

## Meldunek 3/A/00

### o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.03 do 15.03.2000 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 3/A		Dane skumulowane	
	1.03.00. do 15.03.00.	1.03.99. do 15.03.99.	1.01.00. do 15.03.00.	1.01.99. do 15.03.99.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	4	7	10	21
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	371	345	1884	1784
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	1	2	11	44
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	302	149	1051	588
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	247	67	806	284
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	1241	604	4585	2777
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	876	427	3335	2113
Teżec: ogółem (A33-A35)	-	-	1	-
Błonica (A36)	-	-	1	-
Krztusiec (A37)	68	29	315	158
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	502	507	2223	2129
Zapalenie opon mózgowych: razem	62	93	335	423
w tym: meningokokowe (A39.0)	9	8	32	32
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	6	5	19	15
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	29	40	154	182
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	14	33	101	160
inne i nie określone (G03)	4	7	29	34
Zapalenie mózgu: razem	19	21	83	96
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	7	3	19	22
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	1	1	6
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	4	1	9	6
wirusowe, nie określone (A86)	6	14	40	48
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	2	2	14	14
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	6612	4653	35940	27212
Odra (B05)	1	5	16	26
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2548	1270	8487	4621
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	12	49	73	260
typu B (B16; B18.0-B18.1)	114	166	602	678
typu C (B17.1; B18.2)	96	73	438	330
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	4	7	31	25
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	15	18	83	86
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	925	5364	5244	31711
Włośnica (B75)	2	-	5	-
Świerzb (B86)	952	727	4178	3413
Grypa: ogółem (J10; J11)	34106	140618	1507680	2285085
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	486	418	2501	2188
w tym: salmonelozy (A02.0)	367	344	1876	1776
gronkowcowe (A05.0)	-	-	39	43
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	5	9	18
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	-
inne określone (A05.3-A05.8)	3	3	29	10
nie określone (A05.9)	115	66	547	341
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	1	1	2	2
w tym: grzybami (T62.0)	1	1	2	2
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	366	221	1554	1219
w tym: pestycydami (T60)	5	1	5	7
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	216	148	861	719
alkoholem (T51)	72	24	303	198
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	-	3	8	4

## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.03.2000 r. wg województw

Województwo	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.1-3)	Salmonelozy: ogółem (A02)	Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Teżec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
	Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokokowe (A39.0)	Ogółem (A39.8; A83-86; B00.4; B02.0; B25.8; G04.0; G04.2; G04.8-9)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)									
POLSKA	4	-	-	371	1	1241	-	68	502	62	9	19	-
Dolnośląskie	-	-	-	13	-	98	-	1	61	1	1	1	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	25	-	70	-	-	28	6	1	2	-
Lubelskie	-	-	-	36	-	91	-	-	8	3	1	-	-
Lubuskie	-	-	-	9	-	49	-	-	10	-	-	1	-
Łódzkie	-	-	-	31	-	42	-	23	21	5	-	2	-
Małopolskie	-	-	-	25	-	61	-	-	33	10	1	1	-
Mazowieckie	-	-	-	54	-	117	-	14	79	8	2	1	-
Opolskie	1	-	-	9	1	28	-	-	28	3	-	1	-
Podkarpackie	-	-	-	19	-	99	-	-	11	5	1	3	-
Podlaskie	-	-	-	18	-	63	-	19	12	1	-	1	-
Pomorskie	-	-	-	26	-	118	-	-	14	6	-	1	-
Śląskie	3	-	-	36	-	116	-	3	106	3	-	1	-
Świętokrzyskie	-	-	-	10	-	54	-	6	7	1	1	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	13	-	76	-	2	22	1	-	2	-
Wielkopolskie	-	-	-	33	-	133	-	-	48	6	1	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	14	-	26	-	-	14	3	-	1	-

Województwo	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby			Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerzb (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)
				typu A (B15)	typu B: ogółem (B16; B18.0-1)	typu C: ogółem (B17.1; B18.2)							
POLSKA	6612	1	2548	12	118	100	925	2	952	34106	486	1	366
Dolnośląskie	632	-	314	-	16	11	38	-	43	1588	16	-	19
Kujawsko-Pomorskie	290	-	130	-	15	10	31	1	71	1015	40	-	26
Lubelskie	268	-	105	-	3	2	24	-	115	584	40	-	69
Lubuskie	225	-	8	-	4	3	23	-	24	602	13	-	22
Łódzkie	410	-	271	-	10	17	90	-	151	4516	39	1	2
Małopolskie	468	-	258	3	4	4	118	-	79	3313	25	-	14
Mazowieckie	630	-	294	3	9	19	73	1	54	8650	62	-	18
Opolskie	294	-	50	-	6	1	72	-	7	379	9	-	-
Podkarpackie	241	-	21	-	5	-	20	-	51	1047	28	-	24
Podlaskie	317	-	99	1	2	-	32	-	44	1030	19	-	29
Pomorskie	243	-	48	-	4	5	70	-	35	1837	33	-	32
Śląskie	1038	-	679	1	22	5	113	-	144	1545	58	-	16
Świętokrzyskie	306	-	35	1	4	8	48	-	49	849	15	-	53
Warmińsko-Mazurskie	172	-	62	-	3	3	30	-	28	2232	14	-	13
Wielkopolskie	862	1	147	3	6	6	135	-	24	4193	34	-	15
Zachodniopomorskie	216	-	27	-	5	6	8	-	33	726	41	-	14

## Sytuacja demograficzna Polski w latach 1950-1998 i jej prognoza do 2050 roku. Wybór danych dla potrzeb opracowań epidemiologicznych (5)

### 5. Zgony

W latach 1950-1998 zanotowano wzrost liczby zgonów (tab. 14). Wzrosła ona z 288,7 tysięcy w 1950 roku do 375,3 w 1998 roku, tj. o 86,6 tysięcy zgonów rocznie (30,0%). Najwyższą liczbę zgonów zanotowano w 1991 roku (405,7 tys.). Między 1950 a 1991 rokiem liczba zgonów wzrosła o 117,0 tys. (40,5%). Natomiast w ostatnich latach, tj. od 1991 do 1998 roku, liczba zgonów w Polsce zmalała z 405,7 tys. do 375,3 tys., tj. o 30,4 tys. (7,5%), przeciętnie pomiędzy poszczególnymi latami o 4,3 tys. zgonów. Jest to optymistyczne zjawisko.

**Tabela 14.** Liczba zgonów w Polsce w latach 1950-1998.

Rok	Liczba zgonów w tys.	Rok	Liczba zgonów w tys.	Rok	Liczba zgonów w tys.
1950	288,7	1967	249,1	1984	367,6
1951	312,3	1968	245,7	1985	384,0
1952	286,7	1969	264,5	1986	378,8
1953	266,5	1970	268,6	1987	380,7
1954	276,4	1971	285,8	1988	373,0
1955	261,6	1972	267,4	1989	383,1
1956	249,6	1973	279,5	1990	390,3
1957	269,1	1974	279,7	1991	405,7
1958	241,4	1975	299,5	1992	394,7
1959	252,4	1976	306,8	1993	392,3
1960	224,2	1977	315,6	1994	386,4
1961	227,7	1978	328,1	1995	386,1
1962	239,2	1979	326,0	1996	385,5
1963	231,2	1980	353,2	1997	380,2
1964	237,0	1981	331,9	1998	375,3
1965	233,4	1982	337,9		
1966	233,9	1983	352,2		

W pierwszych dwu i w ostatnim siedmioletnim okresie z lat 1950-1998 zanotowano spadek liczby zgonów, w pozostałych okresach wzrost. Tempo spadku i wzrostu było następujące:

- w latach 1950-1956 liczba zgonów zmalała z 288,7 tys. do 249,6 tys., tj. o 39,1 tys. (13,5%);
- w latach 1957-1963 zmalała ona z 269,1 tys. do 231,2 tys., tj. o 37,9 tys. (14,1%);
- w latach 1964-1970 wzrosła ona z 237,0 tys. do 268,6 tys., tj. o 31,6 tys. (13,3%);
- w latach 1971-1977 wzrosła ona z 285,8 tys. do 315,6 tys., tj. o 29,8 tys. (10,4%);
- w latach 1978-1984 wzrosła ona z 328,1 tys. do 367,6 tys., tj. o 39,5 tys. (12,0%);
- w latach 1985-1991 wzrosła z 384,0 tys. do 405,7 tys., tj. o 21,7 tys. (5,7%);
- w latach 1992-1998 zmalała z 394,7 tys. do 375,3 tys., tj. o 19,4 tys. (4,9%).

Wzrost liczby zgonów w Polsce był obiektywnie związany z co najmniej dwoma czynnikami:

- wzrostem liczby ludności;
- starzeniem się społeczeństwa.

Poza tym odgrywały w tym zakresie rolę inne jeszcze, mniej wymierne, czynniki jak nikotyna, alkohol, odżywianie, stres itp.

Począwszy od lat siedemdziesiątych niekorzystnym zja-

wiskiem była nasiloną tzw. nadumieralność mężczyzn, szczególnie w wieku produkcyjnym. W tabeli 15 przedstawiono stosunek współczynnika zgonów mężczyzn do współczynnika zgonów kobiet według wieku w Polsce w latach 1980, 1994 i 1998. Wynika z niej, że zbliżona do siebie, wysoka umieralność mężczyzn w porównaniu do umieralności kobiet utrzymuje się nadal we wszystkich grupach wieku, a zwłaszcza w grupach w tzw. wieku produkcyjnym. Była ona wyższa od 2,5 do 3,5 razy (wybiórczo nawet do 4,1 razy) od umieralności kobiet w poszczególnych pięcioletnich grupach wieku od 15 do 59, a nawet 64 lat życia. W innych grupach wieku stosunek ten wahał się między 1,1 a 1,9 - wyjątkowo do 2,3.

**Tabela 15.** Stosunek współczynnika zgonów mężczyzn do współczynnika zgonów kobiet w Polsce w latach 1980, 1994 i 1998 według wieku.

Grupy wieku	1980	1994	1998
0	1,3	1,2	1,2
1-4	1,3	1,1	1,2
5-9	1,5	1,4	1,4
10-14	1,8	2,0	1,7
15-19	2,9	2,7	2,9
20-24	3,8	4,1	3,9
25-29	3,7	3,7	3,8
30-34	3,0	3,5	3,5
35-39	2,9	3,1	3,2
40-44	2,9	2,8	2,8
45-49	2,7	2,6	2,7
50-54	2,5	2,8	2,7
55-59	2,4	2,7	2,8
60-64	2,1	2,5	2,6
65-69	2,0	2,2	2,3
70-74	1,8	1,8	1,9
75-79	1,6	1,6	1,5
80-84	1,3	1,4	1,3
85+	1,1	1,1	1,1

**Tabela 16.** Przyczyny zgonów w Polsce w latach 1985, 1990 i 1996. Odsetek osób zmarłych z określonych przyczyn w stosunku do liczby zgonów w kraju.

Przyczyny zgonów	1985	1990	1996
Choroby układu krążenia	51,0	52,4	50,4
Choroby nowotworowe	17,8	19,0	20,7
Zewnętrzne przyczyny	7,1	7,7	7,1
Choroby układu oddechowego	5,5	4,0	3,7
Choroby układu trawiennego	3,3	3,1	3,2
Choroby układu moczowo-płciowego	1,4	1,3	1,0
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	1,7	1,6	1,4
Choroby zakaźne i pasożytnicze	1,1	0,8	0,6
Pozostałe przyczyny	11,1	10,1	11,9

W tabeli 16 przedstawiono odsetki zgonów w 1985, 1990 i 1996 roku według przyczyn. Powyżej połowy zgonów spowodowana była chorobami układu krążenia, a wśród nich zwłaszcza chorobą nadciśnieniową i jej następstwami oraz chorobą niedokrwinną serca. Drugie pod tym względem miejsce zajmują choroby nowotworowe, a wśród nich w szczególności rak oskrzeli u mężczyzn i rak piersi oraz narządów rodnych u kobiet. Odsetek zgonów z tych przyczyn ma tendencję wzrostową. W ostatnich latach osiąga 20%. Trzecia grupa to tzw. przyczyny zewnętrzne, a więc urazy, zatrucia itp. Odsetek zgonów z tych przyczyn waha się pomiędzy 7% a 8%. Jest to główna przyczyna

**Tabela 17.** Choroby zakaźne i pasożytnicze jako przyczyna zgonów w Polsce w latach 1980, 1985, 1990 i 1995.

Przyczyny zgonów	1980		1985		1990		1995	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Choroby zakaźne i pasożytnicze - ogółem <sup>1</sup>	6.737	100,0	5.073	100,0	3.744	100,0	2.890	100,0
Gruźlica <sup>2</sup>	2.945	43,7	2.005	39,5	1.349	36,0	1.130	39,1
Posocznica	1.240	18,4	887	17,5	754	20,1	570	19,7
Wirusowe zapalenie wątroby	343	5,1	334	6,6	306	8,2	242	8,4
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	491	7,3	462	9,1	409	10,9	292	10,1
Zapalenie mózgu	431	6,4	348	6,9	217	5,8	76	2,6
Grypa	174	2,6	107	2,1	43	1,1	66	2,3

1. Łącznie z grypą oraz niektórymi postaciami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, w oficjalnych statystykach zgonów wykazywanymi w innych grupach przyczyn. 2. Bez późnych następstw gruźlicy.

zgonów młodzieży męskiej i młodych mężczyzn. Ocenia się, że około 30% tych zgonów ma miejsce po spożyciu alkoholu.

Te 3 grupy przyczyn, pociągające za sobą łącznie 75-80% zgonów, nazywane bywają "killerami" czyli zabójcami. Są one również główną przyczyną wysokiej umieralności mężczyzn, tzw. nadumieralności mężczyzn w wieku produkcyjnym. Choroby te są określane mianem chorób cywilizacyjnych.

Choroby układu oddechowego i układu trawiennego były średnioczęstą przyczyną zgonów, pozostałe przyczyny a wśród nich choroby zakaźne i pasożytnicze, zaliczyć można w ostatnich latach do rzadkich przyczyn zgonów (poniżej 1%).

W okresie międzywojennym choroby zakaźne i pasożytnicze były główną przyczyną zgonów. Pociągały one 20-25% zgonów.

W ostatnich latach przedwojennych a następnie w okresie powojennym znaczenie ich jako przyczyny zgonów zmniejszyło się. Związane to było głównie z następującymi czynnikami:

- zastosowaniem insektycydów, które przyczyniło się do eliminacji duru wysypkowego i malarii;
- poprawą jakości dostarczanej wody i żywności, co było przyczyną eliminacji duru brzuszego, durów rzekomych i poprawy sytuacji epidemiologicznej innych chorób przenoszonych drogą pokarmową;
- szczepień ochronnych, które przyczyniły się do poprawy sytuacji epidemiologicznej lub eliminacji, a nawet eradykacji takich chorób jak ospa prawdziwa, poliomyelitis, odra, błonica, tężec, krztusiec, gruźlica (zwłaszcza jej ciężkie postaci) wirusowe zapalenie wątroby typ B;
- poprawą metod leczenia związaną z zastosowaniem antybiotyków, hormonów, racjonalnego nawadniania, co przyczyniło się do zmniejszenia śmiertelności, zwłaszcza chorób o bakteryjnej etiologii, przebiegających z biegunką.

W ostatnich latach choroby zakaźne są przyczyną mniej niż 2.500 zgonów rocznie, tj. poniżej 1% (tab. 16). Spośród nich około 45% zgonów powoduje gruźlica i jej późne następstwa. Choroby zakaźne będące najczęstszą przyczyną zgonów przedstawiono w tabeli 17. Są one przyczyną zgonów zwłaszcza małych dzieci, przede wszystkim w pierwszym roku życia, oraz osób powyżej 60 lat życia.

W latach dziewięćdziesiątych można było zaobserwować korzystne zmiany w występowaniu zgonów, które miały miejsce, jak już wyżej wspomniano, w całym okresie po 1991 roku. Poza spadkiem ogólnej liczby zgonów, spadek wykazywała umieralność na choroby układu krążenia (od

52,5% w 1991 roku do 50,4% w 1996 roku) oraz z powodu przyczyn zewnętrznych (od 7,7% do 7,1%), głównie wśród mężczyzn. Jednocześnie nastąpiło pewne spowolnienie tempa przyrostu zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi (od 18,4% do 20,7%).

Dane z roku 1997 nie mogą być przedmiotem analizy przyczyn zgonów z uwagi na to, że z powodu strajku lekarzy duża liczba kart zgonu nie była wypełniona lub była wypełniona bez podania przyczyny zgonu. Dotyczyło to 80,5 tysiąca kart, tj. 21,2%. Przyjęcie szacunkowych obliczeń było trudne do dokonania z powodu różnej częstotliwości tego zjawiska w różnych województwach i w różnych grupach wieku, oraz z powodu wprowadzenia do stosowania od 1997 roku X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, w miejsce stosowanej do 1996 roku włącznie IX Rewizji. Dane o przyczynach zgonów w 1998 roku w momencie opracowywania niniejszego tekstu nie były jeszcze dostępne.

**Tabela 18.** Współczynnik zgonów w Polsce w 1998 roku według województw.

Województwo	Zgony na 100 tys. ludności
1. Łódzkie	1227
2. Lubelskie	1081
3. Mazowieckie	1060
4. Świętokrzyskie	1031
5. Wielkopolskie	991
6. Podlaskie	986
Polska	971
7. Kujawsko-Pomorskie	964
8. Dolnośląskie	948
9. Śląskie	948
10. Lubuskie	899
11. Małopolskie	891
12. Opolskie	862
13. Podkarpackie	857
14. Pomorskie	857
15. Zachodniopomorskie	856
16. Warmińsko-Mazurskie	820

Zgony na 100 tys. ludności w 1998 roku według województw przedstawiono w tabeli 18. Wynika z niej, że współczynnik ten wahał się od 1227 w województwie łódzkim do 820 w woj. warmińsko-mazurskim.

## Możliwości efektywnych szczepień ochronnych dzieci, młodzieży i dorosłych w systemie ubezpieczeniowym

### Streszczenie wykładu na szkoleniu epidemiologów (PZH, Warszawa 27-28.01.2000 r.)

Doświadczenia pierwszego roku po zmianie sposobu finansowania służby zdrowia wykazały, że brak systemowych regulacji w dziedzinie szczepień ochronnych w skali kraju doprowadził do różnych rozwiązań w poszczególnych województwach, od utrzymania dotychczasowych, skutecznych standardów, do kompletnego rozpadu systemu w innych województwach.<sup>1</sup>

Wzorowy stan zaszczepienia populacji polskiej na koniec XX wieku był wynikiem usilnej pracy kilku pokoleń pediatrów, lekarzy chorób zakaźnych, epidemiologów i pielęgniarek. Doprowadziła ona do eliminacji wielu chorób zakaźnych lub do ich znacznego ograniczenia do poziomu pozostałych krajów europejskich.

Szczepienia obowiązkowe wg "kalendarza szczepień" wykonywane były u ponad 95% populacji dziecięcej. Uzupełniały je szczepienia zalecane, z użyciem szczepionek przeciw wzw B i A, grypie, kleszczowemu zapaleniu mózgu, różyczce, Hib, tężcowi, chorobom tropikalnym i innym - wg potrzeb. Efekt, to między innymi 4-krotne zmniejszenie zapadalności na wzw B i powstrzymanie epidemii błonicy w 1993 roku z terenów dawnego ZSRR.

Obecnie kalendarz szczepień w okresie przedszkolnym obejmuje łącznie 19 szczepień realizowanych przez pediatrów, rzadziej lekarzy rodzinnych. Są to: w pierwszych 24 godz. wzw B i BCG; w 2 miesiącu życia wzw B, DTP, polio; w 4 mies. wzw B, DTP, polio; w 5 mies. DTP, polio; w 12 mies. wzw B, BCG; w 2 roku odra, DTP, polio; w 6 roku DT, polio; w 7 roku odra i BCG. Dokumentacja zakładana była w szpitalu, dalej prowadził ją pediatra, rzadziej lekarz rodzinny, w karcie uodpornienia i książeczce zdrowia dziecka.

Szczepienia obowiązkowe w szkole podstawowej to przede wszystkim uzupełnienie brakujących szczepień kalendarzowych (na ogół odra i BCG), a następnie 4 szczepienia: w 11 roku polio, w 12 roku BCG, w 13 roku różyczka (dziewczęta).

W gimnazjum w 14 roku życia Td i wzw B (3 x), w liceum w 18 roku życia BCG (przy ujemnej próbie tuberkulinowej) i w 19 roku życia Td. Łącznie w okresie kształcenia w szkołach ponadpodstawowych jest to 6 szczepień obowiązkowych.

Pomijając w tej chwili sprawy badań przesiewowych i innych działań profilaktycznych, warto rozważyć sam problem szczepień, które wydają się być zagrożone na skutek zniszczenia jednolitego systemu organizacji i finansowania.

Kluczowym momentem, w którym można i należy wymagać od rodziców pełnego zaszczepienia dziecka, jest początek nauki w każdym rodzaju szkoły, szczególnie rygorystycznie na początku nauki. Najistotniejsze jest kto ma to robić skoro nie byłoby instytucjonalnej opieki medycznej nad populacją dzieci i młodzieży szkolnej. Jaki będzie system dokumentacji i przekazywanie informacji o stanie zdrowia i rodziców, kto zadba o zmotywowanie i wiedzę w tym zakresie lekarza, pielęgniarek i ekonomiczne działanie wynikające np. z zakupu większych opakowań szczepionek i oszczędzania czasu milionów rodziców? Wydaje się, że nie zrobią tego na pewno pracownicy edukacji narodowej ani samorządów, a tym bardziej twórcy hasła typu "jeden lekarz w zdrowiu i chorobie" lub "holistycznego podejścia do zdrowia

dziecka".

Szczepienia w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (art. 31 b, pkt 5) zostały zapisane w sposób pozwalający na elastyczną, co nie znaczy jednak jednolitą, realizację:

"1. Kasa Chorych realizuje uprawnienia do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób poprzez: (...)

5/ wykonywanie szczepień ochronnych.

2. Kasa Chorych realizuje świadczenia, o których mowa w ust.1 w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej:

1/ zlecanych przez Ministra Zdrowia i finansowanych z budżetu państwa,

2/ podejmowanych i finansowanych przez Kasy Chorych ze środków własnych,

3/ finansowanych z innych źródeł."

Opinia merytorycznego pracownika jednej z Kas Chorych na temat szczepienia w szkole stwierdza, że co prawda będzie 100% zaszczepionych dzieci w szkołach jednak nastąpi: zmniejszenie zainteresowania rodziców szczepieniami ochronnymi, wzrost kosztów usług zdrowotnych, skoncentrowanie uwagi tylko na szczepieniach ochronnych, zmniejszenie zainteresowania edukacją zdrowotną, inny lekarz zajmie się profilaktyką, a inny lekarz zajmie się dzieckiem w chorobie, lekarz zajmujący się szczepieniem nie będzie znał historii choroby dziecka, dziecko nie zna lekarza i pielęgniarki, brak będzie holistycznego podejścia do podopiecznego.

Inna opinia tej samej Kasy Chorych:

- ubezpieczeni mają prawo wyboru Kasy Chorych, której celem jest zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych osobom w niej ubezpieczonym; Kasy Chorych wykupują świadczenia zdrowotne w ZOZ, które oferują tego rodzaju świadczenia, zapewniając ich wysoką jakość wykonania,

- osoby ubezpieczone mają prawo wyboru lekarza, ubezpieczenia zdrowotnego (lekarza poz) oraz pielęgniarki,

- lekarz poz i pielęgniarka środowiskowa/rodzinna, związani umową z Kasą Chorych w oparciu o kompetencje zapewniają świadczenia zdrowotne osobom chcącym korzystać z ich usług,

- organizacja miejsc, w których będą wykonywane szczepienia ochronne należy do kompetencji świadczeniodawcy.

Oznacza to, że zadanie szczepienia dzieci i młodzieży każdy może realizować jak chce lub może. Warto zaznaczyć, że samorządy nie otrzymały na ten cel środków i jeśli są światłe muszą je wygospodarować. Potwierdza to fragment oficjalnego dokumentu Kasy Chorych.

"Kasa Chorych odpowiada za zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych wszystkim ubezpieczonym, zgodnie z kompetencjami lekarza rodzinnego, podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki środowiskowej, rodzinnej, położnej środowiskowej.

Za stan zatrudnienia, restrukturyzację etatów ponosi odpowiedzialność pracodawca. Kasa Chorych nie wspomaga finansowania etatów.

Zapewnienie bezpieczeństwa dzieciom w szkołach jest obowiązkiem dyrektorów szkół, którzy po zdiagnozowaniu potrzeb dzieci zapewniają fachową kadre o odpowiednich kwalifikacjach; w tych przypadkach najodpowiedniejszymi osobami są pielęgniarki środowiskowe w środowisku nauczania i wychowania.

Samorządy terytorialne do zadań ustawowych związanych z promocją i ochroną zdrowia na swoim terytorium powinny włączyć pielęgniarki środowiskowe w środowisku nauczania i wychowania, które posiadają ku temu odpowiednie kwalifikacje. Obowiązkiem Rodziców jest ponoszenie odpowiedzialności prawnej i moralnej za zdrowie

swoich dzieci."

Po zapoznaniu się z istniejącym stanem organizacji i finansowania szczepień ochronnych warto rozważyć możliwe warianty finansowania szczepień:

- Z budżetu poprzez Narodowy Program Szczepień i specjalną agencję do bezpośrednich wykonawców, a więc bez udziału Kasy.
- Z budżetu wg programu szczepień poprzez Kasy Chorych do wykonawców.
- Ze środków Kas wg programu szczepień do wykonawców.
- Szczepionki zakupywane z budżetu, opłata za szczepienie dla lekarzy i pielęgniarek z Kasy, pielęgniarki szkolne zatrudniane przez gminy dla jednej lub kilku szkół.

Również możliwe do rozważenia są następujące warianty wykonywania szczepień:

- Pediatrzy, lekarze rodzinni, również w okresie nauki - w swoich gabinetach.
- Pediatrzy, lekarze rodzinni w okresie nauki z pomocą pielęgniarki szkolnej, w szkole lub częściowo w swoim gabinecie.

Dokumentacja i przepływ informacji może być realizowany:

- Tradycyjnie - Książka Zdrowia Dziecka, karta w przychodni, sprawozdania do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych i wyżej,
- Książka Zdrowia oraz Rejestr Usług Medycznych - automatyczne, sprawozdania i płacenie wyłącznie za wykonane świadczenie.

Obawy o całość dokumentacji skłaniają do sugerowania, że:

- Dokumenty powinny jak najmniej "krążyć" - opis stanu zdrowia i poziomu zaszczepienia powinien trafić do szkoły w kopii w momencie rozpoczęcia nauki.
- Pielęgniarka szkolna lub lekarz mający kontrakt ze szkołą prowadzą własną profilaktyczną dokumentację, w razie potrzeby kontaktują się z lekarzem rodzinnym, po zakończeniu nauki dokumenty trafiają do lekarza rodzinnego.

Niezwykle istotną sprawą jest szkolenie do szczepień lekarzy i pielęgniarek:

- w okresie kształcenia,
- w czasie specjalizacji,
- w szkoleniu ustawicznym.

W momencie podpisywania kontraktu niezbędne jest sprawdzenie formalnych kwalifikacji.

### Wnioski, postulowany model

- Trzeba zrobić wszystko aby utrzymać wysoki stopień uodpornienia populacji.
- Należy powiązać system dokumentacji i sprawozdawczości z RUM i opłacaniem personelu, wypłacając dopiero za wykonanie szczepienia.
- Poprawa profilaktyki i promocji zdrowia w szkole wymaga monitorowania i decyzji co do zakresu kontraktów oraz analizy "koszt-efekt".
- Najbardziej pożądanym wydaje się model centralizacji programu i zakupu szczepionek, dystrybucji w łańcuchu chłodniczym poprzez Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne sprawujące nadzór, kontraktowania przez Kasy świadczeń u lekarzy pediatrów i rodzinnych, przy współpracy pielęgniarki szkolnej, zatrudnianej przez samorządy oraz monitorowania szczepień poprzez system RUM.

1. Patrz "Uwagi na temat organizacji szczepień zgłoszone przez kierowników działów epidemiologii WSSE" zamieszczone poniżej.

*Krzysztof Kuszewski*

### Uwagi na temat organizacji szczepień zgłoszone przez kierowników działów epidemiologii WSSE\*

#### Szkolenie epidemiologów na temat szczepień ochronnych (PZH, Warszawa 27-28.01.2000 r.)

Woj. Dolnośląskie: W Dolnośląskiej Kasie Chorych nie ma osoby zajmującej się sprawami szczepień. W styczniu i lutym 1999 r. karty uodpornienia w szkołach zostały zwrócone uczniom do domu, a szczepienia - zlikwidowane. Pomimo wprowadzonego obowiązku przekazywania kart uodpornienia przez rodziców zadeklarowanym lekarzom pierwszego kontaktu - części kart nie dostarczono do końca 1999 r. Zaniechano również szczepień uczniów w szkołach medycznych oraz studentów I roku AM, kierując ich do szczepień w placówkach służby zdrowia zgodnie z miejscem zamieszkania. Kasa Chorych nie wyraziła zgody na zwrot kosztów szczepień studentów w ZOZ dla Szkół Wyższych.

Woj. Lubelskie: Uzgodniono z Kasą Chorych, że większość szczepień będzie przeprowadzana w szkołach. Karta uodpornienia jest zakładana na oddz. noworodkowych. Do uporządkowania pozostają szczepienia starszej młodzieży i dorosłych.

Woj. Małopolskie: Na terenie województwa obowiązuje jednolity system uzgodniony z Kasami Chorych. Karta uodpornienia jest zakładana na oddziałach noworodkowych, a jej obieg - tylko drogą służbową (nie przez rodziców). Jeżeli matka nie wybrała jeszcze lekarza, to karta uodpornienia jest przesyłana do urzędu gminy. Urząd ustala do której przychodni karta powinna być przekazana. Pielęgniarek w szkołach nie ma, ale tam gdzie były szczepienia w szkołach to zostały, gdyż każda przychodnia ma przydzieloną jakąś szkołę i jest lekarz odpowiedzialny za szczepienia. Przyporządkowania przychodni/praktyk do poszczególnych szkół dokonuje starostwo powiatowe w oparciu o informację o świadczeniodawcach z terenu powiatu, sporządzoną przez Kasę Chorych. Jeżeli nikt się nie zgłaszał, to starosta wyznaczał szkołę lekarzowi. Szczepieniami objęci są wszyscy uczniowie uczęszczający do szkół na terenie woj. małopolskiego. Osoby dorosłe powinny być szczepione w przychodni/praktyce POZ. Dla osób z grup ryzyka są wytypowane punkty szczepień: przeciw wściekliznie - przy oddziałach zakaźnych, przeciw tężcowi - w placówkach pomocy doraźnej, przeciw wzw typu B - w placówkach na odpowiednie zlecenie, są szczepienia osób wyjeżdżających za granicę - w punktach szczepień przy WSSE. Szczepienia dzieci i młodzieży z długoterminowymi przeciwwskazaniami do szczepień, wykonywane są w poradniach konsultacyjnych ds. szczepień. Szkolenie lekarzy i pielęgniarek prowadzi zarówno WSSE jak i Małopolskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia oraz WODKAM.

Woj. Mazowieckie: WSSE nie wprowadza na siłę jednego systemu. Karty uodpornienia: różny obieg w różnych regionach - za pośrednictwem rodziców. Przychodnie, lekarze rodzinni, i inni świadczeniodawcy są zobowiązani do uzyskania akceptacji powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych i wypełnienia tzw. karty świadczeniodawcy, zawierającej informacje m.in. na temat uprzedniej praktyki i przeszkolenia w zakresie szczepień. Szczepienia zostały wprowadzone ze szkół; Kasa Chorych nie finansuje szczepień w szkołach (i całej higieny szkolnej), czasami gminy lub rodzice finansują te szczepienia. Zalecane przez Ministerstwo Zdrowia szkolenie pielęgniarek zostało zawieszona na skutek protestu Izby Pielęgniarskiej.

Woj. Podkarpackie: Szczepienia podzielono na przed-

szkolne i szkolne. W 1999 r. dla szczepień szkolnych zawarto kontrakty zadaniowe: jedna przychodnia w mieście miała kilka szkół pod opieką. Samorządy nie chcą finansować pielęgniarek szkolnych, "dopłacanych" przez Kasy Chorych. W 2000 r. - powtórny konkurs ofert na szczepienia ochronne. Dzieci przedszkolne będą nadal szczepione zgodnie ze swobodą wyboru lekarza, a dzieci szkolne - wg przetargu na świadczenie, płacone przez Kasy Chorych.

**Woj. Podlaskie:** Nie ma jeszcze jednolitej strategii uzgodnionej z Kasą Chorych, ale współpraca z Kasą Chorych - dobra. Na terenie województwa nie ma jeszcze niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Karta uodpornienia jest zakładana na oddziałach noworodkowych, a dalej przekazywana matce, która powinna dostarczyć ją lekarzowi. Uczniowie szczepieni są w szkołach. Wykonanie szczepień - dobre.

**Woj. Pomorskie:** Szczepienia uczniów są prowadzone w szkołach, a pielęgniarki szkolne są opłacane przez Kasy Chorych. Lekarze z rejonów są zapraszani do badania dzieci przed szczepieniem. Problem stanowi likwidacja punktów szczepień przeciw wścieklicznie.

**Woj. Warmińsko-Mazurskie:** Współpraca z Kasą Chorych dobra. Uzgodniono wspólne "Wytyczne w sprawie organizacji i dokumentacji oraz kwalifikacji personelu realizującego w 2000 roku Program Szczepień Ochronnych". Przyjęto ogólną zasadę, że szczepienia mogą być realizowane przez wszystkich uprawnionych świadczeniodawców bez względu na ich status prawno-organizacyjny (ZOZ, NZOZ, lek. poz., rodzinny, inne). W pierwszej kolejności będą preferowane doświadczone zespoły lekarsko-pielęgniarskie z lekarzem pediatrą, wykonujące masowe szczepienia ochronne (w latach poprzednich), zarówno na terenie szkół jak i w przychodniach rejonowych oraz ośrodkach zdrowia lub w gabinetach prywatnych. Kasa Chorych może przeznaczyć 1 zł. na szczepienie każdego dziecka w wieku przedszkolnym i zgadza się na dofinansowanie zespołów lekarsko-pielęgniarskich, opłaca także punkt konsultacyjny ds. szczepień. Karta uodpornienia jest zakładana w szpitalu, a jej obieg - tylko za pośrednictwem służby zdrowia. Jeżeli nie wiadomo któremu lekarzowi ją przekazać, wówczas przesłana jest do powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej. Szkolenie w zakresie szczepień napotyka na podobne trudności jak w woj. mazowieckim (zastrzeżenia izby pielęgniarskiej, kwestionującej uprawnienia stacji). Uzgodnienia z Kasami Chorych byłyby łatwiejsze, gdyby Ministerstwo Zdrowia opracowało ogólne zasady organizacji szczepień w kraju i włączyło program szczepień do Narodowego Programu Zdrowia.

**Woj. Zachodniopomorskie:** Współpraca z Kasą Chorych - dobra. Wszystkie małe dzieci są szczepione, także te, które nie są ubezpieczone. Szczepienia w szkołach zlikwidowano już w 1998 r. Karty uodpornienia są u lekarzy rodzinnych. Zlikwidowano punkt konsultacyjny ds. szczepień, a porad udziela WSSE. Szkolenia dla pielęgniarek przychodni rodzinnych są organizowane przez WODKAM.

<sup>\*</sup> Uwaga: kilka wypowiedzi zostało uzupełnionych informacjami przekazanymi na piśmie.

Ewa Gonera

### Ognisko włośnicy w woj. kujawsko-pomorskim w listopadzie 1999 roku

W listopadzie 1999 roku w województwie kujawsko-pomorskim wystąpiła duża epidemia włośnicy, związana z

pokątną dystrybucją surowej kiełbasy, wyprodukowanej nielegalnie w masarni Gminnej Spółdzielni "SCH" w Więcborku (nie mającej zezwolenia na przerób dziczyzny), z mięsa pochodzącego od zakażonego włośniami dzika, nie badanego w kierunku włośni. Mięso to zostało dodane do większej partii surowca z dwóch innych tusz dzika wolnych od włośni. Wyprodukowana z niego kiełbasa, w ilości kilkudziesięciu kilogramów, była rozprowadzana poprzez kontakty towarzyskie, wśród znajomych, rodziny i współpracowników. Taka forma dystrybucji spowodowała, że zasięg terytorialny epidemii był bardzo rozległy. Wprawdzie zachorowania występowały głównie na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego (najwięcej w gminie Sępólno Krajeńskie i gminach ościennych), ale przypadki związane z tym ogniskiem pojawiły się sporadycznie w pięciu innych województwach (wielkopolskim, lubuskim, pomorskim, zachodniopomorskim i małopolskim). Łącznie zachorowało 176 osób (w tym 17 dzieci w wieku do 14 lat) w okresie od 2 listopada do 11 grudnia. Większość chorych (124 osoby) wymagała leczenia szpitalnego, chociaż przebieg choroby był umiarkowanie ciężki i nie spowodował żadnego zgonu. Zawdzięczać to można rozproszeniu zakażonej partii mięsa w dość dużej masie farszu, dzięki czemu nie doszło do masowej inwazji włośni u żadnego z konsumentów zakażonej kiełbasy. Duże rozprzestrzenienie opisywanego ogniska epidemicznego było także związane z niską świadomością zagrożenia jakie stanowi spożywanie wyrobów z surowego mięsa, zwłaszcza gdy pochodzą one z pokątnego źródła.

Obecność włośni w podejrzanych o inwazję pasożytami wyrobach, tj. kiełbasie wędzonej z dzika, stwierdzono laboratoryjnie, metodą wytrawiania, w badaniach przeprowadzonych przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Sępólnie Krajeńskiej i w Wojewódzkim Zakładzie Weterynarii w Bydgoszczy. Potwierdzenie laboratoryjne uzyskano także w wyniku badania parazytologicznego, przeprowadzonego w Katedrze Biologii i Parazytologii Akademii Medycznej w Poznaniu. W próbie o wadze 258 g wyizolowano 465 larw włośnia (*Trichinella*).

Roman Graczykowski  
WSSE w Bydgoszczy

### Występowanie wściekliczyny w świecie w 1997 roku

W "Weekly Epidemiological Record" (1999,45,381-384) opublikowano wyniki przeglądu sytuacji epidemiologicznej wściekliczyny w świecie w 1997 roku. Analizowany materiał pochodził od władz 103 krajów i terytoriów, ale dodatkowe informacje z innych źródeł umożliwiły ocenę sytuacji na terenie 169 krajów i terytoriów.

Szacuje się, że rocznie występuje w świecie od 35.000 do 50.000 zgonów ludzi na wścieklicznię. W Afryce większość zgonów u ludzi diagnozuje się wyłącznie na przesłankach klinicznych (96%), a głównym źródłem ekspozycji są psy (40%). W 35% przypadków źródło zakażenia nie jest znane, ale uważa się, że zachorowania były związane z pokąsaniem przez psy. Największe występowanie wściekliczyny ma jednak miejsce na terenie Azji, gdzie zgłoszono 33.008 zgonów u ludzi, w tym około 30.000 na terenie Indii. Tak jak w Afryce, większość rozpoznań ustalono na podstawie przesłanek klinicznych. Natomiast na kontynencie amerykańskim zgłoszono 114 zgonów, to jest mniej o 69 w porównaniu z 1996 rokiem. W USA miały miejsce 4 zgony związane z

ekspozycja na nietoperze. Zgony w Europie (13) stanowiły znikomy udział w ogólnej liczbie zgonów (<0,1%). Najwięcej zgonów zgłoszono z Rosyjskiej Federacji (10). Jeden zgon zgłoszony przez władze francuskie był następstwem ekspozycji poza terenem tego kraju.

W Afryce zgłoszono 2.344 przypadki wścieklizny u zwierząt, w 72% potwierdzone laboratoryjnie. Większość tych przypadków dotyczyła psów (57%), rzadziej zwierząt przeżuujących (25%). W Regionie Amerykańskim zgłoszono 16.486 przypadków wścieklizny u zwierząt, to jest 49% ogółu w świecie. W samych USA zgłoszono 8.950 przypadków, co jest interpretowane jako wynik efektywności aktywnego monitoringu oraz niepełnej zgłaszalności w innych rejonach świata. W USA wściekliznę stwierdzano najczęściej u dziko żyjących zwierząt, natomiast na Karaibach i Płd. Ameryce dominowała wścieklizna u psów. W Regionie Amerykańskim stwierdzono również 961 przypadków wścieklizny u nietoperzy, w tym 958 w USA. W Azji większość przypadków wścieklizny u zwierząt miała potwierdzenie laboratoryjne i w 90% zachorowania dotyczyły psów. Najwięcej przypadków zgłoszono z Filipin i Tajlandii. W Europie, podobnie jak w Płn. Ameryce, głównym rezerwuarem wścieklizny są dziko żyjące zwierzęta. Ogółem zgłoszono 5.098 przypadków wścieklizny, wszystkie potwierdzone laboratoryjnie. Większość przypadków dotyczyła lisów (60%), rzadziej występowała u psów (12%), przeżuwaczy (11%) oraz kotów (8%). Ze wszystkich krajów europejskich najczęściej wścieklizny u zwierząt zgłoszono z Polski i Rosyjskiej Federacji.

Najczęściej stosowanym testem diagnostycznym do rozpoznawania wścieklizny w laboratoriach medycznych i weterynaryjnych jest odczyn fluorescencyjny (FAT).

Analizą objęto również dane dotyczące szczepionek stosowanych u ludzi i zwierząt. W Europie wszystkie szczepionki stosowane u ludzi są produkowane na hodowli tkankowej. Siedem krajów nadal produkuje szczepionkę przeciw wściekliznie na tkance nerwowej.

Wojciech Żabicki

## Listerioza we Francji i w Stanach Zjednoczonych

W drugiej połowie grudnia 1999 r. rozpoczęło się ognisko listeriozy zgłoszone we Francji. Zarejestrowano 26 zachorowań (w tym 7 zgonów). Na podstawie dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że podejrzanym nośnikiem zakażenia w ognisku były ozory wieprzowe w galarecie. W Instytucie Pasteura w podejranej żywności wykryto *Listeria monocytogenes*. W ogniskach spowodowanych przez *L. monocytogenes* oraz w zachorowaniach sporadycznych współczynnik śmiertelności wynosi ok. 20-30%.

Od początku sierpnia 1998 r. do 6 stycznia 1999 r. w Stanach Zjednoczonych zarejestrowano 50 zachorowań spowodowanych przez rzadko występujący serotyp 4b *L. monocytogenes*. Sześć dorosłych osób zmarło, a u dwóch ciężarnych kobiet wystąpiło samoistne poronienie. Nośnikami zakażenia były hot-dogi oraz prawdopodobnie mięso rozprowadzane pod kilku nazwami firmowymi przez tego samego producenta.

Oszacowaniem ryzyka zakażenia *L. monocytogenes* znajdującej się w żywności gotowej do spożycia zajmuje się Codex Committee on Food Hygiene, współpracujący z FAO/WHO.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2000,9,69-70)  
opracowała A.Przybylska

## Zachorowanie na poliomyelitis w Nepalu

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1999,50, 440) z Nepalu zgłoszono jedno zachorowanie na poliomyelitis wywołane przez dziki szczep należący do typu 1. Jest to pierwszy przypadek rozpoznany w tym kraju od grudnia 1997 roku.

Zachorowanie wystąpiło na pograniczu z indyjskim stanem Uttar Pradesh, gdzie ustawicznie trwa intensywna transmisja dzikich wirusów polio typu 1 i 3.

Wojciech Żabicki

**Zachorowania na grype w Polsce w sezonie 1999/2000 w porównaniu z sezonami 1996/7-1998/9**  
zapadalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków

