



SENAT  
RZECZYPOSPOLITEJ  
POLSKIEJ

X kadencja

# Zapis stenograficzny

z posiedzenia  
Komisji Zdrowia (39.)

10 lutego 2021 r.

Porządek obrad:

1. Monitorowanie i zarządzanie medyczne epidemią COVID-19. Nadzór medyczny nad bezpieczeństwem i jakością szczepień.

(Początek posiedzenia o godzinie 9 minut 32)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca  
Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dzień dobry.

Rozpoczynamy posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Dzisiaj w porządku obrad mamy 2 punkty, a właściwie 1, ale rozbity na 2 kwestie dotyczące tego samego tematu: monitorowanie i zarządzanie medyczne epidemią COVID-19 oraz nadzór medyczny nad bezpieczeństwem i jakością szczepionek. To są tematy przewodnie naszego dzisiejszego spotkania.

Witam wszystkich obecnych tutaj na sali. Witam panie i panów senatorów, także tych wszystkich, którzy uczestniczą w posiedzeniu zdalnie. Witam również przybyłych gości. Ministerstwo reprezentują pan minister Waldemar Kraska i pan minister Maciej Miłkowski. Są z nami również dyrektor Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia oraz zastępca dyrektora Departamentu Bezpieczeństwa, pani Agnieszka Tuderek-Kuleta. Jest z nami rzecznik praw pacjenta, pan minister Bartłomiej Chmielowiec, wraz z dyrektorem Departamentu Strategii i Działań Systemowych. Pozostałe osoby uczestniczą w posiedzeniu zdalnie. Wśród tych osób, które połączyły się z nami, są pani prezes Alina Niewiadomska, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, i pan Krzysztof Saczka, jak rozumiem, na razie pełniący obowiązki głównego inspektora sanitarnego. Jest pan doktor Paweł Grzesiowski, który reprezentuje Naczelną Radę

Lekarską, gdzie jest ekspertem i doradcą. Jest pan dyrektor Władysław Perchaluk, który reprezentuje Zespół Doradców Komisji Zdrowia. Łączą się z nami również pan senator Kwiatkowski, a także pan profesor Flisiak, też ekspert, doradca Komisji Zdrowia.

Myślę, że jesteśmy w wystarczającej liczbie, jesteśmy także w bardzo zróżnicowanej osobowo grupie. Tak że, jak sądzę, dyskusja będzie bardzo ciekawa, z tego względu, że, tak jak podkreśliłam na początku, chcemy dzisiaj rozmawiać głównie o aspektach medycznych przebiegu epidemii, o bezpieczeństwie zdrowotnym pacjentów. Epidemia, co niejednokrotnie już podkreślałam, jest wielkim wyzwaniem dla zdrowia publicznego. Ale przede wszystkim musimy mieć na celu zdrowie i bezpieczeństwo całej populacji. I dlatego też dzisiaj chcielibyśmy porozmawiać na temat przebiegu epidemii z punktu widzenia osób, które, można powiedzieć, praktycznie w tej epidemii uczestniczą, a więc z punktu widzenia lekarzy, pielęgniarek czy też farmaceutów, wszystkich osób, które mają swój wkład w ochronę zdrowia. Ale chcielibyśmy porozmawiać także na temat bezpieczeństwa, a więc zapytać o nadzór głównego inspektora farmaceutycznego czy też o specyficzną rolę, jaką odgrywa inspekcja sanitarna, rolę ogromnie ważną w tej epidemii.

Zaprosiłam również dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. Na razie, jak widzę, ani nie jest podłączony, nie uczestniczy zdalnie, ani nie przybył. Bardzo żałuję, bo ostatnio rzadko mamy kontakt z instytutem, a w mojej ocenie instytut powinien przejąć, no, wiodącą rolę, jeżeli chodzi o zdrowie publiczne i epidemię.

Szanowni Państwo, Szanowna Wysoka Komisjo, uważam, że tematy, które będziemy dzisiaj

poruszać, będą oscylowały głównie wokół kwestii testowania i oczywiście szczepionek, które są zagadnieniem bardzo, bardzo gorącym, wszyscy bardzo wnikliwie się przyglądamy przebiegowi realizacji programu szczepień.

Ja bardzo mocno chcę podkreślić, że wielkim dobrem jest fakt, że mamy szczepionki, zgodnie ze wspólnymi zakupami, jakie zostały poczynione w Unii Europejskiej. I tylko dzięki temu, że były prowadzone badania kliniczne, że dokonały się zakupy, możemy korzystać z tego dobra, jakie jest w tej chwili. A tak naprawdę to jest jedyna możliwość walki z epidemią. Nie mamy innych leków, mamy tylko szczepionkę. I dlatego bezpieczeństwo, które jest gwarantowane przez EMA, czyli przez agencję badań leków... I gwarantowane zakupy dokonywane przez Unię Europejską gwarantują również dostawy do naszego kraju. I o tym bezpieczeństwie, przede wszystkim lekowym, o nadzorze, który, jak rozumiem, prowadzi inspekcja farmaceutyczna, będziemy dzisiaj rozmawiać.

Oddaję panu głos, Panie Ministrze. Proszę nas wprowadzić w te wszystkie tematy, które tutaj wstępnie zasugerowałam. Oczywiście, będziemy dopytywać, głównie z punktu widzenia zarządzania medycznego i bezpieczeństwa zdrowotnego dla społeczeństwa.

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Może ja rozpocznę od dostaw, od tego, co my mamy. Bo na dzień dzisiejszy głównym elementem naszej troski... To, czego państwo oczekują, to jest informacja, jak płynnie otrzymujemy dodatkowe, kolejne dawki szczepionek, jaki jest schemat przekazywania informacji do nas i dlaczego to jest tak nierównomiernie zrealizowane.

Jak państwo wiedzą, na dzień dzisiejszy mamy wydane decyzje dla 3 szczepionek. Zacznę od tej trzeciej, która zaczęła być stosowana najpóźniej, czyli pierwszej szczepionki wektorowej, firmy AstraZeneca. Tutaj mamy jeszcze najwięcej niepewności. Mamy potwierdzony luty w zakresie dostaw. Te dostawy są potwierdzone na 1 milion 148 tysięcy. I mamy pośrednio

potwierdzony marzec, ale to tylko na poziomie Unii Europejskiej, została przedstawiona deklaracja, że firma AstraZeneca przekaże na rzecz Unii Europejskiej określoną liczbę szczepionek. I z tego wyliczenia wynika, że już na marzec możemy uzyskać 2 miliony 680 tysięcy. Zgodnie z podpisaną na początku umową ostatnia tranza tej szczepionki miała zostać dostarczona do końca II kwartału. Tak że w II kwartale powinna nastąpić pozostała część dostaw, które Polska powinna otrzymać. Ale na drugi kwartał praktycznie, co do zasady, nie mamy jeszcze żadnej informacji co do tej szczepionki, jak również co do innych szczepionek.

Jeżeli chodzi o wspomnianą szczepionkę, jest jeszcze kilka bardzo istotnych elementów, które wpływają na metodologię szczepień. Tak więc jedna z kwestii, która ostatnio została przedstawiona, to to, że zgodnie z radą Rady Medycznej przy premierze i zgodnie z narodową strategią szczepień wskazanie zostało ograniczone do pacjentów do sześćdziesiątego roku życia, pacjentów dorosłych od osiemnastego do sześćdziesiątego roku życia. Wiemy, że szczepionka ta została zarejestrowana przez Europejską Agencję Leków w zakresie od osiemnastego roku życia wzwyż. W związku z tym nie ma żadnej górnej granicy ograniczenia wskazań związanych z charakterystyką produktu leczniczego. My, jako kraj ograniczyliśmy, ze względów technologicznych, organizacyjnych, tę grupę do osób poniżej sześćdziesiątego roku życia. Chociaż będziemy jeszcze... I Rada Medyczna też aktualnie jeszcze raz, po stanowisku Zespołu ds. Szczepień przy ministrze zdrowia, który dookreślił, że ta zalecana granica to powinno być 65 lat... Analizujemy taką sytuację, czy by tego jednak nie zmienić. Wówczas ta grupa, która nie została jeszcze zaszczepiona, która nie rozpoczęła jeszcze w ogóle szczepień, czyli osoby od sześćdziesiątego do siedemdziesiątego roku życia, mogłyby zostać podzielona.

I drugi element, który jest tutaj niezwykle istotny, to bardzo długi okres, w którym możliwe jest przyjęcie drugiej dawki. Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego jest to od 4 do 12 tygodni. I aktualnie nie wydaliśmy jeszcze żadnych zaleceń w tym zakresie, kiedy jest rekomendowana druga dawka. Zespół ds. Szczepień przy ministrze zdrowia zarekomendował na podstawie ostatnich badań naukowych, że szczepienie to nie powinno być wcześniej niż

w szóstym tygodniu po pierwszej dawce, ale najlepiej, żeby to było od dziesiątego do dwunastego tygodnia po pierwszej dawce. Jest to spowodowane lepszymi wynikami skuteczności całego schematu szczepienia. I nad tym będziemy się zastanawiali i w najbliższym czasie przedstawimy rekomendacje. Zresztą badania na świecie cały czas trwają. Czekamy na kolejne wyniki badań ze Stanów Zjednoczonych, na dużo większej populacji, ponieważ w charakterystyce produktu leczniczego było zaznaczone, że liczba osób powyżej pięćdziesiątego piątego roku życia włączonych do badania klinicznego była za mała, zgodnie z wytycznymi Europejskiej Agencji Leków, powinno być procentowo więcej tych osób. Dlatego ten wiek się pojawia w różnych rekomendacjach.

Jeśli chodzi o wspomniany czas podania drugiej dawki, różne państwa przyjmują go ten okres różnie. I faktycznie, są państwa, które już zalecają podanie drugiej dawki od dziewiątego do dwunastego tygodnia po pierwszej dawce.

Jeśli chodzi o kolejne firmy, Pfizer i BioNTech, to tutaj sytuacja wraca już powoli do normy. Mamy na I kwartał potwierdzone, że będziemy mieli łącznie 4 miliony 490 tysięcy dostarczonych szczepionek. I te dostawy w kolejnym miesiącu... Tak jak w lutym jest 1 milion 428 tysięcy, tak w marcu już mamy zaplanowanych 1 milion 929 tysięcy.

I trzecia firma, która w momencie podpisania umowy przedstawiła nam bardzo dokładny harmonogram, firma Moderna, aktualnie po raz kolejny nas poinformowała, że zmniejsza plany dostaw na luty. I zgodnie z ostatnim planem teraz jest dostawa tylko 240 tysięcy. Ta firma też deklaruje – chociaż nie mamy tego potwierdzonego na piśmie – że cała planowana na samym początku liczba szczepionek w I kwartale zostanie przekazana. Czyli że w marcu zostanie to uzupełnione.

Czego jeszcze oczekujemy? Jeśli chodzi o luty, to łącznie jest 2,8 miliona, a w marcu to może być już 5,5 miliona szczepionek. I spodziewamy się też do końca marca kolejnych decyzji Europejskiej Agencji Leków, spodziewamy się, że zajmie się 2 szczepionkami. A mianowicie firma Johnson & Johnson deklaruowała złożenie wniosku do Europejskiej Agencji Leków w lutym, tak że możemy się spodziewać, zgodnie z tym, co było wcześniej, że w marcu być może będzie decyzja. Wyniki tej szczepionki jednodawkowej, jedynej jednodawkowej szczepionki, są dosyć

obietujące. Tak że być może już będziemy mogli założyć, że na kwiecień ta szczepionka już dotrze do Polski.

I kolejna szczepionka, firmy CureVac, która też jest przedmiotem zainteresowania. I tu też planujemy, że na przełomie I kwartału i II kwartału ta szczepionka będzie dostępna. I zgodnie z tymi założeniami, które na dzień dzisiejszy mamy, II kwartał będzie już tym okresem, kiedy, zgodnie z deklaracjami firm, harmonogram szczepień dla poszczególnych grup bardzo mocno przyspieszy. Tutaj o poszczególnych grupach będziemy jeszcze rozmawiać. Ale, jak państwo wiecie, aktualnie cały czas mamy jeszcze niezakończony szczepienia grupy zerowej, które musimy dokończyć. I grupa pierwsza, w szczególności osoby w wieku 70 lat i więcej... Tak że dopóki nie będziemy mieli potwierdzonych tych pierwszych dostaw kwietniowych, nie możemy dalej działać i uruchamiać kolejnych zapisów.

To tyle tak na wstępie. W tym zakresie pan minister...

#### PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję, Panie Ministrze, za to wprowadzenie, bo pan tak naprawdę wprowadził nas w obszar, który jest nam już znany, już kilka razy zarówno Komisja Zdrowia... I również wszelkie konferencje, które prowadzi pan minister Dworczyk, wyjaśniały te wszystkie meandry, dlatego tych szczepionek jest mniej, dlatego są kłopoty, jak wygląda ich ocena itd.

Nas jednak bardziej interesuje teraz kwestia tego, co się dzieje dalej ze szczepionką, kiedy ona już jest na terenie kraju. W jaki sposób jest dystrybuowana i w jaki sposób jest nadzorowana? W jaki sposób jest przekazywana do placówek? Kto czuwa nad bezpieczeństwem? Jak wygląda kalendarz szczepień? Jakie są problemy z dostawą do poradni? Dlaczego nie możemy dostarczyć większej ilości np. do szpitali, gdzie są lodówki i odpowiednie miejsce do przechowywania? To są nasze wątpliwości, co do których dzisiaj chcielibyśmy usłyszeć wyjaśnienia od pana ministra.

Tak więc doprecyzowuję: mamy taką sytuację, że szczepionka wjeżdża do kraju. Zgodzimy się co do tego, że jest to produkt leczniczy. Trafia do Agencji Rezerw Materiałowych, co nie jest sytuacją normalną, bo to, że szczepionka

przyjeżdża do agencji, jest sytuacją wyjątkową. Z informacji wiemy, że nadzór nad dystrybucją szczepionki prowadzi prezes Agencji Rezerw Materiałowych. Ale jednak nad tym, według mojej oceny, jest nadzór inspekcji farmaceutycznej. I tu pytanie: jak to wygląda? Kto nadzoruje? W jaki sposób? Wiemy, że inspekcja farmaceutyczna może prowadzić nadzór i kontrolę na każdym etapie, czy szczepionka jest dobrze przewożona, czy jest dobrze dystrybuowana itd., w kontekście bezpieczeństwa. Jak wygląda nadzór? Czy prezes agencji podlega inspekcji, czy też działa samodzielnie? Czy szczepionka, jako produkt leczniczy, kiedy wjedzie do kraju, jest w specjalnym systemie, tzw. ZSMOPL? Tak to się nazywa, to jest zintegrowany system, gdzie każdy produkt leczniczy musi być zarejestrowany. Prosimy o tego typu wyjaśnienia.

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Pan minister Kraska, jak rozumiem.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski: Jeszcze ja.*)

Proszę bardzo.

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Mówiąc: Agencja Rezerw Materiałowych... To jest trochę takie uproszczenie. To jest hurtownia prowadzona przez Agencję Rezerw Materiałowych, czyli hurtownia Agencji Rezerw Materiałowych, która otrzymała normalną zgodę na prowadzenie działalności od głównego inspektora farmaceutycznego i spełnia wszystkie wymogi inspekcji farmaceutycznej, w zakresie faktycznym pomieszczeń i organizacji, jak również personelu tam zatrudnionego. Tak że kiedy szczepionka trafia do Polski... Zostało uzgodnione, że szczepionka trafia do hurtowni medycznej Agencji Rezerw Materiałowych. Czyli nie do Agencji Rezerw Materiałowych, tylko do hurtowni medycznej. Ponieważ hurtownia Agencji Rezerw Materiałowych nie posiada wystarczającej ilości transportu medycznego przeznaczonego do transportu szczepionek zgodnie z dobrą praktyką dystrybucyjną, Agencja Rezerw Materiałowych podpisała umowy na dystrybucję tych szczepionek do punktów szczepień, które są rozsiane po całej Polsce. I został zbudowany cały system zamówień tych szczepionek: na jaki

dzień jakie ilości powinny zostać dostarczone. I Agencja Rezerw Materiałowych w tym zakresie realizuje zadania właśnie poprzez te hurtownie współpracujące, które bezpośrednio przewożą szczepionki już do punktów szczepień. I zgodnie z dobrą praktyką dystrybucyjną nadzór nad transportem w całości jest realizowany przez te hurtownie. I w zakresie odbioru pomiędzy hurtownią a hurtownią jest to standardowa procedura. Większość producentów nie korzysta ze wszystkich 300 czy 400 hurtowni farmaceutycznych, tylko z kilku, i tych kilka przekazuje dalej, albo do mniejszych hurtowni, albo bezpośrednio do ostatecznych uczestników rynku.

I tym zakresie nad bezpieczeństwem szczepionki czuwa... Normalnie, nad każdą hurtownią prowadzi nadzór główny inspektor farmaceutyczny. Bo jest podział, że inspekcja farmaceutyczna, główny inspektor farmaceutyczny nadzoruje hurtownie i producentów, a inspekcja farmaceutyczna wojewódzka – ostateczne punkty, czyli apteki i apteki szpitalne. I dlatego też ostatnio były sytuację, kiedy wojewódzkie inspektoraty farmaceutyczne kontrolowały apteki szpitalne w zakresie nieprawidłowości, które się pojawiały w poszczególnych aptekach szpitalnych.

