



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(2066)**

118. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 8 marca 2011 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Perspektywy i szanse szczepień ochronnych w profilaktyce zdrowotnej dzieci i młodzieży.

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 28)

(Posiedzeniu przewodniczy zastępca przewodniczącego Michał Okła)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Witam na seminaryjnym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia poświęconym wakcynologii.

W związku z tym, że wakcynologia jest dla nas bardzo ważna, postanowiliśmy organizować cykliczne spotkania na jej temat. Jest to już czwarte nasze spotkanie związane z tą dziedziną. Wnioski z każdego spotkania są później przekazywane odpowiednim organom i myślę, że to, co zostanie dzisiaj ustalone na naszej konferencji, wszystkie państwa sugestie również zostaną im przekazane. Jesteśmy akurat w przededniu głosowania nad nowymi ustawami zdrowotnymi, szczególnie interesującą nas wszystkich tutaj ustawy refundacyjnej, w której są właśnie zawarte kwestie dotyczące wakcynologii. Myślę, że państwa sugestie zostaną uwzględnione i że będziemy mogli dokonać jeszcze pewnych zmian ewentualnie na poziomie Sejmu.

Bardzo serdecznie witam panią poseł Beatę Małecką-Liberę, przewodniczącą sejmowej Komisji Zdrowia. To właśnie na niej będzie spoczywał ciężar przeprowadzenia tych zmian. Tak więc jej rola w tym przypadku jest nieoceniona. Ministerstwo Zdrowia reprezentuje pani dyrektor Korbasińska, dyrektor Departamentu Matki i Dziecka, a Główny Inspektorat Sanitarny – pani dyrektor Kucharska. Bardzo serdecznie witam pana profesora Baranowskiego...

Jest pan profesor Baranowski...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, jeszcze nie dotarł.

Witam wszystkich gości przybyłych na dzisiejsze spotkanie.

Nie będę odczytywał z listy wszystkich zaproszonych gości z prostej przyczyny, państwo wpisujecie się odręcznie i nie chciałbym przekreślić czyjegoś nazwiska.

Przystępujemy zatem do omówienia pierwszego tematu naszego spotkania „Sprawowane kierunki zmian w polityce państwa w obszarze szczepień ochronnych dzieci i młodzieży”.

Proszę bardzo panią dyrektor Korbasińską o zabranie głosu.

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

Szanowni Państwo!

Faktycznie spotkaliśmy się w tej sprawie...

(*Głos z sali*: Proszę głośniej.)

Dobrze, postaram się...

Czy teraz jest lepiej?

(*Głos z sali*: Tak.)

O ile dobrze pamiętam, spotkaliśmy się w tej sprawie niecały miesiąc temu i rozmawialiśmy na temat problemów dotyczących wakcynologii. Nie doszło w kwestii dostępu do szczepień i regulacji z tym związanych do istotnych zmian. Szczepienia ochronne odbywają się zgodnie z obowiązującymi wymogami prawa na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Ustawa ta nakłada obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym przeciwko chorobom zakaźnym na wszystkie osoby przebywające na terenie Polski. Program szczepień ochronnych realizowany jest na podstawie obowiązującego od października ubiegłego roku komunikatu głównego inspektora sanitarnego. Dodatkowo mogą być także wprowadzane szczególne szczepienia w sytuacjach pojawiania się stanu zagrożenia epidemicznego.

Program szczepień ochronnych został opracowany i funkcjonuje w naszym kraju już od wielu lat, nie zmienia się i nie jest unowocześniany w takim stopniu, w jakim tego oczekiwaliśmy. Ostatnia zmiana polegała na wprowadzeniu szczepień przeciwko pneumokokom, czyli *streptococcus pneumoniae*, i została dokonana w październiku 2008 r. Od tego momentu do teraz czekamy na zakończenie prac nad rozporządzeniem, które zakłada rozszerzenie zakresu szczepień ochronnych w tym względzie w grupach ryzyka, a także rozszerzenie zakresu proponowanych szczepień ochronnych. Prace nad tym rozporządzeniem trwają w Ministerstwie Zdrowia, chociaż cały tok legislacyjny spoczywa na głównym inspektorze sanitarnym. W tej chwili czeka ono na akceptację kierownictwa resortu przed skierowaniem do zwolnienia z rozpatrzenia przez komisję prawniczą, więc to jest tak naprawdę ostatni etap prac legislacyjnych.

Patrzę na panią dyrektor Kucharską, ponieważ jest to kwestia, z okazji której ostatnio stale i na bieżąco współpracujemy, tak żeby ten akt prawny jak najszybciej mógł znaleźć swój finał i trafić do podpisu pani minister Kopacz.

Proszę państwa, w kwestii szczepień ochronnych minister zdrowia posługuje się przede wszystkim decyzjami i wskazaniem ekspertów. Takie wskazania płyną przede wszystkim ze strony Pediatrycznego Zespołu Ekspertów do spraw Programu Szczepień Ochronnych powołanego przez ministra zdrowia, a także Rady Sanitarno-Epidemiologicznej funkcjonującej przy głównym inspektorze sanitarnym, bez opinii której decyzje w sprawie szczepień po prostu nie są podejmowane, dlatego że, tak jak powiedziałam, kierujemy się przede wszystkim opinią i zdaniem ekspertów w tym zakresie.

Obecnie mamy zagwarantowane preparaty umożliwiające wykonywanie kalendarza szczepień ochronnych i na razie nie ma problemów w tym zakresie. Przygotowujemy się również do tego, żeby zapewnić realizację szczepień w sytuacji, w której dojdzie do zmiany rozporządzenia.

Jest z nami już pan minister Biliński, który...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Witam serdecznie przybyłego pana ministra Bilińskiego, głównego inspektora sanitarnego.

(*Główny Inspektor Sanitarny Przemysław Biliński*: Przepraszam za spóźnienie.)

Wiemy, znamy powód.

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

Kierunki zmian wytycza przede wszystkim nowe rozporządzenie, które obecnie jest przygotowywane do podpisu ministra zdrowia. W kolejnym wystąpieniu zostanie omówione wspomniane rozporządzenie, więc nie chciałabym przytaczać szczegółów tej nowelizacji. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo serdecznie dziękuję pani dyrektor.

Poproszę pana ministra Bilińskiego o zabranie głosu w sprawie realizacji programu szczepień ochronnych 2011 i w ogóle zamierzeń na rok 2011. Jeżeli pan minister chce się posiłkować swoimi pracownikami, oczywiście może to uczynić.

Bardzo proszę.

**Główny Inspektor Sanitarny
Przemysław Biliński:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Pani Poseł! Szanowni Państwo!

To kolejne ważne spotkanie w sprawie szczepień, które odbywa się pod patronatem Komisji Zdrowia Senatu Rzeczypospolitej. Jak ważna to kwestia, której Wysoki Senat poświęca aktywnie czas, wszyscy tu na tej sali obecni doskonale wiedzą. Problem szczepień w ostatnich dwóch latach staje się coraz poważniejszy. Wzmogły bowiem swoją aktywność, że tak powiem, ruchy antyszczepionkowe. Pojawiła się niechęć wśród obywateli do poddawania się obowiązkowym szczepieniom. Obserwujemy to na przykładach odmów rodziców, którzy co prawda zgłaszają swoje dzieci na szczepienia, ale odmawiają ich szczepienia, a motywują to strachem przed powikłaniami. Te ruchy antyszczepionkowe mają również swoje odzwierciedlenie wśród niektórych lekarzy rodzinnych, szczególnie lekarzy ze specjalnością neurologia czy psychiatria. Co prawda obecnie to są jeszcze opinie dość nieuporządkowane, ale najwyższy czas zawrzeć koalicję, która w zakresie zdrowia publicznego będzie dawała stanowczy odpór wszystkim tym kontestującym wartość szczepień.

Światowe zdrowie publiczne może się poszczycić niewieloma ważnymi kamieniami milowymi. Szczepienia i osiągnięcia wynikające ze szczepień to najważniejsze z osiągnięć zdrowia publicznego w historii świata. Stąd też każda próba podążająca w stronę zdevaluowania szczepień musi spotkać się z bardzo merytorycznym, ale i stanowczym odporem, do czego państwa serdecznie namawiam, tym samym dziękując komisji Senatu RP za to, że po raz kolejny zajmuje się tym jakże ważnym problemem.

Intencją instytucji, którą reprezentuję, czyli Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jest realizacja zapisów ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a w zasadzie jej art. 1 dotyczącego misji w zakresie zdrowia publicznego.

Kiedy corocznie przygotowujemy kalendarz szczepień, staramy się go unowocześniać, wprowadzać wszystkie nowinki, uczestniczymy w bardzo konstruktywnych merytorycznych dyskusjach, które pokazują, jak świat medyczny posuwa się do przodu, jak firmy farmaceutyczne zdążają ku lepszym produktom. Przede wszystkim mamy

na celu zminimalizowanie liczby nakłuć u dzieci, stąd z zainteresowaniem przyglądamy się rynkowi szczepionek, który poszerza się o szczepionki wielowalentne. Nowoczesne produkty pozbawione zanieczyszczeń to również te produkty, które chcielibyśmy widzieć jak najliczniej na naszej liście szczepionek stosowanych w kalendarzu szczepień. Na to nakłada się życie, ale oczywiście możliwości finansowe państwa rosną z roku na rok. Pamiętam, że pięć lat temu na szczepienia było przeznaczonych 38 milionów zł. Mamy nadzieję, że w tym roku ustalimy kalendarz szczepień na poziomie około 80 milionów zł. Nakłady przewidziane na ten cel rosną zdecydowanie za wolno i oczywiście mamy tego świadomość. Szukamy różnych rozwiązań wyjścia z tej sytuacji. Nie ukrywam, że odbyłem w tej sprawie rozmowę z panią minister Ewą Kopacz, a także z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia. Zastanawialiśmy się, czy przypadkiem narodowy płatnik nie znalazłby więcej pieniędzy w swoim budżecie niż ma w swoich zasobach minister zdrowia. To są na razie rozmowy, ale proszę mi wierzyć, że zdążamy w kierunku zdecydowanego zwiększenia nakładów na szczepienia. Ponad rok temu przygotowana symulacja w wersji najbardziej nowoczesnej dla naszej populacji pokazywała, że potrzeba na to około 250 milionów zł. Obecnie z prywatnej kieszeni rodziców na szczepienia wydaje się rokrocznie około 50 milionów zł. Gdybyśmy wprowadzili kalendarz szczepień najlepszy z możliwych, to wydatki te oscylowałyby w granicach 300 milionów zł. W tym budżecie nie jest to jeszcze możliwe, ale mamy opracowane takie symulacje i jesteśmy przygotowani na taką ewentualność.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, teraz oddałbym głos pani Izcie Kucharskiej, dyrektor Departamentu Zapobiegania oraz Zwalczenia Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi w Głównym Inspektoracie Sanitarnym. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Pani Dyrektor.

**Dyrektor Departamentu Zapobiegania oraz Zwalczenia Zakażeń
i Chorób Zakaźnych u Ludzi w Głównym Inspektoracie Sanitarnym
Izabela Kucharska:**

Chciałabym przedstawić krótko kilka faktów na temat realizacji programu szczepień ochronnych w Polsce.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, to przysiędę.

Chciałabym rozpocząć tylko od przypomnienia informacji na temat podstaw prawnych realizacji szczepień ochronnych w naszym kraju. Oczywiście mam na myśli kluczową ustawę, a także kilka rozporządzeń. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej opieramy w obszarze szczepień przede wszystkim na przepisach art. 5 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Chcę podkreślić, że w 2010 r. wydane zostały w tym obszarze dwa nowe rozporządzenia. Jedno z nich w sprawie sposobu dystrybucji szczepionek, drugie w sprawie nadzoru i wszystkich aspektów związanych z monitorowaniem niepożądanych odczynów poszczepiennych. Istotne znaczenie mają też akty prawne, które minister zdrowia może określić w sytuacji wystąpienia bezpośrednio zagrożenia epidemiologicznego, które nastąpiło niespodziewanie, zaistniało już w danym roku budżetowym. I w tym miejscu jako przykład wspomnę o rozporządzeniu, które nałożyło obowiązek szczepienia określonej grupy osób na określonym terenie

przeciwko meningokokom. Innym przykładem jest rozporządzenie z roku ubiegłego. To było rozporządzenie, które na grupy osób będących pracownikami ochrony zdrowia nałożyło obowiązek szczepienia przeciwko grypie sezonowej.

Oprócz tych kilku przesłanek merytorycznych w przypadku tworzenia programu szczepień ochronnych, o których mówiła już pani dyrektor Korbasińska, bierzemy przede wszystkim pod uwagę aktualną sytuację epidemiologiczną kraju, a także przesłanki prawne, które są dla nas kluczowe, czyli konieczność poruszania się w obrębie funkcjonujących przepisów prawa, oraz finansowe, bo już państwo wielokrotnie słyszeliście, iż jest to kompromis między potrzebami a możliwościami finansowymi państwa. I w ten sposób z uwagi na tego typu uwarunkowania należy podchodzić do programu szczepień ochronnych.

Jeśli chodzi o szacowanie kosztów programu szczepień ochronnych w danym roku, to wygląda to w ten sposób, że taki kosztorys czy szacunek jest przygotowywany corocznie. Oprócz przesłanek merytorycznych pod uwagę brana jest zwłaszcza wielkość populacji do zaszczepienia w danych rocznikach. Są to dane pozyskane z Głównego Urzędu Statystycznego. Brane są także pod uwagę dane o cenie szczepionki, za którą zakład zamówień publicznych zakupił preparaty w roku poprzednim. To są wstępne szacunki, które są dokonywane w maju każdego roku, a w czerwcu jest dokonywany ostateczny szacunek kosztów programu szczepień ochronnych.

Kluczowymi elementami w przypadku opracowywania tego kosztorysu, oprócz tego, co wymieniłam, jest także zapas czy liczba preparatów, które znajdują się na terenie każdego z województw w kraju, obecnych stanów magazynowych, a także to, co będzie brane pod uwagę, jak wiemy, w trakcie dyskusji i uściśleń w gronie ekspertów, jeśli chodzi o asortyment szczepień w programie szczepień ochronnych na rok następny.

Opracowany dokument, kosztorys w postaci wniosku o przyznanie środków z budżetu ministra zdrowia przesyłany jest do Ministerstwa Zdrowia. Należy podkreślić, że ten ostateczny szacunek kosztów zwykle jest niższy od tego pierwotnego z uwagi na to, iż wtedy mamy już precyzyjne informacje o stanach magazynowych na terenie poszczególnych województw.

Następnie taki kosztorys, łącznie z proponowanym programem szczepień ochronnych, przedkładany jest pod obrady kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. I jeśli program szczepień ochronnych zostaje przyjęty, zwykle mają miejsce dyskusje i uściślenia, również pod względem finansowym, gdyż niewielkie zmiany zarówno w asortymencie, jak i w jego liczbie skutkują rzeczywiście dużymi kwotami. Następnie dużą rolę pełni Departament Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia, który zarówno przygotowuje wnioski, jak i przedkłada je do zakładu zamówień publicznych, w którym są realizowane stosowne zakupy.

Należy wspomnieć, że kluczowym, bardzo istotnym dla nas elementem programu szczepień ochronnych jest rezerwa magazynowa. To jest tak naprawdę trzymiesięczny zapas każdego rodzaju asortymentu, biorąc pod uwagę miesięczne zużycie danej szczepionki, danego preparatu, który jest tworzony między innymi z takiego powodu, że nie jesteśmy w stanie przewidzieć sytuacji – takie sytuacje miały miejsce w przeszłości i mogą mieć miejsce – takich jak niedotrzymanie terminu dostawy przez producenta albo konieczność wycofania z obrotu danego preparatu z uwagi na niepożądane odczyny poszczepienne. Owe objawy, zdaniem ekspertów, wystąpiły w związku z podaniem dziecku określonej szczepionki. Oczywiście wstrzymanie czy wycofa-

nie z obrotu następuje do czasu przebadania i wydania ostatecznego werdyktu, czy preparat jest bezpieczny, czy będzie wycofany.

Inna nieprzewidziana okoliczność, o której myśleliśmy, jest tego typu, że procedury przetargowe mogą się przedłużać albo wręcz być unieważnione, o czym też była mowa miesiąc temu na poprzednim posiedzeniu komisji poświęconym między innymi szczepionkom przeciwko pneumokokom. I właśnie po to została stworzona ta rezerwa magazynowa. Taka jest jej intencja. Nie wiem, czy to, co przygotowałam, jest czytelne. Nie mogłam tego pokazać w inny sposób. Myślę, że nie zdradzę wielkiej tajemnicy, jeżeli powiem, jak wygląda takie roczne zapotrzebowanie na preparaty szczepionkowe wraz z rezerwą magazynową. A więc, tak jak mówiłam, jest to zawarte w kolumnie „Asortyment”, następnie mamy kolumnę „Ilość”, w której mamy zawarte dane na temat ilości szczepionki zamówionej przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne. Następnie bierzemy pod uwagę tę trzymiesięczną rezerwę oraz liczbę szczepionek do zakupu i w tym przypadku bierzemy pod uwagę dane z GUS. Potem uwzględniamy cenę jednostkową szczepionki z poprzedniego roku i ogólną kwotę, na jaką jest zaplanowany program szczepień ochronnych na bieżący rok. O metodologii wyliczeń już mówiłam.

W tym roku sytuacja wygląda w ten sposób, że ostateczne szczegółowe szacunki to ponad 97 milionów zł. Budżet zaplanowany na realizację programu szczepień ochronnych w roku 2011 to niewiele ponad 76 milionów zł. Ale zanim państwo zinterpretujecie te dane, to chciałabym przedstawić kilka faktów w związku z tą różnicą około 21 milionów zł w budżecie na realizację programu szczepień ochronnych przewidzianych na 2011 r. Otóż chcę się odwołać do danych od 2006 r. na temat środków zaplanowanych w budżecie na realizację programu szczepień ochronnych, a także środków dodatkowych, które były niezbędne i wyasygnowane z budżetu głównie ministra zdrowia. Tak jak powiedziałam, to są dodatkowe środki przewidziane na to, aby program szczepień ochronnych móc w pełni zrealizować, aby zachować ciągłość szczepień i nie dopuścić do sytuacji, w której choćby na miesiąc szczepienia danym preparatem mogłyby zostać ewentualnie przerwane czy zawieszone. Nie mieliśmy takich sytuacji i do nich nie dopuszczamy.

Zwróćcie państwo uwagę, że niebieskie słupki oznaczają właśnie środki zaplanowane na ten cel w budżecie, a wszystko to, co znajduje się ponadto, oznacza dodatkowe środki, o które się ubiegamy. Zawsze uprzedzamy ewentualną sytuację, tak jak powiedziałam, wyczerpania się rezerwy magazynowej. Tu mamy ten podział środków na profilaktykę pokazany w trochę innym układzie. Liczby znajdujące się nad słupkami oznaczają rzeczywiste liczby wyrażone w milionach złotych, czyli w 2009 r. niespełna 56 milionów zł było zaplanowanych na realizację programu szczepień ochronnych, a z dodatkowych środków zostały dołożone niespełna 45 milionów zł. Ta kwota zawiera też środki przeznaczone na zakup szczepionki na szczepienia interwencyjne, tak jak mówiłam, na tę akcję szczepień przeciwko meningokokom określonych grup ludności na terenach, na których pojawiły się ogniska zakażenia *neisseria meningitidis*.

Wrócę jeszcze do poprzedniego slajdu. Trudno na początku marca wypowiadać się na temat stanu realizacji programu szczepień ochronnych w 2011 r. Tak jak mówię, w budżecie ta kwota została zaplanowana na niewiele ponad 76 milionów zł, ale to wcale nie oznacza, że z końcem roku nie będzie można powiedzieć, iż program szczepień ochronnych został zrealizowany na tę kwotę, która rzeczywiście wynika z naszych

ostatecznych szacunków, czyli blisko 100 milionów zł. To wszystko będzie zależało od wielu czynników i w tej chwili na tym etapie trudno mówić o jakichkolwiek przewidywaniach.

Na przykładzie tego wykresu chciałabym państwu pokazać, jak wygląda stosunek kosztów zakupu preparatów szczepionkowych do innych pozostałych kosztów wykonania szczepienia pełnego, czyli badania kwalifikacyjnego i wklucia jako zabiegu.

Chcę państwu krótko powiedzieć, że tak naprawdę jedyna różnica – pani dyrektor Korbasińska też o tym wspominała w swoim wystąpieniu – w porównaniu z programem szczepień ochronnych w 2010 r. występuje w zakresie szczepionki przeciwko polio. Mieliśmy bowiem wtedy do czynienia z taką oto sytuacją, że producent nie mógł zadeklarować, iż będzie w stanie produkować i dostarczyć na polski rynek szczepionkę żywą przeciwko *poliomyelitis*. Podjęta została na forum Komisji Epidemiologii i Chorób Zakaźnych Rady Sanitarno-Epidemiologicznej, a także w gronie krajowych ekspertów decyzja o tym, że czasowo można tę szczepionkę zastąpić tą szczepionką zabita, i tak to się odbywało w pierwszym kwartale tego roku. Te liczby odzwierciedlają kolejne dawki szczepienia.

Warto jeszcze wspomnieć, że jeśli chodzi o szczepionkę przeciwko odrze, śwince i różyczce, to wszystkie osoby urodzone po 31 grudnia 1996 r. powinny być dodatkowo zaszczepione drugą dawką szczepionki przeciw MMR, czyli oprócz tego, co wynika z obowiązku programu szczepień ochronnych.

Pan minister wspomniał o tym, że dążymy do tego, aby ograniczać liczbę wkluć. I z zaprezentowanej tabeli wynika, jak dużo tych wkluć otrzymuje w ciągu życia dziecko. To są dwadzieścia trzy wklucia wraz z tą dodatkową szczepionką zabita IPV właściwie do szóstego roku życia plus... Należy pamiętać, że szczepienia wykonujemy przecież do dziewiętnastego roku życia.

Jeżeli więc chodzi o te szczepienia ochronne, to państwo wiecie, że one w całości są finansowane ze środków publicznych. Niespełnienie obowiązku poddania dziecka szczepieniu jest obwarowane określonymi karami, które wynikają wprost z przepisów ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Z naszej wiedzy wynika – choć to jest wiedza na tyle nieprecyzyjna, że żadnych konkretów w tej chwili ani faktów nie mogę przedstawić – że rzeczywiście bardzo dużo osób, żeby ograniczyć liczbę wkluć, zakupuje szczepionki oczywiście z własnej kieszeni wysoko skojarzone, i to są koszty niewidoczne w programie szczepień ochronnych.

I konkludując to moje wystąpienie, a także wystąpienia poprzedników, należy zaznaczyć, że główne zalecenia ekspertów, jeśli chodzi o to, co w przyszłości chcielibyśmy osiągnąć, dotyczą oczywiście wprowadzenia szczepień przeciwko pneumokokom dla całej populacji dzieci do piątego roku życia. W przypadku niewprowadzenia tych szczepień w rozszerzonych grupach ryzyka należałoby pomyśleć o tym, aby wprowadzać dla tych osób szczepionki skojarzone, żeby ograniczać liczbę wkluć, i o tym, aby utrzymywać tę rezerwę przeciwepidemiczną w zakresie każdego tak naprawdę asortymentu określonego w danym roku, bez względu na to, czy będą to szczepionki nisko czy wysoko skojarzone.

Jeśli chodzi o ogólny zarys, jak to w Polsce jest realizowane, to z mojej strony wszystko. Ewentualnie proszę o pytania. Postaram się na nie odpowiedzieć. Dziękuję za uwagę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję.

Poproszę o zabranie głosu pana doktora Patrzalka, specjalistę chorób dziecięcych i zakaźnych, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii w województwie świętokrzyskim, człowieka, który na terenie Kielc i województwa zrobił bardzo dużo. Z tego, co wiem, a pochodzę właśnie z tego województwa, pan doktor jeździ od samorządu do samorządu. I już na tamtym terenie rozpropagował szczepienia, i ma się czym pochwalić. Temat wystąpienia „Efekty powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom u niemowląt w latach 2006–2010. Wyniki na przykładzie miasta Kielce”.

Bardzo proszę, Panie Doktorze.

**Specjalista Chorób Dziecięcych i Zakaźnych w NZOZ Promed w Kielcach
Marian Patrzalek:**

Dziękuję serdecznie panu przewodniczącemu.

Chciałbym przedstawić wyniki, jakie osiągnęliśmy po wprowadzeniu powszechnych szczepień niemowląt w Kielcach. To jest już szósty rok. Obecna szczepionka, jaką rozpoczęliśmy szczepienia, była wtedy jedyną szczepionką na świecie, więc pozwalałam sobie wymienić jej nazwę...

W ramach przypomnienia chciałbym powiedzieć – to jest pierwszy slajd, który wszystkim państwu najpewniej jest znany, ale *repetitio est mater studiorum* – że ponad milion sześćset tysięcy ludzi rocznie, według danych WHO, umiera z powodu zakażeń pneumokokowych.

I drugi slajd przypominający, że nosicielami pneumokoków są dzieci. I ostatnie dwa słupki pokazujące, że jeżeli pod jednym dachem nie ma dzieci, to tylko 6% dorosłych jest nosicielami pneumokoka, a jeżeli są dzieci, to nosicielami jest około 30% dorosłych. To są dane oczywiście powszechnie znane. Przywołałem je tylko w ramach przypomnienia, bo chciałem pokazać, że z oczywistych i znanych wszystkim powodów biologicznych to szczepienie jest tak bardzo ważne dla dzieci. Ale jak się okazało, nie tylko dla dzieci i zaraz państwu to przedstawię.

W dniu 9 lutego Rada Miasta Kielce przyjęła „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych”. Od dnia 1 marca rozpoczęliśmy powszechne szczepienia dzieci będących stałymi mieszkańcami Kielc urodzonych po 1 stycznia. Opracowany przeze mnie schemat troszkę odbiegał od ogólnych zaleceń i podaliśmy tę pierwszą dawkę szczepionki przy drugim szczepieniu DTP, a nie przy pierwszym, jak zwykle było to sugerowane w tym czasie. Później pojawiły się prace pokazujące, że ten sposób szczepienia jest nawet nieco korzystniejszy, ale to było przeze mnie określone jako zdarzenie przypadkowe, wynikające właśnie z tego, o czym państwo byli łaskawi mówić, że dzieci polskie są tak strasznie często kłute. Na miejscu po szczepionce WZW typu B znalazłem po prostu kawałek uda dziecięcego, w którym to miejscu można było podać tę szczepionkę. I później śledziliśmy efekty tych szczepień.

Na przykładzie tej tabeli zostały pokazane efekty szczepienia w pierwszych trzech latach. Szczepienia rozpoczęto – jeszcze raz przypominam – w 2006 r. Jak państwo widzą, przed wprowadzeniem szczepień w szpitalu dziecięcym w Kielcach, który jest jedynym szpitalem dziecięcym na terenie miasta oraz powiatu i który siłą rzeczy zbiera wszystkie zachorowania dziecięce, gdyż wszystkie inne szpitale działające na

terenie miasta i powiatu nie posiadają jakiegokolwiek oddziału dziecięcego, średnio w ciągu tych dwóch lat było sto trzydzieścioro sześcioro hospitalizowanych dzieci, w drugim roku szczepień było już ich tylko pięćdziesięcioro troje, w trzecim roku szczepień było pięćdziesięcioro jeden, a w czwartym roku szczepień, które nie uwzględniono na tablicy, tych dzieci było pięćdziesięcioro. Widać więc, że osiągnęliśmy pewne minimum spadku hospitalizacji z powodu zapaleń płuc, które nie zmniejsza się już w sposób istotny, chyba że będziemy to obserwowali dalej po wprowadzeniu szczepionki trzynastowalentnej, która już jest stosowana. To jest oczywiście to samo, tylko pokazuje jeszcze wyraziściej bardzo duży spadek hospitalizacji po wprowadzeniu szczepień w drugim i w trzecim roku prowadzonych szczepień.

Na przykładzie tej tabeli została pokazana zapadalność na zapalenie płuc dzieci w Kielcach, gdzie prowadzone są powszechne szczepienia, w pierwszych dwóch latach życia. I dla porównania została przedstawiona zapadalność na zapalenie płuc dzieci w Ostrowcu Świętokrzyskim, drugim mieście pod względem wielkości na terenie naszego województwa, gdzie niestety nie ma przeprowadzanych powszechnych szczepień. I państwo widzą te zielone słupki oznaczające spadek zapadalności na zapalenie płuc dzieci w Kielcach i te czerwone słupki oznaczające brak spadku zapadalności na zapalenie płuc dzieci w Ostrowcu Świętokrzyskim. Proszę państwa, w roku 2010 na zapalenie płuc w pierwszych dwóch latach życia zachorowało w Kielcach osiemnaścioro dzieci. Proszę sobie przypomnieć dane w tym zakresie sprzed okresu szczepień.

Kolejna tabela pokazuje w ogóle liczbę zachorowań i zapadalność na zapalenie płuc we wszystkich grupach wiekowych wśród ludności Kielc na tysiąc mieszkańców. W tej pierwszej grupie wiekowej łącznie z niemowlętami czy małymi dziećmi w pierwszych dwóch latach życia to jest 0,29 osoby.

Zjawisko tak zwanej odporności zbiorowiskowej zostało po raz pierwszy opisane oczywiście przez Amerykanów, bo oni pierwsi wprowadzili, jak wiadomo, powszechne szczepienia. Zjawisko to polega na tym, że ze względu na to, iż nosicielami głównymi pneumokoków, a więc i źródłem zakażenia, jak to wynikało z tej drugiej tabeli, są dzieci, to szczepienie dzieci powoduje zmianę dystrybucji pneumokoków, oczywiście tych najbardziej zjadliwych, przeciwko którym zbudowane są szczepionki pneumokokowe, i wtedy dystrybucji szczepów o znacznie mniejszej zjadliwości. I to odbija się oczywiście na zachorowalności także wśród ludzi dorosłych, a w szczególności w grupie najstarszej, czyli ludzi powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia, których poziom odporności coraz bardziej zbliża się do poziomu odporności małych dzieci.

I zaczęliśmy obserwować, kiedy nastąpi spadek zachorowań. Kielce nie są dużym zbiorowiskiem, bo liczą nieco ponad dwieście tysięcy ludzi. Poza tym Kielce nie są miastem zamkniętym, tylko otwartym. Duża liczba młodzieży studiuje przecież w różnych uczelniach na terenie miasta. Dlatego też wydaje się, że z tego powodu zjawisko odporności zbiorowiskowej polegające właśnie na tym, że następuje spadek zachorowań wśród tych osób najstarszych, najsłabszych, ale nieszczepionych przeciwko pneumokokom, zaobserwowaliśmy dopiero w czwartym roku szczepień, czyli w 2009 r. Jak państwo widzą na podstawie tej tabeli, wtedy wyraźnie zaznaczył się spadek zapadalności z 19,4 na 10,6 na tysiąc ludzi w tej grupie wiekowej. Rok 2010 utrzymał się mniej więcej na tym samym poziomie, gdyż wskaźnik zapadalności wyniósł 11,04, czyli praktycznie niewiele różni się od wskaźnika z roku poprzedniego,

i był związany z normalnym falowaniem, które obserwuje się w takich wypadkach. To pierwsza sprawa.

Druga ciekawa kwestia wiąże się z faktem, że w tej grupie nieco młodszej, czyli między pięćdziesiątym a sześćdziesiątym czwartym rokiem życia, dopiero w piątym roku szczepień zaobserwowaliśmy wyraźny spadek zapadalności.

W pozostałych dwóch grupach wiekowych ten spadek jest mało istotny. W pierwszej grupie jest związany głównie ze spadkiem zachorowań na pewno niemowląt. Gdybyśmy odjęli te grupy spadku zachorowań niemowląt, to wtedy ta różnica będzie się mieściła w normalnym ciągu zdarzeń epidemiologicznych. Widać zatem, że w niezbyt dużym środowisku potrzeba czterech albo pięciu lat przeprowadzania szczepień, żeby pojawiło się zjawisko odporności zbiorowskiej. Sądzę, że gdyby populacja była dostatecznie duża, wyraźnie większa, na przykład całe województwo, nie mówiąc o całym naszym kraju, to wtedy te zjawiska odporności zbiorowskiej powinny się pojawić wcześniej, być może już wyraźnie w trzecim roku przeprowadzania szczepień.

To jest to samo, tylko pokazane na wykresie, na tablicach. I proszę zwrócić uwagę na te słupki, na których w szczególności widać, jaka jest różnica zapadalności w tej grupie najstarszej, czyli wśród osób mających sześćdziesiąt pięć lat i więcej, jak ona bardzo dominuje w stosunku do młodszych grup wiekowych, oraz widać, że te lata 2009–2010 już owocują wyraźnie zaznaczonym spadkiem zapadalności. Ten spadek wynosi około 43–45% redukcji w stosunku do poprzednich lat przed szczepieniami.

Tu jest pokazana ponownie zapadalność wśród osób w wieku sześćdziesięciu pięciu lat i więcej w stosunku do ogólnej zapadalności ludności w całym mieście. Ta zapadalność w całym mieście oczywiście w tych dwóch ostatnich latach zaczyna troszeczkę spadać, ale stosunkowo niewiele. Związane to jest głównie ze spadkiem zapadalności w tych dwóch ostatnich grupach wiekowych i oczywiście wśród małych dzieci, ale to jest grupa stosunkowo mało liczna w porównaniu z całą populacją miasta.

Na koniec chcę powiedzieć, że od 2007 r. nastąpiła znaczna redukcja liczby dzieci hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc w grupie dzieci szczepionych i ta tendencja utrzymuje się nadal, a w 2010 r. jeszcze bardziej się zaznaczyła, niż zostało to pokazane.

Zjawisko odporności środowiskowej pojawiło się dopiero w 2009 r. i oczywiście w 2010 r. i redukcja zapadalności na zapalenie płuc wyniosła, tak jak państwu już powiedziałem, mniej więcej 45% albo 43%. Wielkość redukcji zachorowań na zapalenie płuc oczywiście jest pokazana głównie w grupie osób szczepionych. Dominującą rolę stanowią tu pneumokoki, co jest potwierdzeniem ogólnie znanej wiedzy na ten temat.

Jeżeli państwo przewodniczący pozwolą, to chciałbym jeszcze krótko powiedzieć parę zdań na już troszkę inny temat, związany oczywiście ze szczepieniami, ale odbiegający od informacji o wynikach szczepień.

W ostatnim czasie pojawiły się w prasie, między innymi w „Rzeczpospolitej”, informacje o tym, że próbuje się kwestionować, a może nawet i zmienić, patrz dalej, może zniszczyć ten wypracowany w sposób naturalny ciąg zdarzeń, zachowujący ciąg chłodniczy szczepionek, które są szczególnym przeciwieństwem lekiem, przez zakłady opieki zdrowotnej. Myślę, że jest to problem delikatny, wymagający głębokiego namysłu, żeby to, co w sposób naturalny zostało wytworzone, nie uległo zniszczeniu. Przecież dzięki temu mamy dobrze rozwijającą się, przy tym niestety skąpym wysiłku państwa,

akcję świadczeń finansowych na szczepionki ze strony samorządów, ze strony własnej, czyli z pieniędzy własnych rodziców, również punkty szczepień dla wyjeżdżających za granicę. I to wszystko już dobrze funkcjonuje. Jeżeli państwo chcieliby to udoskonalić, to oczywiście byłoby bardzo dobrze. Ale namawiałbym do bardzo dużego namysłu, żeby nie zniszczyć tego, co w tym trudnym przecież finansowo okresie zdążyliśmy już uzyskać w Polsce. Bardzo serdecznie dziękuję. (*Oklaski*)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo panu doktorowi.

My wiemy, że lepsze jest wrogiem dobrego. Omawialiśmy właśnie tę kwestię przed chwilą z panem ministrem Bilińskim. Myślę, że ta sprawa zostanie rozpatrzona jeszcze przed wejściem w życie ustawy. Możemy tych zmian dokonać w kilku ustawach. Tak więc ta sprawa jest do załatwienia. Czy tak, Panie Ministrze?

Bardzo proszę.

**Główny Inspektor Sanitarny
Przemysław Biliński:**

Tak, potwierdzam słowa pana senatora. Otóż do końca marca nowelizacja ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi trafi pod obrady Rady Ministrów, a następnie do Sejmu i Senatu. W tej ustawie moglibyśmy umieścić tego typu regulacje. W obiegu legislacyjnym znajdują się również inne ustawy ministra zdrowia, na przykład ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, i ewentualnie w nich mogłyby się znaleźć te zapisy. To wymaga spotkania ekspertów, zaproponowania konkretnych zapisów i uzgodnień. I sądzę, że do tego dojdzie w najbliższym czasie.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo panu ministrowi.

Bardzo proszę o zabranie głosu pana doktora Marka Mazura, eksperta w zakresie finansowania ochrony zdrowia. Jest to osoba nam wszystkim znana jako były wiceszef Narodowego Funduszu Zdrowia. Temat wystąpienia „Korzyści ze stosowania powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom. Próba makroszacunku dla polskiej populacji na przykładzie... – przepraszam bardzo, ja to już zapowiadałem, pomyliłem tematy, ale, nie, dobrze – województwa świętokrzyskiego”. Tak, dobrze. W związku z tym dalszy ciąg.

**Wykładowca w Europejskiej Akademii Planowania Finansowego w Warszawie
Marek Mazur:**

Panie Przewodniczący! Pani Poseł! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Zgodnie z programem miałem mówić trochę później. Chciałbym, zanim zabiorę głos, zamienić jeszcze dwa słowa z panem doktorem, bo troszkę danych jest dla mnie nowych, tych jeszcze oficjalnie niepublikowanych, ale one są zgodne z tym, co miałem zamiar potraktować jako punkt wyjścia do analizy finansowej.

Chciałbym zająć się analizą finansową i odnieść się do tego, o czym mówiła pani dyrektor, a mianowicie koszty a możliwości. Otóż chciałbym spojrzeć na szczepienia ochronne z punktu widzenia finansów, to znaczy czy możemy na tę kwestię patrzeć tylko przez pryzmat kosztów, ewentualnie oszczędności. Dlatego też zatytułowałem swoje wystąpienie „Konflikt pilnego z ważnym”. Wiem, jak się pracuje w NFZ, i wiem, jak się pracuje w ministerstwie, że ciągle słyszymy, że to czy tamto jest pilne, wszystko jest na wczoraj. I rzadko jest moment na chwilę refleksji, czyli zastanowienia się, czy czegoś nie można by zmienić. A uważam za ważne to, że w tym przypadku możemy odnieść, oczywiście poza korzyściami finansowymi, również korzyści pozafinansowe, czyli zdrowotne.

Nie będę się zatrzymywał przy tych ogólnych informacjach, państwo to wszystko wiedzą. To, na co wydawać pieniądze, to są zagadnienia z dziedziny etyki, podstawowych praw człowieka i ważnych celów społecznych. Ale chciałbym chwilę zatrzymać się przy drugim punkcie, a mianowicie tym, że zdrowie publiczne ma kluczowe znaczenie jako podstawa budowy silnych gospodarek. Proszę państwa, o tym stosunkowo mało się mówi. Rozmawiałem ostatnio z rektorem Akademii Leona Koźmińskiego, w Stanach Zjednoczonych wydatki na zdrowie to jest obecnie ponad 15% PKB. U nas można oszacować, że łącznie z wydatkami prywatnymi to jest około 10% PKB. Ale co ciekawe, w Stanach Zjednoczonych szacuje się, że za dwadzieścia dziewięć lat te wydatki będą stanowiły prawie 1/3 PKB. To jest gigantyczny przemysł, niezależnie od tego, że oczywiście ma to wpływ na to, jak funkcjonujemy. A z kolei to, jak funkcjonujemy, ma wpływ na przemysł. Im jesteśmy zdrowsi, tym gospodarka lepiej funkcjonuje, mniej chorujemy, jesteśmy weselsi, więc bardziej skorzy do pracy. I podaję za WHO, i wydaje mi się to oczywiste, że szczepienia ochronne to jest najlepsza inwestycja. Profilaktyka jest zawsze najlepszą inwestycją. I moim zdaniem stąd bierze się ten konflikt pilnego z ważnym, że często przeoczymy to, co jest ważne.

Jakie mogą być kryteria oceny? Nie jestem ekspertem, nie będę się zatem specjalnie mądrzył, ale pan doktor Patrzalek przedstawił badania, które moim zdaniem są jednoznaczne. Skuteczność kliniczna, a potwierdza to w praktyce przykład Kielc i to dobitnie, ale i kwestia bezpieczeństwa... Nie jestem również medykiem, więc nie jestem w stanie powiedzieć, czy dyskusja na temat tego, czy szczepić się, czy nie szczepić, jest właściwa. Wiem, że jako małe dziecko zostałem zaszczepiony i nigdy żadna choroba nie przytrafiła mi się. Podejrzewam, że jest to efekt właśnie tychże szczepień.

Jeśli chodzi o wpływ wydatków na szczepionki przeciw pneumokokom na budżet ochrony zdrowia, ile trzeba by wydać na szczepionki przeciw pneumokokom, to, o ile dobrze pamiętam szacunki, jest to rząd wielkości 120–150 milionów zł. Zatem ta kwota wymieniona przez pana ministra, czyli 250 milionów zł plus 50 milionów zł z prywatnych kieszeni, będzie niewątpliwie za małą, żeby zaszczepić wszystkie dzieci przeciw pneumokokom. Niemniej jednak na zakończenie tego wystąpienia będę miał propozycję, która być może ucieszy pana senatora.

Oczywiście główne priorytety to zmiany legislacyjne i wprowadzenie obowiązkowo bezpiecznych i efektywnych szczepień. To są priorytety programu szczepień ochronnych z roku 2007. Jak sądzę, one nie uległy zmianie. Ale cały czas aktualna pozostaje kwestia pieniędzy.

Proszę państwa, to są zalecenia WHO. Szczepionka ta jest podawana w ramach programów powszechnych szczepień w czterdziestu krajach, czyli w większej liczbie

krajów niż skupia OECD, która to organizacja zrzesza trzydzieści sześć najbardziej rozwiniętych krajów świata. I polska szczepionka jest refundowana tylko dla dzieci z wybranych grup ryzyka. Co możemy zaobserwować w świecie, jeśli chodzi o skuteczność tej szczepionki? To są dane, którymi będę się posiłkował, żeby odnieść je do sytuacji w Polsce. Otóż w USA nastąpił spadek o 80% zachorowań na IChP w całej populacji. To jest mniej więcej zbieżne z tym, co można zaobserwować w Kielcach, bo tam nastąpił spadek, już dziś możemy powiedzieć, o 65%. Czy tak, Panie Doktorze?

(Specjalista Chorób Dziecięcych i Zakaźnych w NZOZ Promed w Kielcach Marian Patrzalek: Na zapalenie płuc.)

Tak, spadek zapadalności na zapalenie płuc. I w USA mamy spadek zachorowań na zapalenie płuc o 52%, u nas to już jest ponad 60%. Zatem nasze dane są nawet bardziej optymistyczne – spadek na IChP w Australii, podobnie jak u nas, nieco mniej, bo o 57%, i w Norwegii o 71%. Czyli możemy powiedzieć, że w tych trzech wybranych krajach, co do których dysponowałem danymi w tym zakresie, jest to spadek zachorowalności o 70% i to będzie wielkość uprawniona.

Co możemy powiedzieć o badaniach pana doktora Patrzała? Nie będę powtarzał tego, co prezentował pan doktor, więc szybko przeskoczę ten slajd.

Proszę państwa, i tu już mamy liczby, nad którymi chciałbym się chwilę zatrzymać. Otóż spadek wśród dzieci w grupie wiekowej 0–1, czyli od noworodka do niemowlaka, wyniósł 61%. Nastąpił spadek ze stu trzydziestu sześciu do pięćdziesięciu trzech przypadków. Tak jak powiedziałem, potwierdzają to również analogie światowe. Spadek o 83% wśród dzieci w wieku od dwóch do czterech lat. W tej grupie wiekowej znacznie mniej dzieci zapada na tę chorobę, liczba dzieci hospitalizowanych jest niższa. Spadek jest o 7%. I jest to, tak jak wspomniałem, porównywalne z uśrednionymi wynikami dla krajów europejskich. Tak więc przykład Kielc potwierdza to, co się dzieje w Europie, w krajach, w których te szczepionki są stosowane.

Pan doktor wspomniał, że Kielce mają nieco ponad dwieście tysięcy mieszkańców. Ja zastosowałem taką ekstrapolację, czyli przyjąłem, że jest to jedna dwusetna populacji Polski. W związku z tym, gdybyśmy przeliczyli to dla całej Polski – przypominam, że tam był spadek o osiemdziesiąt trzy jednostki chorobowe – to mielibyśmy o szesnaście tysięcy mniej zachorowań w całej Polsce i jednocześnie o tysiąc czterysta hospitalizacji mniej wśród dzieci w wieku od dwóch do czterech lat. Przemnożyłem to, przyjmując stawki, które płaci NFZ za poszczególne jednostki chorobowe. Skonsultowałem się jeszcze wczoraj z naczelnikiem w centrali, czy zmieniły się te stawki w tym roku. One się nie zmieniły. Widzimy więc, jakie to są oszczędności. Gdybyśmy przyjęli te siedemnaście i pół tysiąca przypadków według tej stawki 3 tysiące 700 zł, to mielibyśmy mniej więcej 65 milionów zł oszczędności na hospitalizacjach dla kolejnych jednostek chorobowych, IChP, zapaleń ucha środkowego i ewentualnie, chociaż tu już kwota jest niewielka, zapaleń opon mózgowych. To są wszystko jednostki chorobowe, które pojawiają się na skutek nieszczepienia, jeżeli tak można powiedzieć. Proszę państwa, łączna redukcja to jest 91 milionów 500 tysięcy zł, a mówimy tylko o dzieciach.

Teraz przeszlibyśmy do aspektu odporności środowiskowej, o czym mówił pan doktor. Znowu wziąłem pod uwagę tylko te dane, którymi dysponowałem, i, tak jak mówię, one są pewnego rodzaju analogiami, przeniesieniem tego, co się dzieje w innych krajach, na polski grunt. I proszę zwrócić uwagę, że dane z USA dla grupy od osiemnastego do trzydziestego dziewiątego roku życia potwierdzają spadek zachoro-

wań u około 25% osób nieszczepionych. Gdybyśmy to przenieśli na naszą populację, to znowu otrzymalibyśmy jednostkowy koszt leczenia ambulatoryjnego 150 zł i przy tej stopie redukcji, czyli 25%, mamy oszczędności: 21 milionów 500 tysięcy zł wśród osób starszych i 21 milionów zł wśród dzieci w wieku od sześciu do dwunastu lat, czyli kolejne ponad 40 milionów zł.

Tak jak wspomniałem, nie miałem jeszcze dostępu do tych danych, chociaż wymieniałem się z panem doktorem Patrzałkiem taką ogólną informacją parę dni temu czy pan doktor mi ją przesłał. Proszę zwrócić uwagę, że mówimy o redukcji dwudziestopięcioprocentowej w grupie osób od osiemnastu do trzydziestu pięciu lat, ale według tych badań w grupie osób od pięćdziesięciu do sześćdziesięciu czterech lat, a w szczególności w grupie osób od sześćdziesięciu pięciu lat plus ten spadek jest znacznie większy, bo sięga prawie 50%. Czyli można powiedzieć, że te moje wyliczenia są niedoszacowane. Proszę państwa, zatem oszczędności w ten sposób wyliczone, uwzględniając duży margines błędu, jaki sobie założyłem, bo myślę, że to może być plus minus 20%, a to mała populacja, odniesienia do innych krajów, uzasadniają te badania. Jak mówię, moje wyliczenia są nieco niedoszacowane. Bylibyśmy zatem w przedziale od 107 milionów zł do 161 milionów zł, czyli mniej więcej wyniosłoby to tyle, ile kosztowałyby obowiązkowe szczepienia. Oczywiście bez kosztów czy korzyści pośrednich, bo to z jednej strony będą koszty, z drugiej korzyści, a więc koszt rehabilitacji, niezdolność do pracy, koszt opieki. Tego nie uwzględniam. To też by trzeba dodać. Pewnie te kwoty byłyby wtedy niższe.

Teraz wracam do tej propozycji, o której wspomniałem na początku. Myślę, że ta propozycja, którą chciałbym złożyć, jest warta rozpatrzenia, tym bardziej że pan minister mówił, że trwają rozmowy między Ministerstwem Zdrowia a NFZ. Otóż być może warto by zaryzykować program pilotażowy dla jednego województwa i być może to powinno być województwo świętokrzyskie, które już te badania przynajmniej w jakimś obszarze rozpoczęło. Wtedy, gdyby te dane się potwierdziły, być może te koszty byłyby znacznie mniejsze, a nawet pojawiłyby się korzyści. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo serdecznie dziękuję.

Proszę państwa, mam taką propozycję, żebyśmy troszeczkę zmienili program, dlatego że pan minister Biliński będzie musiał nas niestety niedługo opuścić ze względu na inne pilne sprawy. Dziękujemy w ogóle, że pan minister znalazł czas i nas odwiedził. Jeżeli są pytania do pana ministra czy jakieś zagadnienia, które chcieliby państwo z panem ministrem omówić, to bardzo proszę. Pan minister jest do państwa dyspozycji.

Dla porządku bardzo proszę osoby, które będą brały udział w dyskusji, o przedstawianie się.

Główny Inspektor Sanitarny Przemysław Biliński:

Jeśli państwo pozwolą, to we wprowadzeniu do tej dyskusji chciałbym powiedzieć, że kazus województwa świętokrzyskiego w tym przypadku powinien być dla nas wyznacznikiem. Oczywiście należałoby w tych szacunkach odnieść się też do danych epidemiologicznych występowania liczby zapaleń płuc w innych województwach, gdzie

nie były prowadzone tego typu szczepienia, i zastanowić się, czy one faktycznie utrzymują się nadal na tym samym wysokim poziomie zapadalności około 20%, tak jak mówił pan doktor. Należałoby zrobić takie odniesienie populacyjne, bo naturalnie wynik rok do roku jest bardzo dobry w tym województwie. Ekstrapolując na resztę kraju, trzeba by zobaczyć, czy czasem nie było też wahnięcia w dół w innych województwach z innych powodów. Oczywiście takie powody mogą się zdarzać i to jest opisywane.

Jak państwo wiecie, ilość środków przeznaczanych corocznie na szczepienia zawsze będzie za mała i musimy mieć tego świadomość. Ta analiza koszt – efekt, którą przedstawił pan prezes, pokazuje, że każda inwestycja, jeśli nie wskazuje dodanego efektu... Wydamy na wprowadzane szczepienia około 100 milionów zł i efekt finansowy w oszczędnościach w samych tylko wydatkach na leczenie, możliwe leczenie, spodziewane leczenie w przypadku nieszczepienia też będzie w granicach 100 milionów zł. Proszę jednak zauważyć, że wydatki na leczenie to nie jest jedyny koszt choroby, który się pojawia, bo są jeszcze powikłania tych chorób. Jest to również koszt społeczny nieobecności rodziców w pracy, czyli jest całe następstwo zdarzenia, jakim jest zapalenie płuc, którego leczenie w przypadku dziecka trwa kilkanaście dni plus rehabilitacja. Przypuszczam więc, że to są koszty społeczne trzy razy większe od tych, o których mówił pan prezes, tylko w przypadku suchego liczenia kosztów szpitalnych.

Zatem konkluzja jest jasna i przekonywać chyba się nie musimy co do propozycji pilotażu. Jeśli któryś z samorządów podejmie się go, jesteśmy naturalnie gotowi poprzeć tego typu inicjatywę. Myślę, że czasami trzeba być bardziej odważnym i nie robić pilotażu, tylko podjąć decyzje i namawiać decydentów, finansistów, żeby zarezerwowali tego typu kwoty, jeśli nie w tym roku, to na początku przyszłego. My jako Państwowa Inspekcja Sanitarna będziemy to robili.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, pan profesor Zieliński.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Epidemiologii Andrzej Zieliński:

Ja zawsze bardzo się cieszę, jak można oszczędzić pieniądze. Ale wydaje mi się, że uzasadnieniem dla szczepień jest przede wszystkim ochrona zdrowia ludzi. I gdyby to kosztowało pieniądze, też należy to robić. Pieniądze, które nie zostaną wydane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie z powodu tego, że się zapobiegnie chorobom za pomocą szczepień, też nie wrócą do budżetu. Mam nadzieję, że one zostaną wydane z pożytkiem na coś innego.

Jeśli chodzi o pneumokoki, jest pilna konieczność wprowadzenia szczepień powszechnych. Rezygnowaliśmy z postulatów bardzo wielu zmian, jak na przykład przez pewien czas nie stawialiśmy postulatu szczepień przeciw grypie dla grup ryzyka, żeby ten priorytet pneumokoków, które są najważniejszym problemem z punktu widzenia zdrowia publicznego, był odpowiednio, że tak powiem, mocno przekazany w sprawozdaniach Komisji Epidemiologicznej Rady Sanitarno-Epidemiologicznej.

I mój apel polega na tym, żebyśmy bardzo wiele zrobili w tym kierunku, żeby te szczepienia zostały wprowadzone jako szczepienia obowiązkowe dla dzieci. I najważniejsze nie jest nawet to, że zaoszczędzi się pieniądze, lecz to, że dzięki tym

szczepieniom starsi ludzie nie będą chorować i umierać na zapalenie płuc. Trzeba wiedzieć, co położyć na szali. Nie możemy zdrowia ludzkiego zawsze kłaść na szali przeciw pieniądзом.

Teraz jest bardzo trudna sytuacja finansowa. Zdajemy sobie sprawę z tego, że budżet jest bardzo napięty, że jest bardzo ciężka sytuacja budżetowa i są zalecenia, które ograniczają przyrost budżetu w następnych latach. I zdaje się, że w sposób legislacyjny są ustanowione te zalecenia dotyczące limitu wzrostu budżetu i to jest bardzo słuszne, jeśli chodzi na przykład o wydatki administracyjne. Ale w zakresie szczepień przeciw pneumokokom ten bardzo wielki wydatek i bardzo wielki wysiłek budżetu państwa powinien być uwzględniony jako sytuacja wyjątkowa. To nie jest tak, że my możemy powiedzieć: zaszczepimy przeciw pneumokokom, jeżeli przy trzyprocentowym przyroście budżetu w ciągu następnych piętnastu czy dwudziestu lat dojdziemy do sumy, która nam pokryje przyrost o 150 milionów zł. To powinno być zrobione szybko i powinny być znalezione rezerwy, żeby móc to wykonać. Bardzo doceniam kalkulacje finansowe, ale musimy sobie zdawać sprawę, że nie jest to priorytet zdrowia publicznego. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję panu profesorowi.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Bardzo proszę.

**Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego –
Państwowego Zakładu Higieny
Mirosław Wysocki:**

Mirosław Wysocki, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

Na początku pragnąłbym pogratulować panu doktorowi Patrzalkowi tego przedsięwzięcia i sukcesu. Chciałbym jednak zapytać o taką kwestię. Otóż pan pokazywał poziom hospitalizacji z powodu pneumonii na przestrzeni ostatnich lat. I w roku 2008 w stosunku do roku 2007 ma pan trzykrotny wzrost hospitalizacji. Z czego to wynikało? Chodzi mi o okres między rokiem 2007 a rokiem 2008.

(Specjalista Chorób Dziecięcych i Zakaźnych w NZOZ Promed w Kielcach Marian Patrzalek: W jakiej grupie wiekowej?)

W obu grupach dzieci. Może ja się pomyliłem, ale to...

(Specjalista Chorób Dziecięcych i Zakaźnych w NZOZ Promed w Kielcach Marian Patrzalek: Był spadek, aczkolwiek ten spadek nie był oczywiście linią ciągłą, tylko falującą...)

Niech pan spojrzy na te dane między rokiem 2007 a rokiem 2008.

No właśnie, Panie Doktorze, w roku 2007 mieliśmy tysiąc sześćdziesiąt cztery przypadki, w roku 2008 – trzy tysiące sześćset przypadków, w roku 2007 – czterysta osiemdziesiąt sześć przypadków...

(Specjalista Chorób Dziecięcych i Zakaźnych w NZOZ Promed w Kielcach Marian Patrzalek: ...hospitalizacji ogółem...)

Z powodu zapaleń płuc.

**Specjalista Chorób Dziecięcych i Zakaźnych w NZOZ Promed w Kielcach
Marian Patrzalek:**

W tym czasie to jest porównanie do hospitalizacji ogółem w szpitalu w tej grupie wiekowej w celu pokazania, że w tym czasie nie zdarzyło się nic nadzwyczajnego w sensie w ogóle stanu zdrowia całej populacji.

(*Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny Mirosław Wysocki*: Panie Doktorze, chyba się zdarzyło, bo jest trzykrotny wzrost hospitalizacji.)

Nie, bo to jest liczba hospitalizacji ogółem, tych niespowodowanych zapaleniem płuc i związane to jest, proszę pana, ze zmianą sposobu rozliczania finansowego. Szpitalowi opłaca się przyjmować na dwa dni czy na jakieś trzy dni pacjenta. Ja się słabo na tym znam, bo już nie jestem dyrektorem szpitala od wielu lat, ale to z tym jest związane. Jak widać, te wahania ogólne liczby hospitalizacji nie mają żadnego wpływu na spadki zachorowań na zapalenie płuc w grupie niemowląt, o której tu właśnie deliberujemy, ze względu na prowadzone w tej grupie szczepienia.

(*Głos z sali*: To jest zmiana zasad finansowania z NFZ.)

Tak, oczywiście, zmiana bilansowania.

I z tego powodu inaczej się opłaca szpitalowi hospitalizować biegunki i wiele innych schorzeń. To jest wieloprofilowy duży szpital między innymi z dużą chirurgią i z innymi oddziałami.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Ponieważ na razie nie widzę więcej chętnych do zabrania głosu, wracamy do naszego programu.

Bardzo dziękuję panu ministrowi.

Teraz głos zabierze pan profesor Włodzimierz Baranowski, przewodniczący Sekcji Uroginekologicznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, prezes Zarządu Europejskiego Stowarzyszenia Promocji Zdrowia „Pro-Salutem”. Temat wystąpienia „Czynna profilaktyka raka szyjki macicy”.

Jeżeli pan profesor woli na siedząco, to bardzo proszę. Wszystko rejestrują mikrofony.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

**Prezes Zarządu Europejskiego Stowarzyszenia Promocji Zdrowia
„Pro-Salutem”
Włodzimierz Baranowski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym przede wszystkim podziękować za zaproszenie na dzisiejsze spotkanie. I chcę powiedzieć o problemie, w którym Polska niestety przoduje, a tym problemem jest rak szyjki macicy. W Europie jesteśmy jednym z krajów, gdzie zachorowalność na ten typ nowotworu jest najwyższa, i jednocześnie w ślad za tym idzie również najwyższa śmiertelność z powodu tego nowotworu. Oczywiście nie będziemy analizować przyczyn zaistniałej sytuacji, bo ramy tego spotkania na to nie pozwalają. Najogólniej rzecz biorąc, główną przyczyną czy jedną z głównych przyczyn jest prawdo-

podobnie późne rozpoznanie. Przypomnę, że jest to choroba kobiet dojrzałych, aktywnych zawodowo, matek, a więc dramat pań, które zachorują na raka szyjki macicy, jest tym większy.

Co można zrobić z naszej strony, jeśli chodzi o poczynania zdrowotne? Jeden ze sposobów rozwiązania tego problemu przyjęty obecnie w wielu krajach polega na tym, że można wprowadzić tak zwaną czynną profilaktykę raka szyjki macicy. Oczywiście wszystkie kraje w mniej lub bardziej udolny sposób prowadzą badania skryningowe, a więc te, które pozwalają na wykrycie wczesnych postaci raka czy stan przednowotworowy, w związku z tym leczenie jest wtedy efektywne i śmiertelność z powodu tego nowotworu w wielu krajach znacznie obniżyła się. Niestety, w Polsce tak nie jest. Przyczyny są bardzo głębokie. Jedną z przyczyn po stronie pacjentek jest również niska zgłaszalność na badania profilaktyczne. Narodowy Fundusz Zdrowia obecnie wdraża program mający na celu profilaktykę, co oczywiście poprawia rezultaty, ale na wyniki tego programu należy jeszcze poczekać.

Teraz chciałbym powiedzieć o troszeczkę innej sprawie, która wiąże się z możliwością tak zwanej czynnej profilaktyki, a więc wykonania szczepień, które zmniejszą ryzyko zachorowania, bo zniwelują to ryzyko praktycznie do zera. Oczywiście te szczepienia to jest wynik pracy wielu naukowców z całego świata. To odkrycie zostało zresztą uhonorowane Nagrodą Nobla. Chodzi o stwierdzenie naukowców, że rak szyjki macicy praktycznie w 100% przypadków jest związany z infekcją spowodowaną przez wirus HPV.

Chcę państwu pokazać takie szacowane światowe skutki kliniczne zakażeń wirusem HPV. Zobaczcie państwo, że rak szyjki macicy na szczęście znajduje się na samym szczycie tej piramidy, dlatego że gros tych zachorowań wiąże się raczej z łagodnymi schorzeniami, ale część z nich oczywiście może również spowodować raka. A więc świadomość tego, że rak szyjki macicy jest chorobą zakaźną, to jest to, co w społeczeństwie należałoby propagować. I jednocześnie, ponieważ wiemy, że tak rzeczywiście w tej chwili jest, są to wyniki już sprawdzone, jest możliwość stosowania szczepionki, która będzie zwalczała tego wirusa, czyli – mówiąc innymi słowy – mamy bardzo efektywną formę profilaktyki, jeśli tylko dałoby się to zrobić w skali krajowej.

Państwo macie tu bardzo króciutko przedstawiony ten wirus. Jest oczywiście bardzo wiele typów tego wirusa, ale jeśli chodzi o jego działanie onkogenne, to są przede wszystkim dwa szczepy i dwa typy i wobec tych dwóch typów są już szczepionki. I oczywiście tu mamy przedstawiony, za co przepraszam, mechanizm powstawania nowotworów, co jest może mniej istotne, na skutek infekcji wirusem HPV. Jeśli chodzi o aspekty praktyczne tych szczepień, to warto rozważyć tę grupę zagadnień, a więc między innymi skuteczność populacyjną, jak to wygląda w praktyce, dane pochodzą głównie z bogatych krajów zachodnich, bezpieczeństwo szczepionek, zresztą na ten temat bardzo wiele się dyskutuje, czas trwania ochrony, bo tego do końca jeszcze nie wiemy, a więc należałoby w przyszłości sprawdzić, jak długo działa ta szczepionka.

Odrębnym zagadnieniem jest szczepienie kobiet powyżej dwudziestego piątego roku życia, a więc tej populacji, która prawdopodobnie tym wirusem już jest zarażona, ale okazuje się, że w tych przypadkach efektywność tej szczepionki jest oczywiście zachowana.

I odrębne kompletnie zagadnienie to szczepienie również mężczyzn, ponieważ jest to droga transmisji tego wirusa u kobiet.

Proszę państwa, kiedy na początku rozważano to zagadnienie, oczywiście okazało się, że bardzo trudno ocenić efekt w aspekcie wieloletnim. Innymi słowy, zastanawiano się nad kosztami, które należy włożyć w to szczepienie, zanalizowano efekty tego szczepienia, czy to – mówiąc tak bardzo ogólnie – jest opłacalne.

Mamy więc trudności wynikające między innymi z tego, że w naszym kraju, ale nie tylko w naszym, brak populacyjnego programu szczepień. Jest w Polsce zauważalna i to bardzo wyraźnie wzrastająca efektywność, czyli zgłaszalność kobiet do programu przesiewowego. I do tego ta choroba rozwija się w bardzo długim czasie. W związku z tym to są okoliczności, które powodują, że trudno w tej chwili jednoznacznie, zwłaszcza w Polsce, odpowiedzieć na pytanie, czy ten program opłaca się realizować. Jaki jest bowiem ostateczny efekt tych szczepień? Przede wszystkim wiemy, na podstawie tych trzech spostrzeżeń, że będzie wzrastało wykrywanie stanów przednowotworowych szyjki macicy w najbliższych latach w Polsce, ale dzięki głównie temu drugiemu punktowi, czyli wzrastającej efektywności, to jest zgłaszalności kobiet do programu przesiewowego. W związku z tym efekt zastosowania szczepionki może nam umknąć w tym bezpośrednim okresie kilku następnych lat.

Ale przeprowadzono, proszę państwa, taką symulację, która uprawdopodobnia nam efekt tych szczepień, jeśli podejmiemy się realizowania tego programu. Chodzi o to szczepienie populacyjne. Ono obejmie ponad 80% populacji kobiet szczepionych. I to jest tak zwane modelowanie matematyczne i dopiero ono oddaje nam istotę tego działania. Jego efekt będzie obserwowany w perspektywie lat. Ponieważ rozwój tego typu raka trwa kilka, a niektórzy twierdzą, że kilkanaście lat, to ten efekt jest obserwowany mniej więcej po siedemnastu latach. Czyli na taką perspektywę należałoby się nastawić, podejmując wyzwanie przeprowadzania profilaktycznych szczepień przeciwko wirusowi HPV.

Troszeczkę inne modelowanie wskazuje na to, że to szczepienie będzie miało również wpływ na występowanie stanów przednowotworowych, czyli tego zjawiska, które wiąże się z lepszym rokowaniem dla pacjentek, a w zasadzie gwarantuje wyleczenie. A więc również ten efekt będzie obserwowany w grupie pacjentek ze stanami przednowotworowymi, ale już w perspektywie około ośmiu lat, troszeczkę więcej niż osiem lat. Czyli to już jest liczba coraz bardziej dla nas zachęcająca.

I jeszcze kompletnie inne prognozowanie od tego, ale również wiążące się z zakażeniem wirusem HPV. Jak państwu pokazywałem na jednej z pierwszych rycin, wirus HPV wywołuje nie tylko raka szyjki macicy, lecz również schorzenie kłykciny kończyste. To jest oczywiście schorzenie uciążliwe, choć niezagrażające w jakikolwiek sposób życiu. Efekt tych szczepień pojawia się w populacji kobiet szczepionych już mniej więcej po czterech latach, czyli to już daje nam wyobrażenie o tym, że ta szczepionka w tym zakresie może być bardzo efektywna.

I bardzo króciutko o wnioskach na podstawie tego krótkiego wystąpienia. Co w tej chwili wiemy? Wiemy, że okres ochronny, jeśli chodzi o zakażenie wirusem HPV i indukcję procesu nowotworowego szyjki macicy, to jest przynajmniej osiem i pół roku. To już w tej chwili wiemy, bo takie są obserwacje. Być może to jest dłużej, jeżeli będzie stuprocentowa skuteczność tego szczepienia, a więc niezwykle istotny jest związek między podaniem szczepionki a jej skutecznością.

Jeśli chodzi o analizę tego, o czym państwo mówili na początku, czyli bezpieczeństwa tej szczepionki, to mimo różnych alarmujących doniesień – oczywiście to są głównie dane z Australii, a także z Wielkiej Brytanii, ze Stanów Zjednoczonych –

wiemy, że ta szczepionka jest szczepionką bezpieczną, tak jak większość szczepionek. Oczywiście zaobserwowano, że są dwa wyjątki, czyli epizody zatorowo-zakrzepowe u kobiet z czynnikami ryzyka, i w tej grupie kobiet należałoby się zastanowić nad szczepieniami, i inne epizody, które nie zagrażają życiu.

I przedostatni wniosek. Wiemy w tej chwili, że szczepionka wykazuje bardzo wysoką efektywność prewencji zmian u kobiet do czterdziestego piątego roku życia, a więc tylko w tej pierwotnie przewidzianej grupie pacjentek do szczepienia, to oznacza, że zarówno dziewczynki dwunastoletnie, czternastoletnie, jak i kobiety dojrzałe i do czterdziestego piątego roku życia.

I ostatnia informacja, która również rozszerza jak gdyby nasze horyzonty i możliwości tej szczepionki. Okazuje się, że ta szczepionka jest wysoce skuteczna u mężczyzn, a więc również przerywamy w ten sposób ten łańcuch przyczynowo-skutkowy i w efekcie uzyskujemy prewencję. Bardzo dziękuję państwu za uwagę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo serdecznie, Panie Profesorze.

I niejako na deser zostawiliśmy sobie pana profesora Leszka Szenborna, prezesa Zarządu Polskiego Towarzystwa Wakcynologii. Temat wystąpienia

Przesłanki i perspektywy rozwoju polskiego kalendarza szczepień ochronnych”.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

**Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Wakcynologii
Leszek Szenborn:**

Panowie Przewodniczący! Szanowni Senatorowie! Szanowni Państwo!

Dziękuję bardzo za możliwość, że jako prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, który zajmuje się edukacją i popiera wszelkie możliwości zapobiegania metodom szczepień, mogę przed państwem wystąpić...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo przepraszam, Panie Profesorze. Jeżeli panu nie będzie przeszkadzać, to prosiłbym na siedząco, bo mikrofony wszystko rejestrują i później nam łatwiej wyciągać wnioski, bo wszystko jest zarejestrowane. Dziękuję.

**Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Wakcynologii
Leszek Szenborn:**

Aha, dobrze.

Nie jestem przyzwyczajony wygłaszać wykładów na siedząco, ale skoro trzeba, to spróbuję.

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Wiem, wiem.)

Proszę państwa, zacznę od Edwarda Jennera, ojca wakcynologii, nie dlatego, że chcę sięgać bardzo głęboko do historii, ale chciałbym pokazać, że historia wakcynologii to jest historia nauki. Szczepienia wykonywano wcześniej, jeszcze stulecia przed Jennerem, i są na to dowody. Niemniej jednak dopiero publikacja w 1798 r. uczyniła...

Ten rok publikacji jest dla mnie bardzo ważny, proszę państwa, bo od samego początku, jak pojawiła się publikacja, bardzo szybko udało się upowszechnić szczepienia przeciwko ospie prawdziwej, z czego my się wszyscy dzisiaj jako ludzkość szczycimy. Mówimy, że żyjemy w świecie wolnym od ospy prawdziwej, a przecież od samego początku były trudności. Tak samo jak się pojawiła metoda, która prowadziła do wybawienia nas z okropności tej choroby, pojawiły się też zarzuty, że szczepienia szkodzą. No i takim najprostszym... Ponieważ materiał do pierwszego szczepienia był pobierany od krowy, stąd ta wakcyna, wakcynologia. To jest dzisiaj nazwa dziedziny związanej ze szczepieniami.

Chciałbym powiedzieć, że już w 1810 r., czyli kilkanaście lat po tej publikacji i po wprowadzaniu szczepień w Anglii, do czego się w bardzo znacznym stopniu przyczyniło stanowisko rodziny królewskiej, która popierała te szczepienia... Tak więc od samego początku widać, że szczepienia są działalnością publiczną, że nie wystarczy jeden człowiek, który powiedziałby, że jest dobrze. Bo samego Jennera nie przyjęto nawet w poczet lekarzy angielskich z tego względu, że miał już siedemdziesiąt lat i nie umiał posługiwać się greką i łaciną, nie dostąpił tego zaszczytu, ale dostawał granty naukowe na poprawę tej metody. Ale właśnie już w 1810 r. tu w Warszawie założono pierwszy instytut szczepienia, który na zawsze ma być przy Instytucie Rządowym Ospy utrzymany i pod dyktando lekarza szczepialnego z pieczęcią i z wizerunkiem krowy i napisem: Instytut Rządowy Ospy. Czyli to pokazuje, że od samego początku rządzący, sprawujący władzę wiedzieli, jaką wagę może mieć profilaktyka chorób zakaźnych. Również Polak profesor Odo Bujwid w 1886 r. tu w Warszawie założył instytut pasteurowski, który był pierwszym po macierzystym Instytucie Pasteura w Paryżu instytutem pasteurowskim na świecie. Czyli potrafiliśmy idee i możliwości szybko wprowadzać w życie.

Proszę państwa, znamy też najważniejsze choroby oraz argumenty przemawiające za wprowadzeniem szczepień. Są to umieralność, ryzyko epidemiczne lub pandemiczne, śmiertelność, zapadalność w rejonach, gdzie choroba stanowi szczególnie istotny problem, długotrwałe następstwa choroby, wpływ na ekonomię, brak alternatywnych sposobów leczenia i zapobiegania. To jest bardzo ważne, o czym tutaj dzisiaj mówimy, w przypadku inwazyjnych zakażeń bakteryjnych, gdyż bardzo często nie zdążymy rozpoznać tych chorób. Lekarz może mieć narzędzie interwencji w postaci leczenia, ale jak tego nie rozpocznie i nie wdroży, na wszystko jest po prostu za późno. I oczywiście też ciężkość objawów.

Znamy również szacunkowe liczby, które pokazują, ile osób na świecie umiera w różnych przedziałach wiekowych, jak państwo widzicie, z powodu czynników zakaźnych. I to *streptococcus pneumoniae*, o którym państwo wcześniej już rozmawialiście, jest na pewno największym, że tak powiem, kilerem i to zarówno dzieci do piątego roku życia, jak i osób dorosłych, o czym powiedział pan profesor Zieliński, bo zachorowań wśród osób dorosłych jest nawet bardzo dużo.

Odra nie jest dla nas problemem, bo Polska jest krajem, który dobrze szczepi. *Haemophilus influenzae* typu B również nie, dlatego że mamy wprowadzone szczepienie przeciw krztuścowi i tężcowi. W wykonaniu szczepień podstawowych Polska bardzo dobrze sobie radzi i może być krajem do naśladowania.

W tej dużej liczbie chorób i nieszczęść, którym chcielibyśmy zapobiegać, są też te, które Światowa Organizacja Zdrowia uważa za priorytety. I zwróćmy uwagę, że

najwyższy priorytet na świecie, jeżeli chodzi o zapobieganie, stanowią właśnie pneumokoki. Wysoki priorytet stanowią wspomniane przez pana profesora zakażenia spowodowane wirusem HPV, a także meningokokowe zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez serogrupę C, biegunka rotawirusowa, grypa. Średni priorytet stanowią zapalenia wątroby typu A, meningokokowe zapalenia typu B, na które jeszcze notabene nie mamy szczepionki, świnka, różyczka czy ospa wietrzna. To tak dla przypomnienia.

Proszę państwa, celem szczepień w Europie, które Europa stosuje od wielu lat, jest osiągnięcie i utrzymanie wysokiego poziomu uodpornienia u dzieci w odpowiednim wieku. Nie chodzi o to, żeby po prostu dziecko było w ogóle zaszczepione, tylko żeby ono było zaszczepione wtedy, kiedy mu to szczepienie jest najbardziej potrzebne. Ważne jest to, aby podać odpowiednią ilość dawek, bo niektóre szczepienia dopiero wtedy wydają długotrwałą ochronę, jeśli wszystkie dawki są podane. I najważniejsza kwestia to jest wykonanie szczepień w najsłabszych grupach społecznych i, dodajmy również, w grupach ryzyka, bo one są podwójnie słabe.

Proszę państwa, mamy w Unii Europejskiej stare szczepionki, do których jesteśmy przyzwyczajeni. One były wytwarzane w przeszłości przez państwowe, narodowe instytuty zdrowia, na przykład Instytut Pasteura, AMI w Danii, państwowy zakład surowicy i szczepionek w Polsce. I to były szczepionki, które były robione dzięki mądrym zaangażowanym ludziom w celu ratowania populacji. Może nawet nie trzeba było do tego wielkich nakładów. Nowe szczepionki, które mamy dzisiaj, są wynikiem własnych badań naukowych prowadzonych przez firmy farmaceutyczne, które robią te szczepionki z bardzo dużym zaangażowaniem kapitału, a ich wprowadzaniu towarzyszą bardzo kosztowne badania kliniczne.

Mamy bardzo dobry program szczepień ochronnych, w którym stosujemy bez ograniczeń i w bardzo dobrym odsetku stare szczepionki. Tak jest w przypadku błonicy, tężca, krztuśca, gruźlicy, *poliomyelitis*, odry i różyczki, a także w przypadku nowych obowiązkowych szczepionek, takich jak szczepionka przeciwko zapaleniu wątroby typu B, *haemophilus influenzae* typu B, bezkomórkowy krztusiec, ale tylko dla pewnych grup stosujemy zabita szczepionkę przeciwko *poliomyelitis*, która nie jest tą szczepionką, jakiej zawdzięczamy sukces eliminacji tej choroby na świecie, jest to szczepionka droższa, ale o wiele bezpieczniejsza. Czyli pokazujemy, że jesteśmy nowocześni i że bezpieczeństwo jest dla nas bardzo ważnym priorytetem.

Mamy, proszę państwa, od dawna nowe szczepionki, które są w naszym programie szczepień ochronnych jako szczepionki zalecane. Są to szczepionki przeciwko pneumokokom, meningokokom typu C, ospie wietrznej, rotawirusom, HPV, WZW typu A, kleszczowemu zapaleniu mózgu. Są wśród nich takie szczepionki, które są potrzebne każdemu dziecku, tak jak szczepionki przeciwko pneumokokom czy meningokokom, ospie wietrznej i kleszczowemu zapaleniu mózgu. Szczepionkę przeciwko tej ostatniej chorobie można by ograniczyć do wybranych populacji.

I w tym miejscu chciałbym wspomnieć szczególnie o szczepionce przeciwko grypie, która jest starą szczepionką, ale u nas ciągle jakby z księżycą i nie wiem, czy jest postrzegana jako bardzo nowoczesna.

Proszę państwa, mamy w Polsce szczepienia obowiązkowe bezpłatne, szczepienia zalecane, które odbywają się na koszt rodziców albo sponsorów, i to jest dobrze, że czynniki społeczne widzą możliwość inwestycji w zdrowie. Musimy pamiętać, że wy-

datki na szczepienia to nie są tylko wydatki kosztowe, to jest również inwestycja. Jeszcze na koniec mojego wystąpienia o tym wspomnę.

Mamy na szczęście szczepienia w grupach ryzyka, na przykład bezpłatne zalecane przeciwko pneumokokom, ospie wietrznej czy WZW typu B. Niestety te grupy ryzyka są mało liczne i może nie najlepiej dobrane. Również szczepienia poekspozycyjne, typu wścieklizna czy tężec, to wszystko dobrze jest realizowane. W ostatnich latach kilkakrotnie przeprowadziliśmy szczepienia interwencyjne przeciwko meningokokom z grupy C w ogniskach epidemicznych ze spektakularnym fantastycznym efektem. Ale nie wyciągamy z tego większych wniosków.

Gdybyście państwo popatrzyli na polski program szczepień ochronnych, to zobaczylibyście, że tylko to, co jest oznaczone na beżowo, jest bezpłatnie dostarczane naszym dzieciom, młodzieży i osobom dorosłym, a na wszystko to, co jest na niebiesko, teoretycznie mogą się wszyscy zaszczepić, ale muszą w to w jakiś sposób zainwestować. Polska może się pochwalić bardzo dobrą organizacją szczepień, dobrą organizacją w takim sensie, że mamy wspaniałe pielęgniarki szczepiące, dobrą świadomość społeczną, te szczepienia są jak najbardziej docenione, zaangażowanych lekarzy, których wielu tutaj też widzę na tej sali, oraz chęć do ponoszenia kosztów. Bardzo dużo tych szczepionek u nas opłacają z własnej kieszeni rodzice, a także samorządy.

Za pomocą tej mapy pokazuję państwu, jak wygląda inwestowanie w szczepienia na świecie. I w większości krajów – kraje zaznaczone na beżowo – w 100% jest to finansowane ze środków rządowych. W przypadku Stanów Zjednoczonych to są również środki z innych źródeł, a w przypadku krajów Europy Zachodniej to jest również finansowane z funduszy ubezpieczeniowych. To te kraje oznaczone na ciemnobłękitno.

Wiemy, że biedne kraje otrzymują wspomaganie, jeżeli chodzi o szczepienia, bo ich po prostu na to nie stać. I paradoksalnie w wielu biedniejszych krajach program szczepień ochronnych jest lepszy niż obecnie w Polsce, a to dlatego, że są to kraje, które mogą liczyć na pomoc.

Genivi Alliance z Billem Gatesem, który zarobił wielkie pieniądze na komputerach, inwestuje właśnie w szczepienia. Ten mądry człowiek, który potrafił tyle zarobić, wie, że w żaden inny sposób nie można tak pomóc ludzkości i odwdziżyć się za to, co on dostał, jak inwestując w szczepienia.

W lewej części tego wykresu widzimy przede wszystkim, jak krajom Trzeciego Świata pomaga WHO i całe to zjednoczenie na rzecz szczepień na świecie. To jest pomoc na poziomie 214 milionów dolarów, a potrzeby są o wiele większe.

Proszę państwa, chciałbym również zwrócić uwagę na to, że w tej pomocy, którą niesie WHO i koalicja Genivi Alliance, prawie połowa to są koszty zachowania łańcucha, koszty operacyjne i dodatkowe środki, czyli wszystko to, co my w Polsce mamy, bo my mamy doskonale zorganizowane gabinety szczepień, lekarzy, pielęgniarki szczepiące, a reszta to są koszty szczepionek. I wspomaganie tych szczepionek, który my mamy w programie, to jest oznaczone tym ciemnofioletowym kolorem. Jak państwo widzicie, rzeczywiście nowe szczepionki przekraczają wielokrotnie wydatki na ten podstawowy kalendarz szczepień, również w tamtych krajach.

Podstawowe różnice w programach szczepień Polski i w krajach Unii Europejskiej, do której przecież mamy ambicje coraz bardziej należeć i się z nią identyfikować, to jest to, że my powszechne szczepienie przeciwko gruźlicy mamy w jednej dawce, mamy tę noworodkową dawkę szczepionki przeciw WZW typu B, która

nam jest absolutnie potrzebna. Niestety, obecnie jesteśmy już ostatnim krajem w Europie, naprawdę ostatnim, który stosuje szczepionkę starego typu przeciwko krztuścowi. To jest szczepionka, która ma zdecydowanie gorszy profil bezpieczeństwa aniżeli szczepionka acelularna. No i to, że te nowe szczepionki mamy bezpłatne tylko dla grup ryzyka.

Jakie mamy problemy? Proszę państwa, brakuje nam wystarczająco czulego systemu monitorowania chorób zakaźnych, ale nie z powodu instytucji, bo takie są, tylko z powodu nie najlepszej może pracy lekarzy. Wszystkich tych, którzy w sposób niewystarczająco dbały i precyzyjny raportują choroby zakaźne. Mamy bardzo duże opóźnienia we wprowadzaniu szczepionek i źle jest ich uzasadnianie. To martwi nas w towarzystwie wakcynologów, że nawet gdybyśmy nie mieli tych środków na te szczepienia, to lepiej powiedzieć, że nas nie stać, niż mówić publicznie, że wyczekujemy na dowody bezpieczeństwa i skuteczności szczepionek. Bo to nie jest tak, że szczepionki się stosuje bez takich dowodów.

I teraz chciałbym państwu zaprezentować kilka przykładów.

Szczepionka przeciwko inwazyjnemu zakażeniu wywołanemu przez *haemophilus influenzae* typu B, bo to jest przyczyna znana z zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i sepsy u dzieci. Zapewne państwo wiecie, że ta szczepionka była już wprowadzona w późnych latach osiemdziesiątych w Finlandii, na Islandii, na początku lat dziewięćdziesiątych w większości krajów, ale do Polski dotarła dopiero w 2007 r. Byliśmy trzydziestym szóstym krajem europejskim, który ją wprowadził. Szesnastym krajem była Łotwa, dwudziestym pierwszym Węgry, dwudziestym piątym Słowacja, dwudziestym ósmym Republika Czeska, a także Litwa, Estonia, i to wiele lat przed nami. Proszę państwa, w jakimkolwiek kraju – ten wykres to pokazuje – ta szczepionka przeciwko *haemophilus influenzae* typu B została wprowadzona, mamy tutaj Finlandię, Holandię, Wielką Brytanię, Irlandię czy Izrael, w bardzo krótkim, dwuletnim okresie, spowodowała prawie całkowity zanik zakażeń inwazyjnych wywołanych przez tę bakterię. Nie wiem, czy tak długo musieliśmy czekać na dowody tego, że ta szczepionka jest bezpieczna i skuteczna. Na szczęście ta mapa była robiona w 2008 r., bo gdyby była robiona w 2007 r., to nie znaleźlibyśmy się na niej, bylibyśmy wykluczeni z tej zielonej strefy krajów, które wiedzą, że jest taka szczepionka i ją stosują. To pierwsza kwestia.

Druga sprawa, proszę państwa, widziecie tutaj szczepionkę przeciwko śwince, na którą polskie dziecko musiało bardzo długo czekać. To była szczepionka bardzo popularna, najchętniej kupowana, 60% populacji szczepiło się za własne pieniądze. Dlatego, że każdy widział dziecko z zapaleniem przyusznic i nie rzadko widział, bo prawie 1/3 z nich trafiała z powikłaniami do szpitala, była hospitalizowana. Mieliśmy rocznie w szczytowych latach do dwustu trzydziestu tysięcy zachorowań. I mimo że to wszystko wiedzieliśmy, Polska w 2003 r. była dopiero czterdziestym dziewiątym krajem w Europie, który wprowadził szczepienia przeciwko śwince, również późno, bo kilkanaście lat po Czechach, Węgrzech, Litwie, Łotwie, nawet Federacji Rosyjskiej, notabene oni mieli swoją szczepionkę, Słowacji i Słowenii. I państwo widziecie, w jakim towarzystwie wprowadziliśmy tę szczepionkę.

Proszę państwa, jest jeden niewątpliwý sukces, którym chciałbym się pochwalić i z którego my wszyscy możemy być dumni. Mam na myśli historię wprowadzenia szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. I to jest dowód na to,

że jeżeli dysponujemy danymi epidemiologicznymi, a w tym przypadku dysponowaliśmy, to możemy przyspieszyć wprowadzenie tej szczepionki i zauważyć również sukces związany z jej wprowadzeniem. Na przedstawionym wykresie widać, jak bardzo pod koniec lat osiemdziesiątych narastała liczba zachorowań i liczba przypadków wśród dzieci. Wtedy również z powodu braku środków szczepionka przeciw WZW typu B nie została wprowadzona powszechnie, a w trzech etapach. W 1994 r. najpierw w województwach, które miały największą zapadalność, między innymi na Dolnym Śląsku, w Wałbrzyskiem, Legnickiem, i w następnych trzech latach sukcesywnie w całym kraju, co spowodowało, jak państwo widziecie, spektakularny spadek zachorowań. I dzisiaj moja klinika pediatrii, którą mam przyjemność kierować i która kiedyś prowadziła dwustu pięćdziesięciu pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby, od wielu lat nie ma żadnego pacjenta z tym schorzeniem, może jakieś pojedyncze przypadki. To właśnie w ten sposób potrafią działać szczepionki. I popatrzmy, Polska rzeczywiście była liderem, bo zaczęło się je wprowadzać na początku lat dziewięćdziesiątych. My już w 1996 r. jako piętnasty kraj w Europie, czyli zupełnie inaczej niż w tych innych przykładach, wprowadziliśmy tę szczepionkę. I możemy się poszczycić tym, że ta szczepionka rzeczywiście jest doskonała i widać, że jest również zalecana i stosowana w najbiedniejszych krajach świata.

Proszę państwa, dochodząc do przesłanek i europejskich doświadczeń, chciałbym zobaczyć, czego przeszłość nas nauczyła oraz co nam zapowiada na dzisiaj. Na dzisiaj zapowiada nam, że są zakażenia wywołane przez pneumokoki o uznanej inwazyjności, chorobowości i widzimy, że jest wiele krajów europejskich, które tę szczepionkę wprowadziły – jest ich dużo więcej niż zaznaczono na tej mapie – a Polska ma tę szczepionkę jedynie w grupach ryzykach i to nieobejmujących chociażby wcześniaków, które są wielką grupą ryzyka. Bo w Polsce 7% noworodków przychodzi na świat jako dzieci przedwcześnie urodzone, co nas bardzo niekorzystnie odróżnia od całego świata, dlatego że w krajach starej Unii to jest 2%, a w Japonii nieco powyżej 1%. Tak więc to jest dramatycznie niedobra sytuacja. I nie ma niestety...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Charakter? No właśnie, ale jeżeli tak powiemy, to znowu będziemy mówili w sposób nierzeczowy. Jest źle z innych powodów.

Proszę państwa, nie ma nas na tej mapie. Oczywiście jest jakaś zwłoka w stosunku do lidera, który wprowadza szczepionkę. Widzimy to w odniesieniu do Stanów Zjednoczonych i Kanady, które to kraje wprowadziły szczepionkę do powszechnego stosowania w latach 2001–2002. A następne kraje uczyniły to dopiero w roku 2005 i w roku 2006, bo to jeszcze nie było szczepionki, jeszcze badano dowody czy kwestie epidemiologiczne. Ale nikt nigdy nie czeka kilkanaście czy kilkadziesiąt lat na pojawienie się wystarczających dowodów na skuteczność szczepionki i to w dużej liczbie.

Ta prawa strona tabeli, jak państwo widziecie, to są kraje biedne. W krajach zaznaczonych na niebiesko szczepionki są całkowicie fundowane ze środków WHO i Genivi Alliance. I dalej, w krajach oznaczonych kolorem zielonym są finansowane ze środków wspomaganych oraz rządowych. Czyli rządy wielu biednych krajów świata wiedzą, że nie mogą obywatelowi... Łatwiej mu pomóc, po prostu go zaszczepiając, niż zapewnić odpowiednią opiekę lekarską, bo tego lekarza trzeba przywieźć, trzeba mu stworzyć gabinet. Szczepionka raz podana działa przez wiele lat.

Popatrzmy również na zapadalność. W takim wielośrodkowym badaniu, które było bardzo niedoskonałe, udało nam się jednak wykazać, proszę państwa, że mamy średnią europejską i światową zapadalność na inwazyjną chorobę pneumokokową, to jest od dwudziestu do stu przypadków na sto tysięcy.

I proszę popatrzeć, pokazuję drugą chorobę, czyli zakażenia meningokokowe, którą lepiej państwo znacie, jako że to jest choroba, że tak powiem, z twarzą. Ofiary sepsy meningokokowej są często prezentowane w prasie i to jest tylko jeden na trzy przypadki. A dużo więcej widzimy i dużo więcej stwierdzamy przypadków, czyli tak wiele przypadków choroby pneumokokowej pozostaje nierozpoznanych w Polsce.

I żeby państwu przybliżyć tę kwestię dotyczącą zapadalności na chorobę pneumokokową na poziomie dwudziestu osób na sto tysięcy mieszkańców, to przywołam sytuację, z jaką mamy do czynienia na polskich drogach. Niestety, Polska nie należy do krajów, które mogłyby się poszczycić bezpiecznymi drogami. Powiem nawet więcej, Polska należy do krajów, które nie robią żadnych postępów w tym kierunku. U nas w ciągu roku na milion mieszkańców stu czterdziestu pięciu, stu czterdziestu trzech Polaków ginie w wypadkach. A gdybyśmy to przeliczyli na choroby zakaźne, to ta zapadalność wyniosłaby 14,3–14,5 osób na sto tysięcy mieszkańców. Czyli wynika z tego, że inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce występuje tak samo często, jak zdarzają się ofiary śmiertelne w wypadkach, o czym donoszą wszystkie statystyki.

Proszę państwa, dzięki specjalnej szczepionce przeciwko grypie i wieloletniej jej orędownicze naszej pani profesor Brydakowej, to dzieło jej życia, Polska może w ostatnich latach poszczycić się tym, że jest na drugim miejscu pod względem zabiegów kardiochirurgicznych, wykonywania stentów i bajpasów. Ale te osoby z chorobami serca i osoby operowane są z grupy ryzyka z prawdopodobieństwem ciężkiego przebiegu grypy z powikłaniami. I są dowody na to, że szczepienia u tych osób są bardzo skuteczne, bo zmniejszają ryzyko zgonu w ciągu dwóch lat. I wskaźnik, jaka jest liczba osób, które należy zaszczyć, aby jedna osoba z tego skorzystała, pacjentów z chorobą wieńcową czy świeżo po zawale serca, wynosi dwadzieścia dziewięć. Czyli pomyślmy sobie o kosztach. Jeżeli przeprowadzany zabieg stentowania czy bajpasów potrafi kosztować kilkanaście czy kilkadziesiąt tysięcy złotych, a szczepionka jest za 30 zł, to nawet gdybyśmy mieli zaszczyć te trzydzieści osób, wydalibyśmy 900 zł, czyli ratujemy jedną osobę po tym zabiegu, bo grypa niweczy skutki tego zabiegu.

Gdybyśmy wzięli pod uwagę pacjentów po zawale serca, to ryzyko istotnego niedokrwienia mięśnia sercowego u pacjentów zaszczonych przeciwko grypie jest jeszcze bardziej zredukowane. Liczba pacjentów, których należy zaszczyć, wynosi tylko czternastu. Chciałbym się zapytać, czy możemy zrobić coś więcej pod względem zdrowotnym dla naszych pacjentów za mniejsze pieniądze, żeby osiągnąć takie dobre efekty. Pacjent po zabiegu kardiochirurgicznym w Polsce powinien obowiązkowo być szczepiony, żeby nie marnotrawić naszych pieniędzy. To nie jest przecież bezpłatne leczenie, ono kosztuje nas wszystkich, na to idą przecież nasze środki, wszystkich obywateli.

Następna kwestia. Starość, podeszły wiek jest jedynym czynnikiem ryzyka dla szczepionki grypowej, a wiemy, że ta szczepionka przynosi redukcję umieralności ogólnej nie tylko wśród pacjentów, którzy przebywają w domach spokojnej starości – hospitalizacje, zapalenia płuc stanowią w tej grupie czterdzieści kilka procent – lecz również wśród tych, którzy pozostają w domu. U nas to jest bardzo częsty argument, i w przy-

padku dzieci, i w przypadku dorosłych, że lepiej pozostać w domu, bo dom to jest w ogóle jakiś azyl. Tam nie dochodzą wirusy, bakterie, tam nic złego nie może się zdarzyć. Nieprawda. W domu też to się zdarza. Jak państwo widziecie, redukcja hospitalizacji nawet u domowych pacjentów jest na poziomie 22–27% i są to odsetki znamienne.

I gdy porównam tę liczbę pacjentów NNT, u których musimy przeprowadzić taką interwencję, do innej sytuacji, bardzo często spotykanej, może łatwiej państwo będą mogli to sobie wyobrazić. Otóż jeżeli lekarz staje przed dorosłym czterdziestoletnim pacjentem z ostrym zapaleniem gardła i zastanawia się, czy ma mu wypisać antybiotyk na receptę, czy nie, a ten antybiotyk jest również z naszych środków, bo jest refundowany, to musiałby wypisać sto czterdzieści cztery recepty, żeby jeden pacjent odniósł z tego korzyść. To jest taka sama sytuacja. Oczywiście skuteczność szczepień przeciwko grypie jest dużo większa.

Proszę państwa, bardzo ważnym aspektem i nieodzowną przyszłością – oby ona przyszła do nas jak najszybciej – jest stosowanie szczepionek skojarzonych. Są to szczepionki do stosowania w programie szczepień podstawowych, tych, które mamy w Polsce, tyle że to umożliwia podawanie tych wszystkich antygenów w jednej szczepionce. Czyli są to szczepionki pięciowalentne i sześciowalentne. Szczepionka w jednej strzykawce uodparnia przeciwko pięciu czy sześciu chorobom. I te szczepionki są bardzo w Polsce popularne. W dużych miastach do 60% ludzi zakupuje te szczepionki dla własnych dzieci. Nas wakcynologów troszkę to boli. To znaczy cieszymy się z tego, ale stoi to, jakby to powiedzieć, kolcem w sercu. Otóż ludzie inwestują pieniądze w komfort szczepienia, żeby to wszystko było gładsze, żeby było jedno ukłucie, zamiast kilku ukłuć. Ale nie inwestują tych pieniędzy w następne choroby, na przykład już przeciwko pneumokokom szczepi się kilkanaście procent dzieci. Tak więc widzimy, że jest to na pewno wygoda, jest to przyszłość i jest to potrzeba.

Co jest jeszcze bardzo ważne? Szczepionki skojarzone, proszę państwa, to są szczepionki, które zawierają acelularny krztusiec. To jest to, czego my nie mamy w powszechnym stosowaniu. Mamy te szczepionki tylko do stosowania w jednej dawce dla dzieci w szóstym roku życia, dlatego że im nie można podać szczepionki starego typu. I życzylibyśmy sobie, żeby nasze dzieci miały i komfort, i szczepionki przeciwko nowym chorobom. Oczywiście rozwój tego kalendarza szczepień, to, że zaangażowane są w niego firmy farmaceutyczne powoduje nieufność, ukazują się artykuły, na przykład „Szczepionkowy skok na kasę”. Wszystko jest skokiem na kasę, cały program szczepień, te około 60 milionów zł, bo tyle on jest wart w Polsce. Jak się teraz dowiaduję, on jest tyle wart, co drugi dzień wyborów, który kosztowałby około 50 milionów zł. Czyli wszystko można do czegoś porównać.

Te populistyczne poglądy, proszę państwa, o szczepieniach niestety wynikają z wyobrażeń. I niestety często ludzie z tytułami, którzy nie są lekarzami, a nawet sami lekarze wygłaszają swoje czysto osobiste opinie, które nie mają nic wspólnego z nauką i nie są żadnym dowodem. Pokazałem państwu, że wakcynologia zaczęła się od tej publikacji Jennera, że my jednak opieramy się na publikacjach, które są dyskutowane, porównywalne. Oczywiście łatwo sobie wyobrazić przeładowany kalendarz szczepień, bo każdy potrafi sobie wyobrazić wóz, na który załaduje się za dużo pakunków. Każdego osła taki wóz poniesie.

Proszę państwa, szukałem w różnych politycznych publikacjach, czy jest coś dla naszego kalendarza szczepień. I okazuje się, że jest. Otóż raport ministra Boniego

„Polska 2030. Wyzwania rozwojowe” zakłada wzrost gospodarczy i poprawę jakości życia. I działania te mają być podejmowane na szczeblu centralnym, lokalnym, przez pracodawców i przez same społeczeństwo. I jak najbardziej szczepienia są dziedziną, w której my wszyscy możemy zawiązać koalicję współpracującą. Ale, proszę państwa, najlepszy plan nie będzie mógł być zrealizowany, jeżeli kwestie zdrowotne zostaną zaniedbane. W tym raporcie używa się angielskiego pojęcia *well-being*, ale nie trzeba, bo jest bardzo ładne polskie słowo „dobrostan”. Czyli dobrostan oznacza taki stan zdrowia, w którym stara się unikać głównych zagrożeń, a nie je leczyć.

Wiele z działań profilaktycznych wymaga ich powtarzania, spełnienia wielu dodatkowych warunków, ciągłych nakładów. Szczepienia wymagają tego w małym stopniu. Na spotkaniu z kardiologami też usłyszałem, że mycie zębów również zapobiega śmiertelności w chorobach wieńcowych itd. To jest prawda, ale to trzeba codziennie, kilka razy dziennie wziąć szczotkę, nałożyć na nią pastę i co najmniej przez trzy minuty myć zęby i wypłukać. A takie szczepienie przeprowadza się raz w roku i można zapomnieć, co się zrobiło. To jest o wiele lepsze narzędzie.

W raporcie „Polska 2030. Wyzwania rozwojowe” szczególną rolę mają odgrywać te interwencje, które będą działaniami prewencyjnymi, przynoszącymi wymierne efekty, a ich stosowanie będzie powszechnie akceptowalne. I myślę, że szczepienia w Polsce są akceptowane, jakkolwiek nie należy nie zauważać ruchów również antyszczepionkowych i osób, które wypowiadają się negatywnie i niechętnie na temat szczepień i szczepionek.

Chciałbym dodać, nawiązując do dyskusji z panem ministrem, że wydatki na zdrowie nie powinny być traktowane tylko w kategoriach kosztowych, lecz, o czym tutaj mówiliśmy, jako inwestycja prozdrowotna. Bo, proszę państwa, zwróćmy uwagę, że oczywiście kraje, które są najbogatsze, mają najdłuższą przeżywalność, i to nie dlatego, że się szczepią, bo są bogate, tylko one są dlatego bogate, że się szczepią. Też dlatego, że zdrowie jest warunkiem materialnego powodzenia obywateli i państw, a nie jego skutkiem. Po prostu te społeczeństwa, które nie mają kalek, nie mają rencistów, mogą bardziej się zająć pracą i inną działalnością. Bardzo dziękuję, państwu za uwagę. (Oklaski)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję.

Bardzo przepraszam, ale tak się zaoferowałem dzisiaj tymi tematami naukowymi, że uciekłby mi najważniejszy aspekt dzisiejszego dnia, czyli to, że dzisiaj mamy Dzień Kobiet. (*Wesołość na sali*) Chcę wszystkim paniom życzyć wszystkiego najlepszego, przede wszystkim zdrowia, radości, samych pięknych i pogodnych dni w waszych sercach, żebyście zawsze były kochane przez waszych partnerów, doceniane przez współpracowników, szefów, a nie tylko przez organizacje feministyczne. Wszystkiego najlepszego.

(*Głos z sali*: Tak jest.)

(*Głosy z sali*: Dziękujemy.)

Przechodzimy do dyskusji.

Kto z państwa...?

(*Brak nagrania*)

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Epidemiologii
Andrzej Zieliński:

To był bardzo piękny referat, ale powiem, że wymaga on kilku uściśleń. Przede wszystkim nie brałbym pracy Jennera za wzór badania naukowego, bo badanie Jennera było wykonane na jednym przypadku chłopca, którego on specjalnie zakaził ospą. Nie zostało ono wydrukowane w czasopiśmie, bo już wtedy uznano, że nie spełnia ono warunków badania naukowego. Dziś mamy wyższe wymagania w stosunku do badań. Oczywiście intuicja Jennera zasługuje na jak największy szacunek.

Jeśli chodzi o HIB, rzeczywiście został wprowadzony jako szczepienie powszechne w 2007 r., ale wprowadziliśmy go co najmniej trzy lata wcześniej dla dzieci, tak jak to wynikało z badań epidemiologicznych, z rodzin wielodzietnych, i to już spowodowało znaczny spadek zachorowań.

Jeśli chodzi o *hepatitis* typu B, który rzeczywiście jest jednym z największych sukcesów w wakcynologii ostatniego kilkudziesięciolecia, to ma on swoje nazwisko stojące za tym programem, mianowicie profesora Magdzika, które warto w tym momencie wymienić, bo on był rzeczywiście jedynym pełnym autorem tego programu. Słusznie pan profesor zwrócił uwagę na późne zaszczepienie przeciw śwince. Te kilkadziesiąt tysięcy zachorowań to była nasza hańba, kiedy inni już znacznie wcześniej mieli szczepionkę MMR. Został też popełniony błąd we wprowadzeniu tej szczepionki, że nie wprowadzono jej dla dzieci idących do szkoły, tylko dla starszych dzieci. Wobec tego do czasu, aż wprowadzono szczepionkę MMR dla dzieci w drugim roku życia, ciągle mieliśmy ten nadmiar szczepień.

Wśród tych pięknych postulatów, które pan profesor wymienił, są postulaty, takie jak szczepionki wieloważne i krztusiec acelularny w stosunku do krztuśca pełnokomórkowego. To jest wszystko słuszne i rzeczywiście na świecie tak ludzie robią. Ale my musimy sobie zdawać sprawę, że pobożne czy szlachetne życzenia to jest jedna sprawa, a nasza rzeczywistość budżetowa to jest druga sprawa. Szczepionka pełnokomórkowa produkowana w Polsce jest wielokrotnie tańsza i nie jest tak, że jest dramatyczna różnica, jeśli chodzi o niepożądane odczyny poszczepienne w jej przypadku. Szczepionka acelularna została wprowadzona wtedy, kiedy szczepionka pełnokomórkowa miała bardzo złą prasę z fałszywymi oskarżeniami przede wszystkim o chorobę Crohna i całą masę innych powikłań, które okazały się fałszywe. Wycofanie się krajów ze szczepionki pełnokomórkowej spowodowało wzrost zachorowań na krztuśca. My tego uniknęliśmy, bo cały czas stosowaliśmy szczepionkę pełnokomórkową. Nawet w Szwecji, Anglii czy w Japonii pojawiły się wtedy zgony z powodu krztuśca. My powinniśmy dążyć do tego, żeby wprowadzić szczepionkę acelularną, ale na pewno nie kosztem opóźnienia wprowadzenia szczepień przeciw pneumokokom. Jeśli będzie brakować pieniędzy na szczepionkę acelularną, by stosować ją zamiast pełnokomórkowej, to nie powinniśmy tego forsować aż nie wprowadzi się szczepionki przeciw pneumokokom. Bo musimy zdawać sobie sprawę, że najważniejsze są priorytety kliniczne i epidemiologiczne. I również taka jest moja opinia, jeśli chodzi o szczepionki wieloważne, co pan profesor podkreślił, że jest to mniejszy priorytet niż szczepionka przeciw pneumokokom, za co jestem panu bardzo wdzięczny.

Słuszna jest uwaga, że nie powinniśmy przesadzać z oceną zagrożeń ze strony szczepionek, które na świecie są powszechnie stosowane. My nie musimy wszystkiego

sprawdzać w naszych badaniach, to nie jest tak, że my się tak bardzo różnimy od ludzi mieszkających na Zachodzie. I to jest uwaga, z którą ja się bardzo zgadzam.

Panie Doktorze, Panie Profesorze, to przekonanie, że nasze społeczeństwo jest tak bardzo przywiązane do idei szczepień i popiera te szczepienia jest optymistyczne. Ale niestety, w tej sprawie też różnimy się nieco w opiniach. Otóż do tej pory było tak – i wydawało nam się, że jesteśmy po dobrej stronie, jeśli chodzi o szczepienia obowiązkowe – że ruchy antyszczepionkowe nie wpływały na poziom zaszczepienia w naszym społeczeństwie. I tak było przez wiele lat. Niestety w ostatnim roku stwierdziliśmy, że w zakresie szczepień obowiązkowych, zwłaszcza tych późniejszych, po drugim roku życia, spada wyszczepialność o kilka punktów procentowych, a kilka punktów procentowych to są już tysiące niezaszczepionych dzieci. Wobec tego ruchy antyszczepionkowe zaczynają u nas być skuteczne. A świadomość ma jeszcze drugą stronę. Otóż co prawda ludzie stosunkowo wysoko nadal się szczepią szczepionkami obowiązkowymi, ale szczepienia zalecane, na pewno nieproporcjonalnie do zamożności ludzi, nie są wykorzystywane. I przykład grypy jest bardzo jaskrawym przykładem. I to, na co pan profesor zwracał uwagę, że zdarzają się lekarze, którzy właściwie wygłaszają poglądy antyszczepionkowe, co jest hańbą ze względu po prostu na edukację tych lekarzy. Sposób myślenia i przyjmowanie argumentacji takiej pani Majewskiej świadczy o tym, że nasi lekarze są niewykształceni, przede wszystkim w zakresie epidemiologii i rozumowań lekarskich. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję, Panie Profesorze.

Zachęcam do dyskusji.

Kto z państwa jeszcze chciałby zabrać głos?

Bardzo proszę.

**Kierownik Zakładu Badania Surowic i Szczepionek
w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego –
Państwowym Zakładzie Higieny
Bożenna Bucholc:**

Bożenna Bucholc, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Mam taką dodatkową uwagę do wykładu pana profesora Szenborna. Wymienił pan kilka aspektów różniących Polskę i Europę. Dodałabym jeszcze jedno, że tylko w Polsce stosuje się szczepionki zawierające tiomersal, co daje dodatkowe argumenty ruchom antyszczepionkowym. Szczepionki te można zastąpić, przynajmniej jedną z nich, szczepionkami niezawierającymi tej substancji.

Druga uwaga uzupełniająca skierowana do pana profesora Baranowskiego dotyczy szczepionki HPV. Powiedział pan profesor, że jest stuprocentowa pewność, że ona jest skuteczna. Ta skuteczność opiera się na poziomie przeciwciał, a nie na przypadku naprawdę zachorowania na raka szyjki macicy. I na to musimy jeszcze parę lat poczekać, czy ta jedna dawka szczepionki wystarczy na to, żeby zapewnić stuprocentowe zapobieżenie tej chorobie. Poza tym, jeśli mówimy o profilaktyce raka szyjki macicy, nie należy zapominać o cytologii. Owszem szczepionka tak, ale właściwie wypadaloby

mówić, że drugim takim podstawowym profilaktycznym zachowaniem jest badanie cytologiczne. To tylko tyle. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Pan profesor Włodzimierz Baranowski.

**Prezes Zarządu Europejskiego Stowarzyszenia Promocji Zdrowia
„Pro-Salutem”**

Włodzimierz Baranowski:

Zostałem w zasadzie wywołany do odpowiedzi. Oczywiście szczepionka nie równa się temu, że pacjentka ma nie być kontrolowana, bo absolutnie taka kontrola raz w roku czy raz na dwa lata, tak jak obecnie postuluje się w grupach pacjentek bezobjawowych, jest jak najbardziej wskazana. Te dane o stuprocentowej pewności tej szczepionki oczywiście wynikają nie z jakichś bardzo globalnych badań, tylko z oceny pewnej grupy pacjentek, która pierwotnie dostała tę szczepionkę. To ta pierwsza grupa, która została zaszczepiona. I w tej grupie wykazano, że jest stuprocentowa skuteczność w sensie braku zachorowania na raka szyjki macicy w relacji do porównywalnej grupy kontrolnej. A więc w tym sensie, na podstawie tego badania, można domniemywać, że skuteczność jest stuprocentowa. Wiemy, że nie wszystkie raki są HPV zależne. Kilka procent prawdopodobnie nie jest, ale o tym jeszcze nie wiemy. Być może one są wywoływane przez inne typy wirusa, bo ta szczepionka jest tylko przeciwko dwóm typom. A tych typów, jak pokazywałem, jest ponad sto, z tego około dwudziestu to są onkogeny, więc, jak ktoś ma nieszczęście, to trafi akurat na typ, przeciwko któremu ta szczepionka nie działa. A więc w wymiarze populacyjnym oczywiście jak najbardziej może mieć to miejsce, bo indywidualne różnice, jak to w medycynie, zawsze istnieją.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Bardzo proszę, Pani Poseł.

Posel Beata Malecka-Libera:

Dziękuję bardzo.

Z wielką uwagą wysłuchałam tych wszystkich wystąpień, ponieważ po raz chyba trzeci spotykamy już się tutaj w Senacie i rozmawiamy na temat szczepień i profilaktyki. Oprócz tego, że reprezentuję sejmową Komisję Zdrowia, reprezentuję również Komisję Zdrowia Publicznego, co akurat w tym przypadku wydaje mi się ważniejsze. A mówię o tym dlatego, że dla mnie zdrowie publiczne – i chciałabym tu zostać dobrze zrozumiana – chyba ma za małą nośność w sobie. I to wszystko, o czym mówimy na tematy zdrowia, łącznie z reformą, to tak naprawdę dotyczy chorób i medycyny naprawczej, a nie zapobiegania, promocji czy zdrowia publicznego.

Od kilku lat pracuję w tej komisji, podejmujemy w niej różnego rodzaju inicjatywy, również razem z panem senatorem w Senacie, i zauważyłam, że po prostu chyba to już jest taka moja misja i Komisji Zdrowia Publicznego, że musimy po prostu o tym ciągle mówić. A może przyjdzie kiedyś taki moment, że powiem tak: to, co sobie zaplanowaliśmy, zostało wreszcie zrealizowane i to zdrowie publiczne jest najważniejszą wartością, najbardziej docenianą, czy to w raporcie „Polska 2030. Wyzwania rozwojowe”, czy też po prostu przez nas samych, przez społeczeństwo, które powinno zrozumieć tę ideę.

Tutaj i w Sejmie pierwszy raz rozmawialiśmy na temat pneumokoków, później mówiliśmy o meningokokach, mówiliśmy o różnych zmianach w sposobie finansowania. Również dzisiaj pan minister podniósł ten temat propozycji finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia i bardzo dobrze, że o tym mówimy po raz kolejny.

Po dzisiejszym spotkaniu wynotowałam sobie takie trzy kwestie, z którymi chciałabym się z państwem podzielić. Pierwsza sprawa. Zwracam uwagę na edukację. My chyba ciągle za mało na ten temat mówimy i wiemy i to odnoszę nie tylko do nas, do społeczeństwa, lecz także do medyków. Bo tutaj również padły tego typu zarzuty, że jednak lekarze powinni bardziej stanowczo podchodzić do prób szczepienia. Ruchy antyszczepionkowe, tak jak profesor powiedział, obalają jednak pewne działania, które już nam się udaje zrobić. I tak jak to obserwuję, to kiedy wydaje nam się, że już ta fala wiedzy na temat szczepień gdzieś tam osiąga górny pułap, to nagle właśnie pojawia się jakiś dramat pod postacią tych doniesień z autyzmem czy z chorobą Crohna i nagle znowu znajdujemy się w punkcie wyjścia. Dlatego uważam, że edukacja naprawdę ma tu ogromne znaczenie.

Druga kwestia, na którą chciałabym zwrócić uwagę. Jak rozumiem po dzisiejszym spotkaniu, priorytetem stało się dokonywanie zmian w kalendarzu szczepień, że on ma ewoluować i my musimy brać to pod uwagę. Te pneumokoki stają się rzeczywiście dla nas najważniejszym priorytetem.

I reasumując, chciałbym przychylić się do propozycji pana ministra, który powiedział, że warto byłoby zawiązać koalicję na rzecz szczepień w ramach zdrowia publicznego. Zapisałam to sobie i ja to kupuję. Proszę państwa, nie wiem, jak wy, ale ja myślę, że jesteśmy w takim gronie, w takim zespole i w takim miejscu, że właśnie powinniśmy zawiązać taką koalicję na rzecz szczepień. I to jest mój ostateczny wniosek. Dziękuję. *(Oklaski)*

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję.

Po takim wystąpieniu trudno cokolwiek dodać. Ale chciałbym państwu powiedzieć, że te wystąpienia wszystkich państwa dały nam pewien pogląd na to, co my jako parlamentarzyści mamy jeszcze do zrobienia w tej dziedzinie. Okazuje się, że mamy wiele do zrobienia, wspólnie z ministerstwem, z Główną Inspekcją Sanitarną, a także z organizacjami pozarządowymi i z firmami ubezpieczeniowymi. Ciągłe mówimy o kalkulacjach finansowych, że zdrowie kosztuje, że ciągle nam brakuje środków, ale pomijamy te aspekty, o których był uprzejmy powiedzieć pan doktor Mazur, że zainwestowanie w profilaktykę – wszyscy o tym wiemy i mówimy o tym do znudzenia, ale będziemy to powtarzać, aż wreszcie stanie się to realne i zaczniemy na to wykladać należyte pieniądze – jest kilkadziesiąt razy tańsze niż później leczenie i medycyna na-

prawcza. Tak więc tu mamy bardzo duże pole do popisu, szczególnie właśnie w wakcynologii, ponieważ zaszczepienie tylko samymi szczepionkami przeciwko pneumokokom już kilkakrotnie zwraca koszty wyłożone na te szczepionki. Jest to bardzo ważny problem, który spędza, jak widzę, państwu z ministerstwa sen z powiek, bo tu dochodzi do zderzenia, nie tylko z logiką, prawdą, lecz również z ustawą o zamówieniach publicznych. I tutaj jest problem z przetargiem, który do tej pory nie został rozstrzygnięty, bo obecnie w przetargach oczywiście najważniejszą rolę odgrywa cena. I trudno szczepionkom trzynastowalentnym, że tak powiem, przeskoczyć przez szczepionki dziesięciowalentne. Ale myślę, że państwo z ministerstwa znajdą na to jakiś sposób, zresztą już pewne tam rzeczy zasugerowaliśmy. I myślę, że będzie to możliwe, aby jednak wykorzystywać te szczepionki o wyższej walentności, które są zdecydowanie lepsze i które będą nam dawały po prostu zdrowe społeczeństwo i zarazem korzyści finansowe.

Myślę, że również w ustawie o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych też powinna być dokładnie opisana możliwość, aby firmy ubezpieczeniowe współuczestniczyły w zakupie szczepionek i współfinansowały te szczepionki. Jeżeli bowiem cała rodzina się ubezpiecza, rodzą się dzieci, te dzieci są szczepione na koszt firmy ubezpieczeniowej, to później o wiele mniej środków angażują jako firmy ubezpieczeniowe na różne inne zdarzenia medyczne, więc to im się też będzie opłacało. Myślę, że wzorem innych państw firmy ubezpieczeniowe w Polsce powinny w to się zaangażować.

Nie ma akurat teraz pana profesora Baranowskiego na sali, ale jeżeli chodzi o profilaktykę czynną raka szyjki macicy, to raczej zgodziłbym się z panią profesor, że jest ważna również cytologia oprócz tych szczepionek, które budzą wiele kontrowersji, a które pan profesor starał się nam tutaj rozwiązać. Akurat jest to temat bardzo mi bliski, bo jestem również ginekologiem. Analizujemy działania tych szczepionek, potrzeby tych szczepionek, oczywiście one są bardzo potrzebne, one są niezbędne w niektórych grupach. Ale profilaktyka raka szyjki macicy jest jeszcze u nas w powijakach i mimo że jest to najbardziej dostępny rak w badaniu, że możemy go wyeliminować wzorem innych państw prawie do minimum, u nas nadal on jednak dotyka wiele kobiet i mamy do czynienia, niestety, z dużą śmiertelnością.

Myślę, że to będzie tematem oddzielnego posiedzenia dotyczącego profilaktyki onkologicznej, który chcielibyśmy przeprowadzić, bo to jest również temat rzeka. Na temat wakcynologii i dystrybucji szczepionek już pan minister złożył zobowiązanie, że nie będziemy tego zmieniać w ustawie, a jeżeli, to tylko poprawiać, chociaż, jak pan profesor mówił, kwestia dostępności do szczepionek jest obecnie bardzo dobrze zorganizowana. I myślę, że należałoby to zostawić na takim etapie, na jakim jest, żeby broń Boże czegoś nie popsuć. To tyle miałem do powiedzenia.

Dziękuję państwu bardzo serdecznie za przybycie. Jest nam bardzo miło, że państwo zaszczyciliście nas tak liczną obecnością, że takie sławy ze świata medycznego zdecydowały się dzisiaj na wystąpienia i wsparcie nas w naszych rozmowach na temat wakcynologii. I myślę, że ta koalicja, o której powiedziała pani poseł, dzisiaj została zawarta. Dziękuję państwu bardzo. *(Oklaski)*

Posiedzenie uważam za zamknięte.

(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 40)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851