



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

X kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (42.)

3 marca 2021 r.

Porządek obrad:

1. Monitorowanie przebiegu epidemii metodami identyfikacji i badań mutacji wirusa SARS-CoV-2.

(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 50)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca
Beata Małecka-Libera)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dzień dobry. Witam ponownie.

Przed nami drugie posiedzenie komisji w tym dniu.

Tym razem zajmiemy się monitorowaniem przebiegu epidemii metodami identyfikacji i badań mutacji wirusa SARS-CoV-2.

Witam wszystkich obecnych na sali, a także osoby pracujące zdalnie.

Czy mamy kworum? Mamy.

Witam wszystkich, witam panów senatorów, pana marszałka, panie senator, przedstawiciela rzecznika praw pacjenta, pana prezesa Marka Wójcika, bo widzę, że jest z nami, i oczywiście naszego gościa, panią profesor. Wiem, że są też osoby pracujące zdalnie, są podłączone i również będą zabierały głos. Witam.

Dzisiejsze posiedzenie wpisuje się w cykl posiedzeń Komisji Zdrowia poświęconych walce z epidemią COVID. Na ostatnim posiedzeniu mieliśmy duże wątpliwości co do liczby wykonywanych testów. Zresztą od samego początku epidemii komisja w Senacie jest tego zdania, że testujemy zdecydowanie za mało, a to na testowaniu powinno opierać się całe zarządzanie epidemią i walka z koronawirusem.

Dlatego też szczególnie teraz, w tym roku, kiedy mamy mutacje wirusa, dopytujemy o to, czy liczba wykonywanych testów jest odpowiednia, wystarczająca, ale także o to, czy ukierunkowuje decyzje. Wiemy, jaka jest w tej chwili sytuacja w warmińsko-mazurskim spowodowana

mutacją brytyjską. Widzimy, że ta liczba zdecydowanie pokrywa się z liczbą mieszkańców, którzy pracują czy mają rodziny w Wielkiej Brytanii. Już sam ten fakt nasuwa takie oto stwierdzenie, że w momencie, kiedy na tym terenie pojawiły się pierwsze mutacje, liczba testów powinna być zdecydowanie większa. Wcześniej mieliśmy podobną sytuację na Śląsku.

Chciałabym rozpocząć dyskusję na ten temat.

Nie wiem, czy jest pan prof. Juszczak z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. Pytam o to z tego względu, że przede wszystkim chciałabym zwrócić się do pana z pytaniem, jak państwo oceniacie liczbę testów wykonywanych w Polsce, w szczególności gdy chodzi o mutacje. Jaka jest tu rola instytutu? Ja mam nadzieję, Panie Dyrektorze, że instytut jest tu wiodącą instytucją i że będzie mógł pan udzielić nam odpowiedzi na wszystkie pytania.

Proszę bardzo, Panie Dyrektorze.

DYREKTOR
NARODOWEGO INSTYTUTU
ZDROWIA PUBLICZNEGO
– PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY
GRZEGORZ JUSZCZYK

Szanowny Panie Marszałku! Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za zaproszenie.

Dzisiaj jest ze mną również pan prof. Rafał Gierczynski, mój zastępca do spraw bezpieczeństwa epidemiologicznego i środowiskowego, który koordynuje prace zarówno z obszaru diagnostyki laboratoryjnej, jak i nadzoru molekularnego. Tak więc na pewno pan profesor będzie mógł odpowiedzieć na bardziej szczegółowe pytania, dotyczące samych wariantów, jeżeli takie się pojawią.

Tak jak raportowałem podczas ostatniego posiedzenia komisji, jesteśmy w trakcie rozwoju sieci laboratoriów, które prowadzą sekwencjonowanie genomu wirusa SARS-CoV-2. Na chwilę obecną został już opracowany i wdrożony system selekcji reprezentatywnej próbek z terenu poszczególnych województw. To są prace prowadzone w ścisłej współpracy z Głównym Inspektorem Sanitarnym, a przez główny inspektorat także z wojewódzkimi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi, oraz z panem prof. Krzysztofem Pyrciem, który z kolei koordynuje program sekwencjonowania w ramach projektu finansowanego przez Agencję Badań Medycznych.

Próbki z całego kraju, reprezentatywne, zgodnie z doborem wielkości próby, wieku, a także sytuacji zdrowotnej na danym terenie, są pobierane z laboratoriów na terenie danego regionu i z wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, a po odpowiednim przygotowaniu przekazywane do naszego instytutu. Część z tych próbek – obecnie tygodniowo są to 282 próbki – przekazujemy do takiego centralnego systemu sekwencjonowania, który został zakontraktowany przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Od 10 do 14 dni to jest okres do otrzymania już gotowych sekwencji. W tym czasie uzupełniane są informacje epidemiologiczne o tych przypadkach. W tym tygodniu dodatkowo jeszcze ok. 130 próbek zostało przekazane do laboratorium pana prof. Pyrcia. Pan profesor także jeszcze dzisiaj poinformował o poszerzeniu zakresu zbioru próbek jedno z laboratoriów, które ma sieć ogólnopolską i przy wykorzystaniu tego algorytmu ma typować próbki i zwiększać liczbę wykonywanych testów.

Zgodnie z obecnymi zaleceniami ECDC czy Światowej Organizacji Zdrowia kraje są zachęcane do tego, aby zwiększać liczbę wykonywanych sekwencji z uwagi na to, że pojawiają się nowe warianty. Taki optymalny rekomendowany poziom to między 5 a 10%. W uzgodnieniu zarówno z Ministerstwem Zdrowia, jak i z Głównym Inspektorem Sanitarnym zmierzamy do tego, aby kolejne laboratoria mogły włączyć się do tego procesu, ponieważ obecnie to jest ok. 1 tysiąca 600 czy 1 tysiąca 800 próbek sekwencjonowanych miesięcznie, a te 5% przy obecnym poziomie diagnozowanych przypadków to jest 10, 12, może nawet 15 tysięcy sekwencji w miesiącu. Tak że tutaj trwają prace, uzgodnienia, ponieważ dziesięciokrotny czy nawet dwudziestokrotny wzrost

skali sekwencjonowania wymaga zaangażowania znacznych środków publicznych. My oczywiście jesteśmy gotowi do koordynacji takich działań. Rozmawiamy już na temat logistyki z laboratoriami, które są gotowe do znacznego zwiększenia liczby sekwencjonowanych próbek dodatnich. Myślę, że w ciągu najbliższych dni czy tygodni zostaną też uzgodnione kwestie związane z finansowaniem. Tak jak już informowałem na poprzednim posiedzeniu, niestety z uwagi na specyfikę naukowo-badawczą i nadzorczą samego sekwencjonowania, które nie jest de facto świadczeniem zdrowotnym, tak jak test w kierunku obecności wirusa SARS-CoV-2, czy to test molekularny, czy antygenowy, te zadania będą finansowane zapewne z innych źródeł niż Narodowy Fundusz Zdrowia. Dlatego trwają te ustalenia.

Na bieżąco monitorujemy sytuację. Są takie 2 główne źródła informacji, z których korzystamy, czyli ogólnościatowy zbiór danych o sekwencjach, tj. GISAID, oraz informacje, które do nas napływają także z ośrodków sekwencjonujących w ramach naukowych projektów badawczych z różnych regionów. Wiem – to dane z ubiegłego tygodnia – że przy określonej liczbie diagnozowanych sekwencji, 60 czy 70 sekwencji, w tych województwach, o których mówiła pani przewodnicząca, czyli warmińsko-mazurskim i pomorskim, odsetek wariantu brytyjskiego jest bardzo wysoki. Z tym że to jest wyłącznie informacja o tym, że w tych próbkach zaobserwowano takie zjawisko. Tu prowadzone są jeszcze dodatkowe dochodzenia epidemiologiczne, ponieważ zawsze istnieje prawdopodobieństwo, że wybrane do sekwencjonowania próbki mogą pochodzić z jednego ogniska. Niemniej jednak, gdy śledzimy sytuację międzynarodową i raporty w tym systemie GISAID oraz wymianę informacji taka osobistą z innymi krajami, to widzimy, że od momentu pojawienia się wariantu brytyjskiego w większości krajów jego udział w sekwencjonowanych próbkach właściwie w sposób liniowy rośnie.