Tak że tak wygląda sytuacja. Tu też dawaliśmy taką informację, że sytuacja dotycząca omawianego tu produktu leczniczego to jest sytuacja wyjątkowa, ponieważ ten produkt leczniczy nie stanowi elementu normalnego obrotu. Żadna hurtownia nie płaci za ten produkt leczniczy, żaden punkt szczepień nie płaci za ten produkt medyczny, ponieważ zostało uzgodnione, że w ramach umowy o wczesnym zakupie Polska, Skarb Państwa jest właścicielem, płaci za tą szczepionkę. I w imieniu Skarbu Państwa w zakresie logistyki została wskazana właśnie hurtownia Agencji Rezerw Materiałowych. I cały obrót odbywa się z pominięciem fakturowania, z pominięciem transakcji biznesowych, przekazania fakturowania za ten produkt, ponieważ on jest za darmo. W związku z tym tylko dokumenty przekazania, dokumenty magazynowe są w tym zakresie realizowane. I tak jak była mowa, Skarb Państwa w całym procesie jest właścicielem tych szczepionek, czyli i na poziomie hurtowni Agencji Rezerw Materiałowych, i na poziomie tych hurtowni, które realizują ostateczną dystrybucję, i również jest właścicielem tej szczepionki na etapie przechowywania w każdym punkcie szczepień czy w szpitalu węzłowym do

momentu zaszczepienia pacjentów. A wszystkie kwestie pośrednio są realizowane na zasadzie umowy wykonania usługi na rzecz Agencji Rezerw Materiałowych, czyli na rzecz Skarbu Państwa, przez poszczególnych dystrybutorów.

A jeśli chodzi już o podanie szczepionki, to jest to realizowane za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia, który płaci za podanie tej szczepionki w punktach szczepiących. No, i oczywiście tam jest jeszcze kilka innych istotnych elementów w zakresie płatności za dojazd czy transport pacjenta do punktu szczepień. I tak to wygląda w tym zakresie.

Ministerstwo Zdrowia, Agencja Rezerw Materiałowych posiadają informację, centrum e-zdrowia posiada informację w systemie P1 o każdym pacjencie zaszczepionym w Polsce, o tym, jaką serią, jaką szczepionką został zaszczepiony, ponieważ cały system właśnie pod to został stworzony. Mamy pełną informację o tym, co pacjent otrzymał. Oczywiście, tutaj pan minister Saczka też się wypowie. Jest to niezbędne do analizowania i monitorowania później NOP przez inspekcję sanitarną.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję, Panie Ministrze.

Pan powiedział mi wcześniej, przed posiedzeniem komisji, że będzie pan musiał nas opuścić, dlatego ja troszeczkę złamię może reguły tutaj naszej pracy i powiem, że jeżeli ktoś w tym momencie miałby jakieś pytania do pana ministra Miłkowskiego, to teraz będzie ten moment.

Panie Ministrze, ja tylko chcę, żeby pan potwierdził dwa moje zdania. Jak rozumiem, Agencja Rezerw Materiałowych działa na zasadzie hurtowni i jest pod nadzorem głównego inspektora farmaceutycznego. Czy tak?

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski: Tak. Główny inspektor farmaceutyczny może kontrolować. I są...)*

I wypełnia swoje obowiązki. Oczywiście.

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski: Tak. Są 2 elementy hurtowni. Hurtownia działa w trybie jawnym...)*

Nie, to już proszę...

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski: To znaczy mówię, że w zakresie niejawnym... Wtedy nie wszystko jest*

przekazywane. Ale jeśli chodzi o te szczepionki, to są one realizowane w trybie jawnym, tak.)

No, myślę, że szczepionki są w obrocie jawnym.

I teraz tak: powiedział pan również w tej swojej wypowiedzi, że one nie są w rejestrze obrotu z tego względu, że, jak rozumiem, jest to zakup przez państwo, Skarb Państwa, i obrót jest bezpłatny, jak to pan powiedział. Ale mam tylko jedno pytanie co do tego. Czy tylko szczepionka, o której tu mowa, jest poza tym systemem? Czy są też jakieś inne produkty lecznicze, które są kupowane przez Skarb Państwa, a są w systemie?

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Są również inne produkty lecznicze, które nie zawsze są realizowane na zlecenie ministra zdrowia w zakresie ustawy o Agencji Rezerw Materiałowych w systemie niejawnym. I wówczas te produkty nie są realizowane w żadnym zakresie w Zintegrowanym Systemie Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi. Tak że nie tylko... Wszystkie szczepionki w tym zakresie na dzień dzisiejszy nie są monitorowane w zintegrowanym systemie. To jest wymysł polski, to nie jest obligatoryjne prawo unijne. To jest do tego, żebyśmy wiedzieli, jako Ministerstwo Zdrowia i jako inspekcja farmaceutyczna, gdzie dane leki są i czy są na danym etapie łańcucha dostaw. I te wszystkie informacje Ministerstwo Zdrowia posiada w każdym zakresie. Wiemy, gdzie dana szczepionka jest, poprzez Agencję Rezerw Materiałowych, która te informacje posiada w każdym momencie.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, są 3 krótkie pytania do pana ministra, tak więc może poprosimy o te pytania i później o odpowiedź na nie, łącznie.

Zdalnie pan profesor Flisiak, pan Maciej Bogucki i pani senator Chybicka.

Może zaczniemy od pana profesora, bo tu od początku monituje, że chciałby zabrać głos.

Proszę bardzo, Panie Profesorze.

(Członek Zespołu Doradców Komisji Zdrowia Robert Flisiak: Ja nie zgłaszałem chęci zadania pytania.)

Jakaś pomyłka.  
Pan Maciej Bogucki.

**CZŁONEK ZESPOŁU  
DORADCÓW KOMISJI ZDROWIA  
MACIEJ BOGUCKI**

Witam serdecznie.

Bardzo dziękuję za możliwość udziału.

Mam nadzieję, że mnie słyhać. Prosiłbym o jakieś potwierdzenie.

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Tak, słyhać.)

Bardzo się cieszę.

Mam 2 pytania do pana ministra. Jedno jest takie. Wielokrotnie słyszeliśmy o kwestii bezpieczeństwa pacjentów, jeżeli chodzi o zachowane rezerwy na drugie szczepienie. Państwo wskazujecie, że jest to niezwykle istotne, kluczowe z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów. Ja rozumiem, że to jest zasadniczo dość racjonalne podejście, że logistycznie to ma uzasadnienie, aczkolwiek, no, nie słyszałem debaty, dyskusji na temat racjonalnego wyważenia tak, jak w wielu krajach się to działo... czy rzeczywiście nie należałoby większej części szczepionek udostępnić jak najszybciej, żeby jak najszybciej zabezpieczyć pacjentów. Ponieważ to, o czym państwo mówicie, de facto bezpieczeństwo samego pacjenta... Nawet jeżeli z jakiegoś powodu się okaże, że druga szczepionka się opóźni, to to, o czym państwo nie mówicie... ja nie znajduję tak naprawdę żadnego poważnego zagrożenia dla pacjenta. Gdyby pan minister był uprzejmy się wypowiedzieć, jakie państwo widzicie zagrożenia dla pacjenta, tak poważne, które powodują zabezpieczenie połowy dostępnych dawek na kolejne szczepienie... To jest moje pierwsze pytanie.

I drugie pytanie, króciutkie. Pani przewodnicząca, pani senator była już uprzejma wspomnieć ten temat, ale myślę, że on jest bardzo ciekawy i bardzo ważny. Mamy Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, tymczasem i w sferze merytorycznej, i w sferze publicznej niewiele widać i słyhać o działaniach tego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w zakresie pandemii COVID-19. Słyszymy o badaniach realizowanych przez ABM, słyszymy o aktywnościach profesora Pycia w Krakowie, o różnych aktywnościach...

Gdzie jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Panie Ministrze? Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Mam zgłoszenie, że pan prof. Flisiak jednak chce zabrać głos. Tak, Panie Profesorze?

(Członek Zespołu Doradców Komisji Zdrowia Robert Flisiak: Tak.)

Proszę bardzo.

**CZŁONEK ZESPOŁU  
DORADCÓW KOMISJI ZDROWIA  
ROBERT FLISIAK**

W tej chwili mogę chyba odpowiedzieć od razu na temat tych zagrożeń. Ta kwestia powróciła też przy okazji dyskusji o odstępach między 2 dawkami szczepionki AstraZeneca. Jakie zagrożenia wiążą się z opóźnieniem? My obserwujemy to niestety codziennie. Pamiętajmy, że w przypadku szczepionki Pfizer tak naprawdę znacząca odporność czy wzrost odporności pojawia się dopiero po drugiej dawce. Jeżeli będziemy odwlekać, to będą kolejni chorzy, kolejne osoby, u których przed podaniem drugiej dawki może dojść do zakażenia i wystąpienia objawów choroby. Niestety, obserwujemy to w grupie zero, czyli u personelu medycznego. To nie są rzadkie przypadki. Dlatego ja jestem przeciwny wszelkim działaniom, które mogą doprowadzić do nieuzasadnionego wydłużenia czasu pomiędzy 2 dawkami.

Nawiążę od razu do dyskusji, która być może wyniknie wcześniej czy później: czy druga dawka szczepionki AstraZeneca powinna być po 4 tygodniach, czy po 10 albo 12. Też uważam, że wydłużenie tego czasu daje niewystarczająco udokumentowane korzyści. Bo te korzyści firma udokumentowała poprzez analizę danych, a nie poprzez wyniki rzetelnych badań, porównujących długi i krótki odstęp.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Tak naprawdę odpowiedział pan na pytanie, tak więc na razie pan minister jest jeszcze zwolniony z odpowiedzi.

Pani senator Chybicka. Proszę bardzo.



**SENATOR  
ALICJA CHYBICKA**

Pani Przewodnicząca, Panie Ministrze, Szanowni Państwo, mam 2 pytania.

Panie Ministrze, pierwsze pytanie dotyczy utylizacji. Chciałabym, aby szczegółowo odpowiedział pan na pytanie: w jaki sposób i dlaczego zostały zutyliczowane szczepionki i ile ich było, na dzień dzisiejszy? Bo ich przybywa w tempie dosyć rekordowym. Ja zapytałam o to pana ministra Dworczyka, kiedy był tutaj, na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia, i usłyszałam odpowiedź, że one są przysyłane i uszkodzane w transporcie. Czy tak jest rzeczywiście? Ile w takim razie ich jest uszkodzonych w transporcie? Ile jest uszkodzonych szczepionek przysłanych – bo o tym też mówił minister Dworczyk – z firmy już otwartych i takich nienadających się do użycia? I czy są szczepionki, które są utylizowane z powodu braku zaszczepienia jakiegokolwiek osoby? I ile tak naprawdę tego typu utylizacji było? Pytam dlatego, że skoro w tej chwili liczba utylizacji już idzie w tysiące, to to jest tysiąc niezaszczepionych osób. Sądzę – i myślę, że pan to potwierdzi – że jeśli transporter uszkodził, to powinien oddać... i to tę szczepionkę, a nie pieniądze. To samo dotyczy firmy, która powinna zwrócić te szczepionki. I zupełnie inną kwestią jest niezaszczepienie z braku osoby do szczepienia.

I teraz chciałabym zapytać o odczyny poszczepienne. Na dzień dzisiejszy mamy zgłoszone 1 tysiąc 393 odczyny poszczepienne, z tego 1 tysiąc 174 to odczyny łagodne. I było 12 zgonów, które są kwalifikowane jako tzw. zespoły kruchości. Czy pan potwierdza, że rzeczywiście tych 12 osób zmarło po zaszczepieniu z powodu tzw. zespołu kruchości i że to są osoby starsze?

I chcę zapytać o jeszcze jedną bardzo ważną sprawę. Otóż wczoraj w prasie ukazało się takie doniesienie, że w Niemczech osoby, które są po drugim szczepieniu, zachorowały powtórnie, w odstępie już tam, powiedzmy, 10 dni po tym drugim szczepieniu, czyli po pełnej serii Pfizera. Zachorowały na COVID. Czy w Polsce obserwujemy przypadki zachorowania na COVID po drugim szczepieniu, po pełnej dawce? Czy jeśli tak jest, to w związku z tym ministerstwo planuje badanie przeciwciał u osób zaszczepionych? Bo z tego wniosek, że... Ja wstępnie myślałam, że każdy będzie mógł się czuć w pełni bezpieczny po tym zaszczepieniu, po drugiej szczepionce.

Tymczasem z tych doniesień wynika, że chyba nie do końca, że są przypadki – powinno się to chyba dokładnie zgłębić – w których po drugim szczepieniu osoba z jakichś przyczyn nie wyprodukowała przeciwciał i zachorowała na COVID. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pani senator tu już poruszyła inne wątki, związane z badaniami przesiewowymi, z testami, a także z odczynami poszczepiennymi, o których też będziemy oczywiście rozmawiać. Ja zawęziłam troszkę ten pierwszy wątek, bo wiem, że pan minister Miłkowski ma wyjść, ale na resztę pytań będzie odpowiadał pan minister Kraska.

Pani senator Gorgoń-Komor. Proszę bardzo.

**SENATOR  
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ja też może tak bardziej praktycznie, ale mam do pana ministra konkretne pytanie, ponieważ pan już wspomniał o tym w swojej wypowiedzi. Kiedy zamierzacie państwo zaszczepić do końca medyków? Czy macie wiedzę, ilu medyków choruje na COVID i z tego powodu np. ma opóźnione szczepienie? Proszę o dane statystyczne i odpowiedź na piśmie. Pytam dlatego, że wczoraj akurat byłam w punkcie szczepień mojego szpitala onkologicznego, gdzie szczepiłam już 80-latków i starszych, a jeszcze wielu medyków, którzy pracują w systemie, nie jest zaszczepionych.

Ostatnio z doniesień medialnych dowiedzieliśmy się, że liczba chorych na COVID i hospitalizowanych jest stabilna. Niemniej jednak lokalnie już widzimy, że ponownie zapełniają się oddziały covidowe. Był rzeczywiście taki przestój. Ale przy tym wolnym tempie szczepień, wolnym, niebezpiecznym wręcz dla zdrowia Polaków, musimy przyjąć jakąś strategię, co będziemy robić. I wydaje mi się, że wyszczepienie grupy zero do końca może się wpisywać w tę strategię. Chciałabym poznać dokładne dane. Bo przecież na pewno wszyscy pracujący w systemie mają prawo wykonywania zawodu, musicie znać liczbę tych osób. I chciałabym poznać te dane w skali Polski.

I powiem szczerze, że mam bardzo duży niesmak w związku z punktem szczepień. Bo miałam wczoraj moce przerobowe, żeby wyszczepić 150 osób, a wyszczepiłam tylko 30. I to jest cała dawka tygodniowa. Jest tych punktów wiele, ale uważam, że nasz potencjał nie jest wykorzystany w pełni. I musicie państwo, tak uważam, mieć jakąś strategię na jakieś zbiorowe testowanie osób w takiej sytuacji wyszczepialności w Polsce. Bo sobie z tą pandemią nie poradzimy. A tutaj wszystkie inne branże czekają, żeby wznowić swoją działalność. Bo przecież ludzie pracujący w tych branżach nie mają za co żyć. I to jest ważne. Pragnę poznać takie dane statystyczne. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pani senator poruszyła ważny wątek strategii oraz zmiany w tym harmonogramie, który jest. Bo przecież państwo prezentowaliście początkowo program szczepień z jasnym harmonogramem dostępności, który się teraz zmienia, nie tylko ze względu na dostawy szczepionek, lecz także ze względu na to, że zmieniacie państwo, można powiedzieć, reguły gry, wprowadzacie zmiany w tym kalendarzu, wprowadzacie różne inne grupy, jak np. nauczyciele, których tak wczesne szczepienie nie było wcześniej brane pod uwagę.

To wszystko są pytania do pana ministra.

Jeszcze tylko pan doktor Grzesiowski, Naczelna Rada Lekarska, zdalnie. Proszę bardzo.

**EKSPERT  
W NACZELNEJ RADZIE LEKARSKIEJ  
PAWEŁ GRZESIOWSKI**

Witam państwa bardzo serdecznie.

Ja pozwolę sobie na 2 albo 3 komentarze.

Najpierw pozwolę sobie zgłosić zdanie odrębne, jeżeli chodzi o szczepionkę AstraZeneca i odstęp między pierwszą a drugą dawką.

*(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Nie słychać, Panie Doktorze. Nie słychać.)*

Raz, dwa, trzy, halo...

*(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Teraz dobrze.)*

O, dobrze.

Tak więc chciałbym... Pozwolę sobie zgłosić zdanie odrębne, jeżeli chodzi o odstęp między pierwszą a drugą dawką szczepionki firmy AstraZeneca, dlatego że tutaj mamy wyraźne dane na temat tego, że immunologicznie powstająca...

*(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Panie Doktorze, bliżej mikrofonu!)*

A teraz lepiej? Halo?

*(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Tak lepiej, jak pan doktor jest blisko mikrofonu i stara się nie ruszać.)*

Dobrze. To będę się starał być bardzo blisko mikrofonu.

Tak więc jeszcze raz powtórzę: chciałbym zgłosić zdanie odrębne, jeżeli chodzi o odstęp między pierwszą a drugą dawką szczepionki firmy AstraZeneca. Tutaj wyraźne są dane, też immunologiczne, że jeżeli ten odstęp będzie krótszy, efekt drugiej dawki będzie słabszy. Więc ten pomysł, żeby to było 10–12 tygodni, jest moim zdaniem zdecydowanie bardziej immunologicznie efektywny.

