



Minister
Zdrowia

Warszawa, 18 czerwca 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację poselską nr 8949 z dnia 4 kwietnia 2025 roku Pana Posła Romana Fritza w sprawie danych dotyczących chorób cywilizacyjnych oraz zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w powiązaniu ze szczepieniami przeciw COVID-19, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Podczas interpretacji przedstawionych wskaźników należy pamiętać, że w Polsce szczepionkę przeciw COVID-19 przyjęły przede wszystkim osoby najbardziej narażone na ciężki przebieg zakażenia SARS-CoV-2 lub zgon z powodu COVID-19, w szczególności osoby starsze oraz osoby z chorobami przewlekłymi. Ponadto, przegląd literatury naukowej nie wskazuje na wiarygodne badania, które wykazywałyby, że szczepienia przeciw COVID-19 zwiększały ryzyko zachorowania na choroby takie jak nowotwory – należy traktować to jako zdarzenia niezależne.



W tabeli 1. przedstawiono poziom wyszczepienia przeciw COVID-19 w podziale na grupy wiekowe na koniec 2023 r.

Tabela 1. Poziom wyszczepienia przeciw COVID-19 na koniec 2023 r.

Grupa wiekowa	Liczba osób zaszczepionych [mln]	Liczba ludności wg GUS [mln]	Udział osób zaszczepionych
0-9 lat	0,26	3,62	7%
10-19 lat	1,77	3,96	45%
20-29 lat	2,41	3,87	62%
30-39 lat	3,42	5,56	62%
40-49 lat	3,79	6,11	62%
50-59 lat	3,15	4,63	68%
60-69 lat	3,85	4,86	79%
70-79 lat	2,53	3,43	74%
80-89 lat	1,04	1,32	79%
90 lat i więcej	0,17	0,28	60%

Przedstawione dane wskazują, że najwyższy udział osób zaszczepionych zaobserwowano w grupach wiekowych obejmujących osoby w wieku 60-89 lat. W tym przedziale wiekowym zaszczepione było ponad $\frac{3}{4}$ populacji. Mając na uwadze powyższe dane, odpowiedzi na pytania dotyczące udziału osób zaszczepionych wśród pacjentów, u których podczas pandemii rozpoznano choroby cywilizacyjne są obciążone błędem poznawczym bez uwzględnienia poziomu wyszczepienia w starszych grupach wiekowych. Ponadto wiąże się z tym tzw. paradoks epidemiologiczny¹. W skrajnym przypadku, gdyby zaszczepiono 100% polskiego społeczeństwa przeciw COVID-19, to wszystkie zachorowania na choroby cywilizacyjne występowałyby wyłącznie wśród osób zaszczepionych.

Z tego względu wyliczono udziały osób, u których rozpoznano choroby cywilizacyjne w latach 2018-2023 w grupie osób zaszczepionych i niezaszczepionych w poszczególnych grupach wiekowych.

Do wyliczenia udziału pacjentów, u których rozpoznano podane w zapytaniu choroby wykorzystano dane o świadczeniach NFZ w sektorze publicznym. Dane te mają charakter rozliczeniowy. Do przygotowania analizy wykorzystano następujące kody Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:

- Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła (C00-C14),
- Nowotwory złośliwe narządów układu pokarmowego (C15-C26),

¹ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/dla-lekarzy/paradoksy-epidemiologiczne/>

- Nowotwory złośliwe układu oddechowego i narządów klatki piersiowej (C30-C39),
- Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej (C40-C41),
- Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry (C43-C44),
- Nowotwory złośliwe mezotelium i tkanek miękkich (C45-C49),
- Nowotwór złośliwy piersi (C50),
- Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych (C51-C58),
- Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych (C60-C63),
- Nowotwory złośliwe układu moczowego (C64-C68),
- Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego (C69-C72),
- Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego (C73-C75),
- Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu (C76-C80),
- Nowotwory złośliwe, o potwierdzonym lub przypuszczalnym pierwotnym charakterze, tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych (C81-C96),
- Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97),
- Nowotwory in situ (D00-D09),
- Nowotwory niezłośliwe (D10-D36),
- Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze (D37-D48),
- Zawał mięśnia sercowego – I21 lub I22,
- Zapalenie mięśnia sercowego – I40 lub I41,
- Niedokrwienny udar mózgu - I63 lub I64.

Powyższe kody ICD-10 sprawozdano jako rozpoznanie główne w dowolnym zakresie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Za osobę zaszczepioną uznawano taką, która przyjęła jedną dawkę szczepionki Johnson&Johnson lub dwie dawki szczepionki Pfizer, Moderna lub Astra Zeneca. Ze względu na niską dostępność szczepień w 2020 roku, dane o szczepieniach brano pod uwagę od 2021 roku.