Obecnie w Polsce z tych sekwencji zgłoszonych do bazy GISAID w ciągu ostatnich 21 dni, ponieważ dla nas najistotniejsze są informacje jak najświeższe, z ostatnich tygodni, mamy 458 tzw. submisji, czyli zgłoszonych wariantów, gdzie łącznie wariant brytyjski zidentyfikowano w 121 próbkach, a w 112 w ciągu ostatnich 21 dni. Zatem szacujemy, że to jest ok. 25-procentowy udział w takiej próbie ogólnopolskiej. Na podstawie

badania, które były prowadzone także w województwie podlaskim – w ubiegłym tygodniu pojawiły się wyniki – wiemy, że tam ten odsetek wynosi 26%. W próbkach sekwencjonowanych przez ECDC z naszego laboratorium, czyli w próbkach z terenu Warszawy, był wskaźnik 18,5%. Tak więc wznosimy się z tego poziomu 7%, 8%, 9%, o którym informowaliśmy wcześniej, raczej w kierunku 25%, 30%. To jest trajektoria, która charakteryzowała ten wariant w większości krajów, takie dane podają Brytyjczycy, Duńczycy. Także dane ze Szwajcarii czy ze Stanów Zjednoczonych wskazują na to, że to jest niejako dominująca linia rozwoju mutacji wirusa SARS-CoV-2. Tak wygląda sytuacja międzynarodowa i system monitorowania na terenie naszego kraju.

Szczególnym wariantem, na który również zwracamy uwagę, jest wariant południowoafrykański. Informacje, które mamy z bezpośredniego kontaktu z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku, też potwierdzają, że 1 przypadek takiego wariantu zaobserwowano w nadzorze prowadzonym na terenie tego województwa. Zaś przegląd krajów europejskich – ponieważ w tym przypadku najbardziej prawdopodobnym źródłem ewentualnego zawleczenia tego wariantu będą pewnie kraje europejskie ze względu na otwarte granice i swobodny przepływ – pokazuje, że w większości krajów pojedyncze sekwencje zwierają ten wariant. Problem, który obserwujemy, występuje w Austrii. Dane z ostatnich 2 tygodni w Austrii wskazują, że nawet 17% tych próbek zawiera wariant południowoafrykański. Stąd ten alert jest skierowany głównie na Austrię.

Prowadzimy też monitoring takiego wariantu, który – jak państwo zapewne pamiętacie – nazwaliśmy roboczo wariantem czeskim, ponieważ on został zidentyfikowany i ogłoszony przez czeskich wirusologów. On nie ma jakichś szczególnych właściwości w ocenie epidemiologicznej, różnicujących zakaźność czy wpływ na przebieg choroby, ale widzimy, że ten wariant także pojawia się w kolejnych próbach sekwencjonowania, zatem występuje również w Polsce.

Dominującym wariantem, który wpływa na zwiększenie liczby osób zakażonych, szczególnie na Słowacji, identyfikowanym w tych badaniach jest wariant brytyjski. W ciągu ostatnich 21 dni w Słowacji to ponad 70% w ogólnej liczbie sekwencjonowanych próbek.

Z tego monitoringu, z informacji, które gromadzimy – i stale będziemy analizować z uwagą

na zwiększającą się liczbę sekwencji – z terenu Polski... Tutaj ważne jest to, że to są zbiory pochodzące z wszystkich województw, kolekcjonowane przez wszystkie wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne. Ta mapa wariantów wirusa opracowywana wspólnie z zespołem pana prof. Pyrcia da nam w ciągu najbliższych dni czy tygodni informacje o tym, jaka jest obecnie struktura. Niezależnie od tej struktury mamy 2 informacje kluczowe: pierwsza to informacja o wzrastającym, podobnie jak w innych krajach, udziale wariantu brytyjskiego i druga o jeszcze szczęśliwie niezidentyfikowanych innych wariantach alertowych, nawet tych, o których się obecnie dyskutuje, wariacie brazylijski, wariacie kalifornijskim czy nowojorskim.

PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Panie Dyrektorze, skupił się pan głównie na mutacjach i na wykonywanych sekwencjach tych wirusów, ale problem testowania jest dużo szerszy. Od samego początku epidemii mówimy o potrzebie przeprowadzania większej liczby testów.

I ja rozumiem, że na pytanie, które w tej chwili zadaję, czyli jak wygląda liczba testów na terenie kraju i jakie na podstawie tego podejmowane są decyzje, jak to wpływa na kolejne restrykcje i decyzje rządu, odpowie nam główny inspektor sanitarny, pan Krzysztof Saczka, tak?

Panie Ministrze, jest pan z nami zdalnie?

(Główny Inspektor Sanitarny wz. Krzysztof Saczka: Dzień dobry państwu. Jestem.)

To bardzo proszę.

GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY WZ. KRZYSZTOF SACZKA

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, jeśli chodzi o prowadzenie testowania, zgodnie ze strategią ustaloną na jesień, już przyjętą przez Ministerstwo Zdrowia, głównie lekarze podstawowej opieki zdrowotnej kierują klientów na proces testowania. Oprócz tego, to wiadomo, przebiega też proces testowania niejako prywatnego, kiedy to osoby same poddają się badaniom, robią wymazy sprawdzające, czy są zakażone, czy nie. W aktualnie przyjętym schemacie, w porozumieniu z instytucjami naukowymi i z Radą Medyczną, ustalono, że proces testowania nie będzie wyglądał tak, jak na

początku pandemii, kiedy to praktycznie wszystkie osoby, które miały kontakt, były poddawane testowaniu, tylko o testowaniu decyduje lekarz prowadzący danego pacjenta. Czy jest to słuszne? Szanowni Państwo, możemy na to popatrzeć choćby przez pryzmat badań przesiewowych, które przeprowadziliśmy wśród nauczycieli. Otóż, powiedzmy, w połowie stycznia poddano wymazom ok. 135 tysięcy pracowników oświaty, tutaj są nauczyciele oraz pracownicy administracyjni. Były to osoby potencjalnie zdrowe, bez żadnych objawów. I wśród tych osób zidentyfikowaliśmy ok. 2% przypadków zakażonych. Tak więc efektywność takiego testowania, też ze względu na znaczne koszty, jakie państwo musi z tego tytułu ponosić, jest niewielka. A gdy popatrzymy na efektywność testowania w przypadku testów zleczanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, to ta efektywność jest znacznie wyższa, w szczytowych momentach dochodziła ona nawet do poziomu 50%. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, ale to państwo kreujecie tę politykę zdrowotną i reżim sanitarny, i te wszystkie obostrzenia. W związku z tym to, do kogo trafiają testy, w jaki sposób są wykonywane, to jest państwa zadanie. Tak że proszę nie mówić, że to jest tylko i wyłącznie rola lekarza, bo lekarz tylko wykonuje polecenia, realizuje założenia, które państwo zleca.

A o tym, jak działa POZ, Panie Ministrze, to panu powiem. Ośrodki POZ są w dalszym ciągu zamknięte i udzielają teleporad. Ja osobiście znam osobę, mogę podać konkretny przykład, która od 3 dni gorączkowała, ale niestety miała nieszczęście zacząć gorączkować w piątek wieczorem. Telewizyta została wyznaczona na wtorek, trwała 2 minuty i jedyny rezultat to był test. Tak wygląda w tej chwili opieka w POZ i tak wygląda przekazywanie pacjentów do testowania.

Czy tak być powinno, Panie Ministrze?

**GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY
WZ. KRZYSZTOF SACZKA**

Pani Przewodnicząca, ja powiedziałem o mechanizmach, które zostały przyjęte w kraju przez ministra...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ale, Panie Ministrze, pan jest tą osobą, która te mechanizmy może zmieniać, dlatego o tym rozmawiamy. Jeżeli coś nie działa, jeżeli liczba testów jest niewystarczająca i sam pan mówi, że to nie jest zadowalające... Pytanie: w jaki sposób możemy zmienić tę politykę testowania, żeby były konkretne rezultaty?

**GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY
WZ. KRZYSZTOF SACZKA**

Pani Przewodnicząca, ale ja nie użyłem sformułowania, że ten poziom jest niezadowalający. Ja odniosłem się do 2 różnych skrajnych przykładów. Podałem przykład w kontekście badań przesiewowych, kiedy to przeprowadziliśmy testowanie wyrywkowo 130 tysięcy pracowników oświaty. Były to osoby potencjalnie zdrowe, bez żadnych objawów...

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Tak, to już pan mówił, Panie Ministrze, to słyszeliśmy.)