Druga sprawa to jest kwestia zachorowań przełamujących. Przede wszystkim pamiętajmy, że szczepionki nie mają 100% skuteczności. Ja mogę już państwu przedstawić cały katalog pacjentów, którzy mają po drugiej dawce zachorowanie skąpoobjawowe. Robimy przesiewowe testy np. u personelu medycznego, który dostał 2 dawki, i osoby, które są już 2 tygodnie po dawce drugiej, mają przeciwciała przeciwko białku S i mają dodatni PCR, dodatni wynik testu antygenowego w kierunku wirusa. Tak że proszę na to zwracać uwagę w komunikacji społecznej, że szczepienie nie zabezpiecza nas przed bezobjawowym czy skąpoobjawowym zakażeniem. Dodatkowym problemem może być to, że prawdopodobnie mamy już mocno rozpowszechniony wariant brytyjski, a on też może zakażać osoby, które są zaszczepione lub są ozdowieńcami. Tak więc pamiętajmy, że nie ma 100-procentowej skuteczności szczepionki przeciwko transmisji wirusa. A więc obiecywanie, że możemy chodzić bez maseczek, że, nie wiem, personel medyczny zaszczepiony 2 dawkami może nie używać środków ochrony indywidualnej, jest błędem. Musimy mieć tego świadomość. I najlepiej wykazała to chociażby firma AstraZeneca, która badała zaszczepionych testem PCR i okazało się, że 30% zaszczepionych osób miało dodatni test po 2 dawkach. Tak więc jeszcze raz powtórzę: my szczepimy przede wszystkim przeciwko śmiertelnej

i przeciwko ciężkiej postaci COVID-19. A fakt posiadania na błonach śluzowych namnażającego się wirusa po 2 dawkach musimy uwzględnić w naszej strategii. To nie jest 100-procentowa ochrona przed transmisją. I mamy tego świadomość. A im więcej będzie nowych wariantów, tym bardziej to jest oczywiste. Badania w Południowej Afryce już potwierdziły, że tam szczepionki mają jeszcze niższą skuteczność, jeśli chodzi o, że tak powiem, zablokowanie transmisji. Tak że nie wolno nam, moim zdaniem, szerzyć takiej informacji, że szczepienie zamyka temat pandemii. Owszem, pacjenci zaszczepieni 2 dawkami nie będą trafiali do szpitali, nie będą umierać z powodu COVID. Niemniej jednak wirus, niestety, ma szansę dalej się transmitować również u osób zaszczepionych. Podkreślam, dysponujemy takimi dowodami, mamy pacjentów, którzy są po 2 dawkach, mają przeciwciała i mają wirusa. Mówi się w tej chwili w badaniach o tym, że stężenie tego wirusa jest mniejsze, że osoby, które są zaszczepione, mają niższą replikację. Ale ją mają. Tak że nie łudźmy się, że szczepionki całkowicie zlikwidują problem transmisji.

I trzecia sprawa to kwestia zespołu kruchości. Naczelna rada opracowuje taki materiał, który będzie w najbliższym czasie upubliczniony, jeżeli chodzi właśnie o rozpoznawanie zespołu kruchości, o stwierdzanie tych cech zespołu kruchości, po to, żeby ułatwić przy kwalifikacji właśnie tę kwestię rozpoznania, ostrzeżenia też przed ewentualnymi działaniami niepożądanymi. Ponieważ zespół kruchości jest problemem nie tylko polskim. Pierwsze tego typu obserwacje zaprezentowali Norwegowie, już w styczniu, i tam było dwadzieścia kilka zgonów w domach pomocy społecznej, właśnie związanych z tym prawdopodobnym zespołem kruchości, który jest tak naprawdę stanem terminalnym. I w tym zakresie nie szczepionka jest bezpośrednio przyczyną zgonu, tylko to zachwianie kruchej równowagi między wydolnością a niewydolnością nawet przy błahych odczynach poszczepiennych typu gorączka, biegunka czy bóle mięśniowe może spowodować zatrzymanie krążenia. Tak że to są te 3 uwagi, które chciałbym zgłosić.

A co do pytań, to chciałbym jeszcze jedno pytanie dołożyć do tego zestawu. Mianowicie dlaczego nie możemy zdywersyfikować magazynów, jeżeli chodzi o szczepionki? Mamy w tej chwili jeden centralny punkt dystrybucyjny. To bardzo utrudni dystrybucję i logistykę.

A jeżeli za chwilę mamy mieć 5 milionów dawek, to w ogóle ta sytuacja będzie po prostu niemożliwa do zarządzania. Tak że tutaj jest mój wniosek o ponowne przemyślenie strategii. Powinno być przynajmniej 5–6 magazynów pośrednich, rozsianych po Polsce, żeby ten dystans między punktem szczepień a magazynem był dużo krótszy. Wtedy te dostawy będą mogły być bardziej elastyczne. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pan senator Wojciech Konieczny. Proszę.

**SENATOR  
WOJCIECH KONIECZNY**

Dziękuję bardzo.

Pani Przewodnicząca, Panie Ministrze, Szanowni Państwo, no, szkoda, że nie ma dzisiaj pana ministra Niedzielskiego i pana ministra Dworczyka, bo oni ostatnio nas poinformowali, że z wejściem w życie systemu informatycznego, który był przygotowywany, no, ukaże się nam bardzo dobra organizacja szczepień i ten system nas poprowadzi bez szwanku, bez żadnych szkód przez ten proces szczepienia. No tak się to nie odbywa, jest po staremu, tak, że do dyrektora szpitala przychodzą ludzie ze skargami, dzwonią, pracownicy szpitala pytają się, czemu nie są zaszczepieni, 80-latkowie nie mogą się zapisać itd. Tak więc jest po staremu.

Dlatego kilka uwag na temat tego szczepienia i pytań do pana ministra. Panie Ministrze, na początku... Od początku może zaczniemy. Na początku szpitale dostały szczepionki w liczbie 15 ampulek. Miały zaszczepić tymi szczepionkami po 75 osób. I w pierwszej turze tak zaszczepiły. Po czym się okazało, że możemy szczepić 6 dawkami. I zaczęto tak szczepić, kiedy przyszła druga tura tych szczepionek. Czyli w ramach drugiej tury po prostu zaszczepiono wszystkich... Czyli wykorzystano już 90 szczepionek, nie 85. I teraz okazuje się, że dla tych 15 osób nie ma drugiej dawki, ponieważ to nie było przewidziane. Było zalecenie, że zamiast 5 używać 6 dawek. Po czym teraz – Panie Ministrze, proszę nie kiwać głową – komunikat jest taki, że nie jesteśmy w stanie zapewnić drugiej dawki. Takie są komunikaty z Systemu Dystrybucji Szczepionek.

Podobnie jest, Panie Ministrze, jeżeli np. były szczepienia w DPS. I kiedy były te szczepienia w DPS, ileś osób zostało zaszczepionych pierwszą dawką i później np. 3 osoby zmarły. I teraz dostajemy komunikat, że zostaną nam 3 dawki tej drugiej szczepionki, ponieważ między jedną a drugą 3 osoby zmarły. I możemy 3 osoby zaszczepić, ale nie dostaniemy dla nich drugiej dawki. Takie są komunikaty. Proszę to sprawdzić. Jeżeli pan minister nie jest na bieżąco, to powiem, że ja jestem na bieżąco, bo codziennie przychodzą na maila komunikaty i ja nimi dysponuję. Tak więc takie są... Jest komunikat, że np. jeżeli zostają nam szczepionki, ponieważ ktoś się nie zgłasza na drugą dawkę, teoretycznie możemy je wykorzystać dla grupy zero czy dla osób z grupy pierwszej, tak, ale nie mamy gwarancji, że przyjdzie druga dawka dla tych osób. Tak że, Panie Ministrze, to jest komunikat oficjalny. Nie wiem, czemu on się ukazuje, ale proszę to sprawdzić.

Następny komunikat. Napisałem do Ministerstwa Zdrowia w sprawie szczepień osób z grupy zero, tzn. konkretnie studentów medycyny. I dostałem odpowiedź, że w dniu 14 stycznia zakończyła się rejestracja zgłoszeń osób zakwalifikowanych do grupy zero w tym studentów uczelni medycznych. W związku z tym aktualnie osoby, które kwalifikują się do szczepień na etapie zero, samodzielnie zgłaszają się do lekarza po e-skierowanie na szczepienie, a po jego wystawieniu mogą się zaszczepić w dowolnym punkcie szczepień. Po czym dostaję komunikat: „W piątym i szóstym tygodniu 2021 r. nie szczepimy grupy zero oraz DPS i ZOL pierwszą dawką. Zamówienie na drugą dawkę należy składać w takiej samej liczbie, jaka była zamawiana na szczepienie pierwszą dawką”. W związku z czym są 2 komunikaty. Jeden mówi, że student może się zgłosić i dostać skierowanie. I tym komunikatem się posługując, zgłasza się do szpitala. Po czym dowiadujemy się, że nie szczepimy pierwszą dawką. Więc jak ma się zachować punkt szczepień? To jest sytuacja, która nie powinna występować.

Następna sprawa. A powiem, że przedstawię ich tylko kilka, bo nie chcę tutaj państwu zajmować za dużo czasu. Szczepionka firmy Moderna, ok. 100 dawek, miała trafić wczoraj do punktu szczepień. Nie trafiła. Nie wiadomo dlaczego. Żadnego komunikatu nie ma. Dostaliśmy za to listę 530 nauczycieli, których mamy zaszczepić. A szczepionki nie mamy, nie wiadomo, kiedy

będzie. Dzisiaj jest środa, a w piątek mamy szczepić. W związku z czym po co ten komunikat, że...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Przepraszam, chodzi o szczepionkę Astra-Zeneca. Po co ten komunikat, że we wtorek dostaniemy szczepionki, skoro ich nie dostaliśmy? No, kolejny jakiś rozdźwięk między tym, co się mówi, a tym, co się później robi.

Następna kwestia, taka dosyć prosta. Działania niepożądane. Pracownicy sanepidu nie mają dostępu do tego programu, do którego mają dostęp medycy. W związku z tym jeżeli medyk zgłasza działanie niepożądane, to pracownicy sanepidu, żeby dowiedzieć się, co się działo z tym pacjentem, gdzie był szczepiony itd., dzwonią do punktu szczepień. Podczas gdy wystarczyłoby im udostępnić ten program.

Tak więc takich zdarzeń jest bardzo dużo. Ich liczba narasta. Np. pacjenci, z grupy 85+, którzy byli zapisani na poniedziałek na godziny poranne, nie dostali szczepień, bo nie przyszły szczepionki. Tylko przyszły we wtorek. I trzeba ich było przepisać. I tak się dzieje w całej Polsce.

Ale najważniejszą sprawą moim zdaniem – i prosiłbym bardzo, żeby ministerstwo to poprawiło – to jest właśnie to, że jeżeli zostają szczepionki, które są przeznaczone dla danej grupy jako druga dawka, zostają, ponieważ ludzie nie się zgłosili, z różnych powodów, bo są wtedy chorzy itd., to nie możemy dostawać komunikatu, że jeżeli wykorzystamy te szczepionki do zaszczepienia pierwszorazowego, to możemy nie dostać drugiej dawki dla tych ludzi. Takiego komunikatu nie możemy dostawać. Bo ten komunikat spowoduje, że... No, wypada wyłączyć tę szczepionkę do zlewu, zamiast zaszczepić np. lekarzy, którzy nie mogą się doczekać szczepionek, bo dla nich ich nie ma. W związku z tym to nie jest system, który bardzo dobrze działa. I jeżeli te szczepionki się nie marnują, to dzięki ludziom, którzy starają się tym chaosie jakoś zadziałać. Proszę to naprawić, ponieważ... Ja nie wierzyłem w to, że system będzie sprawny, ale że będzie tak chaotyczny, to też nie wierzyłem. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Wiem, że pan minister Miłkowski wyszedł, ale pan...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę bardzo.

Proszę się przedstawić.

DYREKTOR  
DEPARTAMENTU INNOWACJI  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**JAROSŁAW KIESZEK**

Jarosław Kieszek. Jestem dyrektorem Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia.

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo Senatorowie!

Postaram się pokrótce odnieść do pytań, które tutaj padły. Zacznę od pytania pani senator Chywickiej dotyczącego strat związanych ze szczepionkami. Może pokrótce opowiem, jak wygląda system raportowania tych strat. Otóż każdy punkt szczepień ma dostęp do Systemu Dystrybucji Szczepionek, którego jedną z funkcjonalności jest specjalny moduł do raportowania strat. Każdy punkt szczepień po wystąpieniu straty ma obowiązek w ciągu 24 godzin tę stratę zaraportować. Dodatkowo oprócz wskazania liczby zmarnowanych dawek, wskazuje się przyczynę utracenia danej dawki. Te przyczyny są skategoryzowane, czyli wybiera się z listy rozwijanej konkretną przyczynę straty.

Na dzień dzisiejszy w systemie mamy zarejestrowanych 3 tysiące 331 straconych dawek. I ponad połowa tych strat – 1 tysiąc 637 dawek – jest spowodowana technicznym problemem z pobraniem szóstej dawki szczepionki Pfizer z fiołki 6-dawkowej. To wynika z różnych względów, albo z niewłaściwego doboru igieł, które są wykorzystywane przez personel, albo z braku wiedzy jak tego dokonać. Bo oczywiście zdecydowana większość zespołów sobie z tym radzi. Niemniej jednak takie właśnie straty są zaraportowane.

Kolejny powód, jeśli chodzi o liczbę przypadków – 574 przypadki – to są uszkodzenia mechaniczne, które wystąpiły w punkcie szczepień. To najczęściej są po prostu fiołki zbite w trakcie mieszania czy w trakcie wyjmowania z lodówki. Tak to właśnie wygląda.

Kolejna przyczyna to niewystarczająca liczba pacjentów do zaszczepienia. Czyli właśnie pacjent się nie stawił, nie było listy rezerwowej, nie udało się po prostu kogoś ściągnąć w to miejsce. I to było do tej pory 275 przypadków na całą Polskę.

Kolejna przyczyna to odchylenie od warunków przechowywania, czyli np. awaria urządzeń chłodniczych – 265 przypadków. Podejrzanie wady jakościowej – 188 przypadków. Oczywiście to jest raportowane do producenta, my to zgłaszamy jako reklamację. Tutaj mamy też niewykorzystywane opakowania wielodawkowe. To jest dosyć podobny przypadek do tego wymienionego wcześniej. Kradzież – mamy też taką przyczynę, 114 przypadków kradzieży. Uszkodzenie w transporcie do punktu szczepień, czyli nie przez producenta, tylko przez firmy transportowe, hurtownie farmaceutyczne – 57 przypadków. Przeternowanie – 39 przypadków. I niewystarczająca liczba personelu szczepiącego – ten powód wybrały punkty szczepień w 16 przypadkach. I tak to się na tę chwilę przedstawia.

Pozwolę sobie przejść do kolejnych pytań. Dlaczego jest 1 magazyn, a nie wykorzystujemy kilku magazynów? Oczywiście, wykorzystujemy kilka magazynów. Wykorzystujemy magazyny hurtowni farmaceutycznych, są to firmy Neuca, Pharmalink. Ale producenci szczepionek zgodnie z umową dostarczają do jednego punktu. Dlatego magazyn w Wąwale, magazyn Agencji Rezerw Materiałowych odbiera całą partię szczepionki, a następnie jest ona dystrybuowana do hubów, powiedzmy, regionalnych. Następnie następuje konfekcja, czyli podzielenie na te mniejsze paczki. I są one dowożone do poszczególnych punktów szczepień, zgodnie z zamówieniami.

Jeśli chodzi tutaj o uwagę, że jest komunikat, że brakuje szczepionek na drugą dawkę, to to dementuję. Nie było takiego oficjalnego komunikatu. Zawsze transporty na drugą dawkę są realizowane priorytetowo i poza wszelką kolejnością. Tak więc tutaj proszę po prostu o przekazanie maila z takim komunikatem, chętnie to wyjaśnię. Ja nie mam takiej wiedzy, żeby takie komunikaty były dystrybuowane.

Jeśli chodzi o DPS i o wykorzystanie szczepionki przeznaczonej na drugą dawkę w przypadku niezakwalifikowania danej osoby bądź właśnie jeżeli taka osoba się nie stawiła itd., to tu rzeczywiście jest problem trochę logistyczny, nad którym pracujemy. Wynika to z tego, że najmniejsze opakowanie, jakie dostarczamy do każdego punktu szczepień, to, w przypadku szczepionki firmy Pfizer, 30 dawek. Tak więc jeśli nam wypadają np. 2 czy 3 osoby – a przypomnijmy, że w fiołce jest 6 dawek – nie jesteśmy w stanie potem dostarczyć 3 dawek do

konkretnego punktu szczepień. Jest to technicznie niemożliwe. Rozwożenie osobnych fiolek również trochę się mija z celem. Tak więc naszym rozwiązaniem, nad którym właśnie pracujemy w bieżącym tygodniu, jest to, żeby te osoby, które dostały tę pierwszą dawkę trochę przez... no, skorzystały, miały trochę szczęście... Chodzi o to, żeby stworzyć takie punkty, prawdopodobnie to będą szpitale węzłowe, które po prostu miałyby specjalną pulę takich szczepionek na drugą dawkę. I takie osoby będą kierowane, żeby tę drugą dawkę przyjęły w szpitalu węzłowym. No, niestety, nie będą mogły jej przyjąć w tym samym punkcie szczepień, właśnie z tych powodów logistycznych, że nie jesteśmy w stanie dostarczyć pojedynczych dawek, pojedynczych fiolek do każdego punktu. Te opakowania są wystandardyzowane, są to 30-dawkowe opakowania w przypadku Pfizera. Na to jest zgoda i tak właśnie następuje dystrybucja.

Jeśli chodzi o grupę zero i studentów medycyny, to tak jak tutaj było powiedziane, rzeczywiście, mogą otrzymać e-skierowanie. Są cały czas uprawnieni, mogą się zgłosić do dowolnego punktu. No, ale wszyscy wiemy, że teraz są przejściowe trudności z dostawami szczepionek i po prostu nie ma czym ich zaszczepić. No, taka jest sytuacja. Tych szczepionek po prostu nie ma. Realizujemy te szczepienia priorytetowe, realizujemy szczepienia drugą dawką, a studenci będą musieli po prostu kilka tygodni – podkreślam: kilka tygodni – poczekać na zwiększenie dostaw od producentów.

Jeśli chodzi o zamówienia dla nauczycieli, o szczepionki AstraZeneca, to od wczoraj można było składać zamówienia w systemie SDS na szczepionkę AstraZeneca w celu wyszczepiania nauczycieli. Te pierwsze zamówienia wczoraj zostały złożone, dostawy będą realizowane w czwartek i w piątek. Oficjalnie w piątek powinny się rozpocząć szczepienia nauczycieli we wskazanych punktach szczepień.

Jeśli chodzi o brak dostaw w poniedziałek i to, dlaczego to jest realizowane we wtorek, to po prostu tak naprawdę na bieżąco dystrybuujemy szczepionki, które wpływają do Polski, czyli jest tak, że szczepionka Pfizera przylatuje w poniedziałek rano do Polski, do Warszawy i z tej partii my dystrybuujemy ją bezpośrednio do punktów szczepień. Tak więc z tego wynika to, że nie udaje się nam w poniedziałek ich dostarczyć. To jest właśnie spowodowane tym zmniejszeniem

dostaw, tak naprawdę na bieżąco to, co wpływa do Polski, od razu jest dystrybuowane i stąd jest to jednodniowe opóźnienie w dostawach, za co przepraszamy. Ale też na bieżąco informujemy punkty szczepień, żeby nie umawiały osób na poniedziałki, żeby przepisywały tych pacjentów na kolejny dzień, tak żeby pacjenci nie czekali w kolejce i nie było tak, że się nie doczekają tego dnia szczepienia.

Jeśli chodzi o NOP, to niestety się nie wypowiem. Poprosiłbym może główny inspektorat o odpowiedź. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

No, z pana wypowiedzi mogę wysnuć tylko jeden wniosek: wszystko działa idealnie. To skąd te nasze wątpliwości i te liczne pytania? Skoro państwo dostajecie szczepionkę w każdy poniedziałek i wiadomo jest, w jakiej ilości, to przecież też wiadomo, w jaki sposób ona będzie dystrybuowana przez cały tydzień. Dlaczego zatem są takie problemy w punktach szczepień? Dlaczego dopiero dzień wcześniej osoby są informowane, że ta szczepionka nie dojedzie? No, to jest państwa rola.

Pani senator Matecka prosiła o głos. Proszę bardzo.

*(Senator Ewa Matecka: Dzień dobry. Czy mnie słyhać?)*

Tak, słyhać. Proszę.

**SENATOR  
EWA MATECKA**

Pani Przewodnicząca, mam jedno pytanie i kilka uwag.

Moje pytanie: kiedy do harmonogramu szczepień zostaną włączone osoby chore na nowotwory? Kiedy to się stanie? Jest pilna potrzeba, żeby to zrobić.

I moje uwagi. W warunkach udziału w organizacji sieci punktów szczepień podane były warunki utworzenia zespołu wyjazdowego...

*(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Pani Senator, troszkę głośniej proszę.)*

Już mówię głośniej.

W warunkach udziału w organizacji punktów szczepień podane były warunki zorganizowania punktu szczepień na miejscu oraz zespołu wyjazdowego udającego się do osoby, która ma być zaszczepiona, i po osobę, która ma być

zaszczepiona. I w to zadanie bardzo włączyły się samorządy, które niejednokrotnie dowożą osoby do punktów oddalonych od miejsca zamieszkania tych osób o 70 km, 50 km, 60 km, bo tam mają one wyznaczone szczepienie. To nie jest najlepsza sytuacja, kiedy osobę niepełnosprawną trzeba dowozić do tak odległego punktu, który jest wyznaczony dla niej jako punkt jej zaszczepienia. Angażują się w to mocno samorządy, natomiast w strategii szczepienia dla Polski samorządy gminne nie zostały w ogóle uwzględnione jako partnerzy tego przedsięwzięcia, nad czym bardzo, bardzo ubolewam.

I chcę zadać jeszcze inne pytanie. Na jednym z ostatnich posiedzeń Komisji Zdrowia zadałam panu ministrowi Niedzielskiemu pytanie, czy możliwie jest dokonywanie zamówień częściej niż raz w tygodniu – uzyskałam potwierdzenie, że tak, że jest to możliwe częściej niż raz w tygodniu – po to aby punkty szczepień mogły przeprowadzać szczepienia również w soboty i niedziele, bo wtedy szczepienia trwałyby nieprzerwanie 7 dni w tygodniu. Proszę mi odpowiedzieć, czy w dalszym ciągu podtrzymuje pan minister taką gotowość co do możliwości zamawiania szczepionki 2 razy w tygodniu. No i oczywiście trzeba zrobić wszystko, co jest możliwe, aby przyspieszyć szczepiennicę chorych na nowotwory. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.  
Proszę bardzo, Panie Ministrze...  
A, przepraszam, jeszcze pan senator ad vocem. Proszę.

**SENATOR  
WOJCIECH KONIECZNY**

Ja w ramach ad vocem chcę wyjaśnić, na czym polega problem, bo to tak jakby nie było zrozumiane. Mamy do zaszczepienia drugą dawkę szczepionki np. 100 osób z grupy zero. Z tych 100 osób z grupy zero nie zgłosiło się 15 osób. I te 15 szczepionek... Nie zgłosiły się, bo w tym tygodniu były np. chore lub z jakiegoś powodu nie mogły. W związku z tym nie szczepimy drugą dawką tych 15 osób, bo się nie zgłosiły. Żeby nie zmarnować szczepionki, szczepimy pierwszą dawką 15 innych osób, założymy, że też z grupy

zero, też pracowników szpitala. Te 15 osób, które się nie zaszczepiły w tygodniu, w którym powinny się zaszczepić, przychodzi w następnym tygodniu po drugą dawkę. I powinniśmy je zaszczepić, bo przecież jak ich mamy nie zaszczepić, zostawiać bez drugiej dawki? Wówczas bierzemy szczepionki dla jakiejś grupy, która z kolei wtedy się nie zgłosiła, tak to nazwijmy. No, punkty szczepień jakoś sobie radzą, żeby nie wylewać tej szczepionki. Ale te 15 osób, które zostały zaszczepione pierwszą dawką, w rozumieniu dostawców naszych szczepionek – tak to powiem ogólnie – zostało zaszczepionych z puli drugiej dawki i dla nich nie mogą złożyć zamówienia, tzn. jest komunikat, że nie ma zagwarantowanej dla nich drugiej dawki, ponieważ... no, ponieważ tak jest, ponieważ wszystko jest dokładnie rozdysponowane, tak, jak ma być, co do jednej szczepionki itd. Zmierzam do tego, że nie można tego rozdysponowywać co do jednej szczepionki i musi być jakaś rezerwa właśnie na takie przypadki. I w tej chwili do szpitali węzłowych poszły komunikaty, że takiej rezerwy może nie być i ci ludzie mogą nie być zaszczepieni drugą dawką. To o to chodzi, jeżeli się nie wyraziłem precyzyjnie w pierwszej wypowiedzi, to teraz jakby doprecyzowałem, o co chodzi. A spotkałem się właśnie w przypadku tych 75 i 90 szczepionek po raz pierwszy z tym problemem, że pierwsza dawka poszła dla 75 osób, a potem przysłała ta sama liczba ampulek, ale już można było zaszczepić 90 osób i tych 15 osób jest jakby w zawieszeniu. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Jeszcze w ramach ad vocem pan prof. Flisiak prosi o głos...  
(Wypowiedź poza mikrofonem)  
To w takim razie, Panie Ministrze, oddajemy głos. Proszę bardzo.

**DYREKTOR  
DEPARTAMENTU INNOWACJI  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
JAROSŁAW KIESZEK**

Dziękuję.  
Szanowni Państwo!  
Jeśli chodzi o szczepienia weekendowe – może do tego się odniosę – to myślę, że już

od kilku tygodni jest możliwość zamawiania w systemie SDS szczepionek ze wskazaniem w kalendarzu konkretnego dnia dostawy. Czyli tak naprawdę, jak punkt szczepień życzy sobie szczepić tak, żeby właśnie objąć weekend – pamiętamy tutaj o tych 120 godzinach przydatności szczepionki Pfizera – to po prostu wybiera dostawę np. na czwartek albo nawet piątek. Jest to już jak najbardziej realizowane w tym momencie, więc nie ma żadnego problemu.

Jeśli chodzi o dowożenie pacjentów do punktów szczepień, to przygotowana jest pewna korekta. Chcemy doprecyzować, że transport powinien być realizowany na obszarze danej gminy. W wyjątkowych przypadkach, w szczególności, gdy szczepienie będzie wykonywane poza granicami danej gminy, transport może być realizowany nie dalej niż... i tutaj będzie wskazane 10 km od granic miasta na prawach powiatu, 20 km od granic pozostałych gmin. Chcemy zrobić właśnie takie doprecyzowanie, żeby nie było takich przypadków wyjazdów na odległość 70 km bądź większą. Myślę, że w najbliższych dniach zostanie to doprecyzowane.

Wracając jeszcze do tej drugiej dawki... Rzeczywiście ten problem narasta, więc tak jak mówiłem, tym się zajmiemy jeszcze w tym tygodniu i po prostu, tak jak mówiłem, dla szpitali węzłowych przygotowujemy dodatkową pulę, żeby to zrealizować. Tak więc bym prosił o jakieś indywidualne maile do agencji rezerw i jak najbardziej będziemy takie dostawy realizować, bo chcemy, żeby te wszystkie osoby rzeczywiście tę drugą dawkę otrzymały. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Czy pan minister chce jeszcze coś dodać? Jeżeli nie, to ten wątek zamkniemy.

*(Senator Ewa Matecka: Pan minister nie odpowiedział, Pani Przewodnicząca, na moje pytanie dotyczące szczepień osób...)*

Ale jeszcze pan minister będzie zabierał głos.  
*(Senator Ewa Matecka: A, to dziękuję.)*

*(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Powiem szczerze, że nie słyszałem tego pytania, tego, o co pani senator pytała. Więc gdyby pani mogła je powtórzyć...)*

Pani Senator, proszę powtórzyć pytanie.

**SENATOR  
EWA MATECKA**

Panie Ministrze, proszę powiedzieć, kiedy będą szczepione osoby chore na nowotwory. Słyszeliśmy o tym, że jak najszybciej mają być włączone do tego harmonogramu szczepień. W związku z tym pytam, czy będą szczepione jeszcze w ramach grupy zero, której szczepienie się kończy, czy w ramach grupy pierwszej. Czy jesteśmy w stanie określić, kiedy nastąpi start szczepień osób chorych na nowotwory? Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Proszę bardzo.

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Niestety, w Polsce problem, jeżeli chodzi o szczepienia, to problem liczby szczepień. Doskonale państwo wiecie o tym, że chcielibyśmy wyszczepić jak najszybciej jak największą populację Polaków. Niestety, tych szczepionek, które do Polski docierają, mamy tyle, ile mamy w tej chwili. Dlatego te wszystkie perturbacje związane ze szczepieniami, to, co państwo podnosiliście w swoich pytaniach do tej pory, wynika z tego, że tych szczepionek nie mamy w takiej liczbie, w jakiej byśmy chcieli je mieć. Tak jak wielokrotnie to podawał pan minister Dworczyk, możemy w ciągu miesiąca wyszczepić od 3,5 miliona do nawet 4 milionów Polaków. Niestety, w tej chwili taka liczba szczepionek do Polski nie dociera. Być może ta sytuacja się zmieni w II kwartale, bo w tej chwili mamy już sygnały, że dodatkowe firmy będą występowały o rejestrację w Europejskiej Agencji Leków i tych szczepionek prawdopodobnie będzie zdecydowanie więcej. Wtedy te punkty szczepień, które w tej chwili są gotowe na szczepienie dużej liczby Polaków, a dostają właściwie 30 szczepionek na tydzień, czyli bardzo niewiele...



Dlatego także o tym, o co pyta pani senator, kiedy będziemy szczepili osoby chore na choroby nowotworowe... Myślę, że to będzie w najbliższym czasie, jeżeli oczywiście pojawi się taka możliwość, jeżeli oczywiście będą szczepionki.

Bardzo nam zależy na wyszczepieniu grupy zerowej i grupy osób powyżej siedemdziesiątego roku życia. Tak jak państwo wiecie, właśnie te osoby powyżej siedemdziesiątego roku życia najczęściej trafiają do polskich szpitali, to są również najczęściej te osoby, które ciężko przechodzą zakażenie koronawirusem, a także jest to grupa, w której najwięcej osób niestety umiera. Tak więc jeżeli chcemy zmniejszyć liczbę osób, które niestety z powodu COVID czy też z powodu COVID i chorób współistniejących umierają, musimy jak najszybciej tę grupę ryzyka wyszczepić.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, pozwolę sobie mieć jednak zdanie odrębne. Kwestia dostawy szczepionek jest niewątpliwie bardzo ważna i to, ile osób można zacząć, wiąże się z liczbą dostarczanych szczepionek, jednak zmiany w harmonogramie i zmiany w przedstawionym poprzednio, na początku programie szczepień są dość istotne. To są duże grupy osób, które są przesuwane.

W związku z tym jako podsumowanie tej części naszej dyskusji stawiam taki wniosek, abyśmy jako Komisja Zdrowia dostali na piśmie całą strategię wyszczepienia, program wyszczepień z proponowanymi zmianami, tym, które grupy wchodzi do grupy pierwszej, do drugiej, gdzie są te przesunięcia. A mając na uwadze to, że państwo wiecie, w jaki sposób ten harmonogram będzie realizowany w wyniku dostaw, chcielibyśmy również wiedzieć, przynajmniej wstępnie, w jaki sposób planujecie to, kiedy, w którym miesiącu, w którym kwartale zakończy się szczepienie jednej grupy czy drugiej grupy. Tak więc bardzo proszę tego typu informacje przekazać pisemnie Komisji Zdrowia.

Ale drugi wątek, który jest również ważny i dotyczy mutacji wirusa, przeprowadzonych w Polsce badań, także liczby wykonywanych testów, a więc wszystkiego tego, co wiąże się z zarządzaniem epidemią, a także z podejmowaniem

później decyzji gospodarczych... Bo przecież epidemia ze względu na zdrowotność i na problemy medyczne to jeden wątek, ale drugi wątek jest taki, że na podstawie modeli, przewidywań, badań epidemicznych podejmowane są bardzo ważne strategiczne decyzje w zakresie gospodarki. Wiemy, że kwestia odmrażania i zamrażania pewnych dziedzin... No, w tym momencie wygląda to dość chaotycznie. W jednym tygodniu słyszymy, że jest głęboki lockdown i obawa, a w następnym dniu o próbach odmrożenia, też czasowych, na okres tygodnia, dwóch tygodni. To wszystko rodzi dużą niepewność, brakuje takiego przekazu troszkę bardziej przewidywalnego.

Ja wielokrotnie mówiłam, że brakuje mi także twarzy osoby, która jest medykiem i która towarzyszy panu ministrowi Dworczykowi czy panu premierowi w podejmowaniu tych decyzji, budując zaufanie do rządu. No, powinniśmy tutaj postawić przede wszystkim na ekspertów medycznych, ponieważ zarządzamy epidemią, nadzwyczajną sytuacją i to jest ogromnie ważne.

Dlatego, Panie Ministrze, pytania. Dlaczego w dalszym ciągu wykonujemy tak małą liczbę testów? 20 tysięcy to jest naprawdę szokująco niska liczba jak na ten czas. Dlaczego zmieniają się zasady gry, jeżeli chodzi o testowanie? Dlaczego jest utrudniony dostęp do informacji o liczbie zakażonych? Te testy, które były dawniej wykonywane i publikowane na poziomie powiatów... W tej chwili dostęp do tego jest niestety utrudniony. Mam nadzieję, że na te pytania odpowie również pan prezes, pan inspektor sanitarny, wypowie się, jak to funkcjonuje, ponieważ są sygnały mówiące o tym, że możliwości dotarcia do informacji o liczbie osób zakażonych na szczeblu powiatowym są bardzo ograniczone czy wręcz jest to niemożliwe. A przecież to są ważne informacje.

Następne pytanie, oprócz pytania o testowanie, to pytanie o tę mutację wirusa i o te wariacje, które w tej chwili są już dość powszechne w Europie. Wiemy, że są różnego rodzaju odmiany mutacji, i jest pytanie, gdzie w Polsce są prowadzone badania, czy instytucja państwowa, jaką jest Instytut Zdrowia Publicznego, prowadzi tego typu badania. No, chcielibyśmy mieć również wiedzę pod kątem medycznym, jak ten wirus się rozprzestrzenia, bo to jest element zarządzania epidemią.

Proszę bardzo.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.  
Szanowni Państwo!

No, po raz kolejny ze smutkiem słucham słów pani przewodniczącej, że wszystko jest nie tak, że wszystko jest źle. Ale chyba do tego trzeba...

*(Przewodnicząca Beata Małecko-Libera: Ja nie powiedziałam, że wszystko, tylko chcemy być bardziej dociekliwi i wiedzieć, jak to wygląda.)*

...się przyzwyczać, Pani Przewodnicząca. No, jestem już 15 lat w Senacie, więc pewnie warto by już było do tego się przyzwyczać.

Powiedziała pani o 20 tysiącach. No, dzisiaj są 52 tysiące wykonanych testów, więc też to nie...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Dzisiaj są 52 tysiące wykonanych testów, a pani mówiła o 20 tysiącach. Tak więc to nie jest tak, że tych testów wykonujemy mało, ale do tego oczywiście dojdę.

Padło pytanie, dlaczego nie ma pana dyrektora Juszczyka, czyli dyrektora PZH. Kontaktowałem się z nim, nie dostał zaproszenia, ale wiem, że...

