

**Stanowisko Nr 3**  
**Zespołu Konsultacyjnego**  
**dotyczącego pakietu rekomendacji**  
**w zakresie zmian w prawie**  
**ze stosowaniem zasad dostępności.**

Tytuł projektu: „Dostępność dla pacjentów - monitoring tworzonego i stanowionego prawa”.

Działanie 2.16. Usprawnienie procesu stanowienia prawa

Data spotkania: 11.07.2022

Imię i nazwisko osoby prowadzącej: Stanisław Maćkowiak

Miejsce spotkania: Hotel Czarna Perła, Przejazdowo, ul. Główna 18A.

W spotkaniu uczestniczyło 11 osób

- 9 przedstawicieli Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti,
- 2 przedstawicieli Stowarzyszenia POLILKO.



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## SPIS TREŚCI

### CZĘŚĆ PIERWSZA

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie reklamy produktów leczniczych (MZ 1262)

- |     |   |        |
|-----|---|--------|
| I.  | Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie | Str. 3 |
| II. | Stanowisko Zespołu Konsultacyjnego                              | Str. 5 |

### CZĘŚĆ DRUGA

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia uchylającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (MZ 1314)

- |     |   |        |
|-----|---|--------|
| I.  | Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie | Str. 8 |
| II. | Stanowisko Zespołu Konsultacyjnego                              | Str. 9 |



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## CZĘŚĆ PIERWSZA

### I. Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie

W projektowanym rozporządzeniu przewiduje się następujące zmiany:

- a) Zmianę treści ostrzeżeń dotyczących bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego – obecne ostrzeżenie, zdaniem Projektodawcy, nie wykazuje potencjału do budowania pożądanych postaw u odbiorców służących bezpieczeństwu stosowania produktów leczniczych zgodnie z ulotką. Powyższa sytuacja wpływa niekorzystnie na odbiorcę przekazu reklamowego, bardzo słabo reagującego na odczytane ostrzeżenie, co w konsekwencji może wpływać na nierozsądną i nieodpowiedzialną konsumpcję leków.

Reklama produktu leczniczego kierowana do publicznej wiadomości w formie audiowizualnej, zawiera ostrzeżenie o następującej treści:

- 1) „To jest lek. Dla bezpieczeństwa stosuj go zgodnie z ulotką dołączoną do opakowania. Nie przekraczaj maksymalnej dawki leku. W przypadku wątpliwości skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą.” albo
- 2) „To jest lek. Dla bezpieczeństwa stosuj go zgodnie z ulotką dołączoną do opakowania i tylko wtedy, gdy jest to konieczne. W przypadku wątpliwości skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą.”, albo
- 3) „To jest lek. Dla bezpieczeństwa stosuj go zgodnie z ulotką dołączoną do opakowania. Zwróć uwagę na przeciwwskazania. W przypadku wątpliwości skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą.”.

Proponowane nowe brzmienie ostrzeżeń, jak twierdzi Projektodawca, buduje u odbiorcy pożądany nawyk konieczności zapoznawania się z ulotką informacyjną dołączoną do opakowania, która zawiera informacje dotyczące bezpiecznego dawkowania, stosowania



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



zgodnie ze wskazaniami oraz z wszelkimi przeciwwskazania do stosowania produktu leczniczego.

Należy podkreślić, że ostrzeżenie nie było zmieniane od dnia wejścia w życie rozporządzenia (tj. od 28 listopada 2008 r.). Jednocześnie zjawisko stałego wzrostu liczby reklam produktów leczniczych zawierających przedmiotowe ostrzeżenie, a tym samym jego powtarzalność, kierowanych do publicznej wiadomości za pośrednictwem stacji telewizyjnych radiowych oraz innych mediów, wywołuje u adresata reklamy znużenie jego treścią i negatywne odniesienie się do jego treści, co może skutkować nadmierną i nierozważną konsumpcją produktów leczniczych stosowanych w samoleczeniu, a zatem bez kontroli lekarza.

Wprowadzenie ostrzeżenia w trzech różniących się wersjach, lecz z zachowaniem głównego przekazu ma zwrócić uwagę odbiorcy na nowy element reklamy oraz zawarty w nim przekaz. Odbiorca reklamy, jak było dotychczas – z jedną wersją ostrzeżenia, mógł ignorować jego treść, gdyż słyszał lub czytał takie ostrzeżenie wielokrotnie. Zakłada się, że wprowadzenie trzech wersji ostrzeżeń spowoduje, że reklamy produktów leczniczych będą różniły się pod tym względem między sobą, co spowoduje koncentrację uwagi odbiorców reklamy na treści ostrzeżenia;

b) Odstąpienie od obowiązku wskazywania przeciwwskazań do stosowania produktu leczniczego w reklamie kierowanej do publicznej wiadomości – należy zauważyć, że tekst odnoszący się do przeciwwskazań zawarty w reklamie jest niezrozumiały dla odbiorcy, często jest odczytywany w sposób szybki i zawiera wiele danych, które i tak nie zostaną zapamiętane przez odbiorcę. Źródłem informacji o stosowaniu leku, jego działaniu, wskazaniach i przeciwwskazaniach powinna być dla pacjenta ulotka informacyjna dołączona do opakowania, czytana w skupieniu przed zastosowaniem leku.

Przewiduje się przepis przejściowy stanowiący, że reklama, której rozpowszechnianie rozpoczęto przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, a niespełniająca nowych wymogów, może być rozpowszechniana po tym dniu, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia

w życie rozporządzenia. Po tym czasie, wszystkie reklamy muszą odpowiadać zmienionym wymaganiom.

Projektowana regulacja będzie miała, zdaniem Projektodawcy, wpływ na duże przedsiębiorstwa oraz na działalność mikroprzedsiębiorców i małych i średnich przedsiębiorców, o ile prowadzą one reklamę produktów leczniczych kierowaną do publicznej wiadomości. Podmioty te będą musiały dostosować się do wymagań wprowadzonych w projekcie rozporządzenia.

Projektowane przepisy będą miały wpływ na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe, osoby starsze i niepełnosprawne, w zakresie zwiększenia świadomości racjonalnego stosowania produktów leczniczych. Wejście w życie rozporządzenia przyczyni się do zwiększenia świadomości pacjentów w zakresie racjonalnego stosowania produktów leczniczych.

## **II. Stanowisko Zespołu Konsultacyjnego.**

Środowiska pacjenckie reprezentowane w Zespole Konsultacyjnym zgadzają się z opinią Projektodawcy, że obecna forma ostrzeżeń w reklamach produktów leczniczych nie spełnia swojej roli, w szczególności ostrzeżenia nie wykazuje potencjału do budowania pożądanych postaw u odbiorców służących bezpieczeństwu stosowania produktów leczniczych zgodnie z ulotką. Powyższa sytuacja wpływa niekorzystnie na odbiorcę przekazu reklamowego, bardzo słabo reagującego na odczytane ostrzeżenie, co w konsekwencji może wpływać na nierozsądną i nieodpowiedzialną konsumpcję leków.

Podobną opinię mają one na temat konieczności odstąpienia od obowiązku wskazywania przeciwwskazań do stosowania produktu leczniczego w reklamie kierowanej do publicznej wiadomości. Tekst odnoszący się do przeciwwskazań zawarty w reklamie jest niezrozumiały dla odbiorcy, często jest odczytywany w sposób szybki i zawiera wiele danych, które i tak nie zostaną zapamiętane przez odbiorcę. Źródłem informacji o stosowaniu leku, jego działaniu,



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



wskazaniach i przeciwwskazaniach powinna być dla pacjenta ulotka informacyjna dołączona do opakowania, czytana w skupieniu przed zastosowaniem leku.

Jak przypominaj członkowie Zespołu, prawo farmaceutyczne stanowi, że zabrania się reklamy produktów leczniczych wydawanych wyłącznie na receptę czy zawierających środki odurzające i substancje psychotropowe oraz umieszczonych w wykazach leków refundowanych (przepis nie dotyczy szczepień ochronnych). Ponadto reklama produktu leczniczego nie może być prezentowana przez: osoby znane publicznie, naukowców, osoby posiadające wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne lub sugerujące posiadanie takiego wykształcenia. Nie może też odwoływać się do zaleceń takich osób.

Jeśli chodzi o proponowane przez Projektodawcę rozwiązania, członkowie Zespołu Konsultacyjnego wnoszą szereg uwag krytycznych oraz zastrzeżeń.

1. Po pierwsze – Projektodawca nie mówi, czy impulsem do zmiany formuły ostrzeżeń były jakieś przeprowadzone na jego zlecenie badania, wskazujące na realną potrzebę zmiany istniejącego status quo.

Duża część członków Zespołu uważa, że reklamy produktów leczniczych w mediach są zbyt częste i prezentowane w zbyt agresywnej formie. Ostrzeżenia im towarzyszące są mało czytelne. Informacja w reklamie jest niekompletna. Ostrzeżenia nie powinny być tak szybko odczytywane. Powinny zostać dodane piktogramy obrazujące ostrzeżenia. Wskazane w projekcie 3 wersje tekstu ostrzeżenia zbyt mało się od siebie różnią. Powinien być jeden, poprawiony tekst, który powinien ukazywać się już na początku emisji reklamy.

2. Jednak należy również rozważyć kwestię tego, że przewidziany w projekcie nowelizacji rozporządzenia wymóg, aby ostrzeżenie miało formę czarnego napisu na białym tle wydaje się rozwiązaniem nadmiernym, nieadekwatnym do celu, jakim jest zapewnienie, by ostrzeżenie było w treści reklamy widoczne. Może jednocześnie budzić niepożądane skojarzenia, ponieważ obecnie wymóg zamieszczania ostrzeżeń w tej formie (czyli czarna czcionka na białym tle) obowiązuje na opakowaniach wyrobów tytoniowych. Po wprowadzeniu obowiązku zamieszczania w reklamie leków ostrzeżeń

podobnie wyglądających, jak te powszechnie kojarzone z wyrobami tytoniowymi, przynajmniej część pacjentów i obywateli może mieć poważne wątpliwości co do bezpieczeństwa stosowania ściśle kontrolowanych produktów leczniczych. Zespół rekomenduje zmianę powyższego rozwiązania zawartego w projekcie rozporządzenia.

3. Inni, bardziej radykalni w opiniach członkowie Zespołu Konsultacyjnego uważają, że leki w ogóle nie powinny być w mediach reklamowane, ponieważ leki przepisuje lekarz lub farmaceuci. A ci mają inne kanały otrzymywania informacji o nowych lekach. Zmniejszenie możliwości szerokiego reklamowania może przyczynić się do ograniczenia nadmiernej konsumpcji leków. Ani obecna formuła ostrzeżenia ani te proponowane w projekcie nie wydają się wystarczająco zrozumiałe przez obywateli-pacjentów, aby pobudzić ich do refleksji.
4. Wyznaczony przez Projektodawcę okres przejściowy w którym formuła ostrzeżeń w reklamach nie będzie musiała być zmieniona – jest zbyt długi.
5. Ponadto, jak wskazują członkowie Zespołu, nie została zaadresowana przez Projektodawcę stosunkowo nowa i bardzo szybko rosnąca sfera reklam produktów leczniczych w Internecie.

Internet jest coraz ważniejszym medium służącym udostępnianiu informacji o produktach, w tym o produktach leczniczych. Wiąże się to z aktywną rolą użytkowników, którzy poszukują określonych informacji i nie są jedynie ich biernymi odbiorcami, odmiennie niż w przypadku tradycyjnych środków przekazu (prasa, radio, telewizja). Okoliczność ta powinna mieć istotne znaczenie dla stwierdzenia czy dany przekaz internetowy stanowi reklamę czy neutralną informację, jak również co do zakresu informacji, które mogą być przekazywane za pośrednictwem Internetu. Trzeba przy tym podkreślić, że w przypadku produktów leczniczych uznanie danego przekazu za reklamę powoduje, że podlegać on będzie daleko

idącym rygorom wynikającym z ustawy Prawo oraz rozporządzenia w sprawie reklamy produktów leczniczych.

Jak wskazują członkowie Zespołu, przy tworzeniu stron internetowych należy w sposób świadomy rozróżniać przekazy informacyjne oraz reklamowe, tj. nie łączyć obu rodzajów serwisów informacyjnych. W przypadku działań reklamowych należy stworzyć odrębną witrynę internetową (najlepiej udostępnianą za pośrednictwem oddzielnej domeny – np. z nazwą leku), która spełni wszystkie wymagania prawne dotyczące reklamy.

Oddzielnie należy natomiast udostępniać strony internetowe poświęcone danemu schorzeniu czy też ogólnej działalności danego przedsiębiorcy farmaceutycznego. W tym ostatnim przypadku jedynym dopuszczalnym działaniem jest zamieszczenie zestawienia leków, bez opisu wskazań, ewentualnie w połączeniu ze zdjęciami opakowań oraz z udostępnieniem Charakterystyki Produktów Leczniczych.

6. Kluczowe znaczenie ma ustalenie do jakiego kręgu odbiorców reklama jest kierowana.

Przepisy farmaceutyczne wyróżniają tu dwie kategorie: profesjonalistów medycznych i farmaceutycznych (tj. tzw. osoby uprawnione do przepisywania leków i prowadzenia obrotu tymi lekami) oraz nieprofesjonalistów (tj. sytuację kierowania przekazów do tzw. publicznej wiadomości).

W świetle przepisów farmaceutycznych bez znaczenia jest natomiast, przyjmowane na gruncie niektórych innych ustaw (np. regulacji dotyczących reklamy napojów alkoholowych lub wyrobów tytoniowych), rozróżnienie na reklamę publiczną i niepubliczną. Nie ulega wątpliwości, że zwrotu „kierowanie reklamy do publicznej wiadomości”, którym posługują się przepisy farmaceutyczne (wzorem regulacji unijnej) nie można utożsamiać z sytuacją publicznego rozpowszechniania reklamy (chodzi bowiem o skierowanie reklamy do przeciętnej odbiorcy – pacjenta a nie o publiczny charakter przekazu). W przypadku działalności internetowej oznacza to, że strony internetowe o charakterze zindywidualizowanym (dostępne dla wybranych osób) zawierające przekazy reklamowe również mogą zostać zakwestionowane. Innymi słowy fakt prowadzenia reklamy niepublicznej



nie oznacza wyłączenia regulacji reklamowych (odmiennie niż w przypadku witryn poświęconych reklamie napojów alkoholowych czy wyrobów tytoniowych).

Rozróżnienie na reklamę kierowaną do profesjonalistów i nieprofesjonalistów jest natomiast istotne w kontekście odpowiedniego zabezpieczenia dostępu do strony internetowej. Przykładem jest prasa internetowa kierowana do lekarzy. Jeśli zamieszczona w niej zostanie reklama leku na receptę, to fakt braku odpowiedniego zabezpieczenia dostępu do prasy może spowodować zakwestionowanie reklamy ze względu na uznanie jej za reklamę kierowaną do publicznej wiadomości (ze względu na możliwość zapoznania się z nią przez pacjentów).

7. Coraz bardziej pilnym zagadnieniem jest określenie reguł kolizyjnych dotyczących reklamy internetowej. Trzeba bowiem zwrócić uwagę, że według tradycyjnego ujęcia obowiązujące przepisy reklamowe podlegają zasadzie terytorializmu, tj. stosuje się je w odniesieniu do działań mających miejsce lub wywołujących skutek na terytorium Polski. Internet ma jednak charakter ponad terytorialny, co jednak nie może oznaczać, że z założenia nie podlega regulacjom krajowym. Problematyczne będzie jednak powiązanie przekazów z terytorium danego państwa. Zagadnienie to w ocenie członków Zespołu również powinno stać przedmiotem prac legislacyjnych.

Tak więc proponowana zmiana treści ostrzeżeń zdaniem członków Zespołu Konsultacyjnego nie będzie miała istotnego wpływu na poprawę bezpiecznej dostępności pacjentów do reklamowanych produktów leczniczych.



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## CZĘŚĆ DRUGA

### **Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia uchylającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (MZ 1314)**

#### **I. Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie**

Na podstawie fakultatywnego upoważnienia ustawowego zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, minister zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Projektodawca stwierdza, że w związku ze zmianą sytuacji epidemicznej w Rzeczypospolitej Polskiej, jak również w celu ujednoczenia przepisów, konieczne jest, uchylenie przedmiotowego rozporządzenia.

Za uchyleniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach przemawia, zdaniem Projektodawcy, spadek liczby zakażeń spowodowanych wirusem SARS-CoV-2 oraz związana z tym liczba osób wymagających izolacji, jak również zmiana, od dnia 1 kwietnia 2022 r., zasad realizacji świadczeń na rzecz pacjentów, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2, zwaną dalej „COVID-19”, wynikająca z decyzji Ministra Zdrowia, zgodnie z którą diagnostyka i leczenie COVID-19 nie będzie dodatkowo finansowane z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 lub budżetu państwa.

Zatem mając na uwadze znaczną poprawę stanu epidemicznego w Rzeczypospolitej Polskiej w związku ze zmniejszeniem rozprzestrzeniania się zakażeń wywołanych wirusem SARS-CoV-2, a co za tym idzie znacznym zmniejszeniem liczby osób kierowanych do izolatorium, zasadnym jest, zdaniem Projektodawcy, odstąpienie od rozwiązań organizacyjnych dedykowanych zapobieganiu i zwalczaniu epidemii COVID-19. W związku z powyższym, wystarczające jest



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



stosowanie regulacji określonych ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

W dalszej części uzasadnienia projektodawca stwierdza, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach powstało w związku z koniecznością zapewnienia miejsc izolacji pozaszpitalnej osób, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) lub podejrzenie zachorowania, jeżeli zostały przez lekarza skierowane do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 w ramach izolacji odbywanej poza szpitalem, w tym izolacji w warunkach domowych (pacjenci o lekkim przebiegu choroby), które nie powinny lub nie mogły być poddane izolacji w miejscu zamieszkania (dotyczyło to m.in. osób zamieszkujących z osobami starszymi w podeszłym wieku lub obciążonymi ryzykiem obniżonej odporności na infekcję COVID-19. Przepisy rozporządzenia uwzględniały sytuację związaną z wprowadzonym stanem epidemii w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz gwałtownym szerzeniem się zachorowań wywołanych tym wirusem i podejmowaniem jak najszerzych i najskuteczniejszych działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Wprowadzane rozwiązania mają charakter organizacyjny i nie będą wymagać dodatkowych nakładów finansowych. Ponadto, zdaniem Projektodawcy, projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną rodzin, osób starszych oraz osób niepełnosprawnych.

## II. Stanowisko Zespołu Konsultacyjnego

Za uchynieniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach przemawia, zdaniem Projektodawcy, spadek liczby zakażeń spowodowanych wirusem SARS-CoV-2 oraz związana z tym liczba osób wymagających izolacji. Zmiana ma związek z rosnącą liczbą zakażeń Omikronem, który znacznie krócej rozwija się w organizmie.



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Zdaniem członków Zespołu Konsultacyjnego, nie wiadomo jednak, na podstawie jakich danych epidemiologicznych Projektodawca powziął takie przekonanie.

Jak wskazują członkowie Zespołu za ekspertami, informacje o przeprowadzonych testach na koronawirusa, liczbie nowych zakażeń i liczbie hospitalizowanych podawane są w mediach społecznościowych Ministerstwa Zdrowia albo na konferencjach prasowych. By porównać dzienne statystyki, trzeba je sobie zbierać samemu. Chcąc poznać więcej szczegółów, można się posiłkować informacjami z urzędów wojewódzkich - które są jednak nieustandaryzowane i także niepełne. Prosząc urzędy o niektóre podstawowe, trzeba się liczyć z odpowiedzią w różnych terminach, co czyni późniejsze porównania nieprecyzyjnymi.

Członkowie Zespołu nie znają w Polsce jednego oficjalnego źródła, które prezentowałoby zbiorczo informacje dotyczące koronawirusa, takie jak: liczba przypadków zakażonych, liczba osób hospitalizowanych, liczba osób na oddziałach intensywnej terapii, liczba zgonów, liczba osób, które wyzdrowiały i opuściły szpitale, liczba przeprowadzonych testów, w tym pozytywnych, zachorowania i zgony w rozbiciu na grupy wiekowe i płeć, na źródło zakażenia, liczba wolnych miejsc w szpitalach zakaźnych – osobno dla całego kraju i osobno dla województw.

Najłatwiej dostępne są informacje o liczbie zachorowań, śmierci z powodu COVID-19, liczbie hospitalizowanych, liczbie osób objętych kwarantanną i nadzorem epidemiologicznym. Dane te można na bieżąco monitorować i porównywać w odniesieniu do każdego regionu. Pojawiają się regularnie na profilach Ministerstwa Zdrowia w mediach społecznościowych oraz na stronach internetowych bądź w mediach społecznościowych urzędów wojewódzkich i wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

W przypadku większości województw można się dowiedzieć jedynie ogólnie o okolicznościach zakażenia - najczęściej jednak dane są nieprecyzyjne lub niepełne. Zainteresowanie opinii publicznej, w tym członków Zespołu Konsultacyjnego budzi liczba przeprowadzonych testów, często udostępniana w sieci przez urzędy wojewódzkie i stacje nadzoru epidemiologicznego.

Jednak dane te także są niepełne, bo testy bardzo wiele osób robi sobie sama, nie zgłaszając tego do systemu.

Wielu członków Zespołu uważa, że dane dotyczące okoliczności zakażenia są najłabszą informacją pod względem wiarygodności. Wielu pacjentom trudno wskazać moment, w którym doszło do zakażenia, tym bardziej, że źródłem rozprzestrzeniania się choroby są też pacjenci nie zdradzający objawów.

Podobnie niewielką wartość ma informacja o liczbie testów przeprowadzanych w każdym województwie. W województwach, w których jest mniej zakażeń, robi się prawdopodobnie mniej testów, bo jest mniej nowych przypadków i mniej kontaktów.

Wielu pacjentów nawet po stosunkowo długim okresie trwania pandemii koronawirusa w Polsce nadal nie jest zorientowanych co do znaczenia niektórych podstawowych terminów. Termin izolacja – to odosobnienie osoby chorej na SARS-CoV-2 z pozytywnym wynikiem testu. Jeśli dana osoba ma dodatni wynik testu, to kwarantanna przekształca się w izolację. Izolacja domowa trwa 7 dni, jeżeli u pacjenta nie wystąpiły objawy COVID-19. Lekarz POZ może podjąć decyzję o konieczności jej przedłużenia, jeżeli stan zdrowia pacjenta będzie tego wymagał.

Członkowie Zespołu Konsultacyjnego są zdania, że zamiast całkowicie odstępować od zasad zawartych w poprzednim rozporządzeniu, następnym krokiem władz powinno być skrócenie okresu izolacji z siedmiu do pięciu dni. Wynika to z badań naukowych. Wirus zaczyna zakażać przed jego wykryciem, a potem zakaża przez ok. 5 dni. Później – nawet jeżeli stwierdza się testem wirusa w drogach oddechowych, to ten wirus nie ma potencjału zakażenia kogokolwiek. Ponadto obserwuje się coraz więcej osób zaszczepionych dwiema bądź trzema dawkami szczepionek, mających dodatni wynik na obecność koronawirusa SARS-CoV-2, które zwykle przechodzą chorobę łagodnie. To najczęściej jest katar i ból gardła przez 2-3 dni. Ponieważ mają dodatni wynik, to powinni być izolowani pomimo tego, że do końca nie wiadomo, czy są w stanie kogokolwiek zakażać. Nie ma dobrych badań w tym kierunku, bo trudno badać osoby

bez objawów choroby. Dlatego dla tych osób — zaszczepionych dwiema bądź trzema dawkami — należałoby skrócić izolację do momentu ustania objawów.

Niektórzy członkowie Zespołu wskazują na fakt, że wyeliminowanie dotychczasowych zasad izolacji, bez powszechnego stosowania testu antygenowego, oznacza, że wielu pacjentów zakażonych wróci do pracy i kontaktów społecznych, co jest niezgodne z wytycznymi ECDC (Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób). Utrzymują, że zasady epidemiologii chorób zakaźnych się nie zmieniły. A w Polsce obecnie kwarantanna po kontakcie z chorym na COVID jest niepotrzebna, niezależnie od stanu zaszczepienia osoby z kontaktu. Jest to niezgodne z aktualną wiedzą, wytycznymi międzynarodowymi i zdrowym rozsądkiem. Brak izolacji i kwarantanny może oznaczać wzrost zakażeń.

Dodatkowo, pierwszego kwietnia zakończyło się finansowanie szpitali tymczasowych oraz specjalnych oddziałów covidowych – ministerstwo zdrowia uznało, że chorzy na COVID-19 mogą być poddani leczeniu według standardowych zasad, jak ma to miejsce w przypadku pozostałych pacjentów.

Szpitala tymczasowe, jak i oddziały covidowe są powoływane na zlecenie wojewodów. W opinii Zespołu Konsultacyjnego zamykanie szpitali tymczasowych powinno następować spójnie z decyzjami wojewodów, by nie dochodziło do sytuacji, w której dany szpital wciąż jest zobligowany przez wojewodę do prowadzenia oddziału covidowego, jednakże łóżka nie są już finansowane z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

W każdym województwie powinny być dostępne stałe oddziały covidowe w wybranych szpitalach wieloprofilowych, które wciąż będą odpowiedzialne za zabezpieczenie pacjentów w sytuacji przejścia pandemii w endemię z rozwojem okresowych ognisk epidemicznych.

Należy brać bowiem pod uwagę fakt, że leczenie chorych z COVID-19 w każdym szpitalu wpłynie na zakłócenie pracy placówki – nieprzygotowanej do izolacji tych chorych.

Ponadto, 28 marca odwołano obostrzenia epidemiczne – zniesiony został obowiązek noszenia maseczek w zamkniętych przestrzeniach publicznych, nie ma też nadzorowanej przez sanepid izolacji i kwarantanny. Maski trzeba zakładać jedynie w szpitalach i przychodniach. Jednakże minister zdrowia rekomenduje noszenie maseczek w miejscach dużych skupisk ludzkich.

Członkowie Zespołu Konsultacyjnego zgadzają się z opiniami specjalistów, wskazujących, że "odwoływanie" pandemii COVID-19 jest działaniem przedwczesnym. W takiej sytuacji znikają jakiegokolwiek ograniczenia mające na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa. To, że kończy się piąta fala, nie oznacza zakończenia pandemii. Dopiero czas pokaże, jak będzie zachowywał się wirus i rozwijała sytuacja epidemiologiczna na świecie.

Zespół Konsultacyjny zgadza się z opinią zespołu doradczy ds. COVID-19 przy prezesie Polskiej Akademii Nauk, który zwrócił się z apelem do rządu, prosząc o wycofanie pomysłu zakończenia obostrzeń epidemicznych. PAN zwraca uwagę na konieczność intensywnej promocji szczepień przeciw COVID-19, która będzie chronić zarówno tych, którzy uciekają przed wojną w Ukrainie, jak i tych, udzielających im pomocy.

Jak podkreślają w swoim stanowisku członkowie zespołu doradczego ds. COVID-19 przy prezesie Polskiej Akademii Nauk, w Polsce każdego dnia diagnozowanych jest kilkanaście tysięcy nowych zakażeń wirusem i notuje się niemal 200 zgonów. Dane te, w przeliczeniu na milion mieszkańców, plasują Polskę w ścisłej czołówce światowej.

Tylko 30 proc. populacji dorosłych Polaków jest zaszczepionych tzw. boosterem, czyli trzecią dawką przypominającą – zauważają eksperci, wskazując, że w Ukrainie pandemia COVID-19 się nie zakończyła, mimo tego, że 1 kwietnia 2022 roku ogłoszono w Polsce praktycznie koniec pandemii. Tego dnia, choć realnie epidemia nadal trwa, rząd zniósł właściwie wszystkie obostrzenia, w tym obowiązkową izolację chorych, a Narodowy Fundusz Zdrowia – dodatkowe finansowanie świadczeń związane z COVID-19, m.in. finansowanie testowania i szpitali tymczasowych.



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Członkowie Zespołu Konsultacyjnego zauważają, że decyzja rządu spotkała się z zadowoleniem środowisk negujących pandemię lub wręcz zaprzeczających istnieniu wirusa SARS-CoV-2. Z kolei środowiska od dwóch lat zaangażowane w walkę z pandemią raczej uważają, że jest to decyzja groźna i przedwczesna. Obecnie w Polsce około 60 proc. społeczeństwa przyjęło dwie, a 30 proc. trzy dawki szczepionki przeciwko COVID-19. Pozostali w dużym odsetku już przechorowali COVID-19 przynajmniej jednokrotnie. Należy pamiętać jednak, że odporność nabyta w związku z zaszczepieniem lub przechorowaniem dość szybko zanika. Niestety, brak zdecydowanej promocji akcji szczepień w Polsce, a w konsekwencji powolne ich tempo, zaowocowały ponad 200 tys. nadmiarowych zgonów.

Zdaniem Zespołu Konsultacyjnego wiele wskazuje na to, że decyzją o uchyleniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach, władze medyczne w Polsce przyczyniają się do osłabienia wysiłków, aby przekonać ludzi do zachowywania niezbędnej ostrożności i higieny. Przewidywaną konsekwencją będzie ryzyko wzmożenia zakażeń, powrotu silnych obostrzeń, co spowoduje zmniejszenie poziomu dostępności pacjentów do bezpiecznej opieki medycznej w otwartych i zamkniętych placówkach opieki zdrowotnej.

Stanowisko Zespołu Konsultacyjnego moderował i opracował:

Stanisław Maćkowiak

Ekspert Projektu



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