Pytanie nr 1 i 2:

Tabela 2. Udział osób zaszczepionych i niezaszczepionych (%), u których rozpoznano nowotwór w populacji osób w danej grupie wiekowej w latach 2018-2023.

Rok	Zaszczepieni przeciw COVID-19 [%]				Niezaszczepieni przeciw COVID-19 [%]			
	poniżej 60 r. ż.	60-69	70-79	powyżej 80 r. ż.	poniżej 60 r. ż.	60-69	70-79	powyżej 80 r. ż.
2018	-	-	-	-	2	3,3	3,8	3,8
2019	-	-	-	-	2	3,3	3,8	3,7
2020	-	-	-	-	1,3	2,2	2,6	2,6
2021	1,3	2,2	2,6	2,6	2,2	4,2	5,7	5,1
2022	2	3	3,6	3,4	2	3	2,9	4,2
2023	2,1	3,1	4	3,6	2,1	3,4	2,5	3,9

W większości badanych grupach wiekowych udział zaszczepionych z rozpoznaniem nowotworu w liczbie osób zaszczepionych w danej grupie wiekowej jest niższy niż udział osób niezaszczepionych z rozpoznaniem nowotworu wśród osób niezaszczepionych.

Pytania nr 3 i 4:

Tabela 3. Udział osób zaszczepionych i niezaszczepionych (%), u których rozpoznano zawał mięśnia sercowego w populacji osób w danej grupie wiekowej w latach 2018-2023.

Rok	Zaszczepieni przeciw COVID-19 [%]				Niezaszczepieni przeciw COVID-19 [%]			
	poniżej 60 r. ż.	60-69	70-79	powyżej 80 r. ż.	poniżej 60 r. ż.	60-69	70-79	powyżej 80 r. ż.
2018	-	-	-	-	0,1	0,6	0,8	1,1
2019	-	-	-	-	0,1	0,6	0,9	1,1
2020	-	-	-	-	0,1	0,5	0,7	0,9
2021	0,1	0,3	0,5	0,6	0,1	1,1	1,9	1,6
2022	0,1	0,6	0,8	1	0,05	0,6	0,7	1
2023	0,1	0,5	0,9	1	0,1	0,7	0,6	0,9

W większości badanych grupach wiekowych udział zaszczepionych z rozpoznaniem zawału mięśnia sercowego w liczbie osób zaszczepionych w danej grupie wiekowej jest niższy niż udział osób niezaszczepionych z rozpoznaniem zawału mięśnia sercowego wśród osób niezaszczepionych.



Pytanie nr 5a:

Tabela 4. Liczba osób, które uzyskały dodatni wynik testu na obecność SARS-CoV-2 metodą PCR w latach 2020-2022.

Rok	Liczba pacjentów [mln]
2020	1,3
2021	2,5
2022	1,6

Pytanie nr 5b:

Tabela 5. Liczba osób, które wykonały co najmniej dwukrotnie (w okresie) 14 dni test metodą PCR i liczba osób, które uzyskały co najmniej dwukrotnie, w okresie 14 dni, dodatni wynik testu na SARS-CoV-2 metodą PCR, w latach 2020-2022.

Rok	Liczba osób, które wykonały co najmniej dwukrotnie (w okresie 14 dni) test metodą PCR [tys.]	Liczba osób, które uzyskały co najmniej dwukrotnie (w okresie 14 dni) <u>wynik dodatni</u> metodą PCR [tys.]
2020	522,2	43,4
2021	694,6	29,5
2022	435,9	15,7

Założono przynajmniej jeden dzień odstępu pomiędzy dwoma testami PCR lub dwoma dodatnimi wynikami testu PCR. Jeżeli wyniki testu zostały otrzymane na przełomie lat, pacjent został wliczony w roku, w którym uzyskał pierwszy dodatni wynik testu.

Pytanie nr 5c:

Zadane w interpelacji pytanie jest sformułowane w sposób nieprecyzyjny i uniemożliwia przekazanie jednoznacznej i wyczerpującej odpowiedzi. Pytanie nie dostarcza informacji jaki odstęp czasu należy założyć pomiędzy dodatnim wynikiem testu na SARS-CoV-2 testem PCR a dodatnim wynikiem na SARS-CoV-2 testem antygenowym.

Pytania nr 6 i 7:

Tabela 6. Udział osób zaszczepionych i niezaszczepionych (w ‰), u których rozpoznano zapalenie mięśnia sercowego w populacji osób w danej grupie wiekowej w latach 2018-2023.

Rok	Zaszczepieni przeciw COVID-19 [‰]				Niezaszczepieni przeciw COVID-19 [‰]			
	poniżej 60 r. ż.	60-69	70-79	powyżej 80 r. ż.	poniżej 60 r. ż.	60-69	70-79	powyżej 80 r. ż.
2018	-	-	-	-	0,14	0,23	0,33	0,4
2019	-	-	-	-	0,14	0,21	0,29	0,33
2020	-	-	-	-	0,1	0,15	0,22	0,2
2021	0,09	0,1	0,16	0,14	0,16	0,34	0,44	0,25
2022	0,15	0,14	0,16	0,17	0,12	0,11	0,08	0,13
2023	0,16	0,1	0,16	0,15	0,12	0,09	0,07	0,15

W większości badanych grupach wiekowych udział zaszczepionych z rozpoznaniem zapalenia mięśnia sercowego w liczbie osób zaszczepionych w danej grupie wiekowej jest niższy niż udział osób niezaszczepionych z rozpoznaniem zapalenia mięśnia sercowego wśród osób niezaszczepionych.

Pytania nr 8 i 9:

Tabela 7. Udział osób zaszczepionych i niezaszczepionych (w ‰), u których rozpoznano udar niedokrwienny mózgu w populacji osób w danej grupie wiekowej w latach 2018-2023.

Rok	Zaszczepieni przeciw COVID-19 [%]				Niezaszczepieni przeciw COVID-19 [%]			
	poniżej 60 r. ż.	60-69	70-79	powyżej 80 r. ż.	poniżej 60 r. ż.	60-69	70-79	powyżej 80 r. ż.
2018	-	-	-	-	0,08	0,8	1,6	3
2019	-	-	-	-	0,08	0,8	1,5	2,8
2020	-	-	-	-	0,08	0,7	1,4	2,6
2021	0,06	0,42	0,85	1,6	0,1	1,7	3,9	5,4
2022	0,1	0,7	1,4	2,4	0,07	1	1,6	3,8
2023	0,1	0,7	1,5	2,5	0,07	1,1	1,3	3,3

W większości badanych grupach wiekowych udział zaszczepionych z rozpoznaniem udaru niedokrwiennego mózgu w liczbie osób zaszczepionych w danej grupie wiekowej jest niższy niż udział osób niezaszczepionych z rozpoznaniem udaru niedokrwiennego mózgu wśród osób niezaszczepionych.

Pytanie nr 10:

Wprowadzenie stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii w Polsce było związane z wybuchem globalnej pandemii nowego wirusa SARS, wywołującego chorobę COVID-19. SARS-CoV-2 wywołał kryzys zdrowotny na niespotykaną w XXI wieku skalę. Wszystkie państwa, a także organizacje międzynarodowe stanęły przed największym zdrowotnym wyzwaniem obecnych czasów – jak ograniczyć rozprzestrzenianie się wirusa w zglobalizowanym świecie oraz jak najlepiej zabezpieczyć zdrowie i życie obywateli. Podejścia do zarządzania kryzysem były różne – od skrajnych, takich jak podejście Szwecji, polegające na nie nakładaniu żadnych restrykcji z nadzieją na szybką immunizację populacyjną, po podejście Australii, z długo trwającym rygorystycznym lockdownem. Najpopularniejszym podejściem, było podejście konserwatywne – nakładanie restrykcji w momentach wzrostów zakażeń w celu wyplaszczania fali oraz luzowanie ich w okresie zmniejszonej zachorowalności. Takie podejście miało zapewnić wydajność ochrony zdrowia w momencie największych fal zachorowań. Jednocześnie przed państwami stawały wyzwania dotyczące zapewnienia maseczek, respiratorów, leków, bazy łóżkowej, a później również szczepień w celu ograniczania zakaźności oraz leczenia pacjentów zarażonych. Było to zadanie niezwykle trudne i wymagało podejmowania nagłych i sprawnych decyzji, opartych zarówno o dane, opinie eksperckie, badania oraz rekomendacje organizacji takich jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) czy Centra Kontroli i Prewencji Chorób (CDC) w Stanach Zjednoczonych.

Opierano się m.in. na:

- stanowiskach Dyrektora Generalnego WHO (np. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---29-april-2020>)
- analizach i danych WHO o sytuacji COVID-19 na świecie (np. <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>)
- analizach sytuacji COVID-19 w Europie i raportach zakażeń, zgonów, hospitalizacji czy szczepień przygotowywanych przez ECDC (np. <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-assessment-covid-19-situation-europe-2-march-2020>)
- raportach i danych CDC o sytuacji COVID-19 w Stanach Zjednoczonych (np. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6918e2.htm>)
- raportach i danych NHS o sytuacji COVID-19 w Wielkiej Brytanii (np. <https://www.gov.uk/guidance/coronavirus-covid-19-statistics-and-analysis>)
- raportach i danych RKI o sytuacji COVID-19 w Niemczech (np. <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19/covid-19-node.html>).

Z wyrazami szacunku

Marek Kos
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/