*(Głos z sali: Dostał w pierwszym...)*

*(Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny Grzegorz Juszczyk: Już jestem, Panie Ministrze, Szanowna Pani Przewodnicząca, Szanowni Państwo.)*

A, już jest. Ja prosiłem, żeby się włączył. Okej. Dzięki.

Jeżeli chodzi o te mutacje, o monitoring, to pan dyrektor na pewno będzie w stanie zaspokoić ciekawość pani przewodniczącej.

*(Przewodnicząca Beata Małecko-Libera: To nie jest, Panie Ministrze, moja ciekawość. To jest nasza ciekawość.)*

Dobrze, Pani Przewodnicząca, już nie róbmy sobie uszczypliwości, przechodzimy do meritum.

Szanowni Państwo, niedługo minie rok, od kiedy pojawił się w Polsce pierwszy pacjent zarażony koronawirusem, to było 4 marca ubiegłego roku, czyli już prawie rok walczyliśmy z epidemią COVID-19 w Polsce. Inna strategia walki była na wiosnę, jak państwo pamiętacie, zresztą na posiedzeniach senackiej Komisji Zdrowia wielokrotnie o tym państwa informowaliśmy. Wtedy, jeżeli chodzi o leczenie pacjentów zarażonych koronawirusem, oparliśmy się na tzw. szpitalach

jednoimiennych. Były to szpitale, które były przeznaczone wyłącznie do walki z COVID-19. I wtedy ta strategia oczywiście się sprawdziła, wszyscy pacjenci byli zaopiekowani, nie było żadnego problemu z miejscami dla pacjentów z COVID-19. Jednak w okresie letnim zauważyliśmy, że jesień może być zupełnie inna niż okres wiosenny, ponieważ wszystkie prognozy pokazywały, że tych pacjentów, chorych i osób, które ulegają zakażeniu, będzie zdecydowanie więcej niż na wiosnę. Dlatego nasza strategia oparła się na 3 poziomach szpitali, już nie na szpitalach jednoimiennych, ale na tzw. szpitalach pierwszego stopnia, drugiego stopnia i trzeciego stopnia, czyli można powiedzieć, że włączyliśmy do walki z COVID-19 całą polską służbę zdrowia, ponieważ wiedzieliśmy, że tymi nowymi przypadkami nie zdołamy się zaopiekować w szpitalach jednoimiennych, gdyż tych miejsc byłoby na pewno zdecydowanie mniej. To oczywiście się potwierdziło w okresie jesiennym, szczególnie na przełomie października i listopada, głównie w listopadzie. Ja przypomnę, że w punkcie szczytowym, 18 listopada mieliśmy do dyspozycji 37 tysięcy łóżek dla pacjentów z COVID-19, w tej chwili mamy tych łóżek już tylko 27 tysięcy, czyli zredukowaliśmy tę liczbę o ponad 10 tysięcy, ale to oczywiście jest związane z przebiegiem epidemii. Jeżeli chodzi o liczbę respiratorów w tym okresie szczytowym pandemii – ja może nie będę określał, czy to jest pierwsza, druga czy trzecia fala, ja nie lubię tych określać, ponieważ myślę, że trudno numerować te fale, jesteśmy w jakiejś fazie przebiegu epidemii – to mieliśmy do dyspozycji 2 tysiące 888 respiratorów. W tej chwili mamy ich troszkę mniej, 2 tysiące 600, ale w dalszym ciągu utrzymujemy pewien ich bufor dla pacjentów, którzy niestety będą wymagali lub wymagają takiej terapii. Zawsze staraliśmy się, aby ten bufor wolnych łóżek to było ok. 50%, dlatego w tym okresie szczytowym, kiedy zauważaliśmy, że tych łóżek bardzo szybko zaczyna ubywać i pojawiają się problemy z umieszczeniem pacjentów w szpitalach, zwiększyliśmy zdecydowanie liczbę łóżek i w tej chwili ten bufor bezpieczeństwa w porównaniu z zajęтыми łózkami to ok. 50%.

Jeżeli chodzi o zaangażowanie w tej chwili polskiej służby zdrowia w walkę z COVID-19, to na pierwszym poziomie funkcjonuje obecnie 475 szpitali, na drugim poziomie – 387, na trzecim – 31 oraz działa 16 szpitali tymczasowych. Tych szpitali jest oczywiście więcej, podzieliłiśmy

te szpitale tymczasowe. Ich idea powstała właśnie w tym okresie szczytowym, kiedy tych nowych zachorowań było prawie 30 tysięcy dziennie, więc chcieliśmy mieć tę ostatnią linię obrony przed tą zmasowaną liczbą zakażeń COVID-19. Dzisiaj jest aktywnych 16 szpitali tymczasowych, a tzw. pasywnych jest 19, pierwotnie miało być ich 23, ale budowę 4 szpitali wstrzymaliśmy. W tych 19 szpitalach, które w tej chwili działają, liczba zajętych łóżek to 1 tysiąc 404. To jest mniej więcej 30% obłożenia w szpitalach tymczasowych. W tej chwili idea istnienia tych szpitali jest taka, abyśmy po prostu odciążyli oddziały covidowe w innych szpitalach, tak aby mogły one wznowić swoją działalność w innych zakresach, jeżeli chodzi o świadczenie usług medycznych, bo wiemy, że Polacy chorują nie tylko na koronawirusa, ale na zdecydowanie więcej chorób. Także w dalszym ciągu utrzymujemy tzw. izolatoria, aczkolwiek też zmniejszyliśmy zdecydowanie ich liczbę. No, ta forma zaopiekowania się pacjentami w tym najlepszym stanie zagrożenia koronawirusem nie cieszy się dużą popularnością. Są w tej chwili 33 obiekty i w tych obiektach przebywają 453 osoby. Pacjenci w dalszym ciągu zdecydowanie preferują jednak przebywanie w domu.

Na wiosnę wszystkie szpitale jednoimienne zostały wyposażone w dodatkową aparaturę techniczną, jeżeli chodzi o zabezpieczenie w tlen medyczny. Wiemy, że w przypadku zakażenia koronawirusem tlen jest jednym z podstawowych leków, które pacjent otrzymuje, dlatego w tych wszystkich szpitalach była przebudowana instalacja tlenowa, wszystkie szpitale zostały wyposażone w zewnętrzne butle z tlenem, tak aby ten tlen był nieprzerwanie dostarczany pacjentom. Jesienią, kiedy pojawiło się już zdecydowanie więcej szpitali, które były zaangażowane z walkę z COVID-19, a niektóre niestety nie miały odpowiedniej bazy tlenowej, bardzo szybko podjęliśmy działania i zaangażowaliśmy w to także spółki Skarbu Państwa, aby problem rozwiązać. Dzisiaj w każdym województwie jest przygotowany dla tych szpitali, które nie posiadają zewnętrznej instalacji tlenowej, tzw. zapas butli tlenowych na wypadek, gdyby ewentualne dostawy tych butli były w jakiś sposób zagrożone. Każdy wojewoda dysponuje taką rezerwą, którą natychmiast może takiemu szpitalowi przeznaczyć. Ale zwiększyliśmy także dostępność tlenu medycznego. Wiele działań podjęliśmy, uruchomiliśmy tzw. szybką ścieżkę, dzięki

której można było bardzo szybko przekwalifikować butlę techniczną na butlę medyczną i ją zarejestrować, tak aby tych butli było coraz więcej. I o ile na początku napełnianych tlenem medycznym butli było dziennie 4 tysiące 600, o tyle w tej chwili już prawie 8 tysięcy na dobę takich butli możemy napełniać. Zaangażowała się w to oczywiście Agencja Rezerw Materiałowych, ale także polska firma farmaceutyczna Polfa Tarchomin. W tej chwili nie mamy praktycznie żadnych sygnałów, aby w jakimś polskim szpitalu występowały braki w zakresie zaopatrzenia w tlen.

Jeżeli chodzi o optymalizację zarządzania łóżkami coviowymi, to był taki moment, w którym troszeczkę zaczęły się perturbacje z umieszczeniem pacjentów w szpitalach covidowych. Dlatego utworzyliśmy platformę cyfrową, która ewidencjonowała łóżka covidowe oraz łóżka wolne. Ta platforma w dalszym ciągu działa, każdy szpital raportuje co kilka godzin liczbę wolnych miejsc covidowych, to trafia do systemu, tak więc w tej chwili każdy koordynator ratownictwa medycznego czy też każdy główny dyspozytor w dyspozytorni medycznej taka informację posiada i tam kieruje karetkę z pacjentem wymagającym hospitalizacji, gdzie jest wolne łóżko. Na tej platformie, w tej aplikacji możemy także zarezerwować łóżko, czyli pacjent de facto jedzie na łóżko, które na niego czeka.

Wdrożyliśmy także aplikację, która monitoruje potrzeby lecznicze szpitali, jeżeli chodzi o ośrodki ochrony indywidualnej. W tej chwili ten system analizuje zużycie środków ochrony indywidualnej, każdy wojewoda ma do tego dostęp i w przypadku, gdy jest potrzeba uzupełnienia tych środków, natychmiast te środki zostają uzupełnione.

Pochyliliśmy się również nad osobami, które z powodu koronawirusa trafiają do szpitali w niestety bardzo ciężkim stanie, bo to jest jeden z głównych czynników tego, że jest w Polsce taka liczba zgonów. COVID-19 to zapalenie płuc, mówiąc tak bardzo prosto. Kilkanaście miesięcy temu nie do pomyślenia było, żeby zapalenie płuc leczyć w domu lekami przeciwgorączkowymi. W tej chwili niestety dość długo leczymy się sami w domu i, jak podają eksperci, jak podają medycy, trafiaamy do szpitala w niestety dość ciężkim stanie i czasem lekarze są już bezradni, nie są w stanie temu pacjentowi pomóc. Dlatego wdrożyliśmy system domowej opieki medycznej i jest to system, który każdemu

pacjentowi ze stwierdzonym koronawirusem powyżej pięćdziesiątego roku życia wysyła automatycznie przez Poczta Polska pulsoksymetr. W tej chwili mamy zarejestrowanych w Polsce 171 tysięcy 227 osób, które taki pulsoksymetr otrzymały. Martwi nas tylko jedna sprawa, to, że nie wszyscy chcą się zalogować do aplikacji, która śledzi poziomy saturacji, ale wiemy, że ten system mierzenia saturacji w domu jakby uczuła pacjenta na to, że jego stan może się niestety pogarszać, i wtedy czy kontaktuje się on z lekarzem rodzinnym, czy wzywa karetkę pogotowia. Myślę, że ten system zdecydowanie poprawił zgłaszalność się pacjentów zakażonych koronawirusem do szpitali.

Mieliśmy także sygnały, że zespoły ratownictwa medycznego nie zabierają wszystkich pacjentów do szpitala, szczególnie tych, u których jest dość niska saturacja. Wprowadziliśmy system monitorujący takie wyjazdy, system wspomagania dowodzenia, umożliwi on nam w tej chwili monitoring praktycznie każdej karetki, każdego wyjazdu do pacjenta. Dlatego wprowadziliśmy... Takie zalecenie było już na wiosnę, ale wprowadziliśmy rekomendację konsultanta do spraw epidemiologii, żeby wszystkich pacjentów z saturacją poniżej 94% zabierać do szpitali. I zdecydowanie to się poprawiło, bardzo niewielka liczba osób zostaje w domu, najczęściej to są te osoby, które nie wyrażają zgody na przewiezienie do szpitala.

Zmodyfikowaliśmy ratownictwo medyczne w okresie pandemii, bo to właśnie ratownictwo medyczne jest na tej pierwszej linii frontu, wtedy, kiedy szpitale były chwilowo zamknięte, zamknęły się, ratownictwo ciągle pracowało. Dlatego ten wysiłek, który Państwowe Ratownictwo Medyczne włożyło w walkę z epidemią, jest bardzo przez nas doceniony. Dlatego zwiększyliśmy... Jeżeli chodzi o wynagrodzenia, to wszyscy ratownicy medyczni pracujący w ratownictwie medycznym dostają w tej chwili dodatek covidowy. Żeby jeszcze usprawnić pracę ratownictwa medycznego, wprowadziliśmy do karetek szybkie testy antygenowe. Każdy zespół taki test w czasie wyjazdu do pacjenta może wykonać. Zdecydowanie to skróciło pobyty zespołów ratownictwa medycznego na SOR, w tej chwili już nie trzeba czekać na wynik tego testu, pacjent trafia z tym wynikiem od razu do szpitala covidowego. Przekazaliśmy ponad 100 tysięcy tych testów do stacji pogotowia ratunkowego. Myślę więc, że to było

dobrze posunięcie, aby zdecydowanie ułatwić i przyspieszyć dotarcie pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego. Uruchomiliśmy w tym czasie także 13 dodatkowych zespołów ratownictwa medycznego oraz 13 dodatkowych zespołów transportu sanitarnego, co powoduje, że dostęp do pogotowia ratunkowego, do ratownictwa medycznego jest w tej chwili zdecydowanie lepszy. Dokończę wątek ratownictwa medycznego, który jest mi bardzo bliski. Dostarczyliśmy również do świadczeniodawców 200 karetek, ambulansów sanitarnych. W tej chwili jesteśmy na etapie procedowania kolejnego programu, który przewiduje przekazanie 112 pojazdów plus wyposażenie w środki ochrony osobistej. Są to pojazdy przeznaczone do obsługi pacjentów z COVID-19.

Jeżeli chodzi o tzw. monitorowanie pandemii i ewentualne wyciąganie wniosków na przyszłość z sytuacji bieżącej, to zgodnie z zarządzeniem ministra zdrowia z 2 września 2020 r. powstał Zespół do spraw monitorowania i prognozowania przebiegu epidemii COVID-19 pod przewodnictwem dyrektora Narodowego Zakładu Higieny, pana dra Juszczyka, który jest i na pewno szerzej o tym zespole państwu powie. W skład tego zespołu, oprócz przedstawicieli ministra zdrowia, wchodzi główny inspektor sanitarny, Państwowy Zakład Higieny, AOTMiT, ale także grupy badawcze, takie jak Interdyscyplinarne Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego, Grupa MOCOS z Politechniki Wrocławskiej, Wydział Matematyki, Informatyki i Mechaniki Uniwersytetu Warszawskiego czy firma ExMetric z Krakowa. Ta współpraca polega głównie na analizowaniu prowadzonych w Polsce modeli prognostycznych i wspieraniu się tymi modelami w podejmowaniu decyzji strategicznych. To ułatwia ministrowi zdrowia planowanie działań przeciwepidemicznych. Wynikiem tej współpracy są różne raporty, prognozy i scenariusze aktualnego i przewidywanego przebiegu epidemii COVID-19 w Polsce.

Jeżeli chodzi o finanse, to zwiększyliśmy o 7 miliardów w Narodowym Funduszu Zdrowia środki na walkę z COVID-19. Zwiększyliśmy także wynagrodzenia pracowników, którzy są bezpośrednio zaangażowani w walkę z COVID-19, czyli osób z tzw. szpitali covidowych, ale otrzymują to także zespoły ratownictwa medycznego czy ratownicy medyczni, również laboranci i dyspozytorzy medyczni.

To może tyle, Pani Przewodnicząca. Jeżeli są pytania, to oczywiście jestem gotowy odpowiedzieć. Ale jeżeli pan dyrektor Juszczak jeszcze by mógł o tym Zespole do spraw monitorowania i prognozowania przebiegu epidemii COVID-19 powiedzieć parę słów, to... Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, to zabrałby głos.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, oczywiście, że pozwolę, tym bardziej że czekamy na wypowiedź pana dyrektora, ponieważ w ostatnim czasie jakoś nie mieliśmy okazji rozmawiać i pytać o różne przedsięwzięcia, które mają miejsce w instytucie. Ja mam wielki szacunek dla tego instytutu i uważam, że rolą wiodącą w tej chwili powinien odgrywać Instytut Zdrowia Publicznego.

Tak więc, Panie Dyrektorze, bardzo proszę, udzielam głosu. Proszę o wypowiedź, co państwo robicie, jak wygląda mutacja, badania nad mutacją, oraz o tym zespole, o którym pan minister mówił, zespole do spraw monitorowania, bo jak rozumiem, na podstawie prac tego zespołu są przecież podejmowane dalsze decyzje. Bardzo bym prosiła, żeby pan dyrektor wprowadził nas w ten temat, a po pana wypowiedzi będą pytania senatorów i strony społecznej.

Proszę bardzo.

**DYREKTOR  
NARODOWEGO INSTYTUTU  
ZDROWIA PUBLICZNEGO  
– PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY  
GRZEGORZ JUSZCZYK**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Zacznę do przeprosin. No niestety, spóźniłem się, jednak z uwagi na to, że z nieznanych nam przyczyn nie dotarło zaproszenie. Ale teraz mogę już się odnieść do wszystkich pytań i poinformować o działaniach, które są prowadzone przez instytut.

Może zacznę...

(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Panie Dyrektorze, wejdę w słowo. Pan zawsze będzie zaproszony na posiedzenie Komisji

Zdrowia, jeżeli będziemy rozmawiać o epidemii, bo uważam, że instytut jest naprawdę ważną państwową instytucją.)

To zobowiązuję się albo do osobistego udziału, albo do oddelegowania zastępców bądź naukowców, którzy prowadzą prace w pewnym wybranym obszarze merytorycznym. Bardzo dziękuję za to zaproszenie.