Wśród nich wykryliśmy ok. 2% osób zakażonych. Idąc tym śladem, jeśli uznamy, że należy prowadzić tak szerokie testowanie, co miało miejsce przed tymi zmianami ustalonymi na początku września, trzeba powiedzieć, że ten sposób testowania jest bardzo nieefektywny. Państwo ponosiło bardzo wysokie koszty, a liczba wykrywanych przypadków...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, a dlaczego utajnione są liczby testów przeprowadzanych na poziomie powiatów? Dlaczego nie można pozyskać takiej informacji?

**GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY
WZ. KRZYSZTOF SACZKA**

Przecież te wszystkie informacje są publikowane przez Ministerstwo Zdrowia.

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Ale zbiorcze, nie z podziałem na powiaty.)

Pani Przewodnicząca, te dane publikuje Ministerstwo Zdrowia. Inspekcja sanitarna nie dysponuje pełną informacją w zakresie testowania, dlatego że w obszarze testowania jest bardzo wiele laboratoriów komercyjnych, które wchodzi w ten schemat. Wszystkie wyniki dotyczące testowania są rejestrowane w aplikacji EWP, zaś dane statystyczne wyciągane z tej aplikacji publikowane są przez Ministerstwo Zdrowia oraz na stronie gov.pl.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Pani senator Komor, potem pan senator Konieczny.

Proszę bardzo, Pani Senator.

SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR

Panie Inspektorze, ja chętnie bym panu pomogła w kwestii testowania i ograniczania kosztów, ale może wypowiem się niejako w następnym punkcie, przedstawiając naszą panią profesor, która być może ma pomysł, jak to zrobić w dobie tak słabego wyszczepiania. Myślę, że musi być jakiś pomysł, żeby zapobiec kolejnemu lockdownowi.

Może teraz pan senator Konieczny, a ja potem wejdę w słowo, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę bardzo.

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Dziękuję bardzo.

Ja mam pytanie do pana ministra, pana głównego inspektora sanitarnego. Panie Ministrze, my pana pytamy o pana zdanie, nie tylko o to, jakie decyzje zostały podjęte jesienią, ale o to, czy pana zdaniem te decyzje są właściwe,

prawidłowe na tym etapie pandemii, na jakim jesteście.

Mówi pan o 2% nauczycieli, u których stwierdzono dodatni wynik. Ale przypomnę, że wcześniej było testowanie górników, gdzie procent dodatnich wyników był bardzo duży, i to pozwoliło na opanowanie epidemii w województwie śląskim. Poradzono sobie z tą sytuacją, gdyż stwierdzono, jakie jest realne zagrożenie, i w związku z tym przygotowano większą liczbę łóżek w szpitalach itd. Tak więc nie można tak sobie lekceważyć testowania przesiewowego, można je robić w odpowiedni sposób, który jest trochę tańszy, ale nie należy tego zarzucać.

Obecny system, który został stworzony, system zlecenia testów przez lekarzy POZ podczas telewizyt, co też jest dosyć istotne, prowokuje to, że pacjenci nie dzwonią do tych ośrodków POZ, gdy chorują, bo boją się, że jak zaczną mówić o objawach, to dostaną skierowanie na test, a wiadomo, że wprowadzono automatyczną kwarantannę, izolację i kwarantannę dla osób z otoczenia. Dlatego ludzie nie dzwonią. Być może to doprowadziło do tego, że wykrywanych chorób było mniej, może o to chodziło. Niestety ludzie przestają również dzwonić w przypadku innych schorzeń, charakteryzujących się podobnymi objawami. A przecież te choroby nie zniknęły. Dlatego pacjenci z innymi chorobami trafiają do szpitali w ciężkich stanach. Ja pytam pana o pana zdanie: czy ten system testowania według pana jako głównego inspektora sanitarnego jest właściwy? Czy on zapewnia nam wiedzę o różnych chorobach? Czy nie zaburzył również statystyki innych chorób i nie spowodował tego, że pacjenci trafiają zbyt późno do szpitala nie tylko z powodu COVID-19, gdy mają określone objawy, tylko z innych przyczyn? Pytam, ponieważ według mnie tak się dzieje, tak wynika z obserwacji. Chodzi nam o pana opinię. Tym bardziej że jeżeli teraz mamy sekwencjonować te genomy wirusa, to musimy posiadać pewien materiał. Tak więc sądzę, że tym bardziej główny inspektor sanitarny powinien być za tym, żeby oczywiście nie w skali całego kraju badać całe społeczeństwo, ale przeprowadzać badania przesiewowe, a nie liczyć na to – tak jak wcześniej zresztą było powiedziane – że napłyną próbki. Tyle że próbki napłyną z jakiegoś jednego regionu, gdzie jest nadreprezentatywność jakiejś odmiany wirusa, i nie będziemy mieli ogólnego spojrzenia na to, co się w Polsce dzieje.

Tak że ja chcę się dowiedzieć, jaka jest pana opinia na temat obecnego systemu testowania w kontekście pana pracy, pana obowiązków, jak się pan na to zapatruje. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Rzeczywiście rola GIS jest tutaj bardzo ważna, całej inspekcji sanitarnej i wszystkich pracowników, ważne jest ich zaangażowanie, ale ta wasza rola zarządzania epidemią jest także rola kreująca. Tak więc pytania, które tu zadajemy, mają na celu przede wszystkim pozyskanie informacji, jak państwo w dalszym ciągu chcecie zarządzać tą epidemią, jak to powinno wyglądać, żeby to się nie przekładało tylko i wyłącznie na stwierdzenie, że badania przesiewowe są nieopłacalne i nierentowne. Zresztą na temat tego, co jest bardziej opłacalne, moglibyśmy dyskutować.

Proszę bardzo, Panie Ministrze, o odpowiedź na pytanie panu senatorowi.

**GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY
WZ. KRZYSZTOF SACZKA**

Pani Przewodnicząca! Panie Senatorze!

Jeśli chodzi o testowanie, o to, czy ono jest prawidłowe i słuszne, to na bazie dostępnych materiałów i doświadczeń z ostatnich miesięcy chcę powiedzieć, że uważam, że jest ono słuszne. A czy każdy model testowania będzie w 100% prawidłowy? Pewnie nie, chyba że co drugi czy co trzeci dzień testowalibyśmy 100% społeczeństwa. Wiemy, że to jest nierealne. Przypomnijmy sobie choćby sytuację na Słowacji, gdzie przeprowadzono testowanie całego społeczeństwa testami antygenowymi i faktycznie doprowadziło to do takiej sytuacji, że podjęto bardzo błędne, mylne decyzje. Doskonale państwo wiecie, że to, że w danej chwili wynik testu, szczególnie antygenowego, będzie ujemny, nie oznacza, że osoba nie jest zakażona. Oznacza to tylko tyle, że może być zakażona, ale nie ma jeszcze tak dużej wirēmii, dlatego wynik jest ujemny, ale następnego dnia bądź za 2 dni ten wynik będzie dodatni.

Jeśli chodzi o obszar ochrony zdrowia, to chcę powiedzieć, Szanowni Państwo, że inspekcja sanitarna nie zajmuje się organizowaniem pracy

w ochronie zdrowia. Inspekcja sanitarna zajmuje się stanem na straży zdrowia publicznego. To jest troszeczkę inny obszar.

Jeśli chodzi o zakres funkcjonowania inspekcji sanitarnej, to wszystkie stacje inspekcji sanitarnej są bardzo mocno zaangażowane w proces monitorowania pandemii, w proces zakażenia w zakresie identyfikowania ognisk i zagrożeń. Jeśli w danym regionie pojawia się jakieś zagrożenie, jakieś ognisko, to inspekcja sanitarna oczywiście podejmuje stosowne działania, aby tą sytuacją prawidłowo zarządzić. Przedstawiciele inspekcji sanitarnej uczestniczą również w spotkaniach, czy to z ministrem zdrowia, czy z innymi gremiami, na których dyskutujemy nad różnymi rozwiązaniami i przedstawiamy swoje rekomendacje. Proszę jednak pamiętać o tym, że inspekcja sanitarna nie ma kompetencji legislacyjnych, nie może tworzyć prawa, nie może proponować rozwiązań ustawowych. Inspekcja sanitarna może jedynie wydawać stosowne rekomendacje i pełnić pewnego rodzaju funkcje doradcze, co też każdego dnia czyni. Proszę wierzyć, że uczestniczymy w pracach bardzo wielu zespołów, analizujemy sytuację epidemiologiczną, także w różnych branżach, i staramy się z tymi branżami wypracować różne zasady. Jednak ostateczny kształt obowiązującego reżimu sanitarnego jest określany przez pana premiera w porozumieniu z Radą Medyczną oraz z ministrem zdrowia.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

To wszystko wiemy, Panie Ministrze. Oczekiwaliśmy od państwa raczej twórczości niejako wyprzedzającej pewne etapy epidemii, bo rzeczywiście epidemia jest elementem wśród zagadnień zdrowia publicznego. Szkoda, że państwo tylko to monitorujecie, czyli tak naprawdę już post factum przyglądacie się wszystkiemu, co się dzieje. A my oczekiwaliśmy od GIS raczej pewnych propozycji rozwiązań. To jest ta różnica, o której rozmawiamy.

Pani prof. Agnieszka Dobrzyń. Bardzo proszę.

(*Główny Inspektor Sanitarny wz. Krzysztof Saczka: A mogę się do tego odnieść, Pani Przewodnicząca?*)

Proszę bardzo.

**GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY
WZ. KRZYSZTOF SACZKA**

Ja pozwolę sobie nie zgodzić się z pani opinią i tezę, dlatego że inspekcja sanitarna oprócz monitorowania również zarządza, uczestniczy w przygotowywaniu prognoz i wydawaniu wielu rekomendacji czy w przygotowywaniu działań związanych z zarządzaniem pandemią w przyszłości. Proszę zauważyć, ile inspekcja sanitarna podejmuje działań w celu zwalczania sytuacji pandemicznej oraz w zakresie zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa zdrowia publicznego. Jednak...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ale, Panie Ministrze, my to wszystko wiemy, bo to wynika z pana obowiązków. My pytamy dokładnie o to, jaka jest rola GIS w kreowaniu testowania w Polsce, jakie macie doświadczenia, jakie wyciągnęliście wnioski, jakie są propozycje. Na ten temat pan się nie wypowiada, tylko zasłania się ogólnie kwestią zdrowia publicznego, monitorowania, wszystkim tym, co należy do państwa obowiązków.

Pani Profesor, proszę bardzo.

(Senator Agnieszka Gorgoń-Komor: Przepraszam bardzo, czy zanim pani profesor...)

Tak, tak. Zapomniałam. Przepraszam, Pani Senator.

**SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Proszę państwa, jako lekarz praktyk chciałabym usłyszeć, co GIS może, a czego nie może, ale może nie będziemy już kontynuować tej kwestii, bo zarządzanie pandemią to jest kluczowa sprawa dla zdrowia publicznego, tak jak powiedziała pani przewodnicząca. Być może my, jako senacka Komisja Zdrowia, pomożemy GIS w tym zarządzaniu, przedstawiając, jak ograniczyć koszty testowania. Jeżeli nie szczepienia w tempie, to może chociaż testy, bo przez tę epidemię musimy jakoś dobrze przejść.

Mam zaszczyt przedstawić państwu panią prof. Agnieszkę Dobrzyń, dyrektor Instytutu Biologii Doświadczalnej im. Marcelego

Nenckiego Polskiej Akademii Nauk. Pani profesor prowadzi projekt SONAR dotyczący testowania wysokiej jakości testami PCR z innego materiału biologicznego, dobrze nam znanego, czyli ze śliny. To są testy populacyjne. Na pewnym etapie testu pacjent otrzymuje kod QR, który może być skanowany przez czytniki kodów kreskowych np. w hotelach, w restauracjach, na stokach narciarskich, w galeriach handlowych, co może przyspieszyć wychodzenie z kolejnego lockdownu, z którym się mierzymy i który ma konkretne konsekwencje gospodarcze oraz zdrowotne. Ja już nie będę przedłużać, bo chciałabym, żeby nasz ekspert zabrał głos. Myślę, że słowa pani profesor i prezentacja godne są wysłuchania po to, aby zmierzyć się z pandemią i nią zarządzać. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Proszę bardzo, Pani Profesor, udzielam pani głosu.

**DYREKTOR
INSTYTUTU BIOLOGII DOŚWIADCZALNEJ
IM. MARCELEGO NENCKIEGO PAN
AGNIESZKA DOBRZYŃ**

Dziękuję.

Pani Przewodnicząca, zanim zacznę mówić o projekcie, w sprawie którego przysłałam, czy ja mogę dwa słowa ad vocem do pana ministra, głównego inspektora sanitarnego?

Panie Ministrze, myśmy się spotkali kilka razy, nigdy nie mieliśmy okazji porozmawiać twarzą w twarz, zawsze to były jakieś takie spotkania bardziej ogólne, ale myślę, że to jest dosyć dobre miejsce, żeby się wypowiedzieć à propos tego, co pan przed chwilą powiedział.

Ja z przerażeniem przyjąłam to, że pan za miarę sukcesu testowania uważa...

(Głos z sali: ...Nie słyhać.)

Nie słyhać?

Czy ja mogę zdjąć maskę? Ja byłam wczoraj testowana i mam wynik negatywny.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

W każdym razie zwracam się do pana ministra, głównego inspektora sanitarnego. Z przerażeniem wysłuchałam tego, o czym pan mówił,

że sukcesem jest świetna wydajność testowania, że gdy testujemy osoby z objawami COVID-19, to mamy 50% wydajności i to jest świetnie, a gdy testujemy bezobjawowych, to mamy 2% i to jest słaba wydajność. Przeraza mnie taki sposób myślenia. Jeżeli to jest sukces, to ja mogę państwu powiedzieć: testujemy tylko tych, którzy utracili węch i smak, będziemy mieli 100% wydajności, czyli będziemy najlepsi na świecie, tak? Ale nie o to chodzi. Chodzi o to, żebyśmy wyeliminowali ze społeczeństwa tych, którzy zakażają czy zarażają pozostałe osoby i nie mają świadomości tego, że są chorzy. I m.in. dlatego powszechne testowanie jest kluczem.

To, że mamy teraz trzecią falę pandemii czy epidemii w Polsce, jest spowodowane m.in. tym, że nie testujemy osób bezobjawowych. Przywieźliśmy mnóstwo osób bezobjawowych... Ja oczywiście nie wiem, na ile ta migracja z Wielkiej Brytanii w okolicach świąt Bożego Narodzenia, bo taka się teraz pojawiła hipoteza, to jest powód trzeciej fali, którą dzisiaj obserwujemy. Dzisiaj mamy 16 tysięcy zakażeń, to bardzo dużo. Gdybyśmy przetestowali te osoby, które przyjechały przekonane, że są zdrowe, i na tym etapie wyłapali te, które są zakażone i nie mają świadomości, nie byłibyśmy być może w tym miejscu, w którym teraz jesteśmy.

Tak więc lekceważenie powszechnego testowania jest absolutnie niezrozumiałe, zwłaszcza gdy takie słowa padają z ust głównego inspektora sanitarnego, który powinien tą epidemią zarządzać i powinien rozumieć, w jaki sposób eliminować zakażenia, to, że jedynym sposobem na to, żebyśmy się tak nie zakażali, jest eliminacja ze społeczeństwa osób, które zakażają. Osoby, które leżą w szpitalach albo które mają objawy, zwykle już nie chodzą i nas nie zakażają. Zakażają ci, którzy nie mają świadomości tego, że są chorzy. To tyle, jeśli mogę, tak ad vocem, w ramach komentarza do tego, co usłyszałam przed chwilą.

Przechodzę teraz do powszechnego testowania i tego, co chciałabym państwu pokazać, tego, co myślimy zrobić. Ja z przyjemnością pokażę... Tę prezentację, nie wiem, to pani mi jakoś włączy czy ja mogę jakoś sama? Dziękuję.

Szanowni Państwo, to już teraz oficjalnie.

Bardzo dziękuję za zaproszenie na to posiedzenie komisji. Jest mi niezwykle miło, że możemy się spotkać.

Ja bym chciała państwu powiedzieć o projekcie, który realizujemy tak naprawdę prawie

od początku pandemii, zaczęliśmy w kwietniu, i w dalszym ciągu wykorzystujemy model i narzędzie, które stworzyliśmy do przesiewowego testowania studentów medycyny i pracowników kilku przedsiębiorstw. Zaraz państwu powiem, jak to wygląda dzisiaj.

Jest to projekt, który jest finansowany przez Ministerstwo Edukacji i Nauki, tak że w moim przekonaniu jest to projekt rządowy, projekt, który moim zdaniem zakończył się dużym sukcesem i który zasługuje na to, żeby skorzystać z doświadczeń, jakie mamy, i z narzędzi, które stworzyliśmy.

Jest to projekt... Pozwoliłam sobie zrobić zdjęcie z moimi kolegami, którzy byli kluczowi dla stworzenia tego narzędzia SONAR, to są naukowcy z Instytutu Biologii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk. My stworzyliśmy narzędzie SONAR, które, po pierwsze, pozwala na szybkie i sprawne testowanie, a po drugie, daje bardzo szybko poprzez mobilne aplikacje dostęp do informacji, do wyniku badania. Ja zaraz państwu powiem, jak to wygląda, tylko jeszcze nadmienię, że pokazywałam ten projekt już w Ministerstwie Cyfryzacji i myślimy o tym, żeby połączyć te 2 systemy do takiego immunologicznego paszportu. Ja na ten temat rozmawiam z różnymi osobami z rządu, m.in. także z panem głównym inspektorem sanitarnym rozmawialiśmy o tym, ale, tak jak mówiłam, krótko. Tutaj nie będę więcej mówić.

Państwo zdążyliście mnie już poznać, pani senator mnie przedstawiła. Ja jestem biologiem molekularnym, oprócz tego jestem też doktorem habilitowanym medycyny. Pracuję w panelach ERC, to jest European Research Council, Europejskiej Rady ds. Badań Naukowych, m.in. w panelach diagnostyki medycznej. Jestem dyrektorem SPARK Poland, gdzie razem z naukowcami ze Stanford University pracujemy nad tym, żeby maksymalnie przyspieszyć przeniesienie badań podstawowych do kliniki i żeby po prostu to, co robią naukowcy, nie tylko w Polsce, ale na całym świecie, jak najszybciej mogło zostać wdrożone.

Mówię o tym tylko dlatego, że właśnie to jest taki projekt, który powinien jak najszybciej ujrzeć światło dzienne, wyjść poza fazę badań. SONAR to jest tak naprawdę testowanie grupowe. To jest sposób na szybkie i w miarę rozsądne cenowo przetestowanie dużych populacji. W ten sposób testuje się w krajach, które testują, i wierzą w to, że testowanie powszechne ma

sens, przykładami są Stany Zjednoczone, Niemcy, Izrael, Chiny, Korea Południowa, Wielka Brytania. Tak nawiasem mówiąc, w momencie gdy przygotowaliśmy ten nasz projekt, to było dokładnie 28 lipca 2020 r., czyli ponad pół roku temu, myśmy go pokazywali w ministerstwie nauki i chcieliśmy pokazać w Ministerstwie Zdrowia, ale pan minister zdrowia nie miał dla nas czasu przez ponad pół roku, w tym samym czasie naukowcy w Stanach Zjednoczonych na Stanford University przygotowali podobny projekt i on został natychmiast przyjęty do realizacji. Ponieważ mamy te kontakty, widzimy, jakie tu są różnice. Naprawdę czas wyjść z jakiegoś takiego boksu i myśleć troszeczkę szerzej. W każdym razie jest to coś, co jest stosowane na świecie, to nie jest coś, co myśmy sobie wymyślili i jest w jakikolwiek sposób kontrowersyjne. Nie, to nie jest kontrowersyjne.

Ja sobie pozwoliłam... Ponieważ tak naprawdę nie wiedziałam, jak bardzo szczegółowo powinniśmy tutaj o tym rozmawiać, przygotowałam parę danych z takich badań podstawowych, które myśmy zrobili. Jedną z takich rzeczy – tak szybko państwu o tym powiem, nie będę się nad tym rozwodzić – która jest typowa dla wirusa SARS-CoV-2, jest to, że liczba kopii wirusa jest bardzo zróżnicowana pomiędzy pacjentami. To było jednym z powodów, dla których myśmy się zastanawiali, czy grupowe testowanie się sprawdzi, ponieważ wiadomo, że 1 osoba, która ma bardzo kopii wirusów, niejako nałoży wynik na tych, którzy mają mało. Ale przetestowaliśmy to. Nie będę wchodzić w szczegóły. Mam całe opracowanie, mogę je państwu przesłać.

Też nie będę tu opowiadać o szczegółach, ale jest jeszcze coś, o czym chciałabym powiedzieć. Otóż jeszcze latem testowaliśmy pacjentów pozytywnych i mamy wyniki, które pokazują, że w zasadzie wszędzie tam, gdzie test genetyczny, ponieważ mówimy tutaj o testach genetycznych, a nie antygenowych, pokazywał Ct, czyli stężenie wirusa, nawet bardzo małe, bo do 40, byliśmy w stanie uzyskać pozytywny wynik, nawet przy testowaniu grupowym. Ale nie będę już wchodzić w szczegóły, dlatego że mamy mało czasu.

Teraz coś, o czym chciałabym powiedzieć, czyli na czym polega metoda testowania grupowego. To wygląda w ten sposób, że łączymy ze sobą próby pobrane od pacjentów. Myśmy testowali różne warianty. Tak ze względów ekonomicznych, jak i ze względów praktycznych

doszliśmy do wniosku, że najlepsze będzie pulowanie po 12, ale tak naprawdę jest to w dużej mierze uzależnione od tego, jaki jest procent osób, które wedle przewidywań mogą być w danej populacji zakażone. Być może na tym poziomie epidemii, jaki mamy dzisiaj, kiedy to się spodziewamy, że dużo osób bez objawów będzie zakażonych wirusem SARS-CoV-2, pulowanie po 5, po 6 byłoby bardziej rozsądne, ale to jest sprawa bardzo łatwa do wprowadzenia.

Jak działa samo narzędzie, które stworzyliśmy? Osoby, które są poddane testowaniu, zapisują się do testów, dzwoniąc na podany numer telefonu. Tam zbierany jest od nich wywiad medyczny. Jeżeli osoba nie ma objawów choroby, wówczas jest rekomendowana, jest kwalifikowana do testowania w ramach projektu SONAR, zaś osoba, która ma objawy COVID-19, jest odsyłana od razu do POZ, takiej osoby tu już nie włączamy.

Coś, co jest rzeczą bardzo ważną – i o tym będę chciała z państwem później, po zakończeniu prezentacji porozmawiać – to jest to, że aby takie testowanie się sprawdziło, w moim przekonaniu najważniejsze jest samodzielne zbieranie prób. My mamy opracowaną metodę izolacji wirusa ze śliny. Ślina jest świetnym materiałem, w którym wirus bardzo dobrze się czuje, m.in. dlatego tak się zakażamy, i jest materiałem, który zdecydowanie powinien być używany przy powszechnym testowaniu. Następnie takie samodzielnie pobrane próby śliny są przekazywane do punktu, czyli do laboratorium, gdzie są analizowane, po czym laboratorium wprowadza wynik testu od razu na indywidualne konto osoby, która jest zarejestrowana w systemie. A zatem ja mogłabym państwu pokazać mój wczorajszy wynik testu. Wchodzę do systemu SONAR i od razu widzę: Agnieszka Dobrzyń, data, test negatywny. Z takim testem ja mogłabym przyjść bez problemu np. do pani przewodniczącej i powiedzieć: może mnie pani wpuścić na posiedzenie Komisji Zdrowia, proszę zobaczyć, mam negatywny wynik testu. My w Instytucie Nenckiego testujemy się, też za chwilę o tym powiem, raz w tygodniu, ponieważ tylko takie testowanie powszechne ma sens. Przeprowadzenie testowania powszechnego raz, tak jak zrobili to na Słowacji, po prostu nie ma sensu przy tym wirusie. Musimy ustalić, musimy wypracować taką metodę, żeby każdy z nas czuł się bezpiecznie, gdy

przebywamy ze sobą, pracujemy ze sobą. Mówię o testowaniu naprawdę regularnym.

Pokażę państwu... Nie wiem, czy to będzie widać u osób, które pracują zdalnie, ale tutaj w ramach... Czy mi się uda odpalić film? A może państwo nie macie w komputerze czegoś, co pozwala na odtworzenie filmu?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Może tak być. Dobrze. To nie pokażę państwu.

W każdym razie mamy film, który jest instrukcją. Myśmy go przygotowali dla studentów medycyny, których teraz w ten sposób testujemy. Jest to instrukcja, w jaki sposób zalogować się do systemu i w jaki sposób pobrać próbę śliny. Aktualnie w ten sposób testujemy w Polsce populację, po pierwsze, studentów medycyny kilku uniwersytetów, jest to Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku, Collegium Medicum na UJ w Krakowie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie – ten już zakończył testy, ale przez cały styczeń i luty testowali swoich studentów – Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Medyczny na Uniwersytecie Rzeszowskim. Im tak bardzo spodobało się to testowanie, że przedłużyliśmy z nimi kontrakt do końca czerwca i będą testować wszystkich studentów. Co jest ciekawe? Wielu studentów medycyny jest już zaszczepionych, w związku z tym tych zaszczepionych także testujemy, żeby zobaczyć, czy szczepienie faktycznie spowoduje, że te osoby nie będą zakażone. Bo tego, że nie będą przechodziły objawowo COVID, można się spodziewać, ale pytanie, czy będą zakażone. Tak więc takie dane też będziemy mieli. My cały czas je zbieramy, one wszystkie są deponowane na serwerach Instytutu Nenckiego Polskiej Akademii Nauk, czyli w moim instytucie. Do dzisiaj w ten sposób przebadaliśmy prawie 6 tysięcy osób. Najważniejsza, o czym już mówiłam, jest oczywiście regularność przy tego typu testowaniu. My testujemy się wszyscy raz w tygodniu. Stosujemy pulowanie po 12 osób w puli, ale zobaczymy, gdyby się okazało, że za dużo jest osób pozytywnych, wtedy możemy tę liczbę w puli zmniejszyć. To jest coś, co można bardzo łatwo modyfikować.

Pokażę państwu, jak to wygląda. To są wyniki, które wzięłam z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi od pana prof. Borowca. Oni przebadali w sumie ponad 4,5 tysiąca osób. Wszystkie osoby były badane w pulach, czyli było 385 puli

i w sumie 40 puli to były pule pozytywne. Jeżeli jest pula pozytywna, to wtedy rozpulowujemy, czyli każda osoba jest testowana indywidualnie i każda osoba, która ma pozytywny wynik testu, jest traktowana indywidualnie, to jest wynik jej indywidualnej próby. Tak że tutaj nawet diagności, którzy mocno dyskutują na temat tego sposobu testowania, nie mogą mieć wątpliwości co do pozytywnego wyniku. Dotychczas – to są dane, które ja zebrałam na początku lutego, czyli jeszcze nie obejmowały one obecnej fali, która się pojawia – mieliśmy poniżej 1,5% pozytywnych osób w tych populacjach.

I teraz znowu ad vocem, w odniesieniu do tego, co powiedział pan główny inspektor sanitarny, pan minister. Proszę państwa, u nas w instytucie mamy 500 pracowników i doktorantów, w sumie jest 500 osób i my wszyscy testujemy się co tydzień. Ja do tych testów włączam też rodziny i partnerów osób, tak abyśmy po prostu mieli pełen obraz. I dwa razy namierzyliśmy ognisko zakażenia. Pierwsze ognisko to był dział księgowości Instytutu Nenckiego Polskiej Akademii Nauk. Co ja zrobiłam? Oczywiście wysłałam te osoby na samoizolację, zdezynfekowaliśmy pomieszczenie, a wszystkie inne osoby, również te, które miały kontakt, ale miały negatywny wynik testu, przychodziły do pracy. Myśmy pozwolili sobie na taki eksperyment, mając pełną świadomość tego, co robimy, i to ognisko nie zostało rozszerzone. Czyli jest to sposób na pewne takie... na inteligentne zarządzanie w danym miejscu pracy. 2 tygodnie temu mieliśmy drugie ognisko zakażenia w Instytucie Nenckiego, to był dział techniczny. Zakażenie byli w zasadzie wszyscy w dziale technicznym, 8 czy 9 osób, i też wyłapaliśmy ich na tyle wcześnie – oczywiście monitorowaliśmy wszystkich innych – że nie roznieśli nam tego zakażenia po całym instytucie, a wiecie, jak dział techniczny działa. W związku z tym ja osobiście na podstawie tych doświadczeń, które mam, jestem bardzo zadowolona z tego, co my robimy u siebie, i bardzo bym chciała, żeby inne miejsca pracy były tak bezpieczne jak Instytut Nenckiego. Myślę, że możemy spróbować coś takiego zaproponować.

Nasze doświadczenia zna minister edukacji i nauki, Ministerstwo Edukacji i Nauki włączyło się do projektu SONAR i ich też testujemy co tydzień, a w tym tygodniu po raz pierwszy przetestowaliśmy wszystkich pracowników Ministerstwa Pracy, Rozwoju i Technologii, ponieważ

pan premier Gowin też poznał ten projekt jeszcze jako minister nauki, myśmy wcześniej rozmawiali o tym projekcie. Mam nadzieję, że także oni będą mieli takie doświadczenia, jakie ja mam w Instytucie Nenckiego, i może to otworzy drogę do otwarcia głowy, pokaże, w jaki sposób możemy zarządzać tą epidemią, bo nie stać nas, mnie nie stać na to, żeby zamknąć Instytut Nenckiego na kilka miesięcy. My musimy wykonywać swoją pracę, musimy wykonywać projekty, ludzie muszą zarabiać pieniądze – to jest dla mnie jasne. Tak więc takie zarządzanie, to, co robimy, uważam, jest naprawdę godne zauważenia i nielekceważenia. Raz jeszcze podkreślę: to osoby bezobjawowe roznoszą chorobę.

Tutaj są takie wyniki, ale nie będę ich państwu pokazywać, bo one nie są tak interesujące. Myślę, że to może być interesujące, chodzi mianowicie o koszty. Oczywiście te koszty w dużej mierze zależą od tego, jaki będzie procent zakażonych osób, ponieważ – tak jak mówiłam – te osoby rozpuszczamy. W związku z tym im więcej pozytywnych puli, tym te koszty są większe. Powiedzmy, przy 2%, tak jak my to jeszcze cały czas widzimy, w bezobjawowej populacji oszczędność jest rzędu 70%, tak więc jest to naprawdę coś, co jest warte uwagi.

Skoro mowa o kosztach... Za chwilę przedstawię takie szybkie podsumowanie metody, ale jeszcze słowo o kosztach. Myśmy też bardzo zastanawiali się nad tym, w jaki sposób pokrywać te koszty. I ja sobie zdaję sprawę, że one nie powinny być pokrywane przez NFZ, to jest dla mnie jasne. Ja rozmawiałam z kilkoma przedsiębiorcami, przedstawicielami dużych fabryk. Nie wiem, czy mogę wymienić nazwy... Nie będę wymieniać nazw. W każdym razie oni mówią, że bardzo chętnie pokryją koszty testów dla swoich pracowników, jeżeli one będą rozsądne, jeżeli to nie będzie 500 zł od osoby, bo koszt 500 zł od osoby jest...

(Przewodniczka Beata Małecka-Libera: Nie do przejścia.)

(Głos z sali: Nieakceptowalny.)

...nieakceptowalny, gdy wiemy, ile tak naprawdę można zapłacić. Oni mi mówią, że oczywiście chcieliby testować swoich pracowników, nawet jeżeli to nie będą testy diagnostyczne, niech to będą testy przesiewowe, niech to będą testy epidemiologiczne czy jakkolwiek je nazwę – ja powiem, dlaczego mówię o tym nazewnictwie, bo już przechodziłam, że tak powiem, przez prawników w Ministerstwie Zdrowia

– dlatego że ich po prostu nie stać na to, żeby zamknąć produkcję.

Zatem my musimy... Teraz, gdy zaczyna się ta trzecia fala, jest dużo zakażeń, to nie wiem, czy to jest dobry moment, ale gdy to zacznie trochę spadać i będzie trzeba otwierać gospodarkę, to będziemy musieli mieć kontrolę nad tym, co się dzieje w przedsiębiorstwach.

Tutaj miałabym do państwa ogromną prośbę o pomoc też w legislacji.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Już mówię, zaraz powiem, gdzie mamy bloki w Ministerstwie Zdrowia.

Innymi słowy, ja na tym etapie w ogóle nie obawiam się tego, że nie będzie komu zapłacić, bo nawet jeżeli... Niech to będą, nie wiem, przedsiębiorcy. Ja wiem, że oni chcą zapłacić po to, żeby móc prowadzić swój biznes. To jest dla mnie jasne. To jest to, co ja robię w Instytucie Nenckiego, ja płacę, bo chcę, żeby instytut funkcjonował w czasie epidemii, bo ktoś musi pracować.

(Przewodniczka Beata Małecka-Libera: Pani Profesor, jakie zadania przed nami pani stawia?)

Właśnie, już państwu pokazuję.

To jest ostatni slajd, który mam. Pierwsza rzecz, którą proponujemy, to są testy genetyczne, to są testy PCR, czyli nie są to testy antygenowe, na które powoływał się pan minister, mówiąc o powszechnym testowaniu na Słowacji. Oni faktycznie zrobili testy antygenowe. Testy antygenowe nie nadają się do robienia testów przesiewowych, dlatego że one mają bardzo wąskie okno diagnostyczne. Kiedyś możemy się spotkać i ja państwu mogę opowiedzieć o różnicach. Tak naprawdę, żeby wyłapać testem antygenowym osobę pozytywną, trzeba mieć dużo szczęścia, bo trzeba trafić w to wąskie, dosłownie 4-dniowe, może 5-dniowe okno, i jeżeli test jest pozytywny, wtedy jest jasne, że jest pozytywny, a jeśli jest negatywny, to wtedy nic nie wiadomo. Tak więc testy antygenowe na pewno nie, to są testy genetyczne.

I teraz druga rzecz, którą chciałabym podkreślić, i tak naprawdę tutaj chciałabym prosić o pomoc. My izolujemy RNA wirusa ze śliny. Na dzień dzisiejszy we wszystkich rozporządzeniach ministra zdrowia taką tkanką, z której można wyizolować wirusa, jest wymaz z nosa albo z nosogardzieli. Myśmy rozmawiali z panem ministrem Niedzielskim, zresztą pan minister, główny inspektor sanitarny też był przy tej rozmowie,

o tym, żeby dodać do rozporządzenia możliwość izolacji wirusa ze śliny, właśnie z myślą o testach przesiewowych. Ja nie wiem, czy państwo kiedykolwiek mieliście pobierany wymaz z nosogardzieli. Nie jest to przyjemne.

(Głos z sali: Parę razy.)

Parę razy mieliście. No właśnie, nie jest to przyjemne.

Gdybyście mieli to powtarzać raz na tydzień albo, jak niektórzy przedsiębiorcy mówią, ze względu na rodzaj produkcji dwa razy w tygodniu, to nikt się na to nie zgodzi.

Tymczasem pobieranie śliny jest bardzo łatwe. Co myśmy zrobili w tym tygodniu w ministerstwie pracy? Postawiliśmy ślinomat. Jednego dnia wydaliśmy próbki, do których pracownicy mieli deponować ślinę, i prosiliśmy, żeby następnego dnia, nie wiem, idąc do pracy... Chodzi o to, że próbka musi być pobrana minimum... co najmniej przez godzinę nie można jeść ani pić. Zatem w momencie, kiedy są gotowi, pobierają tę ślinę i deponują, czyli wrzucają do takiego pudełka, to wygląda prawie jak urna wyborcza. Następnie stamtąd o określonej godzinie ten materiał został zabrany do laboratorium. Zatem nie było nawet momentu kontaktu z osobą, która pobiera tę ślinę, potencjalnie zakaźny materiał, bo każdego traktujemy jako potencjalnie zakaźnego, zanim nie otrzymamy wyniku testu. Można to w ten sposób zorganizować np. w szkołach, nie mówiąc już o zakładach pracy. Po prostu można to zorganizować. My to robimy m.in. po to, żeby pokazać, że można.

Abyśmy mogli pójść dalej... Od razu powiem, że na dziś projekt SONAR jest projektem naukowym, dlatego ja mogę sobie pozwolić na to, że badamy ślinę, że robimy pulowanie, mogliśmy przygotować narzędzie. Gdybyśmy jednak chcieli pójść dalej i zrobić z tego program powszechnego testowania albo epidemiologicznego testowania, to my musimy działać zgodnie z legislacją, zgodnie z tym, jakie jest prawo. Po pierwsze, chodziłoby o dodanie do rozporządzenia, które wymienia materiał, z jakiego można izolować wirusa przy testowaniu na obecność SARS-CoV-2, śliny. Byłoby to naprawdę bardzo dobre. Ja zresztą wiem, bo też prawnicy z Ministerstwa Zdrowia kontaktowali się ze mną, że już takie prace są prowadzone. Tak więc trzeba by było sprawdzić, na jakim to jest etapie, czy to gdzieś nie stanęło. Gdybym mogła państwa o to poprosić, to byłabym bardzo wdzięczna.

I teraz druga rzecz: wykorzystywanie testów grupowych. To jest znowu jedna z tych spraw, które spotykają się z dużą niechęcią ze strony diagnostów, dlatego że jest taka specjalna ustawa o zawdzie diagnosty i oni mają w tej ustawie napisane, że diagnosta może się podpisać tylko pod wynikiem, który jest pobrany od konkretnej osoby, i jeszcze on powinien widzieć, że to ta osoba oddała tę próbę. W tej sytuacji np. takie ślinomaty... Ja oczywiście prowadziłam rozmowy z diagnostami i pytałam, czy oni na pewno widzą, że każdy tę próbę pobiera sam, gdy dostaje się np. moczu do analizy czy coś. Na to już nie było takiej prostej odpowiedzi. W każdym razie są pewne bloki, które powodują, że wejście w pulowanie gdzieś tam jest hamowane, a wydaje mi się, że w obecnej sytuacji, kiedy mamy epidemię i musimy wykonywać pewne ruchy, hamowanie z tak nieistotnych i wyimaginowanych powodów jest po prostu nie w porządku w stosunku do nas wszystkich, w stosunku do społeczeństwa. Raz jeszcze powiem, że ja rozmawiałam o tym z ministrem Niedzielskim chyba pod koniec stycznia, faktycznie jakieś prace tam ruszyły, tylko ja nie wiem, na jakim one są etapie. Może akurat to udałoby się zrobić.

To tyle, to są takie 2 rzeczy, które w tym momencie nas hamują przed tym, żebyśmy nie spróbowali wprowadzić testowania powszechnego ze śliny i w pulach szerszej niż tylko jako projekt naukowy. Wprawdzie ten projekt jest szeroki, obejmuje wiele instytucji i uczelni medycznych, ale mimo wszystko, gdybyśmy chcieli pójść o krok dalej, ja bym wolała mieć tę legislację jednak zamkniętą. I także z tego powodu bardzo się cieszę, że państwo wysłuchaliście mnie dzisiaj. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Bardzo dziękuję, Pani Profesor.

Rzeczywiście bardzo ciekawy projekt. Myślę, że tutaj, w komisji senackiej od samego początku podkreślaliśmy, zresztą także przy wsparciu ekspertów, że testowanie jest jednym z najważniejszych elementów w zarządzaniu epidemią. Pamiętam, że w zeszłym roku mieliśmy senacki projekt, w którym postulowaliśmy, aby medycy byli raz w tygodniu testowani, jeszcze wtedy, kiedy nie było szczepionek. Ale rzeczywiście było małe zainteresowanie tym tematem, ciągle tylko były podnoszone kwestie finansowe i tego

jakoś nigdy nie udało się przeskoczyć. Tym bardziej jesteśmy zainteresowani tym projektem. Tak jak pani profesor powiedziała, jest to projekt naukowy, ale przecież od nauki do wdrażania... Na tym rzecz polega. Nauka nie ma być nauką samą w sobie, ale ma się przekładać na rozwiązanie dla społeczeństwa.

W związku z tym, podsumowując dzisiejsze nasze posiedzenie komisji, stawiam wniosek właściwie sama sobie, ponieważ napiszemy do Ministerstwa Zdrowia... Będzie to wniosek Komisji Zdrowia z prośbą o informację, czy minister zdrowia jest zainteresowany wdrożeniem tego projektu i na jakim etapie są ewentualnie prace, które powinny być prowadzone w Ministerstwie Zdrowia. Myślę, że nie będziemy pytać o to głównego inspektora sanitarnego, raczej skupimy się na Ministerstwie Zdrowia...

(Główny Inspektor Sanitarny wz. Krzysztof Saczka: Czy mogę się do tego odnieść, Pani Przewodnicząca?)

Tak, jeszcze chwileczkę, momencik.

I druga sprawa. Oprócz tego będziemy pytać pana ministra, Komisja Zdrowia będzie pytała, dopominała się o to, aby w tym rozporządzeniu, o którym pani profesor mówiła, dopisać wyrazy „i śliny”. To jest rozporządzenie, więc my tutaj żadnej ścieżki legislacyjnej nie możemy rozpocząć, ale jako komisja możemy wystąpić z takim wnioskiem do Ministerstwa Zdrowia, co na pewno uczynimy.

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY
WZ. KRZYSZTOF SACZKA**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Ja pozwolę sobie odnieść się do tego projektu, który przedstawiła pani profesor, dlatego że ja uczestniczyłem w pracach, w spotkaniach, choćby u pana premiera Gowina, gdzie pani profesor prezentowała ten projekt, uczestniczyłem w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia i inspekcja sanitarna bardzo mocno włączyła się w ten projekt pulowania, który proponowała pani profesor. Zresztą sama pani profesor potwierdzi, że w pierwszym badaniu przesiewowym nauczycieli, prowadzonym w styczniu, jedna z wojewódzkich stacji, konkretnie we Wrocławiu, we współpracy z panią profesor taką akcją pulowania przeprowadziła. My, przygotowując się do badania przesiewowego w lutym dla nauczycieli

klas I–III oraz przedszkoli i żłobków, również weszliśmy we współpracę z panią profesor i jej zespołem, 16 stacji, czyli wszystkie należące do inspekcji sanitarnej, bardzo mocno zaangażowało się w realizację tego projektu i przygotowanie do przeprowadzenia tego badania w formie pulowania.

Na koniec powiem tylko tyle, że jakby w przededniu przeprowadzenia samego badania zachowanie zespołu pani profesor oraz pana prof. Borowca doprowadziło do takiej sytuacji, że projekt nie został zrealizowany. I w tym miejscu postawię kropkę. Dziękuję.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

**DYREKTOR
INSTYTUTU BIOLOGII DOŚWIADCZALNEJ
IM. MARCELEGO NENCKIEGO PAN
AGNIESZKA DOBRZYŃ**

Nie, nie, nie. Już państwu mówię.

Faktycznie drugi etap... Może tak. W pierwszej turze testowania nauczycieli jedna stacja sanepidu, czyli stacja we Wrocławiu, robiła pulowanie i zrobiła to bardzo dobrze. W związku z tym była duża szansa, że laboratoria sanepidu są w stanie technologicznie wykonać takie doświadczenie jak pulowanie. I faktycznie w przypadku drugiej puli, drugiego testu powszechnego nauczycieli pan minister zlecił zadanie wszystkim 16 stacjom sanepidu, stacjom sanepidu w każdym województwie, żeby wykonały pulowanie. Jednak to zlecenie nie szło w parze ze sprawdzeniem, czy te laboratoria są dostosowane do tego i czy ludzie potrafią zrobić takie analizy. Nawiasem mówiąc, w tym drugim testowaniu powszechnym nauczycieli we Wrocławiu także zrobili pulowanie i wyszło im to świetnie, rozpulowywali nawet więcej, żeby się upewnić, że nie ma wyników fałszywie negatywnych i nie mieli. Pan minister pewnie ma takie dane. Jeżeli nie, to ja mam te dane i je prześlę, to są dane z laboratorium sanepidu. A to, że pozostałe... Wydaje mi się, że sanepid w Szczecinie także potrafi pulować. A to, że pozostałe sanepidy nie potrafią wykonać pulowania prawidłowo... To ja pozwolę sobie już tego nie komentować, bo to po prostu oznacza, że dostały zadanie, które je przerosło. I m.in. dlatego uważam, że pulowanie czy testowanie powszechne powinno być robione pod kierunkiem osób, które wiedzą, w jaki sposób to się robi, i powinno się dawać możliwość tego typu

testowaniu tylko tym laboratoriom, które to potrafią. Ja znam w Polsce co najmniej kilkanaście takich laboratoriów, które potrafią pulować. A laboratoria, które nie potrafią, to oczywiście nie powinny tego robić, to jest dla mnie jasne. Taka była konkluzja po naszym ostatnim spotkaniu przed testowaniem nauczycieli.

(Główny Inspektor Sanitarny wz. Krzysztof Saczka: Jeśli mogę ad vocem, Pani Przewodnicząca...)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, ale ja już nie udzielam panu głosu.

Pan marszałek. Proszę bardzo.

**SENATOR
TOMASZ GRODZKI**

Dziękuję bardzo pani przewodniczącej.

Dziękuję pani profesor za wykład, w którym pani wspomniała, że to nie jest jakieś szczególne odkrywanie Ameryki, bo badania zbiorcze są wykonywane w wielu krajach. Różnica jest taka, że tu pobierana jest ślina, nie ma tego bolesnego momentu pobierania wymazu. Chociaż...

(Wypowiedz poza mikrofonem)

No, ze śliny też robią. Chociaż... Pani profesor tego nie wie, ale jest pewna grupa ludzi, która codziennie ma wymazywane z nosogardzieli i z nosa. Potem powiem, jaka to jest grupa.

(Głos z sali: Senatorowie.)

Nie są to senatorowie.

A pan minister tradycyjnie chyba zaczął się wdawać w jakieś typowe dla jego partii rządzącej teorie spiskowe, które rzeczywiście radziłbym pominąć i robić swoje. Wydaje się, że im szybciej zwiększymy wydajność testowania, bo do tego to wszystko się sprowadza, w ramach racjonalnych kosztów i im szybciej zwiększymy wydajność szczepień... To będzie recepta na uzyskanie jakiegokolwiek kontroli nad tą pandemią. I może pani liczyć na to, że w senackiej komisji i w Senacie znajdzie pani sojuszników w niełatwej walce z biurokracją.

(Dyrektor Instytutu Biologii Doświadczalnej im. Marcelego Nenckiego PAN Agnieszka Dobrzyń: Dziękuję.)

Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Jeszcze raz podkreślę, kierując to swoje zdanie w tej chwili do wszystkich, że tutaj, w komisji senackiej w oparciu o opinie ekspertów, którzy nam doradzali, edukowali nas w czasie epidemii, cały czas wybrzmiewało, że testowanie jest najważniejszym elementem zarządzania. Gdybyśmy na początku epidemii, kiedy był pierwszy boom, mam na myśli Włochy, kiedy pierwsze osoby wjeżdżały do Polski, już wtedy testowali, izolowali i przestrzegali tych wszystkich reżimów, które mamy w tej chwili, czyli zakładania masek, mycia rąk i zachowywania dystansu, jestem przekonana, że nie doszłoby do takiego rozsiewu zakażeń, do jakiego doszło. Teraz mamy mutację, mamy analogiczną sytuację i my znowu nie wyprzedzamy, tylko cały czas monitorujemy stan, który mamy.

Tak więc jesteśmy przekonani, że testowanie jest jednym z najważniejszych elementów zarządzania epidemią, przy tym ważne jest oczywiście noszenie masek, zachowanie dystansu, całego reżimu, który jest wymagany w czasie epidemii. A tego typu projekty badawcze powinny być dla nas absolutnymi priorytetami, bo – tak jak powiedziałam – nauka jest po to, abyśmy wdrażali nowe projekty. I myślę, że dla GIS i dla pana ministra to powinno być rzeczą oczywistą i pan minister powinien się cieszyć, że takie projekty i możliwości powstają, a nie negować, nie mówić, że to jest coś, na czym należy postawić kropkę.

Ostatnie zdanie, pani senator Komor i będziemy zamykać posiedzenie komisji.

**SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Ja chciałabym podziękować pani profesor za to, że odpowiedziała na moje zaproszenie, a pani przewodniczącej za to, że mogliśmy zorganizować takie merytoryczne posiedzenie komisji, bo tego nam brakuje, żeby walczyć z pandemią.

Myślę, że pan inspektor powinien skorzystać z tej wiedzy, bo my jesteśmy po tej samej stronie barykady, a wróg czai się u bram. Tu nie ma co się przegadywać, tylko po prostu trzeba wprowadzić konkretne rozwiązania, tak żeby poradzić sobie z tą pandemią.

Tak że ja bardzo dziękuję pani profesor i wszystkim państwu.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Mam nadzieję, że media zainteresują się także tym wątkiem, nie tylko szczepieniami, ale także testowaniem, testowaniem i testowaniem.

(*Główny Inspektor Sanitarny wz. Krzysztof Saczka: A mogę, Pani Przewodnicząca, jeszcze ad vocem?*)

Proszę bardzo.

**GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY
WZ. KRZYSZTOF SACZKA**

Pani Przewodnicząca, powiem tak: działania, które prowadziła inspekcja sanitarna,

robiła pod nadzorem i kierownictwem i po zweryfikowaniu przez zespół pani profesor i wszystko było okej do momentu, w którym trzeba było rozpocząć testowanie. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, proszę wyjaśnić między sobą takie niuanse. Dla nas istotna sprawa jest taka, że jeżeli badania są potwierdzone, jeżeli test jest możliwy do wykonania badań przesiewowych, to warto się nad tym zastanowić i wdrażać.

Dziękuję państwu bardzo.

Zamykam posiedzenie komisji.

(*Głos z sali: Dziękujemy bardzo.*)

Dziękuję bardzo.

(*Koniec posiedzenia o godzinie 16 minut 01*)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy