o tym, że edukacja ma ogromne znaczenie i program edukacji zdrowotnej, który Ministerstwo Edukacji Narodowej wprowadza do szkół od września już obowiązkowo, jest takim krokiem. Ja bardzo żałuję, że bez wychowania seksualnego, ponieważ to jest element spójny, zintegrowany z naszym rozwojem, ale takie mamy teraz czasy, żeby może powoli pewne rzeczy wprowadzać krokami po sobie następującymi.

Mnie interesuje też kwestia ataków w związku z różnego rodzaju szczepionkami. Na poprzednim posiedzeniu podkomisji, dzięki pani przewodniczącej, mieliśmy spotkanie z osobami, które też zwracały nam uwagę na środowiska atakujące kwestie związane z medycyną. Chciałabym powiedzieć, że w Ministerstwie Zdrowia pracuje się nad ustawą tak zwaną lex szarlatan. Czy dobrze mówię, pani dyrektor?

Dyrektor departamentu MZ Anna Baumann-Popczyk:

Wolałabym się do tego nie odnosić, ale tak, pracujemy nad tym.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

I to chyba jest taka odpowiedź, na którą wszyscy czekamy, żeby w końcu nastąpiło prawo, które nam pozwoli intensywnie, mocno, zdecydowanie i prawnie reagować na dezinformację w ochronie zdrowia. Będziemy tutaj z panią przewodniczącą dopytywać, na jakim etapie ta ustawa jest, ale widzę, że kroki postępują i że wszyscy oczekujemy, żeby ona się pojawiła. Tak więc dziękuję państwu za udział w posiedzeniu podkomisji.

Mam jeszcze pytanie – nie wiem, czy pani przewodnicząca mi pozwoli – dotyczące tych nieszczęsnych szczepionek, za które musimy teraz płacić w związku z wcześniejszymi, wykonanymi zamówieniami. Czy Ministerstwo Zdrowia uczestniczyło w takim pakiecie zamówień, czy nie? Jak to wygląda?

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Anna Baumann-Popczyk:

Może po kolei. Powiem tak od razu pani poseł – ja wolałabym do tego po prostu się nie odnosić, ponieważ nie było to tematem podkomisji i wolałabym nie zajmować stanowiska w tej sprawie. Jeżeli będzie takie oczekiwanie, to z pewnością możemy przekazać takie wyjaśnienia na piśmie. Natomiast tutaj padło kilka takich kwestii, do których chciałabym się odnieść.

Bardzo dziękuję pani z Fundacji Gwiazda Nadziei, bo gdy pracowałam w inspekcji sanitarniej, bo mam takie doświadczenie zawodowe, to również z tą fundacją miałam okazję współpracować – nie wiem, czy akurat z panią bezpośrednio. Natomiast tutaj pani poruszyła bardzo ważny aspekt, który trzeba bardzo mocno podkreślić, że trzeba się badać, bo gdy się zbadamy i będziemy wiedzieć, czy jesteśmy zakażeni, czy nie – i mówimy tutaj nie tylko o zakażeniu HCV, ale też o zakażeniu HIV – to mamy dostępne leczenie.

W przypadku HCV możemy się wyleczyć skutecznie, szybko. Mamy dostępny bardzo dobry program lekowy. W przypadku zakażenia HIV sprawa wygląda troszkę inaczej. Właściwie już

do końca życia przyjmujemy te leki, ale są one oferowane bezpłatnie i też mamy dostępne bardzo dobre leki.

Bardzo dziękuję, że to pani poruszyła, bo to po prostu musi wybrzmieć – wszyscy musimy się badać. Musimy się badać, bo tak naprawdę nie wiemy, co mamy w sobie, prawda? A mamy dostępne leczenie.

Padło też pytanie o krajowy program dotyczący leczenia gruźlicy, który został wypracowany przez zespół, którym kierował pan profesor. My obecnie w ministerstwie to analizujemy, ponieważ jest to bardzo duży program, poruszający różne aspekty. Analizujemy pod kątem wdrożeniowym. Nie odpowiem więc, kiedy dokładnie, nie jestem w stanie podać takiego terminu, ale wiedząc, że ma to wysoki priorytet ze swej strony postaramy się, żeby jak najszybciej, może nie od razu wdrożyć wszystkie proponowane rozwiązania, ale stopniowo to, co będzie niezbędne. To chyba wszystko. Czy jeszcze coś pominęłam?

Posel Urszula Koszutska (KO):

Nie, nie. Pani niczego nie pominęła, pani dyrektor. Ja tylko chciałabym zwrócić uwagę na to, że oprócz leczenia możemy też mieć taką świadomość, że jesteśmy chorzy i nie będziemy zarażać innych, bo to jest bardzo ważną uwagą w kontekście tych chorób, o których mówimy dzisiaj.

Prezes Fundacji Gwiazda Nadziei Barbara Pepke:

Barbara Pepke, Fundacja Gwiazda Nadziei. Jeśli mogę dodać, to zakaźnicy – lekarze chorób zakaźnych używają takiego określenia, że jesteśmy rezerwuarem wirusa i dlatego wykrycie i przeleczenie kogoś, nawet kto nie jest tego świadomy, powoduje, że właśnie nie jest tym rezerwuarem.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To ja chciałabym jeszcze dodać, że mam wrażenie takie, że świadomość tego, na jakie choroby zakaźne możemy zapaść i w jakich sytuacjach, jest niestety dosyć niska w naszym społeczeństwie. Tak słuchając teraz państwa zastanawiałam się, jak właściwie dotrzeć do społeczeństwa, bo chciałabym od razu powiedzieć z góry, że ulotki zostawiane w przychodniach niewiele dają, naprawdę. To znaczy, kiedyś tak robiliśmy. Teraz leżą i myślę, że to jest trochę wina nas, polityków, bo niekończące się kampanie wyborcze spowodowały, że ludzie mają już alergię na wszystko, co ma taki format i jest ulotką. Może jest to anegdotyczne, ale naprawdę ja myślę, że z tego powodu między innymi nie biorę ulotek – robię teraz sobie krzywdę jako polityczka przed przyszłymi wyborami. Zastanawiam się, co można byłoby zrobić, oprócz oczywiście... Teraz się przyznam, że nie wiem, czy to jest w programie edukacji zdrowotnej, czy będzie mowa o szczepieniach. Mam nadzieję, że będzie. To jest jedno i myślę, że to jest bardzo ważne.

Zastanawiam się jednak, jak jeszcze można by było. Może na przykład ze strony Ministerstwa Zdrowia jakiś rodzaj kampanii profilaktycznej czy oświatowej – nie wiem, jak to nazwać – w mediach. Są w tej chwili różne takie – to znaczy ja wiem, że to jest drogie – które reklamują jakieś badania. Mówią o badaniu prostaty, o badaniu piersi. Są panie aktorki, które zachęcają do badania. To tak naprawdę najbardziej trafia do ludzi. Ja wiem, że to są drogie kampanie, ale może warto. Jeśli nie w telewizji, to chociażby w internecie, chociaż ostatnio ktoś powiedział... Na którymś z posiedzeń podkomisji czy komisji była mowa o jakiejś profilaktyce i ktoś powiedział – to u mnie, tylko nie pamiętam, na jaki temat – że akurat tutaj ta docieralność jest żadna. Wydaje mi się zatem, że jedynie taka kampania w tych stacjach telewizyjnych, które mają duże zasięgi, coś by pomogła. To po pierwsze.

Po drugie, tak się zastanawiam, ilu rodziców czy dziadków, babć, tak jak ja, jest w stanie z ręką na sercu powiedzieć, jakie są objawy na przykład zakażenia WZW A czy gruźlicą. W przypadku odry jest wysypka, więc wiemy, o co chodzi, ale są takie choroby, że naprawdę nie wiemy. Czy na przykład przedłużający się kaszel u małego dziecka po zdiagnozowaniu wszystkiego, to miałby być sygnał, czy nie miałby być sygnał do tego, żeby zrobić właśnie próbę tuberkulinową, której pojęcia wcześniej źle użyłam. Nie wiem. Ja bardzo bym chciała taką wiedzę mieć i przyznaję bez bicia w tym momencie, że bez oparcia się na sztucznej inteligencji prawdopodobnie ot tak, z marszu, zapytana przez jakąś mamę czy tatę nie byłabym w stanie powiedzieć, na co zwrócić uwagę. I myślę, że nie jestem jedyna.

Dyrektor departamentu MZ Anna Baumann-Popczyk:

Pani poseł, ja może powiem tak. Gdyby to było takie proste i gdyby komukolwiek udało się jakąkolwiek kampanią informacyjną ograniczyć szerzenie się chorób zakaźnych, to naprawdę byłby duży sukces. Jednak my widzimy, że choroby zakaźne są sprytniejsze niż wszelkie kampanie informacyjne. Dlaczego? Dlatego, że jeśli chodzi o sytuację epidemiologiczną w Polsce pod kątem

różnych chorób zakaźnych – bo profilując jakąś kampanię informacyjną, musimy wziąć pod uwagę, że drogi szerzenia są różne, są też różne zachowania ryzykowne itd. – bardzo trudno jest zmienić mentalność ludzką. Bardzo trudno jest to zrobić. Myślę, że edukacja zdrowotna będzie chyba najbardziej efektywna. To jest jeden filar.

Drugi filar to chyba tak jak w przypadku szczepień lekarz sprawujący bezpośrednią opiekę, który według mnie jest kluczowym uczestnikiem systemu. Myślę, że tutaj też jest droga bardzo ważna.

Teraz w POZ mamy możliwość badania też w kierunku HIV. Gdyby po prostu przy okazji lekarz zaproponował, a może przypomniał, że jest taka możliwość. Może to też jest jakaś droga...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ale też to, co pani powiedziała o tym zgłaszaniu przypadków przez lekarzy. To szalenie ważne. Ja już mam w głowie, że zrobię post na socialach – tutaj zwracam się do mojego biura. Na pewno to zrobię, bo to byłoby bardzo ważne. Myślę, że w tym ferworze pracy i walki na przeciążenia często o tym się zapomina, a to ma naprawdę ogromne znaczenie.

Bardzo proszę, tutaj pan się zgłasza.

Partner Instytutu Zdrowia i Demokracji Grzegorz Ziemniak:

Grzegorz Ziemniak, Instytut Zdrowia i Demokracji.

Wróć do swojego ulubionego pomysłu, który już tutaj w tych salach parokrotnie padał od wielu lat, żeby egzekwując obowiązek szczepień, pomyśleć nie o kiju, tylko o marchewce, bo kij nie wyjdzie, wiemy, zarówno od strony społecznej i nastawienia nas, ludzi, do kija, jak i politycznej. Generalnie ja zawsze przywołuję taki przypadek. Ja moje dzieci – a mam maluchy trzyletnie i sześciolletnie – szczepię na wszystko. Niektórzy patrzą na mnie jak na wariata, ale to są szczepienia, jak państwo się domyślacie, czasami wykraczające poza obowiązkową listę. Podliczyłem budżet takich szczepień w jednym roku i dla tych moich dwóch budrysów, których szczepię na wszystko, to jest rząd wielkości około 4000 zł. Jak wiemy, te dawki są powtarzalne, wielokrotnie czasami, więc to jest konkretna kwota. Mam rachunki, zbieram je skrupulatnie. Patrząc na nie od czasu do czasu i pomyślałem właśnie, że robiąc, jak to się mówi, w zdrowiu publicznym i w różnych tych kwestiach związanych z profilaktyką, spróbuję proponować, że nie kij, nie egzekucja pod tytułem kary finansowe, mandaty – chyba nawet areszt był kiedyś, takie kary nierealne w dzisiejszych czasach – ale też próba jakiegoś nagradzania za postawy tego typu, że myślimy o przyszłych obywatelach, żeby byli jak najdłużej zdrowi, żeby pracowali, składkowali, żeby dla systemu ochrony zdrowia nie byli kłopotem, bo są zaszczepieni na maksimum rzeczy. Jakaś ulga – może jakaś ulga w składce.

Ja wiem, że dzisiaj to jest niepopularne, ale trzeba o tym myśleć, w jaki sposób tych rodziców i ludzi, którzy tego typu postawy proponują, preferują i są też nosicielami takiej idei, w dobie właśnie antyszczepionkowców, którzy czyhają na nas za każdym rogiem – też miałem do czynienia z jedną taką panią znaną, która, gdy robiliśmy konferencję o szczepieniach, od czci i wiary mnie odsądzała... Żeby właśnie takie rzeczy propagować i promować. To oczywiście powinno odbyć się międzyresortowo, bo Ministerstwo Zdrowia może chcieć, ale minister finansów chyba niekoniecznie na przykład i należy mówić o systemowych, holistycznych, całościowych rozwiązaniach na lata i wychodzących ponad bieżące tylko myślenie.

Druga rzecz, która, myślę, też jest ważna, to mobilność systemu ochrony zdrowia. Może zamiast czekać na pacjenta, należałoby postawić na mobilne punkty szczepień i diagnostyki kierowane do konkretnych, białych plam, do tych miejsc, gdzie... Mamy mapy potrzeb zdrowotnych. Mamy wiedzę na ten temat, mamy wojewódzkich konsultantów. Jest mnóstwo danych, które NFZ bardzo dobrze selekcionuje i z nich można takie ogniska potencjalnych zakażeń, przy dzisiejszych narzędziach sztucznej inteligencji... Można nawet predykcje tego typu robić, gdzie takie akcje można byłoby przedsięwziąć.

Trzecia rzecz to aktywny screening gruźlicy. To oczywiście gdzieś w grupach ryzyka. Będzie to oznaczało oczywiście dodatkowe koszty, ale badania kosztują, a leczenie kosztuje jeszcze więcej, czyli nieefektywność ludzi, którzy będą chorzy i zakażeni, będzie jeszcze więcej kosztować niż te działania profilaktyczne. W roku profilaktyki, to jest oczywista oczywistość.

W końcu celowane szczepienia przeciw WZW A. Może mądra refundacja dla grup ryzyka. Może skierować jakieś działania, chociażby w kierunku pracowników gastronomii, tych zawodów nazwijmy to pierwszego ryzyka.

Myślę, że na koniec – to zresztą pani przewodnicząca powiedziała przed chwileczką – lepsze wykorzystanie danych, czyli pewna integracja systemów informacji NFZ, GIS i POZ, gdzie

rzeczywiście taki pacjent jest po raz pierwszy. Myślę, że POZ nam się przewija od zawsze i będzie się przewijał jako pierwszy punkt, gdzie wylapujemy różne rzeczy, więc zaraportowanie tego wylapania jest kluczowe dla dalszego postępowania i także dla efektywności systemu ochrony zdrowia. Może to nie są rewolucyjne pomysły, ale zawsze – tak jak Katon, że *Carthaginem delendam esse* – powinniśmy o tym pamiętać. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Chciałabym powiedzieć, że pan Grzegorz w sumie zabrał mi temat à propos kija i marchewki, tylko ja nie byłabym taka spolegliwa jak pan Grzegorz, bo totalnie bym karała za nieszczerzenie, bo co zrobić. Jednak rzeczywiście jakieś zachęty... Tak sobie myślałam, gdy pan się wypowiadał, co by mogło być taką zachętą i myślę, że my, ludzie, mamy coś takiego w sobie, że bardzo lubimy być obdarowywani. To naprawdę nie musi być coś superwielkiego, to naprawdę nie musi być jakiś zaraz uruchomiony fundusz, bo jak wiadomo, miłość między Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Finansów jest szorstka, ale to mogą być naprawdę drobne prezenty. No nie wiem, coś zupełnie banalnego – misiek...

Partner Instytutu Zdrowia i Demokracji Grzegorz Ziemniak:

Bon do kina czy do teatru...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Tak, abonament na basen. Myślę, że to już pewną część rodziców zachęciłoby do tego, żeby przyjść z dzieckiem i zaszczepić. Serio, tak mi się wydaje. Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Anna Baumann-Popczyk:

Oczywiście ja przyjmuję te wszystkie pomysły. Tutaj pan dużo mówił o pomysłach i uważam, że one są warte rozważenia. Natomiast chciałabym też trochę zniwelować to, że tutaj nie ma informacji itd., że są jakieś białe plamy.

Szanowni państwo, my mamy naprawdę bardzo dobry system nadzoru epidemiologicznego. To, że obserwujemy wzrosty, to, że my je widzimy, że notujemy takie wysokie, wynika z tego, że u nas, w Polsce, każdy lekarz, każdy diagnosta laboratoryjny ma obowiązek – ma obowiązek – zgłoszenia podejrzenia/potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej, zakażenia, i to się dzieje. Oczywiście system nie jest idealny. Człowiek jest tylko człowiekiem. W tym systemie zdarzają się opóźnienia w zgłoszeniu, niemniej jednak nasz system jest bardzo czuły i wychwytyuje te zachorowania.

To, co pan poruszył – takie mobilne punkty szczepień. Nie do końca akurat widzę te mobilne punkty szczepień przy szczepieniach obowiązkowych, ale widzę je przy szczepieniach akcyjnych. Myślę, że przy jakimś większym ognisku. Dlaczego nie?

W tej chwili inspekcja sanitarna, jeśli jest przypadek ogniska WZW czy odry, oczywiście organizuje takie punkty szczepień, głównie w POZ, bo to jest miejsce do wykonywania szczepień. To się już dzieje. Natomiast takie szczepionkobusy czy jak to nazwać... Można się zastanowić, tylko pytanie, czy my teraz mamy na to przestrzeń w naszej sytuacji finansowej. Jednak na pewno byłoby to do rozważenia w przypadku szczepień akcyjnych. Chciałam jednak podkreślić ten system nadzoru – te dane my mamy. My wiemy. Podobnie jest również ze szczepieniami ochronnymi. Też mamy informacje na temat tego, kto się nie szczepi, bo te informacje mamy przekazywane do inspekcji sanitarnej właśnie przez POZ i dzięki temu też wiemy, jaki jest poziom zaszczepienia.

Niedawno główny inspektor sanitarny przeprowadził bardzo dużą kontrolę stanu uodpornienia. Wszystkie karty w Polsce przeszły przez ręce Państwowej Inspekcji Sanitarnej i zweryfikowano, jaki jest realny poziom zaszczepienia. Według tego, co pan minister Grzesiowski mi przekazał, nie jest źle. Oczywiście zawsze można by było coś poprawić, jeśli chodzi o te dane, natomiast ten poziom i ten stan zaszczepienia, które obecnie mamy, jest wystarczający do tego, żeby uchronić populację polską przed występowaniem dużych epidemii i zachorowań.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To budujące. To chyba ostatnich parę lat. Miałam takie wrażenie, że tym różnym antyszczepionkowym ruchom trochę się znudziło, na szczęście. W każdym razie to mi się nie wyświetla w social mediach tak często jak kiedyś. Na przykład w czasie pandemii non stop antyszczepionkowe posty się pojawiały, a teraz jest ich mniej.

Ja nad jedną rzeczą się zastanawiam – mam dygresyjny nastrój – co właściwie myśli taki rodzic, który nie szczepi systemowo swojego dziecka. Dziecko zachoruje i taki rodzic idzie do publicznej ochrony zdrowia i domaga się, i słusznie, leczenia, tylko wcześniej uznał z jakiegoś powodu

niejasnego, że nie będzie szczepił swojego dziecka. Potem my musimy takie dziecko leczyć. Trudno z tym dyskutować, że nie będziemy leczyć, bo dziecko nie będzie ponosiło odpowiedzialności za to, że rodzice mają takie, a nie inne przekonania, poglądy czy fanaberie. Zastanawiam się więc à propos tego kija i marchewki, nad jakimś sposobem na to, żeby tym rodzicom chociaż trochę dokuczyć – przepraszam, odrobinę, tak malutko, nie bardzo dużo – nie dać im tego misia, żeby oni naprawdę zobaczyli, jak bardzo jest to krzywdzące w stosunku do tych osób, które szczepią dzieci. Przecież taki dzieciak idzie do żłobka, przedszkola, na przykład jest chory zakaźnie i roznosi tę chorobę. To jest naprawdę absolutnie aspołeczne zachowanie. My chyba mało o tym mówimy, chociaż nie wiem. Było o tym dużo przy covidzie czy osoby, które się szczepiły i nie szczepiły, zakażają, czy nie zakażają, a teraz znowu mam wrażenie, że tego jest mało.

À propos tego systemu zgłaszania mi się przypomniało. Pamiętam, że gdy jeszcze pracowałam w szpitalu, jeśli była taka sytuacja i podejrzenie choroby zakaźnej, to oczywiście mieliśmy procedury, żeby to zgłosić, ale pamiętam również, że przy wszelkich zakłuciach też to zgłaszaliśmy. Była procedura i szczepienie. Tak więc faktycznie to już od wielu lat funkcjonuje.

Bardzo proszę.

Prezes Fundacji Gwiazda Nadziei Barbara Pepke:

Bardzo dziękuję. Ja chciałabym zwrócić uwagę na inspekcję sanitarną, ponieważ w Polsce cały czas nie jest to służba doceniana. Szanowni państwo, ile mamy wojewódzkich stacji powiatowych. Wszystkim nam się wydaje, że inspekcja sanitarna jest skupiona na kontrolowaniu, nakładaniu mandatów, a tam są służby, które są bardzo zaangażowane i chętne do edukowania, tylko że ta inspekcja sanitarna często nie dostaje na to pół grosika. Gdyby nie partnerstwo na przykład z Gwiazdą Nadziei, to „Podstępne WZW” by się nie odbywało. Gdyby nie zaangażowanie Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, którego eksperci pro bono występują i są atrakcyjnie przygotowane materiały, to te lekcje by się nie odbyły. Proszę mi wierzyć, że potęgą inspekcji, autorytet pani z inspekcji sanitarnej, która zaprasza do realizacji programu edukacyjnego... To inspekcja sanitarna sprawdza raportowanie, ile tych lekcji się odbyło, ilu uczniów – 250 tys. rocznie to jest zbliżona liczba do tej, ile nam się rodzi dzieci. Jeżeli wzmocnimy ten program i docenimy inspekcję sanitarną, nie będziemy redukować tych etatów, na których pracują osoby, które naprawdę z dużym zaangażowaniem chcą edukować, to naprawdę zmienimy świadomość.

Na kampanię trzeba wydać szalenie dużo pieniędzy, efekt mały, a jeśli coś trwa z roku na rok, w jakiejś szkole każdego roku się odbywa „Podstępne WZW” i dzieje się to już kilkanaście lat, to ta młodzież wyjdzie wyedukowana i pod kątem wykrywalności i badania. Mam nadzieję, że taka młoda osoba przyjdzie do domu i się przyjrzy dziadkowi czy nie ma przewlekłego WZW C albo B, sama będzie myślała, jak się zachowuje i postępuje.

Może zdradzę wytrych, dlaczego te lekcje się odbywają. One się odbywają na lekcjach biologii, na lekcjach wychowawczych. Na lekcjach, z których rodzic nie wypisuje ucznia i jest autorytet inspekcji sanitarnej, która jest partnerem w całym kraju. Nie ma województwa, gdzie nie odbywałby się nasz program. Nasza fundacja nie ma aktualnie żadnego pracownika na umowie o pracę, a taki ogromny program robimy dzięki pracy pro bono i partnerstwu tych ludzi, którzy pracują w inspekcji sanitarnej.

Powiem, kiedy powstało „Podstępne WZW”. Wtedy, kiedy pan inspektor w jednej z wojewódzkiej stacji, kiedy tworzyliśmy ten program, pokazał mi jedną płytę i powiedział: dostałem jedną płytę CD i ja mam całe województwo wyedukować. Wówczas – kilkanaście lat temu – to było HCV. Niestety mamy takie podejście, zaniedbania, a wykorzystanie inspekcji sanitarnej i zaangażowanych tam osób naprawdę by przyniosło ogromne korzyści w edukacji i świadomości tego dzieciaka już wyedukowanego. Jeśli wiemy, że 2+2 to jest 4, to mam nadzieję, że jeśli to się będzie działo w szkołach systematycznie, to i o gruźlicy, i o HCV i o wszystkich chorobach wyedukujemy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję za ten głos.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Nie widzę i nie słyszę zgłoszeń. Odczytam więc moją formułkę.

Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia podkomisji. Pełen zapis posiedzenia będzie dostępny na stronie Sejmu.

Zamykam posiedzenie podkomisji i bardzo serdecznie państwu dziękuję za bardzo ciekawą dyskusję.