Zacznę może od tych 2 wątków, które padły bezpośrednio w dyskusji. Zespół do spraw monitorowania i prognozowania przebiegu epidemii COVID-19 pracuje w trybie ciągłym w zasadzie od września. Posiedzenia odbywają się raz w tygodniu w piątek. W części tych posiedzeń uczestniczy także pan minister Adam Niedzielski. Przedstawia on zespołowi swoje konkretne oczekiwania, problemy decyzyjne, w których rozwiązaniu pomaga zespół. Ma on unikatowy, otwarty charakter, ponieważ w pracach zespołu uczestniczą praktycznie wszystkie grupy analityczne, które od samego początku epidemii, od marca prowadzą swoje modele epidemiologiczno-matematyczne. Wymieniamy się informacjami. W zespole biorą udział także przedstawiciele Głównego Urzędu Statystycznego, Centrum e-Zdrowia, Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia. Praca polega na tym, że każdy z zespołów przygotowuje, aktualizacje swoje prognozy oraz prognozy związane z bezpośrednimi potrzebami, które pojawiają się w trakcie epidemii, jak np. prognozę dotyczącą potencjalnego wpływu nowego wariantu wirusa czy wpływu na poziom zakażeń, hospitalizacji i zgonów rozpoczętego w grudniu programu szczepień ochronnych, a także różne warianty odmrażania gospodarki, powrotu do szkół, różnych etapów kwarantanny narodowej. Na podstawie tych spotkań i analiz, które są także w trybie ciągłym dostarczane ministrowi zdrowia, przygotowujemy podsumowanie bieżących trendów oraz prognozy na kolejny tydzień i kolejny miesiąc. Oczywiście każdy zespół przedstawia swoją niezależną prognozę, a w trakcie spotkań prowadzimy dyskusje metodologiczne. Aktualnie 2 główne zagadnienia, które mogą wpłynąć na prognozy, to właśnie pojawienie się nowego wariantu, na razie wariantu brytyjskiego, potencjalnie również wariantu południowoafrykańskiego, oraz poziom kontaktu społeczeństwa z wirusem SARS-CoV-2, czyli badania sero-epidemiologiczne i estymacje poziomu liczby osób, które mogły już mieć kontakt z wirusem. W przypadku wariantu...

Zaraz będę o tym mówił. Jeżeli chodzi o badania sero-epidemiologiczne, to w ramach prac zespołu gromadzimy badania i wymieniamy się dotychczasowymi badaniami, które oceniały poziom przeciwciał w społeczeństwie. Są już 3 duże grupy badań: pierwsze zostało przeprowadzone w województwie zachodniopomorskim, drugie było prowadzone pilotażowo przez nasz instytut i wyniki opublikowane są w suplemencie do raportu o sytuacji zdrowotnej ludności Polski w 2020 r., trzecie badania, świeże – mamy wstępne wyniki – prowadzone na terenie aglomeracji górnośląskiej przez zespół pana prof. Zejdy, to badania finansowane przez Agencję Badań Medycznych. W tych badaniach uderza potencjalna wartość poziomu seroprewalencji, czyli odsetka osób, u których wykrywamy przeciwciała IgG. To 13–17%, co oznacza, że jak na razie mamy empiryczny dowód stosunku, który jest stosowany w modelach, liczby osób zdiagnozowanych, zakażonych do liczby osób, które mogły przejść zakażenie w sposób bezobjawowy bądź skąpoobjawowy, nie zostały zdiagnozowane testem molekularnym albo antygenowym. To jest 3–4, czyli od 4,5 miliona, 5 milionów do 6,5 miliona osób mogło już mieć kontakt z wirusem. I tego typu informacje także są publikowane przez zespoły, które modelują przebieg epidemii. Zespół ICMMiK UW, który aktywnie bierze udział w pracach naszego zespołu – to zespół prowadzony przez pana dra Franciszka Rakowskiego – te estymacje ma wyższe, nawet na poziomie 8–9. W związku z tym, że jest duża rozbieżność w modelach matematyczno-epidemiologicznych, prowadzimy aktualnie rekrutację do dużego reprezentatywnego dla populacji Polski badania sero-epidemiologicznego, które oceni obecność przeciwciał IgG, tak że zbierzemy dodatkowe informacje ankietowe i będziemy w stanie w tych badaniach wyróżnić także osoby, które już poddały się szczepieniom ochronnym. Rozpoczęliśmy rekrutację. Myślę, że bardzo wstępne wyniki – chcemy już na etapie prowadzenia tych badań prezentować jakieś cząstkowe wyniki – powinniśmy móc przedstawić pod koniec lutego, na początku marca. Także na potrzeby zespołu aktualnie gromadzimy dane z dużych sieci laboratoryjnych, które zgodziły się przekazać do analiz epidemiologicznych wyniki przeprowadzanych spontanicznie bądź na życzenie pacjentów badań serologicznych. Tak więc jest kilka źródeł informacji prowadzących do uzyskania

tego naprawdę ważnego wskaźnika, który zapewne będzie bardzo pomocny w podejmowaniu dalszych decyzji przeciwepidemicznych. Ogólny wynik modeli jest taki, że większość z nich przewiduje, o ile nie pojawią się ogniska związane z nowym wariantem, stopniowe zmniejszanie się liczby przypadków. Aktualnie modelujemy – w piątek jest kolejne spotkanie – potencjalne warianty różnych etapów odmrażania gospodarki czy powrotu do szkół. Te wyniki przedstawiamy bezpośrednio panu ministrowi. To oczywiście jest jedno ze źródeł informacji – myślę, że dosyć istotne – wykorzystywane przez Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego i przez Centrum Analiz Strategicznych do podejmowania dalszych decyzji. Naszym zadaniem jest przedstawienie obiektywnych danych i prognoz.

W związku z tym pojawia się drugi wątek, czyli warianty, które mogą się pojawiać w społeczeństwie w czasie przebiegu pandemii. Tutaj badania ogólnopolskie koordynuje w ramach projektu Agencji Badań Medycznych zespół pana prof. Krzysztofa Pyrcia z Małopolskiego Centrum Biotechnologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Uzgadnialiśmy ten model bardzo szczegółowo z panem profesorem, ponieważ dysponował już doświadczeniem z pierwszego etapu epidemii, a także odczynnikami. Rozpoczął badania pilotażowe na próbkach pobranych od nauczycieli, którzy byli poddani badaniom przesiewowym. Jesteśmy także w bieżącym kontakcie, jeżeli chodzi o wyniki. Raz w tygodniu przed posiedzeniem zespołu konsultujemy się z panem profesorem, kolejna konsultacja będzie w piątek.

Również w PZH prowadzimy własne badania sekwencjonowania próbek z naszego laboratorium, czyli źródłem są badania realizowane w ramach naszego punktu drive-thru oraz zlecane przez szpitale z terenu województwa mazowieckiego. Do tej pory 48 próbek zostało zsekwencjonowanych, zaraportowanych do GISAID, to jest globalna baza sekwencji. 5 z nich to próbki z wariantem brytyjskim, czyli w naszej grupie próbek to jest ok. 10%. Wyniki populacyjne pana prof. Pyrcia to 4–6%. Pan profesor gromadzi dane z innych laboratoriów, które prowadzą sekwencjonowanie, z Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku czy też z laboratorium genXone, które także raportują swoje wyniki do tej globalnej bazy GISAID. A jeżeli przyglądamy się wynikom sekwencjonowania, które zostały wprowadzone do tej bazy GISAID w ostatnich 4 tygodniach

– tutaj ważna informacja, że między pobraniem próbki, a zakończeniem tego sekwencjonowania najczęściej jednak upływa ok. 3 tygodni, a może nawet więcej – to widzimy, że ten wskaźnik może być nawet nieco wyższy niż 10%.

Ponieważ ciągle mówimy o małej liczbie wykonywanych sekwencji, nie wyciągamy jeszcze daleko idących wniosków. W ramach tego projektu koordynowanego przez pana prof. Pyrcia będzie wykonywanych ok. 500–600 sekwencji miesięcznie, my w PZH dodatkowo wykonamy jeszcze 100 sekwencji, a w bieżącym miesiącu także europejskie centrum kontroli chorób i prewencji, czyli ECDC, rozpoczęło procedurę centralnego gromadzenia próbek do sekwencjonowania z Polski, to będzie nawet do 800 próbek miesięcznie, a więc powyżej 1 tysiąca sekwencji, czyli zalecanej przez ECDC liczby sekwencji, będziemy realizować w Polsce i dostarczać te dane do europejskiego centrum kontroli chorób oraz oczywiście analizować to lokalnie. Co ważne, dobór tych próbek będzie prowadzony w sposób reprezentatywny dla województw, dla grup wiekowych. Próbkę od pacjentów, u których przebieg kliniczny budzi wątpliwi lekarzy prowadzących, także mogą być poddane sekwencjonowaniu po to, aby zapewnić pełny nadzór genetyczny nad wariantami wirusa. My i zespół prof. Pyrcia oczywiście współpracujemy z Głównym Inspektorem Sanitarnym i z całą Inspekcją Sanitarną czy z wojewódzkimi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi w zakresie procesu selekcjonowania próbek, transportu i przekazywania ich do Krakowa, do Warszawy, a z Warszawy z naszego laboratorium do laboratorium wskazanego przez europejskie centrum kontroli chorób.

Takie są dotychczasowe rezultaty i zaplanowane działania, te już wdrożone i wdrażane w najbliższych dniach, jeżeli chodzi o nadzór genetyczny nad możliwymi wariantami wirusa SARS-CoV-2 w Polsce.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze.

Z jednej strony oczywiście cieszy fakt, że połączone siły zarówno Instytutu Zdrowia Publicznego, jak i innych ośrodków... że pracujecie państwo nad sekwencją tego wirusa. To jest bardzo ważne. Jednak z drugiej strony smuci ta

liczba badań, które dotychczas zostały wykonane, w porównaniu z tym, jaka ich liczba powinna być wykonywana miesięcznie, tak ja pan dyrektor to był uprzejmy powiedzieć. Obserwując zachowania innych krajów, mamy jednak wrażenie, że te badania są daleko bardziej zaawansowane i na podstawie właśnie oceny mutacji wirusa podejmowane są strategiczne decyzje gospodarcze. No, niektóre kraje nawet pogłębiają lockdown ze względu na rozprzestrzenianie się tego bardzo szybko rozprzestrzeniającego się wirusa. Tak więc to, o co pytamy i o czym pan dyrektor nas tutaj informuje, jest ogromnie ważne. Dlatego mam wrażenie, że ta liczba badań, które wykonujemy teraz... że znowu jesteśmy nieco spóźnieni i że powinniśmy już znacznie przyspieszyć.

Rozpoczynamy serię pytań. Zgłasza się do zabrania głosu pani senator Gorgoń-Komor. Mam również zgłoszenie strony społecznej. Jest z nami pan prezes federacji fitness, który...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak jest, prezes Polskiej Federacji Fitness, który prosił o głos. Jeżeli ktoś jeszcze z państwa będzie chciał zabrać głos... Jeszcze pan senator Konieczny się zgłasza.

Czy ktoś zdalnie chciałby się zgłosić w tej chwili do zabrania głosu? Nie. Ale oczywiście potem również będziemy przyjmowali pytania zadawane zdalnie.

Proszę bardzo, Państwo Senatorowie. Proszę.

**SENATOR  
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ja do pana ministra Kraski...

Chciałabym trochę rozszerzyć temat COVID-19. COVID-19 to nie tylko zapalenie płuc, mówię do pana jako do lekarza. Oczywiście te ciężkie przebiegi to zapalenie płuc, ale to także udary, zawały, nadkrzepliwość, to objawy gastryczne. Jako praktycy codziennie mamy z tymi przypadkami do czynienia, i to nie tylko lekarze na oddziale COVID, bo pan zna moje zdanie, że wszyscy walczymy z COVID.

Podaliście państwo swoje osiągnięcia. To czemu jest tak źle i czemu jest tyle zgonów? Ciągle nie potrafię tego zrozumieć. I nie można mówić tylko o pacjentach, że się nie zgłaszają z ciężkimi objawami, bo dla czegoś się nie zgłaszają. Otóż dlatego, że dostęp do POZ, dostęp do ratownictwa

wcale nie jest taki, jak pan mówi. Ludzie często się nie dodzwaniają albo mają rozbieżne informacje...

*(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Do czego?)*

W ogóle do podstawowej opieki zdrowotnej. Siedzą w domu, nie mogą się dodzwonić, nie mogą się dodzwonić do systemu ratownictwa. Ja mogę... Teraz nie czas, żeby to wymieniać, ale taka jest prawda.

*(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Pani Senator, muszę zdementować...)*

Ale proszę nie przerywać, ja nie przeszkadzałam panu ministrowi.

Pani Przewodnicząca, proszę...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ale ja mam takie...

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Panie Ministrze, ja udzielię głosu, naprawdę.)*

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ale taka jest prawda...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Nie mogą się dodzwonić i wiele...

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Ja nie będę recenzowała pytań.)*

Proszę państwa, nie mogą się dodzwonić, taka jest praktyka, nie mogą się dodzwonić do POZ, do ratownictwa albo słyszą, że mają jeszcze czekać w domu, i przyjeżdżają z ciężkimi objawami. Nie zgadzam się, że jest to wina pacjentów, bo nie mają oni spójnej informacji.

Rzeczywiście, pomysł dotyczący pulsoksymetrów mnie się bardzo podobał. Szkoda, że pacjenci nie korzystają z tego albo mają niespójną informację, jak z tego korzystać. No, nie wiem, gdzie tu jest problem.

Ja mam pytanie. Bo już widzimy, że będziemy się szczepić powoli, tempo będzie żółtawe, państwo mówicie, że nie macie szczepionek, oczywiście robicie wszystko, żeby było lepiej. A my musimy jako członkowie tej komisji, jako lekarze praktycy, w tym też pan jako minister, zastanowić się, co zrobić, żeby zahamować tę pandemię, bo w najbliższym czasie nie będzie szczepionek w takiej liczbie jak liczba beneficjentów tych szczepionek. Ja tylko się cieszę z tego zjawiska, że Polacy chcą się szczepić. To jest dla mnie naprawdę bardzo pozytywne zjawisko. Ale bardzo źle mi się pracuje w punkcie szczepień, kiedy codziennie musimy odmawiać i odpowiadać na pytania, dlaczego my nie szczepimy. Nie

chciałabym, żeby na końcu tej epidemii było tak, że się okaże, że to lekarze albo medycy nie chcieli pracować, bo ich nie ma w punkcie szczepień. My chcemy pracować, chcemy, żeby była szeroka akcja szczepień, żeby jak najszybciej ta pandemia się skończyła z uwagi na to, że dotyka wszystkich dziedzin naszego życia. I tu są różne branże, które teraz są na skraju bankructwa, a które do nas się zwracają jako do parlamentarzystów, i po prostu trzeba przerwać tę pandemię. Ale niestety mamy informację, że to będzie przebiegało bardzo powoli. I mam pytanie: czy pracujecie państwo nad testowaniem śliny? Takie testowanie też jest dopuszczalne w innych krajach Europy. Czy pracujecie państwo nad tym, żeby testować ludzi bezobjawowych i w ramach informatyzacji, cyfryzacji móc w aplikacji czytywać, że to jest negatywne, to ujemne, to jest w systemie, tak żeby otworzyć branżę fitness, restauracje? Bo to jest bardzo ważne. Ja bym chciała wiedzieć, czy jest to w fazie badań, czy to będzie w niedługim czasie realizowane, bo to jest nasz wspólny cel, żebyśmy przegrali tę pandemię.

A co do praktycznych względów podstawowej opieki zdrowotnej czy ratownictwa medycznego naprawdę mam wiele do powiedzenia, bo to jest z mojego codziennego życia, z praktyki. Jest dużo interwencji. Oczywiście jest współpraca, nikt tu nie chce się kłócić, bo pacjent jest najważniejszy. To nie ratownicy są najważniejsi, to pacjenci, którymi zajmuje się ratownictwo, są najważniejsi. I to bym też chciała zdementować. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Pan senator Konieczny.

**SENATOR  
WOJCIECH KONIECZNY**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, na początku bardzo krótka informacja. To, że nie ma tych drugich szczepionek, jak podawałem... Taka była wypowiedź pana dyrektora z Ministerstwa Zdrowia Jarosława Kieszka przedwczoraj podczas szkolenia dla wszystkich punktów szczepień ze szczepienia



szczepionką AstraZeneca. Tam były takie pytania i padła taka uwaga, że te drugie szczepienia mogą być nieodstępne i nie wiadomo, co będzie. Panowie chcieliście poznać źródła, więc źródło jest takie.

Panie Ministrze, był pewien chaos, ale powiedzmy, że on był zrozumiały, we wprowadzaniu tych oddziałów covidowych, w tym, który oddział miał się stać oddziałem covidowym, a który nie. Nie wiadomo było, ile będzie zachorowań, nie wiadomo było, jak epidemia będzie się rozwijać. Rozumiałem to. Ale teraz jest wychodzenie z tych oddziałów covidowych i tu już powinniśmy się kierować jakimś planem, jakimś rozsądkiem. Tego, co mówię ze smutkiem, nie obserwuję. Na początku np. wszystkie oddziały płucne zostały przekształcone w covidowe, oczywiście nie wszystkie, ale prawie wszystkie, i na wielu terenach jest tak, że nie ma gdzie się leczyć na gruźlicę, na POChP, nie są diagnozowane nowotwory płuc. Ale zdecydowano tak, że te oddziały były przekształcane. Czasami było tak, że wojewodowie, którzy nie chcieli ponosić odpowiedzialności, sami nie wskazywali oddziałów, które miały być przekształcone w covidowe, zostawiali to dyrektorom szpitali, którzy to robili w taki sposób, jaki uznawali za właściwy. Jednak teraz jest dosyć zadziwiająca praktyka.

Panie Ministrze, na SOR w szpitalu, w którym pracuję, w 2020 r. zmarły 153 osoby, w 2019 r. – 96, w 2018 r. – 104. Powtarzam: w 2020 r. – 153. No więc tak wygląda ta statystyka. SOR leczy teraz pacjentów głównie niecovidowych. I proszę sobie wyobrazić, że wojewoda wskazał, że w Częstochowie oddział intensywnej terapii, który znajduje się w tym szpitalu, dalej ma być oddziałem covidowym, a mówiąc potocznie, od-covidował oddział intensywnej terapii w szpitalu, w którym nie ma SOR, w którym jest oddział chorób zakaźnych, w którym nie ma karetek, które przyjeżdżają, czekają itd., ludzi, którzy wymagają nagłej opieki. Zdecydował się tamten oddział zrobić niecovidowym, a oddział, który jest przy SOR, oddział intensywnej terapii dalej ma leczyć pacjentów covidowych. A potem jest zaskoczenie, że więcej pacjentów umiera na SOR, niż byłoby to w innym czasie. Taka sytuacja ma miejsce nie w wyniku decyzji dyrektora, a będą zarzuty, dlaczego tylu ludzi umiera na SOR. No, umiera, ponieważ nie ma OIOM, nie ma gdzie ich przesłać, trzeba ich wysyłać do innych szpitali, nie wiadomo, gdzie są miejsca itd. Dopóki

było tylu pacjentów covidowych, że wszystkie OIOM-y, oczywiście prawie wszystkie, musiały się nimi zajmować, to oczywiście nie było zarzutów. Jeżeli jednak tak ma postępować, nazwijmy to potocznie, od-covidowanie służby zdrowia, a potem będziemy się dziwić, że dalej ta liczba zgonów się utrzymuje, jest duża... Jeżeli nie ma jakiegoś planu wojewódzkiego czy regionalnego, czy jakiegoś innego, tylko dyrektorzy są zaskakiwani takimi decyzjami, a nawet to się odbywa za pomocą telefonów, bo ordynator jednego OIOM dzwoni do drugiego, gdyż tak się stało, i tłumaczy: wiesz, muszę ci przekazać pacjentów, bo już nie będziemy mieli pacjentów z COVID, to ta koordynacja nie idzie fenomenalnie. Lubię używać tego słowa, ponieważ to jest słowo jakby zaczerpnięte od tej drugiej strony, rządowej. Tak więc to nie jest tak. I tutaj bym zaapelował do pana ministra o nadzór nad tym powrotem do normalnej działalności służby zdrowia. Bo to wszystko się odbywa dość nielogicznie.

Panie Ministrze, jeżeli chodzi o dodatki, to już wiadomo, że one bardziej podzieliły służbę zdrowia, pracowników, niż zrobiły coś dobrego. Oczywiście, one należą się tym osobom. Ale należą się również innym osobom. I to jest źródło konfliktów, o których na pewno ministerstwo wie. I wiecie państwo, do czego to prowadzi w szpitalach. Ale już trudno, taką państwo podjęliście decyzję.

Tak że wnosilibym o to, aby ta optymalizacja, o której pan minister mówił, przebiegała z wzięciem pod uwagę nie tylko liczby zachorowań, lecz także liczby innych chorych, którym musimy pomóc, a którzy nie są chorzy na COVID-19. Ponieważ dalej tak jakby żyjemy w służbie zdrowia tylko epidemią. Jeżeli zmieniamy te łóżka, to bez jakiegoś konkretnego planu, przynajmniej ja tego planu zupełnie nie widzę. Dalej są zajęte głównie łóżka internistyczne i płucne. I ci pacjenci cierpią, cierpią na brak miejsc. I stąd taka sytuacja w SOR, jaka jest, o jakiej słyszymy np. w Radomiu. Ale to nie jest jeden SOR w Polsce, można powiedzieć, że pewnie prawie wszystkie SOR tak wyglądają. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.  
Pani senator Chybiicka.

**SENATOR  
ALICJA CHYBICKA**

Panie Ministrze, szczepienia, w porównaniu z tym, co myśleliśmy, kiedy one się rozpoczęły, idą szalenie wolno. Wyszczepiliśmy 1 milion 600 tysięcy z hakiem osób z 38-milionowego narodu. Państwo nam tutaj wielokrotnie mówili, że trzeba wyszczepić 70% społeczeństwa, żeby uzyskać odporność populacyjną. Wtedy, kiedy jeszcze nie mieliśmy tych szczepionek w rękach, mówiono, że wiosna będzie nasza, mając na myśli to, że powróci pełna gospodarka, że wyszczepimy wszystkich w ciągu 3 miesięcy. Potem to zmieniono, mówiono już, że lato będzie nasze. A teraz tak naprawdę wygląda na to, że to będą jeszcze długie lata.

I pytanie – bo to był tylko wstęp – co rząd zrobił, ażeby pozyskać więcej szczepionek, aby kupić szczepionki z innych źródeł niż te, które są oferowane przez Unię Europejską? Czy uruchomiono polską produkcję? My mamy uczonych, szczepionka PCR oparta na messenger RNA jest prosta do wyprodukowania, to jest szczepionka, którą się umieszcza i po prostu w kropli tłuszczu i tym się różni jedna Moderna od Pfizera. I są polskie instytuty, które byłyby w stanie tę szczepionkę wyprodukować, pod warunkiem, że dostaną na to duże moce i przede wszystkim pieniądze. Czy takie działania zostały podjęte? Bo tak naprawdę wszystkie inne kwestie... Bo w drugiej części chcę powiedzieć jeszcze o liście, o priorytetach do szczepień. Ale to wszystko to jest mówienie w próżnię. Bo skoro my nawet grupy zero nie wyszczepiliśmy do chwili obecnej, to co ja tutaj mam mówić? Do mnie zwróciły się matki dzieci chorych na nowotwory z prośbą, ażeby ministerstwo pochyliło się... I napisały zresztą matki z Poznania, podpisało się chyba z 2 tysiące rodziców pod prośbą do ministerstwa o wstawienie ich, tak jak matek tych dzieci, które są przedwcześnie urodzone, na listę na początek, czy to koło pacjentów po transplantacjach... I kolejny problem: szczepienie rodzin pacjentów chorych onkologicznie, pacjentów po transplantacjach – to padło też na posiedzeniu połączonych zespołów – jest niezbędne. W klinice, którą mam zaszczyt kierować, zmarło dwoje dzieci w pełnej remisji. Nie z powodu choroby nowotworowej, tylko zabił je COVID. Zabił je COVID, którego nabyły po wyjściu z kliniki. Bo procedury, które są w szpitalu uniwersyteckim, są na tyle dobre, że mysz się nie prześlizgnie. Chociaż jest

takie okienko, gdzie testy jeden i drugi wychodzą ujemne... Bo taka jest strategia, test antygenowy, PCR i dopiero przyjęcie na oddział. I po tym matki wpadły w przerażenie, kiedy tych dwoje dzieci zmarło, bo okazuje się, że jednak dzieci też przechodzą to ciężko. Z tą samą propozycją zwrócili się polscy transplantolodzy: aby szczepić przede wszystkim chorych... I ja bardzo dziękuję za to, że się pojawili na tej liście, jako grupa 1b, chorzy po przeszczepach, tzn. ci którzy, już są... Tzn. dorośli, dzieci tam jeszcze nie ma. Ale transplantolodzy na tym samym posiedzeniu prosili o to, żeby zaszczepić w tej chwili biorców i dawców, bo to jest nawet cenniejsze niż szczepienie po przeszczepie, na dwa tygodnie przed przeszczepem... To jest chyba kilkaset osób, które w tej chwili czekają. Ja to mówię, choć wiem, że, no, z tymi szczepionkami jest kłopot. Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pani senator oczywiście podjęła kolejny raz wątek tego, jakie grupy w jakich terminach mają być szczepione. Bo przypomnę jeszcze raz, że kalendarz szczepień i harmonogram jest wielokrotnie zmieniany. Dlatego też proszę się nie dziwić, że chcemy wiedzieć, w jaki sposób... jakie ostatecznie decyzje zapadły. Ponieważ poszczególne grupy w tej chwili są szczepione... Początkowo w kalendarzu była mowa o grupowaniu pod kątem wieku. Teraz mówimy także o chorobach. Tak więc to jest istotne, w jaki sposób ten kalendarz jest modyfikowany.

Panie Ministrze, w krótkich, żołnierskich słowach proszę odpowiedzieć na pytania, które w tej chwili padły.

Jest jeszcze jedno pytanie ze strony społecznej, które nieco inaczej będzie brzmiało, dlatego pozostawiłam je jak gdyby na koniec.

W związku z tym proszę pana ministra w tej chwili o odpowiedź na pytania państwa senatorów.

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Pierwsza zabierała głos pani senator Gorgoń-Komor. Jeszcze raz, Pani Senator, dementuję to,

że jest problem z dodzwonieniem się do ratownictwa medycznego. Jeżeli ma pani taki sygnał, proszę mi go osobiście przekazać.

Jeżeli chodzi o POZ, to rzeczywiście, był taki czas, że, no, POZ zamroziły swoją działalność. Dostęp do lekarza POZ był rzeczywiście utrudniony. I to właśnie wtedy ratownictwo medyczne, Pani Senator, było na pierwszej linii frontu. I to te zespoły jeździły wtedy do tych pacjentów. Tak więc proszę nie deprecjonować ratownictwa medycznego.

Jeżeli chodzi o POZ, to w tej chwili praktycznie w każdym województwie trwają kontrole Narodowego Funduszu Zdrowia, jeżeli mamy sygnały, że POZ są w dalszym ciągu zamknięte. Z tego, co lekarze rodzinni nam raportują, wynika, że praktycznie nie ma w tej chwili przeciwskazań, aby pacjent się do takiego POZ zgłosił. Wprowadziliśmy także 2 nowe rozporządzenia, które troszkę zmieniły pracę POZ. Po pierwsze wprowadziliśmy zasadę, że jeżeli jest teleporada, to żeby ona nie odbywała się w jakimś odległym czasie, tylko następnego dnia po zgłoszeniu tej teleporady, chyba że pacjent sam zgodzi się na to, żeby ten termin teleporady odwlec na późniejszy dzień. Ale także wprowadziliśmy rozporządzenie, że osoby powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia i dzieci do szóstego roku życia muszą się stawiać do lekarza rodzinnego osobiście. Tutaj nie będzie teleporady, tylko takie osoby w przypadku problemów zdrowotnych muszą się stawiać do lekarza rodzinnego osobiście. Wiemy, że lekarze są zaszczepieni, już nie ma obawy o infekcję koronawirusem. Tak więc chcemy, aby te osoby były badane już nie, że tak powiem, przez telefon, ale w punkcie medycyny rodzinnej, przez lekarza, osobiście. Mamy sygnały, że, no, niestety, teleporada jest dobrym rozwiązaniem, jeżeli chodzi o diagnostykę i pomoc szczególnie w okresie pandemii, ale nie może być taką metodą... nie może być tak, żeby POZ stuprocentowo działał w taki sposób. Dlatego zmieniliśmy to. I dla osób we wspomnianych przedziałach wiekowych będzie wymagane już osobiste badanie przez lekarza rodzinnego.

Padło tu też pytanie na temat testowania, masowego testowania. Państwo widzieliście... Ja nie jestem ekspertem, jest z nami profesor Flisiak, tak że może on też się ustosunkuje do tematu masowego testowania. Mieliśmy przykład Słowacji, gdzie przetestowano praktycznie cały kraj, a efekt był taki, że właściwie doszło do

zwiększonej liczby zakażeń. Prawdopodobnie ludzie uwierzyli, że są już w tej chwili bezpieczni i zdrowi. Czyli, de facto, nic to nie dało, Pani Senator. Tak więc nie wiem...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tam testowano wszystkich. Tak więc nie wiem... Ja nie jestem osobiście zwolennikiem tego, abyśmy testowali wszystkich obywateli. Bo to de facto chyba nie daje nic pożytecznego. No, oczywiście mogą się mylić, nie jestem akurat w tej dziedzinie ekspertem.

Pan senator Konieczny mówił o odmrażaniu. Oczywiście, to, co pan powiedział na początku... Jest tutaj pan dyrektor Kieszek, czyli ta osoba, która...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

No, tutaj są jakby rozbieżności. Myślę, że przy swoich zdaniach państwo zostaniecie.

Jeżeli chodzi o odmrażanie, to oczywiście każdy wojewoda razem z wojewódzkim oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia, ale także z dyrektorami szpitali podejmuje decyzje, który oddział zostaje – mówię oczywiście tak w cudzysłowie – odmrożony, czyli zostaje przekształcony z oddziału covidowego na oddział, w którym mogą się leczyć pacjenci z innymi schorzeniami. I ja nie wyobrażam sobie, żeby to następowało tak, jak pan senator mówi, bez zgody dyrektora czy bez poinformowania o tym dyrektora danej jednostki.

My w tej chwili prowadzimy proces odmrażania szpitali z łózkami covidowymi. Chcemy, aby w tej chwili... Ja przypomnę, że tych łóżek było ponad 37 tysięcy. W tej chwili chcemy, aby tych łóżek było 26 tysięcy. To jest taki bufor, który, jak myślę, na tę chwilę wystarczy. Aczkolwiek ja jestem w ministerstwie od początku pandemii i wiem, że ta pandemia jest nieprzewidywalna. Nie ze względu na to, że to jest pandemia, tylko dlatego, że, niestety, zachowania naszych obywateli są czasem nieprzewidywalne i trudno przewidzieć, czy rzeczywiście jesteśmy na etapie takiej mocnej stabilizacji, czy ta stabilizacja jest niestety bardzo krucha. No, dzisiejszy wynik – prawie 7 tysięcy nowych zakażeń – wskazuje na to, że jednak nie jest tak dobrze, jak byśmy chcieli. Tak więc tutaj ciągle musimy bardzo ostrożnie podchodzić do wszystkich naszych działań, ponieważ niestety może dojść do kolejnej wyżki liczby nowych zakażeń, a tym samym do zwiększenia się liczby osób, które będą musiały trafić do polskich szpitali.

Pani senator Chybicka poruszyła ten problem, który oczywiście nam też najbardziej leży na sercu, czyli dostępność szczepionki. No, niestety, jej nie ma. Ja może tylko przytoczę kilka liczb, które... Może powiem, że ta sytuacja, według naszych danych o dostępności szczepionek, na które mamy w tej chwili zawarte umowy, w II kwartale powinna się poprawić. Np. Astra-Zeneca, I i II kwartał – 16 milionów dawek; firma Pfizer, II i IV kwartał – praktycznie 25 milionów dawek, firma Moderna, 2 umowy, od I do III kwartału – prawie 7 milionów dawek. Czyli tych szczepionek będzie... To, co mamy w tej chwili przewidziane na I kwartał, pozwoli wyszczepić ponad 3 miliony Polaków. To jest ponad 6 milionów dawek. Być może... Ja zawsze mówię „być może”, bo nigdy nie mamy tej pewności, że firmy dotrzymają terminów. No, okazuje się, że nie zawsze to się zdarza. Dlatego chcielibyśmy... Naprawdę, to, co pani senator mówi... No, każda grupa jest inna. Też wymagają zaszczepienia czy to osoby będące biorcami, czy dawcami narządów. Na pewno tak. Ale wiele, wiele takich grup się pojawia, które także powinny się znaleźć na tym jakby szczycie, jeżeli chodzi o kolejność szczepień. No, niestety, musimy wybierać. To jest dla mnie, jako dla lekarza, niesamowite, że trzeba pewnej grupie dać tę możliwość, a innej nie. Ja się osobiście z tym bardzo źle czuję. Ale niestety, taką mamy w tej chwili sytuację. Mam nadzieję, że II kwartał będzie zdecydowanie lepszym kwartałem, jeżeli chodzi o dostępność szczepionek w Polsce.

Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, jeszcze jeden głos, również ważny. Pan prezes Polskiej Federacji Fitness zgłosił się tutaj z prośbą o umożliwienie mu zabrania głosu. Jest to branża, która w tej chwili jest jeszcze branżą nieotwartą. Ale przy okazji... Ja nie znam oczywiście wypowiedzi pana, nie wiem, o czym będzie tutaj mówił, ale chciałabym również zwrócić się do pana ministra z takim zapytaniem. Mamy coraz więcej problemów z pacjentami pocovidowymi, którzy już zakończyli swoją chorobę, a potrzebują rehabilitacji. Mamy w tej chwili taką sytuację, że przygotowane do

takiej rehabilitacji chociażby właśnie kluby fitness czy też sanatoria są zamknięte. W związku z tym jest pytanie, czy państwo pracujecie nad odmrożeniem tychże miejsc. Bo przecież sanatoria nie tylko są dosprzętowane, lecz także mają wykwalifikowany personel. I w jaki sposób ta rehabilitacja pocovidowa będzie prowadzona? Pytanie moje zadaje również w związku z tym, że do mnie, do biura trafił pacjent ze skierowaniem na rehabilitację po przechorowaniu COVID i, Panie Ministrze, termin, jaki mu wyznaczono, to jest styczeń 2023 r.

Proszę bardzo, Panie Prezesie. Nie ma pan za wiele czasu, ale proszę jakoś sensownie w skrócie przedstawić wasze najważniejsze problemy.

**PREZES  
POLSKIEJ FEDERACJI FITNESS  
TOMASZ NAPIÓRKOWSKI**

Witam raz jeszcze.

Tomasz Napiórkowski, prezes Polskiej Federacji Fitness.

Polska Federacja Fitness to związek pracodawców. Zrzeszamy przede wszystkim właścicieli klubów, większość naszego rynku.

W takim razie ja może szybciej podam parę konkretnych liczb i przejdę do konkretów. W Polsce na ten moment mamy 3 miliony osób chorych na cukrzycę, 14 milionów osób z nadwagą, 8 milionów osób z otyłością. 50% społeczeństwa korzysta z rehabilitacji lub wymaga rehabilitacji, to jest 19 milionów osób. A sam NFZ szacuje, że do 2025 r. liczba osób otyłych może wzrosnąć nawet do 30%.

I jeszcze taki szybki opis obecnej sytuacji. Obecnie każdy Polak w okresie pandemii przybrał na wadze średnio od 2 do nawet 10 kg, chociażby z braku możliwości korzystania z naszych usług. Tak jak pierwszy lockdown był dla nas wszystkich w pełni zrozumiały, tak drugi już nieco mniej, ale do tego zaraz przejdę.

Może zacznę w ramach swojego pytania od w kwestii badawczych. Mam przed nosem badania dotyczące całej sytuacji, badania „Nature”, przeanalizowane przez nas od A do Z, te, na które powołuje się Ministerstwo Zdrowia, oraz badania uczelni w Stanfordzie, na które również często powołuje się Ministerstwo Zdrowia. Nie bez powodu skupiliśmy się na tych 2, żeby nie było, że przyciągamy inne badanie, versus...

Badanie „Nature”, jeśli je przeanalizujemy dokładnie... Strona 84–85, artykuł z 7 stycznia tego roku, który odnosi się do badania z listopada, wskazuje, że jednak kluby fitness na właściwych wykresach w tymże badaniu... Bo wykres publikowany bardzo często w mediach społecznościowych w ogóle nie dotyczy ryzyka zakażeń, tylko różnicy pomiędzy zakażeniami w danej branży, kiedy lockdown był i kiedy go nie było. Tak więc to, co widzimy w mediach, jest w ogóle niespójne z tym, co faktycznie w tym badaniu, w tym artykule się znajduje. I generalnie jeśli przeanalizujemy wszystkie modele badawcze i konkretne liczby, które tam w Stanach są wskazane, to się okaże, że kluby fitness faktycznie nie są dużym ryzykiem, są średnim, ale w grupie niższej, bardzo blisko hoteli.

Tak więc tutaj po prostu prośba, może nawet nie pytanie, tylko prośba, żeby to zweryfikować. I ewentualnie pytanie: dlaczego nastąpiła taka błędna interpretacja, która nas, jako branżę, kosztuje na ten moment już prawie 3 miliardy zł i dziesiątki tysięcy miejsc pracy. Rozumiemy, że błędy się zdarzają, my teraz nie chcemy patrzeć wstecz, tylko patrzeć do przodu, żeby ewentualnie sytuację wyprostować.

A drugie badanie to jest badanie ze Stanford, świeże, bo również z 7 stycznia tego roku. Stanford był uniwersytetem dość prolockdownowym, czyli jakby ich ukierunkowanie było na to, żeby jednak te lockdowny stosować. 7 stycznia podsumowali, porównali sytuację epidemiczną w krajach na całym świecie, zarówno tych, które miały mocne restrykcje, jak i tych, które miały restrykcje lekkie bądź żadne. I mogę przeczytać szybciotko wnioski z badania. Może nie będę czytał po angielsku, ale po polsku, od razu przetłumaczę. Na podstawie całego badania, zestawienia krajów z całego świata pod kątem lockdownów nie ma dowodów na to, że większe restrykcje nefarmaceutyczne, czyli lockdowny... One nie powodują znacznej zmiany krzywej zakażeń. I porównano tutaj kraje takie jak Anglia, Francja, Niemcy, Iran, Włochy, Hiszpania, Stany Zjednoczone, Szwecja i Korea Południowa. I jest to oficjalne badanie z początku stycznia, które wskazuje, że lockdown... jedna z tez w badaniu jest taka, że jest on wręcz lekarstwem gorszym od choroby.

Ale to są badania ze Stanów. Mamy jeszcze badania z Europy, bliżej nas, czy to badanie Public Health England, czyli, no, organizacji rządowej,

która też wskazała kluby fitness na dość niskiej pozycji, czy badanie EuropeActive, gdzie wskazano, że na 110 milionów wizyt w klubach fitness w okresie od czerwca do grudnia, póki jeszcze kluby mogły działać, czy do października, w zależności od kraju, wykryto raptem 1 tysiąc 500 przypadków. Na 110 milionów wizyt.

Tak więc to tak jeżeli chodzi o kwestie badawcze. Pytanie główne w mojej wypowiedzi dotyczy badań, szczególnie „Nature”, na które się powołujemy. Dlaczego, pomimo że teza w badaniu jest inna... Powiem więcej: tam jest jeszcze zdanie, że predykcja dotycząca klubów fitness okazała się znacznie niższa, niż oczekiwano na podstawie wcześniejszych badań.

I tu jeszcze jedno, ad vocem tego, co powiedziała pani przewodnicząca, jeśli chodzi o rehabilitację pocovidową. Jak wiemy, wszystkie czynniki, które wymieniłem na początku, i wiele innych mają bezpośredni wpływ też na ryzyko ciężkiego przebiegu choroby, jaką jest COVID-19. Ale tak samo mogą pogłębiać wszelkie inne choroby. Branża fitness jest też jednym z głównych źródeł redukcji stresu wynikającego chociażby z obecnej sytuacji panującej w związku z epidemią, ale też i innych czynników stresogennych, takich jak praca, zintensyfikowana opieka nad dziećmi z powodu nauki zadanej itd. My, jako kluby fitness, jesteśmy gotowi... I część klubów nawet już rozpoczęła tę rehabilitację pocovidową w formie komercyjnej, po prostu. Tam, gdzie mamy fizjoterapeutów... Większość klubów ma fizjoterapeutę na pokładzie i jest w stanie pod kątem merytorycznym taką rehabilitację, na razie komercyjnie, prowadzić. Gdybyśmy mogli ten program rozszerzyć, to moglibyśmy uniknąć tego problemu, który jest dzisiaj, czyli że pacjent czeka do lutego czy stycznia 2023 r., żeby rozpocząć rehabilitację. Placówek w Polsce jest 3 tysiące i pracowników też mamy multum. Oni mogliby po prostu pomóc w walce z tą epidemią, zająć się tymi ozdrowieńcami i nie tylko. Bo wiemy, że jesteśmy swojego rodzaju rozwiązaniem. I chcielibyśmy – i powinniśmy – być traktowani, tak jak w większości innych krajów, jako branża prozdrowotna i zbliżona do medycznej, a nie rozrywkowa. To już nie te czasy. To jest taka moja naprawdę prośba i prośba całej branży, żeby zmienić ten podgląd. To nie są siłownie w piwnicach, to są profesjonalne ośrodki, które dbają o zdrowie Polaków, fizyczne czy psychiczne. Tak więc chciałbym to bardzo mocno zaznaczyć.

Tak więc w tej drugiej części przede wszystkim jest oczywiście pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia mogłoby rozpatrzyć taką prośbę, którą też pani przewodnicząca skierowała, żeby kluby fitness były chociażby wsparciem, jeżeli chodzi o rehabilitację pocovidową.

Ja jeszcze jedną kwestię zaznaczę. W trzecim tygodniu stycznia mieliśmy spotkanie z GIS, gdzie przedstawialiśmy nasz reżim sanitarny, który będzie uruchomiony w klubach otwartych od początku lutego. GIS, patrząc na kompleksowość naszych wytycznych sanitarnych, które są najostrożniejsze, jakie były do tej pory, wyraził się w tym temacie pozytywnie. Ale oczywiście wiemy, że GIS nie jest instytucją, która nas otwiera bądź zamyka.

Chciałbym to też zaznaczyć, żeby to było jasne: spotkanie odbywaliśmy z panią minister Kucharską.

Tyle z mojej strony. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, zaraz oddam panu głos.

Powiem, że słuchając tego wszystkiego i przyglądając się sytuacji epidemicznej, związanej nie tylko z zachorowaniami na COVID, lecz także ze znacznym wzrostem liczby zgonów... A niestety, wskaźniki pokazują, że mamy również zwiększony problem z dostępnością do diagnostyki, do wczesnej diagnostyki. Tak że reasumując, mogę powiedzieć, że to plus jeszcze to wszystko, co jest po COVID... Mogę powiedzieć, że oprócz epidemii COVID czeka nas niestety epidemia wszelkich innych chorób. I kwestia rehabilitacji, jako jednego z elementów, bardzo ważnych elementów leczenia, jest tutaj bardzo istotnym fragmentem całości.

Tak więc myślę, Panie Ministrze, że w najbliższym czasie poświęcimy kolejne spotkanie, tutaj, na posiedzeniu Komisji Zdrowia, właśnie wychodzeniu z tej całej sytuacji pocovidowej, począwszy od planów przekształcania szpitali, a skończywszy właśnie na tej rehabilitacji. I mam nadzieję, że państwo będziecie w stanie nam zaprezentować taką strategię wychodzenia z COVID.

A w tej chwili proszę bardzo pana ministra o odpowiedź na ten głos.

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Ja się cieszę z tego pytania na temat rehabilitacji, bo rzeczywiście, ten problem jest bardzo ważny. My go widzimy i będzie on już nawet w najbliższych dniach, mówiąc brzydko, załatwiony, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia przygotowuje w tej chwili pakiet takich rozwiązań, aby ta rehabilitacja była i w trybie ambulatoryjnym, i także w trybie stacjonarnym, tak jak pani przewodnicząca powiedziała, o ile będzie możliwość wykorzystania bazy sanatoryjnej, która w tej chwili rzeczywiście jest niewykorzystywana. Tak więc taki pakiet, taki produkt niedługo się pojawi. I na pewno wielu pacjentów postcovidowych z tej rehabilitacji skorzysta. I to będzie rehabilitacja tu i teraz, a nie za kilkanaście miesięcy.

Odpowiadając na pytania pana prezesa, jak rozumiem, przedstawiciela grupy gospodarczej czy też... no, przedsiębiorców branży fitness... To jest bardzo dobra grupa, ponieważ dba także o zdrowie Polaków. My, Panie Prezesie, opieramy się na tym, co rekomenduje Rada Medyczna, która została powołana i działa bardzo prężnie przy premierze Mateuszu Morawickim. I w tym odmrożeniu, które w tej chwili nastąpiło – niewielkim, moim zdaniem, odmrożeniu, ale na większe nie możemy sobie pozwolić – niestety branża fitness się nie znalazła. Oczywiście, możemy się przerzucać różnymi badaniami. Ja pamiętam historię jeszcze sprzed wielu, wielu lat, kiedy były badania na temat tego, co jest lepsze: masło czy margaryna. I kto zamawiał, ten dostawał określone badania. Ja nie sugeruję, że te badania są tendencyjne. Ale jest wiele badań, które pokazują, że jednak w klubie fitness możemy niestety łatwiej się zarazić. I może nawet nie jest to związane z reżimem sanitarnym, który został przez GIS państwu przedstawiony, tylko po prostu nie wszystkie osoby, które przebywają w danym klubie, przestrzegają tego reżimu sanitarnego. To jest niestety kwestia, o której my wiemy.

Tak zarekomendowała Rada Medyczna. Co nastąpi w przyszłości i czy będzie poluzowanie – zobaczymy, jaka będzie sytuacja w kraju. Bo, jak mówię, efekt tych poluzowań, które nastąpiły, będzie widoczny za 10–14 dni. Wtedy będziemy wiedzieli, na jakim etapie pandemii

jesteśmy. Niepokoi nas także sytuacja z brytyjską mutacją wirusa, niepokoi nas sytuacja, która jest u naszych sąsiadów, czy to w krajach Europy Zachodniej, czy właśnie na Słowacji, czy w Czechach. No, musimy naprawdę uzbroić się jeszcze w cierpliwość.

Ja wiem, że to dla pana nie jest wystraszające, bo cała branża na pewno w tej chwili przeżywa duże kłopoty ekonomiczne. Ale niestety, w takiej sytuacji w tej chwili jesteśmy. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Będziemy zmierzać ku końcowi, bo niestety mamy ograniczony limit czasu.

Jeszcze ad vocem pan senator i jeszcze pan prezes. I na tym będziemy kończyć.

Proszę bardzo.

**SENATOR  
WOJCIECH KONIECZNY**

Krótkie ad vocem.

Panie Ministrze, ja wczoraj jechałem pociągiem i 2/3 osób nie przestrzegało zaleceń, przynajmniej miało np. maskę poniżej nosa. No, i nikomu to nie przeszkadza. Tutaj...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak, ale to był jeden przedział. A cały pociąg... No, musiałbym chodzić jak konduktor i wszystkim zwracać uwagę.

Ale, Panie Ministrze, ja bardzo bym prosił... I do pani przewodniczącej również mam tę prośbę. Na początku stycznia podczas obrad komisji prosiłem, aby zwołać komisję w temacie restrukturyzacji szpitali, tego zarządzenia, które wyszło 23 grudnia. Pan minister Gadowski, wówczas obecny, obiecał, że takie spotkanie odbędzie się na początku lutego, gdyż do końca stycznia ten zespół się konstituował i podejmował jakieś tam swoje pierwsze zalecenia co do prac. Ale to jest bardzo ważny temat w kontekście tego, że do końca czerwca mamy ryczałty, że te ryczałty się zmieniają, że wychodzą rozporządzenia, zarządzenia NFZ. A sytuacja jest taka, że jesteśmy w pandemii i zarówno szpitale, jak i podmioty tworzące są w dużej dezorientacji. I myślę, że... Był ten termin, początek lutego, ale

prosiłbym pana, żeby się wypowiedział co do tego, kiedy możemy spodziewać się poruszenia tego tematu na posiedzeniu Komisji Zdrowia. I prosiłbym również panią przewodniczącą o to, żeby namawiała ministerstwo do tego, żebyśmy mogli na ten temat porozmawiać. Bo to jest być może najważniejszy temat, jaki w najbliższym czasie będziemy mogli omawiać. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Senatorze, mnie nie musi pan namawiać, ja jestem już od początku namówiona na to, żeby takie posiedzenie komisji było, jest wola, żeby to było posiedzenie połączonych komisje, tak jak już wcześniej mówiłam, będą to Komisja Zdrowia i komisja samorządu. Będziemy oczywiście bardzo wnikliwie od samego początku monitorować pomysł, który zrodził się w Ministerstwie Zdrowia, dotyczący przekształceń szpitali. Ale żeby zwołać taki zespół, musimy mieć pewnego rodzaju chociażby założenia. Pan minister Gadowski, który przewodniczy wspomnianemu zespołowi, powiedział, że będzie gotowy do 28 lutego. Tak więc trudno zwoływać posiedzenie komisji wcześniej, bo brak informacji spowoduje, że posiedzenie będzie jałowe.

Tak że na pewno taka komisja, Panie Senatorze, będzie zwołana. Jestem w kontakcie z przewodniczącym komisji samorządu. I myślę, że w pierwszych dniach marca będziemy wiedzieli dużo więcej. I będziemy mogli na pewno działać i przeciwdziałać wszystkim złym pomysłom, które tam się rodzą.

Jeszcze pan prezes i koniec posiedzenia komisji.

Proszę bardzo, ale krótko, dobrze?

**PREZES  
POLSKIEJ FEDERACJI FITNESS  
TOMASZ NAPIÓRKOWSKI**

Tak. Oczywiście.

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Panie Ministrze, my na spotkaniu z gabinetem prezydenta i resortem rozwoju wystosowaliśmy prośbę, którą ja wystosuję też tutaj. A mianowicie zdajemy sobie sprawę, że to Rada Medyczna daje takie, a nie inne rekomendacje,

ale nie nastąpiło jeszcze nigdy spotkanie, które być może coś by wniosło – gwarancji nigdy nie ma – czyli taki swojego rodzaju okrągły stół pomiędzy resortem zdrowia, Rada Medyczną i przedsiębiorcami, nie tylko branży fitness, lecz także innych branż zamkniętych. Bo zawsze występujemy tu też w roli 4 branż, mówię tu o turystyce, hotelarstwie, eventach i właśnie branży fitness. I my jakby działamy tutaj wspólnie. Tak samo w takim składzie byliśmy na spotkaniu z gabinetem prezydenta. Tak więc to jest mój taki wniosek, żeby to zrobić. Szczególnie, że... Ja celowo wybrałem takie, a inne materiały badawcze. Bo dokładnie na tych źródłach, które tu mam przed sobą, opierała się właśnie Rada Medyczna. I to bardzo mocno analizowaliśmy w większości. Nie dobrałem w kontrze nic do badań, tylko dokładnie te źródła, które wskazywała właśnie Rada Medyczna.

Tak więc to jest taki mój wniosek i taka prośba ze strony branży. Myślę, że to by mogło też rozwiązać wiele wątpliwości. Bo mogę pana zapewnić, że jeśli przedsiębiorcy walczą obecnie o swoje życie – i to nie jest wcale przesadzone stwierdzenie – to zrobią wszystko, żeby każdy klient, który jest na terenie klubu albo przestrzegął obostrzeń, albo nie mógł korzystać z placówki. Bo nie będziemy ryzykować utraty możliwości działania

z powodu nieprzestrzegania obostrzeń przez klientów. Takiej sytuacji nie przewidujemy, nie ma takiej opcji. Tak więc to nie są puste słowa. Bo ta sytuacja zaszła za daleko, to jest inna sytuacja niż na wiosnę. No, jest po prostu krytyczna. Tak więc takie spotkanie mogłoby naprawdę nam pomóc. Taki jest wniosek z mojej strony.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Będziemy w takim razie zamykać posiedzenie komisji 2 wnioskami. Pierwszy to prośba o pisemne przedstawienie Komisji Zdrowia zmian w harmonogramie i w programie szczepień, również z możliwymi datami wdrażania poszczególnych grup i terminów. Czyli o przedstawienie całej strategii dotyczącej programu szczepień.

I drugi to apel środowiska fitness o rozmowę, o spotkanie i przeanalizowanie wspólnie tych wszystkich danych, które pan prezes przedstawił.

Dziękuję bardzo.

Zamykam spotkanie Komisji Zdrowia.

Dziękuję za obecność i za wszystkie wypowiedzi.

Dziękuję.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 05)*





**Kancelaria Senatu**

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy