

GIS-EP-410-8(1)/13/11

**PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA  
RADY SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ  
w dniu 28 czerwca 2011 r.**

P.M.T. Alwede KAP 11  
P. B. Fejgnu'ska 5)  
- proszę o ew.  
Zuszet: do  
13.07.11 12 00  
K...  
1.07.11

Posiedzenie Rady Sanitarно-Epidemiologicznej odbyło się 28 czerwca 2011 r. w siedzibie Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

W spotkaniu udział wzięli: Przewodniczący, Sekretarz oraz 10 z 15 Członków Rady. W posiedzeniu uczestniczyli: Główny Inspektor Sanitarny- dr n. med. Przemysław Biliński, Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego- Witold Tomaszewski, Dyrektorzy Departamentów GIS oraz zaproszeni goście: Dr n. med. Aneta Nitsh- Osuch, Prof. dr hab. n. med. Jerzy Ziółkowski, Dr n. med. Jolanta Szych,

Wykładowcy: Prof. dr hab. n. med. Andrzej Zieliński, Dr n. med. Jacek Mrukowicz  
( lista obecności – w załączeniu).

Posiedzenie otworzył Przewodniczący Rady Sanitarно-Epidemiologicznej - prof. dr hab. Andrzej Wojtczak. Przewodniczący przedstawił program posiedzenia. Posiedzenie poświęcono tematyce szczepień w odpowiedzi na nasilające się ruchy antyszczepionkowe, konieczność stworzenia nowych uregulowań prawnych oraz przygotowania nowego Kalendarza Szczepień Ochronnych.

Przed przystąpieniem do części merytorycznej, dr n. med. Jolanta Szych przedstawiła aktualną sytuację nt. epidemii E. coli O104. W Niemczech zachorowało ponad 3000 osób w wyniku zakażenia E. coli O104, szczepem werotoksycznym i enteroagregacyjnym. Ponad 800 osób zachorowało w wyniku zakażenia na zespół hemolityczno-mocznicowy. Badania wykazały, że przyczyną zakażenia były skażone kiełki, przy czym nie wiadomo czy do skażenia kiełków doszło podczas nawadniania nasion, czy też skażone były same nasiona. W Polsce były 3 potwierdzone przypadki zakażenia tym samym epidemicznym szczepem.

W wyniku kontaktu z osobami chorymi, a nie przez spożycie kiełków 2 na 3 przypadki stanowiły potwierdzone zakażenia od osób ze środowiska domowego. Dawka zakażająca w przypadku werotoksycznych E. coli jest bardzo niewielka, aby wystąpiło pełnoobjawowe zakażenie.

Główny Inspektor Sanitarny - Przemysław Biliński poinformował, że dociekania nt. rezerwuaru E. coli nadal trwają. Ten sam szczep bakterii znaleziono w okolicznej rzecce, do zakażenia mogło więc dojść drogą wodną. W związku z epidemią zaistniała konieczność wdrożenia monitoringu. Państwowa Inspekcja Sanitarna wykonała dotychczas ponad 10 600 kontroli. W wyniku tych kontroli przebadano 700 próbek, w żadnej nie stwierdzono patogennych szczepów E. coli. Dane te

zostały przekazane Ministrowi Rolnictwa. Na ich podstawie Państwowa Inspekcja Ochrony Roślin i Nasiennictwa wydaje zaświadczenia dla producentów i eksporterów, tak aby umożliwić eksport warzyw i owoców na teren Rosji i Ukrainy. W ostatnich dniach doszło do uzgodnienia treści i podpisania porozumienia między Państwową Inspekcją Sanitarną a Inspekcją Ochrony Roślin i Nasiennictwa. Z porozumienia wynika, że Państwowa Inspekcja Sanitarna będzie udostępniała dane z monitoringu. Oznacza to, że nie można wyłączyć monitoringu i nadzoru z działań jednostek PIS. Działalność ta wiąże się z ogromnymi kosztami po stronie Państwowej Inspekcji Sanitarnej, również z uwagi na konieczność wdrożenia sprawniejszych metod, dokonania zakupu maszyn, które wykonują 700 oznaczeń na dobę.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Zieliński zgodnie z programem posiedzenia przedstawił prezentację pn. „Znaczenie szczepień ochronnych w umacnianiu zdrowia populacji i ich zakres”.

Początek szczepień stanowią szczepienia przeciw ospie. Zaobserwowano, że osoby które były zakażone krowianką nie chorowały później na ospę podczas powtarzających się epidemii. Skłoniło to do wprowadzenia szczepienia opartego na odporności krzyżowej (ospa prawdziwa i krowianka). Następnym krokiem była wariolacja, czyli szczepienie ludzi zdrowych materiałem wirusowym pochodzącym ze zmian chorobowych ospy ludzkiej. Edward Jenner zastosował zakażenie zadrapanej skóry surowiczą zawartością pęcherzy wymion krów zakażonych krowianką do uodpornienia przeciw ospie.

Osobami, które dokonały największych odkryć w obszarze szczepień byli również Ludwik Pasteur oraz Elmer Salmon i Theobald Smith. Ostatnim etapem były szczepionki, w których antygeny były produkowane metodami genetycznymi.

Szczepionka przed wprowadzeniem na rynek musi przejść system oceny bezpieczeństwa i skuteczności (badania przedkliniczne, badania kliniczne). Badania fazy III stanowią końcowy etap rozwoju klinicznego szczepionki przed uzyskaniem pozwolenia na dopuszczenie jej do obrotu.

Do każdego szczepienia prowadzony jest monitoring niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP). NOP stanowi każde zaburzenie stanu zdrowia, jakie występuje po szczepieniu. Może być wynikiem indywidualnej reakcji organizmu człowieka szczepionego na podanie szczepionki, błędu podania szczepionki, złej jej jakości, bądź zjawisk od szczepienia niezależnych, a tylko przypadkowo pojawiających się po szczepieniu. Odczyny występują rzadko i mogą być w postaci odczynów miejscowych jak np. obrzęk, zaczerwienienie, ropień lub uogólnione ze strony ośrodkowego układu nerwowego (drgawki, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych).

Szczepienia, oprócz poprawy stanu zdrowia przyczyniają się do dużych oszczędności finansowych (skrócony czas hospitalizacji, zachowanie produktywności, koszty leczenia).

Od czasu wprowadzenia obowiązkowych szczepień dzieci poniżej drugiego roku życia przeciwko

błonicy, nastąpił gwałtowny spadek zachorowań. Obecnie przypadki błonicy występują bardzo rzadko i nie występuje umieralność z powodu tej choroby.

Kolejnymi sukcesami szczepień są szczepienia przeciwko krztuścowi, poliomyelitis, odrze, śwince, różyczce i WZW B.

Wprowadzając szczepienia należy brać pod uwagę przede wszystkim dane epidemiologiczne oraz obciążenie chorobą społeczeństwa (burden of disease). Należy ocenić, czy choroba stanowi ważny problem dla zdrowia publicznego. Działania promujące konkretne szczepionki powinny być prowadzone przed jej wprowadzeniem, niezależnie od firm farmaceutycznych. Preparat szczepionkowy musi być sprawdzony pod względem bezpieczeństwa i skuteczności. Należy liczyć się z ograniczonymi środkami finansowymi.

Obecnie koncentracja powinna być skierowana w kierunku szczepień przeciwko pneumokokom.

Dr n. med. Jacek Mrukowicz wygłosił prezentację pt. „dlaczego hasła antyszczepionkowe trafiają na podatny grunt i jak temu przeciwdziałać?”

W dobie internetu ludzie mają dostęp do wielu informacji, z których część nie ma wartości naukowej, wyrabiają one jednak opinie na dany temat. Lekarze powinni konfrontować przekonania pacjentów z danymi potwierdzonymi naukowo. Należy przedstawić pacjentowi korzyści szczepień, ale jednocześnie mówić otwarcie o niepożądanych odczynach poszczepiennych i ich ryzyku.

Odsetek rodziców, którzy odmawiają szczepień swoich dzieci z powodów niemedycznych różni się w zależności od miejsca zamieszkania (ruchy społecznościowe, przekrój społeczności-wykształcenie, wiara). Regiony o niskiej wyszczepialności stanowią potencjalne ognisko epidemii. Monitorowanie wyszczepialności w małych populacjach może ujawnić ryzyko potencjalnego wybuchu epidemii.

Podstawą do ruchów antyszczepionkowych jest wolność wyboru i chęć decydowania o sobie. Przeprowadzono wiele badań, charakteryzując cechy typowe dla rodziców, którzy odmawiają szczepień swoich dzieci. Osoby odmawiające szczepień są częściej pod opieką homeopaty, naturopaty lub są zwolennikami nurtu o nazwie „ekorodzicielstwo”.

Do najczęstszych barier dla wykonywania szczepień dla rodziców którzy szczepią swoje dzieci należą:

1. obawy i wątpliwości dotyczące bezpieczeństwa szczepień,
2. negatywne emocje związane z bólem,
3. brak zaufania do środowiska medycznego i osób promujących szczepienia,
4. przekonanie, że choroby zakaźne nie są już zagrożeniem dla życia i zdrowia,

5. przekonanie, że środowisko medyczne nie ma dostatecznej wiedzy o NOP, lub ukrywa informacje nt. NOP,

Barierę stanowi ponadto część środowiska medycznego, która wypowiada się negatywnie o szczepieniach. Jest duża grupa lekarzy specjalistów, którzy odradzają szczepień. Ukazują się negatywne opinie w sprawie szczepień lub publikowane są fałszywe wyniki badań (związek MMR z autyzmem).

Osoby, które nie chcą się szczepić, selektywnie wyszukują informacje nt. szczepień lub interpretują wszelkie wątpliwości na korzyść własnych poglądów.

W grudniu 2008 roku Rada Sanitarno-Epidemiologiczna wydała opinię w sprawie stosowania tiomersalu jako środka konserwującego szczepionki. Zalecono, aby wprowadzając nowe szczepionki do programu szczepień ochronnych, wybierać wyłącznie preparaty niezawierające rtęci, a w perspektywie do dwóch lat od grudnia 2008 roku, należy zastąpić preparaty zawierające rtęć równoważnymi lub skuteczniejszymi szczepionkami nie zawierającymi związków rtęci. Zalecenie to nie zostało spełnione.

W Polsce, głównym źródłem informacji nt. szczepień dla pacjenta jest lekarz (badania PZH-Stefanowicz i wsp.). Ponieważ lekarz jest głównym źródłem informacji nt. szczepień i buduje więź z pacjentem, powinien być przygotowany do udzielenia rzetelnych, wiarygodnych informacji na ten temat. Należy:

1. weryfikować wszelkie hipotezy co do bezpieczeństwa lub skuteczności szczepień,
2. doskonalic system monitorowania bezpieczeństwa szczepień,
3. prowadzić edukację na temat ryzyka korzyści wynikających ze szczepień,
4. rozważyć edukację w szkołach (im wcześniej pozytywny wizerunek szczepień będzie budowany, tym łatwiej będzie później prowadzić programy profilaktyczne za pomocą szczepień),
5. unowocześniać Program Szczepień Ochronnych poprzez wprowadzanie najbezpieczniejszych z dostępnych szczepionek,
6. redukować liczbę wkluc przez wprowadzenie szczepionek szeroko skojarzonych.

Dyrektor Tomasz Szkoda przedstawił zasady tworzenia Kalendarza Szczepień Ochronnych. Kalendarz szczepień opiera się o obowiązujące akty prawne (ustawa i rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień. (Dz. U. z dnia 30 grudnia 2002 r. z późn. zm.)). Podstawą do tworzenia Kalendarza Szczepień Ochronnych są ponadto zalecenia Komisji Epidemiologii, zalecenia Pediatrycznego Zespołu Ekspertów, rekomendacje WHO i cdc, ale przede

wszystkim aktualna sytuacja epidemiologiczna w kraju (z uwzględnieniem sytuacji w krajach sąsiadujących, jak też w krajach, do których Polacy często podróżują). Rolę odgrywają również sytuacja finansowa kraju.

Wstępne szacowanie kosztów przeprowadzane jest w maju każdego roku w Departamencie Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, na podstawie zaleceń i rekomendacji ekspertów, na podstawie tego jak kalendarz szczepień wyglądał w roku poprzednim oraz szacowanej wielkości populacji wg danych rocznika statystycznego publikowanego przez GUS oraz cen jakie w ostatnich przetargach uzyskano w zakładzie zamówień publicznych przy Ministrze Zdrowia (w zakładzie tym przeprowadza się centralny zakup szczepionek stosowanych w programie szczepień obowiązkowych).

W czerwcu każdego roku przekazywane jest ostateczne szacowanie kosztów, które wynika z zapotrzebowań przesłanych przez Wojewódzkie Stacje Sanitarno- Epidemiologiczne. Szacowanie to jest zwykle niższe od szacowania wstępnego.

Do 31 października każdego roku Główny Inspektor Sanitarny publikuje komunikat, w którym podaje dawki oraz wiek szczepionych dzieci i młodzieży na rok następny.

Przygotowanie wniosków o wszczęcie postępowania o zamówienie publiczne dokonuje się w departamencie Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia.

W szacowaniu umieszczana jest również rezerwa magazynowa. Rezerwa ta szacowana jest na około 3-miesięczny zapas szczepionek, na podstawie średniego zużycia z roku poprzedniego (w przypadku szczepionki MMR jest to ponad 90 000 miesięcznie).

Opóźnienia terminów i transz dostaw szczepionek powodują konieczność uwzględniania rezerwy magazynowej w szacowaniach. Uwzględniana jest też rezerwa przeciwepidemiczna.

Szacunkowy koszt na 2011 r. wyniósł 97 341 565 zł.

Obowiązkowe szczepienia finansowane są ze środków publicznych. W przypadku szczepień zalecanych koszty pokrywa osoba zainteresowana.

Analiza realizacji szczepień ochronnych obejmuje stan zaszczepienia w stosunku do poszczególnych chorób, populacji dzieci, roczników i grup ryzyka. Dane te opracowywane są przez zakład epidemiologii PZH (dane publikowane na stronie PZH).

Z rezerwy epidemicznej zostało 15 000 szczepionek przeciwko *Neisseria meningitidis* typu C- z uwagi na krótką datę ważności należałoby przeprowadzić szczepienia akcyjne . ***Prośba do Rady o wskazanie jakie grupy należy wybrać do tych szczepień ( na jakiej zasadzie rozdysponować szczepionki, które są w rezerwie).***

W trakcie dyskusji głos zabrała Dr n. med. Aneta Nitsh- Osuch- Adiunkt w Katedrze Medycyny Rodzinnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Badania prowadzone w Katedrze Medycyny Rodzinnej WUM potwierdzają, że głównym źródłem wiedzy nt. szczepień jest lekarz. Lekarz jest źródłem wiedzy w 50-70% przypadków. W pozostałych przypadkach źródło wiedzy stanowią: internet, media i bardzo rzadko pielęgniarka (4-7%). W porównaniu, w Niemczech pielęgniarka jest źródłem wiedzy w 40% przypadków.

Argumenty ruchów antyszczepionkowych nie powinny padać na podatny grunt w środowisku profesjonalistów medycznych. Profesjonalista powinien być wyposażony w odpowiednią wiedzę oraz odpowiednie umiejętności komunikacyjne, aby skutecznie rozwiązać wątpliwości rodziców i pacjentów.

**Dr J. Mrukowicz:** Należałoby wprowadzić taki moduł szkoleniowy dla studentów, gdyż informacja nt. Programu Szczepień jest obecnie bardzo skąpa i nie dotyka współczesnych zagadnień i wyzwań. Polskie Towarzystwo Wakcynologii organizuje w dniach 23-24 listopada konferencję, która będzie poświęcona miejscu nauczania wakcynologii w kształceniu.

**Prof. B. Samoliński:** Zasadniczym problemem jest świadomość lekarska, a nie świadomość pacjentów. Budowanie kampanii społecznej nt. szczepień ochronnych nie jest rolą lekarzy. Jest to działanie wielosektorowe, wychodzące poza obszar opieki zdrowotnej. Należy zrobić rozpoznanie nie tylko na temat tego jak często występują negatywne postawy, ale również dlaczego te postawy istnieją i jakie czynniki warunkują postawy antyszczepionkowe.

**Prof. A. Zieliński:** Ważna jest nie tyle walka z oporem przeciwko szczepieniom, co pozytywna promocja szczepień, która powinna zaczynać się od edukacji lekarzy.

Dziecko nie jest własnością swoich rodziców. Jest obywatelem, który ma swoje prawa i nie można mu tych praw odmawiać. Dziecko, które nie jest zaszczepione, korzysta z odporności zbiorowskiej osób zaszczepionych, a nie przyczynia się do niej.

Odejście od terminu szczepienia obowiązkowe i zastąpienie go terminem szczepienia rekomendowane jest niebezpieczne. Szczepienia to nie przymus, a obowiązek obywatelski do którego społeczeństwo powinno się poczuwać.

**Prof. A. Wojtczak:** Obowiązek, który jest egzekwowany konsekwencjami karnymi (mandatami) jest przymusem i nie może w takiej formie się utrzymać. Jest to niezgodne z prawami człowieka.

**Dr n. med. A. Nitsh- Osuch:** Czy znane są dane epidemiologiczne z Polski bądź innych krajów, jak duży jest odsetek dzieci nieszczepionych na skutek ruchów antyszczepionkowych?

**Dr J. Mrukowicz:** W Polsce informacji nt. ile osób odmawia szczepień pod wpływem ruchów antyszczepionkowych nie ma, jednak liczba tych osób w ostatnich latach zwiększyła się.

**Prof. A. Zieliński:** Nie ma badań innych niż badanie poziomu zaszczepienia. Przez lata Polska

znajdowała się w ścisłej czołówce w Europie w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych. W ostatnich latach spadło o kilka procent zaszczepienie szczepionką MMR, najprawdopodobniej z powodu odmów. Spadają zaszczepienia na te szczepionki, przeciwko którym jest wzmożony atak ruchów antyszczepionkowych.

**Dyr. T. Szkoda:** Dzieci, które miały nieuzupełnione karty uodpornienia, a więc uznawane jako uchylające się od szczepień, było w 2010 r. średnio w skali kraju- 2953, to jest 185 osób na województwo.

**Prof. J. Ziółkowski-** pracownik naukowy Kliniki Pneumologii i Alergologii.

Czy wypowiedzi lekarzy, że gruźlica dziecięcej nie ma i należy wycofać się ze szczepień przeciwko gruźlicy to ruch antyszczepionkowy? Dlaczego w projektowanym Kalendarzu Szczepień nie ma diagnostyki tuberkulinowej, która jest we wszystkich krajach europejskich? Dlaczego nikt nie chce przyjmować NOPów po BCG (miejscowych, bez zaburzeń immunologicznych)?

**Prof. A. Zieliński:** NOPy monitorowane są w Polsce obowiązkowo, natomiast czułość tego monitorowania pozostawia wiele do życzenia. Sprawdzanie NOPów powinno się odbywać w sposób czynny, to znaczy z kontrolowaniem dokumentacji (historii chorób). Państwowa Inspekcja Sanitarna powinna poprawić czułość nadzoru.

NOPy zgłasza się do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych i trafiają następnie do Zakładu Epidemiologii PZH.

**Dyr. I. Kucharska:** sposób postępowania w przypadku NOPów jest opisany i uregulowany przepisami prawa, w rozporządzeniu do ustawy o chorobach zakaźnych, które reguluje sposób, tryb zgłaszania NOPów. Załącznikiem jest formularz zgłoszenia, w którym opisane jest kto komu i w jakim czasie powinien NOP zgłosić.

**Dr A. Wojtyła:** Rada Sanitarno-Epidemiologiczna powinna zwrócić się do nadzoru specjalistycznego, ponieważ to nadzór specjalistyczny ma dostęp do historii choroby. Pracownicy PIS nie są lekarzami i nikt im nie zezwoli na wgląd w historię choroby.

**Dr K. Bartel:** obecnie żeby rozpoznać autyzm wystarczy, że spełnionych jest między 6 a 8 kryteriów klinicznych. Kiedyś tych kryteriów klinicznych musiało być spełnionych znacznie więcej. Rada Sanitarno-Epidemiologiczna powinna wystosować informację o zmianie kryteriów rozpoznawania autyzmu. Wskazałoby to jednoznacznie na brak powiązania autyzmu ze stosowaniem szczepionki MMR

Dr J. Mrukowicz wnioskował o zamieszczenie w Programie Szczepień na 2012 rok, w grupie szczepień zalecanych szczepionki przeciwko krztuścowi dla młodzieży i dorosłych. Rezerwuaru

choroby w tej grupie jest znacznie więcej (zgodnie z badaniami PZH) niż wynikałoby to z oficjalnych zgłoszeń. Jest taka potrzeba.

### Część organizacyjna

Członkowie Rady zaakceptowali jednogłośnie protokół z posiedzenia Rady z 30 marca 2011 r.

Główny Inspektor Sanitarny wręczył nominację na Członka Rady Dr hab. n. med. Andrzejowi Horbanowi. Następnie wraz z Przewodniczącym Rady Sanitarno-Epidemiologicznej wręczyli powołania na Przewodniczących Komisji:

1. Komisja do spraw Stacji Sanitarno – Epidemiologicznych  
Przewodniczący: dr Krzysztof Bartel
2. Komisja epidemiologii chorób niezakaźnych i promocji zdrowia;  
Przewodniczący: Prof. dr hab. n. med. Wojciech Drygas
3. Komisja epidemiologii chorób zakaźnych;  
Przewodniczący: Dr hab. n. med. Andrzej Horban
4. Komisja higieny radiacyjnej i bioterroryzmu;  
Przewodniczący: Prof. dr hab. Marek Janiak
5. Komisja sanitarnej ochrony granic;  
Przewodniczący: dr Maciej Bobkowski
6. Komisja kształcenia kadr i organizacji zdrowia publicznego;  
Przewodniczący: Prof. dr hab. Bolesław Samoliński
7. Komisja zdrowia środowiskowego;  
Przewodniczący: Prof. dr hab. Jan Zejda
8. Komisja bezpieczeństwa żywności i żywienia;  
Przewodniczący: dr n. med. Andrzej Wojtyła

Prof. A. Wojtczak poprosił Członków Rady o odniesienie się do pisma Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych przy Ministrze Zdrowia ws. zmian w Programie Szczepień Ochronnych. Zespół wystąpił z propozycją rozszerzenia Programu Szczepień Ochronnych o szczepienie przeciwko pneumokokom dzieci do 2. roku życia oraz rozszerzeniu zakresu szczepień zalecanych o szczepionki wysoko-skojarzone zawierające bezkomórkową komponentę pałeczki krztuśca.

**Prof. Brydak:** Od 2000 r. Komitet Doradczy ds. Szczepień uznał dzieci zdrowe od 6 m-ca życia do 18 r.ż. jako grupy podwyższonego ryzyka, dlatego tabela pt. priorytety zmian w Programie Szczepień Ochronnych opracowane przez Pediatryczny Zespół Ekspertów, wiersz: „szczepienia



przeciwko grypie w wybranych grupach ryzyka” jest niezrozumiała.

Profesor zobowiązała się przygotować pisemne stanowisko w tej sprawie.

**Prof. P. Tyszko:** Należy poprosić Zespół Ekspertów o doprecyzowanie i lepsze merytoryczne uzasadnienie wniosku.

**Dr A. Wojtyła:** Postulaty, które są poruszane w piśmie (np. szczepionka pięciowalentna)- są nierealne, niewykonalne ze względów ekonomicznych, Są to koszty, które wielokrotnie przekraczają budżet na szczepienia ochronne.

**Prof. A. Wojtczak:** przychodzące dokumenty nt. szczepień zostaną przekazane do Komisji epidemiologii chorób zakaźnych. Na kolejnym posiedzeniu Rady Komisja przedstawi konkluzje.

W kolejnym punkcie Prof. P. Tyszko przedstawił sprawę, która wpłynęła do Rady z Departamentu Bezpieczeństwa Zdrowotnego Wody odnośnie zajęcia stanowiska w sprawie uznania równoważności metody alternatywnej RTM-18 z metodą referencyjną do oznaczania bakterii E. coli. Prezydium z udziałem eksperta- Pani dr Jolanty Szych przeanalizowało dokumentację. Stwierdzono, że Główny Inspektor Sanitarny zwracał się już dwukrotnie do PZH o opinię w tej sprawie.

Prof. L. Brydak poinformowała, że metoda ta jest stosowana i dopuszczona. Jako pracownik PZH zobowiązała się do przesłania opinii do Przewodniczącego Rady.

Po otrzymaniu opinii PZH sprawa wniosku Departamentu Bezpieczeństwa Zdrowotnego Wody zostanie przedstawiona Radzie obiegiem i będzie poruszona na następnym posiedzeniu Rady.

Główny Inspektor Sanitarny przekazał informacje n.t. aktualnych problemów w pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Sytuacja Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie poprawia się mimo wyłożonej pracy. Nastroje w strukturach wojewódzkich i powiatowych nie są korzystne. Na sytuację składa się przede wszystkim brak środków finansowych na bieżącą działalność. Obserwuje się też spadek zleceń do Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Pogorszyła się sytuacja pracowników. Z badań przeprowadzonych w powiatach i w województwach wyliczono, iż średnia płaca w PIS to 2490,00 zł, jest to 75% średniej krajowej. Apele związków zawodowych są kierowane głównie do Wojewodów, bo to oni są organami założycielskimi.

Dr K. Bartel wnioskował o zajęcie przez Radę stanowiska w sprawie podległości jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

**Prof. A. Wojtczak:** Mamy przykład Niemiec, gdzie decentralizacja spowodowała chaos

informacyjny podczas epidemii E. coli. Sąsiednie landy nie wiedziały co się dzieje w innych. Nie stworzyli też wytycznych do leczenia. Wniosek powinien jednoznacznie wskazywać na skutki decentralizacji na przykładzie Niemiec. Analiza niemiecka i analiza sytuacji finansowej PIS powinna odnosić się do zmniejszenia możliwości czuwania nad bezpieczeństwem zdrowotnym społeczeństwa.

**Dr P. Biliński:** Państwowa Inspekcja Sanitarna jest unikalną strukturą w skali europejskiej, która łączy w jednej instytucji odpowiedzialność za bezpieczeństwo żywności, jak i epidemiologię chorób zakaźnych. Dzięki istnieniu jednej instytucji, przepływ informacji jest otwarty i nieograniczony.

Dyrektor Departamentu Współpracy Międzynarodowej i Ochrony Sanitarnej Granic GIS-Paweł Abramczyk przygotowuje analizę systemu niemieckiego, z uwzględnieniem ich systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi oraz bezpieczeństwem żywności.

*Protokołowała:*

*Anna Matyszkiewicz  
specjalista  
Departament Promocji Zdrowia  
Biostatystyki i Analiz GIS*

*Dr hab. n. med. Piotr Tyszko*

*Sekretarz  
Rady Sanitarnej-Epidemiologicznej*

Protokołowała:

Anna Matyszkiewicz  
Departament Promocji Zdrowia,  
Biostatystyki i Analiz