

Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarно-Epidemiologicznej w dniu 1 października 2008 r.

W posiedzeniu Komisji, któremu przewodniczył Prof. K. Chomiczewski wzięli udział: Główny Inspektor Sanitarny dr A. Wojtyła, zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego dr P. Biliński (GIS), 2 przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, 3 przedstawicieli GIS, 2 przedstawicieli Pediatrycznej Grupy Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych przy Ministrze Zdrowia (PGE), 3 przedstawicieli Państwowej Inspekcji Sanitarnej MSWiA (GIS-MSWiA), 2 przedstawicieli Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii (WIHE), 2 przedstawicieli Wojewódzkiej Inspekcji Sanitarnej (WSSE), 5 przedstawicieli Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH), oraz po 1 przedstawicielu Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie (IMiDz) oraz Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Tematem obrad były *Propozycje zmian w Programie Szczepień Ochronnych na 2010 r.*

Na wstępie posiedzenia przewodniczący Komisji poinformował, że zostało wysłane pismo do Pani Minister Kopacz z prośbą o wydelegowanie na obecne posiedzenie przedstawiciela Ministerstwa. Pani Marzena Drewniacka z Wydziału Programów Zdrowotnych Departamentu Polityki Zdrowotnej (MZ), wyjaśniła, że przybyła na spotkanie w zastępstwie Dyrektora Departamentu, który od Pani Minister Zdrowia otrzymał zaproszenie na obecne posiedzenie, wystosowane przez przewodniczącego Komisji. Przewodniczący Komisji odczytał pismo od Podsekretarza Stanu Marka Twardowskiego, dotyczące udziału w posiedzeniu wydelegowanego przez Panią Minister Zdrowia przedstawiciela resortu w celu przedstawienia stanowiska co do potrzeb i możliwości wprowadzenia zmian w Programie Szczepień Ochronnych (PSO) na 2010 r. Pismo to było pełne pouczeń dla Komisji i nie wspominało o wydelegowaniu kompetentnej osoby. Prof. K. Chomiczewski zapowiedział, że odpowiedź na pismo Pana Marka Twardowskiego, wskazujące na brak chęci współpracy oraz negatywne nastawienie resortu, skieruje na ręce Pani Minister Ewy Kopacz.

W obszernym wprowadzeniu do dyskusji Prof. E. Bernatowska (PGE, Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka -IP-CZD) w zastępstwie Prof. A. Dobrzańskiej (PGE, IP-CZD) przedstawiła propozycje priorytetowych zmian w Programie Szczepień Ochronnych (PSO) opracowane przez PGE. Za priorytety uznano: zmiany legislacyjne, umożliwiające rozłożenie kosztów szczepień na różnych płatników, wprowadzenie do PSO powszechnych szczepień przeciw pneumokokom w roku 2009 oraz bezpiecznych i skutecznych szczepionek skojarzonych, stopniowe wprowadzanie systemu monitorowania inwazyjnych zakażeń pneumokokowych oraz zabezpieczenie możliwości prowadzenia interwencyjnych szczepień przeciw meningokokom grupy C. Jako kolejny priorytet uznano zastąpienie żywej szczepionki przeciw poliomyelitis --

szczepionką inaktywowaną ze względu brak rejestrowania zakażeń wywoływanych przez poliovirusa typu dzikiego oraz występowanie niezmiernie rzadkich, niepożądanych odczynów poszczepiennych w postaci porażenia wiotkich u zaszczipionych dzieci lub osób z otoczenia zaszczipionych w otoczeniu dzieci z zaburzeniami odporności. Za kolejny priorytet uznano rozszerzenie PSO o nowe szczepienia tj. przeciw ospie wietrznej dla całej populacji oraz przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) w wybranych grupach wieku oraz przeciw rotawirusom w grupach ryzyka. Dr P. Grzesiowski (PGE, Narodowy Instytut Leków - NIL) nadmienił, że szczepienia przeciw HPV zostały umieszczone na liście szczepień zalecanych w dniu dzisiejszym. Prof. E. Bernatowska podkreśliła, że w kwestii wprowadzenia powszechnych szczepień przeciw inwazyjnym zakażeniom wywoływanych przez *Streptococcus pneumoniae* jednolite stanowisko reprezentują Polska Grupa Robocza ds. Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej, kierowana przez Prof. W. Hryniewicz oraz PGE, kierowana przez Prof. A. Dobrzańską. Zapadalność na inwazyjną chorobę pneumokokową u dzieci w wieku do 2 r.ż oraz u dzieci w wieku do 5 r.ż. w Polsce, zgodnie z danymi NIL, wynosi odpowiednio 19,0/100.000 oraz 17,6/100.000. Badania przeprowadzone w 6 województwach w latach 2001-2005 wskazują, że 31% izolowanych szczepów *S. pneumoniae* jest opornych na penicylinę, co pogarsza rokowanie pacjentów w przypadku nieskuteczności terapii antybiotykowej wybranej empirycznie. Nosicielstwo *S. pneumoniae* kształtuje się na poziomie 60%, 35%, 25%, 29% oraz 6%, odpowiednio u dzieci przedszkolnych, uczniów szkół podstawowych, uczniów gimnazjów, osób dorosłych oraz w rodzinach bezdzietnych. Doświadczenia z 10-letniego okresu stosowania szczepionki przeciw inwazyjnym zakażeniom wywoływanych przez *S. pneumoniae* na świecie wskazują, że szczepienia szczepionką 7-walentną zabezpieczają w 97% przed inwazyjnymi zakażeniami pneumokokowymi, obniżają częstość hospitalizacji z powodu inwazyjnych zakażeń pneumokokowych o 39%, a wizyt ambulatoryjnych z powodu zapaleń ucha środkowego o około 20%. Udowodniono, że szczepienia przeciw pneumokokom wykonane u ponad 30.000 dzieci pozwoliły na uzyskanie efektu odporności zbiorowiskowej w postaci obniżonej częstości występowania choroby pneumokokowej wśród rodziców, dziadków oraz rodzeństwa (nieszczepionych niemowląt). Zakażenia *S. pneumoniae* u dzieci na świecie powodują najwyższą liczbę zgonów. Inwazyjne zakażenia pneumokokowe zostały uznane w 2008 r. za jedną z 10 chorób zakaźnych stanowiących zagrożenie jednostki oraz zdrowia publicznego. Jednocześnie WHO zaleciła wprowadzanie szczepień przeciw inwazyjnym zakażeniom pneumokokowym do PSO poszczególnych krajów. Jak podkreśliła Prof. E. Bernatowska szczepienia przeciw pneumokokom wpływają korzystnie również w sposób nieswoisty. Ryzyko zakażeń pneumokokowych, które jest niezmiernie wysokie w ciągu 30 dni u dzieci poniżej 2 r.ż hospitalizowanych z powodu zakażeń obniża się o 40% w przypadku przebycia

zapalenia płuc wywołanego grypą, a o 45-55% w przypadku hospitalizacji z powodu zakażenia ludzkim metapneumowirusem.

Prof. E. Bernatowska zaproponowała naniesienie poprawek w treści funkcjonującego obecnie rozporządzenia odnośnie (1) szczepienia dzieci przed przeszczepem narządów, ale nie przed przeszczepem szpiku, a dopiero po jego rekonstytucji, (2) szczepienia dzieci przedwcześnie urodzonych do ukończenia 1 r.ż. chorych na dysplazję oskrzelowo-płucną o masie ciała poniżej 1500 g. Prof. E. Helwich (IMiDz) dodała, że nie każde dziecko o masie urodzeniowej poniżej 1500 g wykazuje dysplazję, ale każde dziecko o takiej masie należy do grupy ryzyka zakażeń pneumokokowych; sporadycznie dysplazja może wystąpić u dzieci większych. Dlatego grupą ryzyka pozostają wszystkie wcześniaki, a szczególnie z dysplazją oskrzelowo-płucną. W. Dębiński (GIS) wyjaśnił, że treść rozporządzenia jest wiernym zapisem zaleceń przekazanych przez PGE, a wprowadzenie zmian do treści rozporządzenia nie jest obecnie możliwe, ale może zostać uwzględnione w 2010 r. Wprowadzenie zmian do obecnych zapisów nie jest możliwe gdyż zapotrzebowanie na szczepionki zostało już złożone, tworząc określoną rezerwę finansową. Szczepionki zgodnie z przygotowanym wcześniej zapotrzebowaniem trafiają do wojewódzkich stacji sanitarnych z centralnej bazy sanitarno-epidemiologicznej, z których są odbierane. W przypadku kiedy zapotrzebowanie nie zostało złożone, szpital nie otrzyma szczepionek. Prof. E. Helwich zasugerowała, że potrzebna jest zmiana umożliwiająca zastosowanie szczepionki zakupionej przez rodziców w sytuacjach, kiedy szpital jej nie posiada gdyż nie zgłosił zapotrzebowania. W. Dębiński wyjaśnił, że taka regulacja nie zależy od GIS, ale wynika z zapisów Prawa farmaceutycznego. P. Grzesiowski dodał, że zgodnie z treścią prawa farmaceutycznego i ustawy o zespołach opieki zdrowotnej, w szpitalu nie można zastosować leku który nie pochodzi z apteki szpitalnej.

Prof. Bernatowska poprosiła o wprowadzenie listy zaproponowanych zmian w funkcjonujących zapisach aktualnego rozporządzenia w 2010 r. W. Dębiński podkreślił, że GIS będzie realizował zalecenia WHO, Komisji Epidemiologicznej oraz Zespołu Pediatrycznego w oparciu o sytuację epidemiologiczną kraju, przy czym nie może wziąć odpowiedzialności za realizację propozycji przedstawionych Ministerstwu Zdrowia. Rozporządzenie wprowadzające szczepienia przeciw pneumokokom dla całej populacji zostanie zmienione pod koniec października/na początku listopada po rozpatrzeniu na posiedzeniu Kierownictwa Zdrowia. Zapotrzebowanie na szczepionki przeciw pneumokokom dla całej populacji zostało określone, przy czym musi być zgodne z aktualnie obowiązującym rozporządzeniem (zawierającym tylko szczepienia przeciw pneumokokom i ospie wietrznej w grupach ryzyka), co wymaga nowelizacji. Dr P. Grzesiowski zapytał czy GIS posiada informacje czy budżet Ministerstwa Zdrowia został zwiększony. W. Dębiński odpowiedział, że Minister Zdrowia najprawdopodobniej występował o

zwiększenie budżetu, przy czym GIS nie posiadała informacji na temat wyniku tego wystąpienia. M. Drewniacka z Ministerstwa Zdrowia udzieliła informacji, że środki budżetowe przeznaczone na realizację kalendarza szczepień będą porównywalne z rokiem ubiegłym. Dr P. Grzesiowski zapytał czy decyzja o braku zwiększenia środków budżetowych jest wewnętrzną decyzją Ministra Zdrowia czy też decyzją Ministerstwa Finansów. W celu podjęcia dalszych starań o zwiększenie budżetu na kalendarz szczepień istotna jest wiedza o tym Minister Zdrowia wystąpił o zwiększenie jego limitów i go nie otrzymał, czy też Ministerstwo Finansów odmówiło zwiększenia budżetu na realizację kalendarza szczepień. M. Drewniacka wyjaśniła, że Ministerstwo zawsze występuje o zwiększenie środków finansowych na ten cel. W. Dębiński podkreślił, że zalecenia przedstawione przez Prof. Bernatowską nie podlegają dyskusji merytorycznej, a jedynym problemem pozostaje zmiana sposobu finansowania szczepień. Beneficjentem szczepień pozostaje Narodowy Fundusz Zdrowia, który nie partycypuje w finansowaniu PSO. Zgodnie z poprzednimi ustaleniami Komisji, GIS wystąpił do Departamentu Polityki Zdrowotnej z prośbą o powołanie przez Ministra Zdrowia zespołu, w skład którego wejdą przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Finansów, NFZ i GIS. Minister A. Wojtyła nadmienił, że obecnie jest procedowana ustawa o chorobach zakaźnych, a w celu podjęcia dyskusji nad przekazaniem finansowania szczepień do NFZ, co faktycznie wymaga zmiany obecnej ustawy o chorobach zakaźnych i świadczeniach zdrowotnych, zostanie powołania podkomisja. P. Grzesiowski powiedział, że jeżeli ustawa przejdzie w niezmiennym kształcie nie ma innych możliwości, aby szczepionki mogłyby być finansowane z innych źródeł niż Ministerstwo Zdrowia. Aby takie możliwości zaistniały w ustawie musiałby znaleźć się zapis, że dopuszcza się zakup szczepionek z innych źródeł. W projekcie ustawy znajduje się zapis o możliwości ustanawiania programów specjalnych przez Radę Ministrów, co również może stanowić alternatywne rozwiązanie finansowania szczepień. Minister A. Wojtyła nadmienił, że obecnie ustawa jest własnością posłów i nie można wprowadzać na tym etapie żadnych zmian, chyba że posłowie je wprowadzą.

K. Klichon (NFZ) potwierdził, że beneficjentem szczepień jest NFZ, ale przypomniał, że NFZ partycypuje w realizacji finansowania szczepień, choć nie w samym zakupie preparatu. Od tego roku weszło rozporządzenie, które nakazuje NFZ badanie kosztów udzielanych świadczeń, stąd NFZ będzie zmuszony znaleźć środki finansowe na realizację wykonawstwa szczepień. P. Grzesiowski zasugerował, że zapewne w tym celu NFZ podniósł stawkę kawitacyjną. K. Klichon poinformował, że od 2007 r. obowiązuje zwiększona stawka kawitacyjna w stosunku do populacji w postaci 6,19, wyjaśniając, że jest ona wyższa tam gdzie natężenie realizacji szczepień ochronnych dla dzieci i młodzieży zwiększone. Obecność tego współczynnika wynika z przesunięcia zadań związanych z realizacją szczepień. W związku ze zwiększeniem ilości realizowanych szczepień NFZ musi zwiększyć finansowanie wynikające z samej realizacji szczepień. Dr P. Grzesiowski

podsumował, że podmioty, które zawarły umowy z NFZ, posiadają zgodnie z obecnym stanem prawnym obowiązek realizacji kalendarza szczepień, a koszty związane z realizacją szczepień wchodzi w zakres stawki kawitacyjnej. Dr P. Grzesiowski zapytał o możliwości powoływania przez NFZ programów profilaktycznych. K. Klichon odpowiedział, że nie jest to możliwe w ramach programów realizowanych obecnie. Projekt programu profilaktycznego może być rozważony wówczas kiedy będzie zawierał element monitorowania efektów. Dr P. Grzesiowski zapytał, czy np. mógłby zostać rozważony przez NFZ projekt zakładający zmniejszenie liczby chorób kardiologicznych u osób zaszczepionych przeciw grypie. Prof. Helwich zapytała, czy w takim przypadku nie jest niezbędna ocena projektu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych (AOTM). K. Klichon odpowiedział, że taka możliwość istnieje, ale nie w roku 2009. Prof. E. Bernatowska przypomniała, że AOTM zwróciła się do Prof. A. Dobrzańskiej jako Krajowego Konsultanta i pośrednio do PGE o wytypowanie grup ryzyka w szczepieniach przeciw grypie. Prof. E. Helwich zwróciła jednak uwagę, że negatywna ocena AOTM może zablokować projekt na kilka lat.

Prof. E. Bernatowska zaproponowała wprowadzenie zapisu, aby dzieci nie zaszczepione przeciw gruźlicy do 1 r.ż. mogły zostać zaszczepione pojedynczą dawką szczepionki BCG do 15 r.ż.. Dr P. Grzesiowski dodał, że zapis ten został już wprowadzony do aktualnego kalendarza. Prof. K. Chomiczewski podkreślił, że szczepienie przeciw gruźlicy jeżeli niewykonane do 1 r.ż. powinno odbyć się do 15 r.ż. ze względu na fakt wysokiej zapadalności na gruźlicę i lekooporności odnotowywanej za wschodnią granicą. Dla porównania podał, że w Polsce i za wschodnią granicą odnotowuje się, odpowiednio 9% i 40% wszystkich przypadków nowo rejestrowanych przypadków lekoopornej gruźlicy. Prof. E. Bernatowska dodała, że zapadalność na gruźlicę w Polsce to marginalny problem, a dr P. Grzesiowski, że szczepienie przeciw gruźlicy nie zapobiega gruźlicy płuc.

W. Dębiński zwrócił uwagę na potrzebę wypracowania wspólnego stanowiska między Pediatriczną Grupą Ekspertów a Komisją Epidemiologiczną w sprawie zastosowania powszechnych szczepień przeciw poliomyelitis szczepionką inaktywowaną.

Dr M. Kisiel (GIS –MSWiA) zwrócił uwagę, że obecny zapis o szczepieniu w grupach ryzyka jakim są służby należące do grupy tzw. *first responders* działających na terenie Polski i innych krajach, nie jest dostatecznie precyzyjny w kwestii na jakie czynniki zakaźne w danych obszarach narażenia należy zaszczepić personel. Minister P. Biliński powiedział, że koszty szczepień związane z zagrożeniami w miejscu pracy ponosi pracodawca, czyli dla służby zdrowia jest to Minister Zdrowia, a dla wojska – Ministerstwo Obrony Narodowej (MON). Prof. K. Chomiczewski wymienił straż pożarną, graniczną i policję jako służby podlegające resortowi MSWiA, a służby ratownictwa medycznego jako służby podlegające Ministrowi Zdrowia. Taki

podział może wpływać na rozbieżności w praktycznym zastosowaniu szczepień przeciw konkretnym czynnikom zakaźnym. Dr M. Kisiel powiedział, że w związku z niewielkimi kosztami szczepień w tych grupach narażenia, ze względu na niewielką liczbę pracowników w stosunku do całej populacji, należałoby rozważyć czy nie powinna zostać przeprowadzona zmiana, w której istniałaby możliwość zaszczepienia tych grup przez jeden resort np. Ministerstwo Zdrowia. Dr P. Biliński powiedział, że zgodnie z obowiązującym prawem, środki na finansowanie tych szczepień musi zapewnić pracodawca, a Minister Zdrowia nie posiada w swoim budżecie środków na zabezpieczenie wymienianych grup zawodowych. Zmiana taka byłaby możliwa w przypadku zmiany ustawy o chorobach zakaźnych, ale obecnie ustawa jest własnością posłów, a dodatkowo zmiana taka wymagałaby zmian w prawie unijnym. Dr P. Grzesiowski zapytał, czy dyskutujemy nad finansowaniem szczepień w konkretnych grupach narażenia czy też nad doprecyzowaniem zapisów w treści rozporządzenia dotyczących określenia czynników zakaźnych na jakie powinny zostać zaszczepione konkretne grupy zawodowe. Dr M. Kisiel wyjaśnił, że nie jest istotne kto wymienia szczepienia będzie finansował, ale ważniejsze jest uszczegółowienie zapisów, które obecnie są zbyt ogólne. Prof. K. Chomiczewski dodał, że szczególnym problemem są służby ratownictwa medycznego, które podporządkowane są wojewodom, czyli administracji rządowej, który z określonymi pracodawcami podpisuje umowę. Wyjaśnienia wymaga, czy to pracodawca zapewnia wykonawstwo szczepień u swoich pracowników, czy też wojewoda, który z określonymi pracodawcami podejmuje umowę.

Dr P. Biliński dodał, że Minister Zdrowia obiecał sfinansowanie szczepień przeciw pneumokokom dla całej populacji, przy czym obietnica ta nie została zawarta w żadnym z oficjalnych dokumentów. Dr P. Grzesiowski dodał, że obietnica ta została sformułowana w prasowej wypowiedzi Ministra Zdrowia. Dr P. Biliński podkreślił potrzebę przedstawienia Ministerstwu Zdrowia planów rozwoju kalendarza szczepień z podziałem na lata w postaci modelu docelowego w odniesieniu do kolejności wprowadzanych zmian, który spełniałby niezbędne wymogi i zostałby rozłożony na poszczególne etapy. Prof. E. Bernatowska powiedziała, że takie plany zostały Ministrowi przekazane. Dr P. Grzesiowski wspominał o kategoryzacji chorób zakaźnych, która jest zgodna z propozycjami rozwoju kalendarza szczepień, czyli w pierwszej kolejności obejmuje pneumokoki, grypę, meningokoki, a następnie krztusiec u młodzieży i dorosłych. Do rozważenia w przyszłości pozostaje wprowadzenie szczepień przeciw krztuścowi u młodzieży i dorosłych w oparciu o dane epidemiologiczne uzyskane w badaniach np. typu sentinel. Dr P. Biliński powiedział, że Minister Zdrowia posiada narzędzia jakim są programy zamawiane, finansowane przez Ministerstwo Nauki pozwalające na uzyskanie środków na realizację np. wielośrodkowego projektu przygotowanego przy współpracy z Inspekcją Sanitarną. Dr M. Rosińska (NIZP-PZH) wspominała o projekcie prowadzonym przez dr P. Stefanoffa dotyczącym

epidemiologii zachorowań na krztusiec u młodzieży i dorosłych. Dr P. Biliński poprosił, aby dr Stefanoff skontaktował się z GIS w celu omówienia czy dane z tego projektu będą mogłyby wykorzystane przez GIS. W. Dębiński powiedział, że wprowadzenie szczepień przeciw krztuścowi w wymienionych grupach wiązałoby się z przejściem na szczepienia z użyciem bezkomórkowego składnika krztuścowego. GIS wykonał kosztorys na różne warianty kalendarza i koszt zakupu np. szczepionek skojarzonych kształtuje się w zakresie 350 mln zł. Dr P. Grzesiowski przypomniał, że koszt wprowadzenia szczepień skojarzonych może być inny w przypadku kiedy kupowana dotychczas szczepionka DTP krajowego producenta nie zostanie zaakceptowana w procesie harmonizacji, podobnie jak w przypadku innych szczepionek tego wytwórcy T. Szkoda (GIS) powiedział że Ministerstwo jest o takiej możliwości poinformowane. Dr P. Biliński nadmienił, że GIS posiada opracowane warianty kalendarza z użyciem szczepionek wieloskładnikowych i że Ministerstwo otrzymało szacunkowy kosztorys szczepień w różnych wariantach z maksymalną ceną 450 zł dla optymalnej kombinacji. Minister Zdrowia nie musi dbać o to czy budżet jest zrównoważony, bo aktualnie 50% kosztów szczepionek pochodzi z kieszeni pacjenta. W przypadku kiedy Ministerstwo Zdrowia wprowadzi szczepienia z użyciem szczepionek wieloskładnikowych dojdzie do odciążenia budżetu rodziców, spadku sprzedaży aptecznej i wzrostu kosztów Państwa. To zrównoważenie budżetu w innych krajach unijnych jest mniejsze niż w naszym kraju. P. Grzesiowski dodał, że taka sytuacja istnieje gdyż cena szczepionki kupowanej w aptecce jest trzykrotnie wyższa niż szczepionki kupionej w przetargu. Dr P. Biliński powiedział, że w sytuacji kiedy Ministerstwo Zdrowia musiałoby wprowadzić szczepionki skojarzone ze względu na niedostępność szczepionki która nie przeszła procesu harmonizacji, mogłoby jednocześnie wpłynąć na ceny preparatu poprzez np. zlikwidowanie sprzedaży aptecznej, co spowodowałoby utrzymanie się udziału pacjentów w wydatkach na najnowocześniejsze preparaty. Należy określić, która ze szczepionek może wchodzić w skład standardu „koszykowego”, a która pozostanie luksusem „pozakoszykowym” (np., czy jest to szczepionka 5-cio czy 6-cio składnikowa) w celu wspólnego wypracowania drogi przygotowującej etapowe wejście w kalendarz z określeniem kolejności wprowadzanych zmian w najbliższych latach, co pomogłoby przygotowaniu materiałów dla AOTM, która ma wpływ na to co wejdzie do koszyka.

Na podstawie obrad Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu w dniu 1 października 2008 r. Przewodniczący Komisji sformułował następujące wnioski:

- 1. Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw pneumokokom jest niezbędne w 2010 roku, a następnie niezbędne jest wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw ospie wietrznej.**
- 2. Niezbędne jest podjęcie takich działań legislacyjnych, aby nie tylko Ministerstwo Zdrowia partycypowało w kosztach szczepień.**



3. **Komisja Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu oraz Pediatryczna Grupa Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych przy Ministrze Zdrowia** muszą działać wspólnie i opracować wieloletnią strategię modernizacji kalendarza szczepień zgodnie z zaleceniami WHO.

Przewodniczący Komisji
Epidemiologii Chorób Zakaźnych
i Bioterroryzmu

Sekretarz Komisji
Epidemiologii Chorób Zakaźnych
i Bioterroryzmu

Prof. dr hab.n. med. Krzysztof Chomiczewski

dr hab. Anna Gzył