



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (23.)
w dniu 5 lipca 2016 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Opieka nad noworodkiem w Polsce – stan aktualny i potrzeby.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pozwólcie, że rozpoczniemy dwudzieste trzecie posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

W porządku dzisiejszych obrad mamy następujący punkt: opieka nad noworodkiem w Polsce – stan aktualny i potrzebny.

Do tego zaraz przejdziemy, a teraz chciałbym państwu podziękować za tak aktywny udział w naszym spotkaniu w szpitalu w Łęcznej. Dziękuję pani senator Margarecie Budner za to, że nas tam zaprosiła. Wrażenia były niesamowite i ubolewam nad tym, że musieliśmy tak szybko stamtąd wyjechać. Jeszcze raz, Pani Senator, dziękuję bardzo.

Senator Margareta Budner:

Ja chciałabym serdecznie podziękować wszystkim tym, którzy byli w szpitalu w Łęcznej, nie tylko w swoim imieniu, ale także w imieniu wszystkich profesorów z dziedziny chirurgii plastycznej tam obecnych. Mimo że tak szybko musieliśmy wyjechać, nawiązała się bardzo dynamiczna dyskusja m.in. z panem prezesem Jacyną. Mam nadzieję, że to będzie początek pracy nad nowymi procedurami. Mam również nadzieję, że spotkamy się jeszcze raz, tym razem w Warszawie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Jeszcze raz dziękuję pani senator za zorganizowanie tego wyjazdowego posiedzenia.

Jeśli chodzi o kwestie organizacyjne, proszę państwa, to muszę państwa uprzedzić, że 19 lipca będziemy mieli posiedzenie. Rozpoczęcie wstępnie zaplanowaliśmy na godzinę 10.00, a będziemy mówić o ustawie o używaniu tytoniu i wyrobów tytoniowych. 19 lipca o 10.00, sala ta sama co dzisiaj.

Przechodzimy do realizacji porządku obrad.

Pozwólcie państwo, że przywitam gości zaproszonych na dzisiejsze posiedzenie. Witam panią profesor Ewę Helwich, konsultanta krajowego do spraw neonatologii, panią profesor Marię Borszewską-Kornacką i pana profesora Janusza Gadzinowskiego. Witam panią doktor Teresę Dąbrowską, która jest, nie ukrywam, z mojego szpitala. Witam pana ministra Jarosława Pinkasa wraz ze współ-

pracownikami. Nie widzę nikogo z Narodowego Funduszu Zdrowia... A, jest pan, przepraszam. Cieszę się, że państwo jesteście z nami.

Proszę państwa, temat opieki nad noworodkiem w Polsce na spotkaniu naszej Komisji Zdrowia był poruszany dokładnie 3 lata temu. Powiem szczerze, że to spotkanie chyba nie spotkało się z odpowiednim oddźwiękiem, jeżeli chodzi o ministerstwo i Narodowy Fundusz Zdrowia. Myślę, że to dzisiejsze spotkanie będzie zupełnie inne. Jeżeli chodzi o neonatologię, bo o tym będziemy dzisiaj rozmawiać, to wszyscy wiemy, że jest to nie tylko walka o utrzymanie przy życiu dziecka przedwcześnie urodzonego, ale także zapewnienie mu opieki medycznej w ten sposób, by mogło się rozwijać i z czasem wyrównać różnice wynikające z wcześniactwa, rozwijać się jak jego rówieśnicy, którzy się urodzili o czasie.

Z materiałów, które przeglądałem, wynika, że w Polsce rodzi się prawie 30 tysięcy wcześniaków rocznie. Jest to dość pokaźna liczba. Myślę, że opieka nad tymi dziećmi od wielu lat w Polsce jest na europejskim, jeśli nie na światowym poziomie. W latach pięćdziesiątych, jak pamiętam, na 1 tysiąc urodzonych noworodków ponad 100 umierało. W tej chwili ten wskaźnik wynosi 4 albo może troszeczkę więcej. Mamy zatem zdecydowaną poprawę tej sytuacji. Ja nie jestem fachowcem w tej dziedzinie, więc już oddaję głos pani profesor, która rozpocznie to dzisiejsze spotkanie. Przedstawcie państwo swoje osiągnięcia, swoje problemy, to, z czym się borykacie. Pan minister powie kilka słów od siebie, a potem zaproszę wszystkich senatorów do dyskusji.

Udzielam głosu pani profesor.

Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Instytucie Matki i Dziecka Ewa Helwich:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, pozwolicie państwo, że zacznę od kilku zdań informacyjnych tak, żeby państwo mogli się zorientować, jakie są najważniejsze aspekty organizacji opieki nad dzieckiem, przede wszystkim dzieckiem urodzonym przedwcześnie, oraz jakie mamy problemy. Neonatologia w latach osiemdziesiątych poprzedniego stulecia wyodrębniła się z pediatrii. Dlaczego tak się stało? Proszę państwa, walczyliśmy o to. Ze względu na bardzo złe wskaźniki okołoporodowej umieralności niemowląt w tym czasie

chodziło nam o to, żeby móc szybko tę sytuację poprawić. Doszliśmy do wniosku, że dopóki nie będziemy zajmować się także patologią ciąży i ją śledzić, ją rozumieć, to nie będziemy w stanie bardziej tym dzieciom pomóc. Lata osiemdziesiąte i dziewięćdziesiąte zeszłego stulecia to jest okres, w którym najpierw w Stanach, a potem w krajach Europy Zachodniej no i wreszcie w Polsce, powstawał cały system oddziałów intensywnej terapii noworodka dedykowany dzieciom, które urodziły się za wcześnie, które urodziły się ze złożonymi wadami wrodzonymi, po to, żeby zapewnić tym dzieciom możliwość przeżycia i wydobyć z nich cały potencjał rozwojowy, który jest możliwy do wydobycia. Proszę państwa, to się sprawdziło, bo w krótkim czasie przez te dekady ostatnie myśmy wiele poprawili. Tak jak powiedział pan senator, umieralność niemowląt na poziomie 10% zmniejszyła się do 4,2%. To jest ogromny postęp. Oczywiście to się działo w czasie. W dalszym ciągu daleko nam do najlepszych w Europie i warto powiedzieć, dlaczego tak jest. Bo myśmy byli przez tyle lat zrujnowanym krajem, który ciągle się dźwigał, dźwigał itd. Proszę państwa, w latach dziewięćdziesiątych poprzedniego stulecia udało nam się także zorganizować opiekę okołoporodową trójstopniowo, na wzór Europy Zachodniej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, i Stanów. I położnictwo, i neonatologię. Ogromna praca z lat dziewięćdziesiątych doprowadziła do tego, że uporządkowaliśmy całą tę dziedzinę. Wiadomo, który szpital położniczo-noworodkowy ma dany poziom referencji i zależnie od tego... Pierwszy stopień referencji to stopień najniższy, to są szpitale miejscowe. Drugi, pośredni no i trzeci, najwyższy... Takich szpitali mamy w Polsce aktualnie 50, tam zgromadzona jest najdroższa aparatura i zespoły najbardziej doświadczone. Chodzi o to, żeby w sposób celowy tę pacjentkę – wiemy, że ta ciąża jest patologiczna lub zagraża poród przedwczesny – skierować pod opiekę takiego szpitala po to, żeby szansa na urodzenie i na rozwój tego dziecka była jak największa. Tak że bardzo się tym szcycimy, że taką organizację mamy. Inne dziedziny medycyny nam tego zazdroszczą. Myślę, że to jest drugi element, który tak bardzo się sprawdza i który doprowadził do tego, że mogliśmy bardzo wiele poprawić.

Proszę państwa, czego nam brakuje w tej chwili najbardziej? Proszę państwa, najbardziej w mojej ocenie brakuje nam zorganizowanej opieki poszpitalnej dla tej grupy wysokiego ryzyka, dla dzieci, które rodzą się na granicy możliwości przeżycia. To są dzieci z ciąż trwających 23, 24, 25 tygodni, a nie 38–40 tygodni. To są dzieci, które ważą 500, 600 g, poniżej 1000 g. Utrzymanie ich przy życiu i uniknięcie powikłań wynikających z niedojrzałości narządowej przy urodzeniu wymaga naprawdę dużej znajomości rzeczy, odpowiedniej logistyki działania itd. Te dzieci zwykle po 2 miesiącach, 3 miesiącach wychodzą z jednostki macierzystej, w której się urodziły, i przechodzą pod opiekę pediatrów i pod opiekę specjalistów. Wygląda to mniej więcej w ten sposób, że na karcie informacyjnej są zalecenia dla rodziców: kontrola taka, kontrola taka, kontrola siaka. Zwykle to jest kardiolog, okulista itd. Ci wszyscy lekarze muszą śledzić dojrzewanie narządów i rozwój dziecka. Rodzice nie są w stanie w tej chwili załatwiać samodzielnie tych wszystkich wizyt. Muszą być ośrodki równomiernie

rozłożone w całej Polsce, które będą się organizacją tej opieki zajmowały. Nie chodzi o to, że my chcemy zdobyć finanse na to, aby w każdym województwie postawić jakiś nowy ośrodek. Myśmy wybrali 28, 30 ośrodków w Polsce, które mają odpowiednie zaplecze do tego, żeby zająć się taką koordynowaną opieką przynajmniej do końca trzecia roku życia dziecka. To jest okres, w którym powinniśmy uważnie śledzić rozwój takiego dziecka. Trzeba pamiętać, że rozwój dziecka urodzonego przedwcześnie przebiega inaczej niż dziecka urodzonego o czasie. To wcale nie znaczy, że przebiega źle, no ale musi działać zespół specjalistów, który to orzeka. To jest zupełnie nowa nauka, nie ma wielu specjalistów na świecie i w Polsce, którzy się na tym znają. Przekazanie takiego dziecka, z całym szacunkiem dla pediatrów i lekarzy opieki podstawowej, pod ich opiekę... Oni nie dysponują narzędziami do oceny tego rozwoju. Trudno powiedzieć rodzicom: trzeba wspierać tę dziedzinę, trzeba zrobić to, trzeba zrobić tamto. A to jest jedyny okres, w którym to dziecko ma szansę odzyskać, w stosunku do rówieśników urodzonych o czasie, to, czego wykształcenie ze względu na urodzenie przedwczesne nie było możliwe. Jeśli tę szansę stracimy w okresie pierwszych 3 lat życia, to tego już nie nadrobimy. Neonatolodzy mają ogromne poczucie ważności tego, co robią. My chcemy się podjąć koordynacji tych zadań. Pediatrzy się tym nie zajmują w taki sposób, w jaki naszym zdaniem należy to robić. My najbardziej jesteśmy świadomi tego, do jakich powikłań związanych z tą niedojrzałością narządową przy urodzeniu doszło. Chcielibyśmy, żeby istniała jedna instytucja w kraju, która to koordynuje, i ośrodki wojewódzkie, które się tym zajmują. Jedna instytucja w kraju, bo... To jest nauka, która bardzo postępuje. Trzeba śledzić wszelkie informacje, trzeba tych fachowców szkolić. Ośrodki regionalne byłyby po to, żeby rodzice z takim dzieckiem nie musieli jeździć gdzieś daleko. Ja nie mówię, że my chcemy pediatrom odbierać pracę, absolutnie nie, bo te dzieci w miejscu zamieszkania muszą być pod opieką pediatrów. Chodzi o to, żeby opieka skoordynowana wielospecjalistyczna była dostępna, powiedzmy, 4 razy w ciągu roku, w zależności od potrzeb, w takim ośrodku, do którego rodzice mogliby przyjechać rano i wyjechać po południu, a dziecko przez ten czas zostało zbadane. Tak że pierwsza sprawa to jest stworzenie opieki wielospecjalistycznej poszpitalnej, od momentu wypisu dziecka ze szpitala do końca trzeciego roku życia. Tego nam brakuje. Druga rzecz, z którą... Taki projekt, proszę państwa, jest znany, ministerstwo o nim wie. To zostało złożone, ale jak zwykle sprawa rozbija się o finansowanie. O jego źródle trudno jest mi mówić, bo to nie moja dziedzina.

Druga sprawa, która niestety też łączy się z finansowaniem, to jest sprawa aparatury i sprzętu monitorującego w oddziałach intensywnej terapii noworodka. Jak wiecie państwo, Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje aparatury i sprzętu – finansuje leczenie. Ta aparatura jest droga i ze względu na postęp techniczny musi być ciągle odnawiana po to, żeby móc zaproponować najlepsze warunki np. wentylacji. My musimy dysponować nie tylko wiedzą o tym, jak wentylować, ale i odpowiednią aparaturą. To jest duży wydatek. To powinien być wydatek organu założycielskiego i myśmy powinni wiedzieć, jaką sumą dysponujemy

w jakim czasie po to, żeby w jakiś logiczny i logistyczny sposób zaplanować kolejność wymiany tego starego sprzętu, kompletowanie sprzętu. Tymczasem czegoś takiego jak planowane finansowanie zakupu aparatury w ogóle nie ma, to jest kwestia przypadkowa. Czasami sponsorzy sponsorują oddziały pierwszego stopnia referencji, a nie trzeciego, gdzie to powinno być... To jest problem, z którym się borykamy od bardzo wielu lat. Nadzór neonatologiczny 3 lata temu, o ile się nie mylę, przygotował taką globalną analizę zakresu najpilniejszych potrzeb dla całej Polski. Zrobiliśmy wtedy wycenę tego, chcieliśmy ustalić plan realizacji tego programu. Wydawało nam się, że już jesteśmy blisko, rozmowy w ministerstwie były zaawansowane, ale potem wszystko powędrowało do szuflady. Mam nadzieję, że nie do kosza, tylko do szuflady. Jednym słowem, ciągle postulujemy, mówimy, że nam jest to ogromnie potrzebne do tego, żeby jakąś logistykę naszego działania w interesie pacjentów zapewnić. O innych naszych potrzebach powie dzą koledzy, m.in. pan profesor Janusz Gadzinowski.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Profesor.

Proszę, Panie Profesorze. Wiem, że pan będzie musiał troszkę wcześniej wyjść.

Kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Janusz Gadzinowski:

Ze względów rodzinnych będę musiał wyjechać z Warszawy. O 13.30 wyjść stąd, a o 14.00 wyjechać z Warszawy.

Proszę państwa, ja w swoim czasie byłem szefem takiego programu resortowego dotyczącego poprawy opieki prenatalnej. Wprowadzaliśmy wówczas system trójstopniowy. Obecny tutaj były minister był tym, który to wdrażał. Miło mi powiedzieć, że to był ogromny potwierdzony całe dekady później sukces cedujący podstawy organizacyjne do późniejszych osiągnięć, do późniejszych działań, które pozwoliły osiągnąć tak imponującą poprawę sytuacji. Uczestniczymy w programach europejskich, porównujemy dane z innych regionów. Ostatni program, który się skończył w grudniu, wykazał, że po latach osiągnęliśmy poziom najgorszych regionów unijnych. Wyniki z Wielkopolski...

(Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Instytucie Matki i Dziecka Ewa Helwich: Ale starej Unii.)

...plasują się...

(Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Instytucie Matki i Dziecka Ewa Helwich: Starej Unii, starej.)

Starej?

(Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Instytucie Matki i Dziecka Ewa Helwich: Starej Unii, tak.)

No, jesteśmy w dobrym towarzystwie. Paryż i okolice są na podobnym poziomie, Holandia też, także jeden z regionów niemieckich, duńskich... Ale reszta po prostu

jest dużo, dużo lepsza. Najlepsi Szwedzi są dwa razy lepsi od nas. A więc jeszcze bardzo, ale to bardzo dużo jest do zrobienia.

Jak się kończył program poprawy opieki perinatalnej, który był wielkim sukcesem... Jego celem było obniżenie wskaźnika umieralności niemowląt. Chodziło o to, żeby on wynosił poniżej 10. Kiedy startowaliśmy, on był na poziomie około 16, tak w połowie lat dziewięćdziesiątych... Tak że on był koszmarnie wysoki. Wszyscy się śmiali, mówili, że osiągnięcie takiego celu jest niemożliwe. My osiągnęliśmy poziom poniżej 10 w 1999 r. Co zaproponowaliśmy dalej? Program został wdrożony, system trójstopniowy na szczęście został podchwycony przez kasy, później przez NFZ i jest finansowany według tych zasad, co jest świetne. Jak wiemy, dzisiaj we wszystkich krajach Unii ten system obowiązuje. Świetnie, żeśmy go w swoim czasie wprowadzili. Co można było robić dalej? W 2000 r. nie wygraliśmy jednej sprawy. Postulowaliśmy wówczas, aby wzorem tego, co jest we Francji – biuro INSERM – czy w Anglii, ale także w krajach Europy Centralnej... My potrzebujemy po prostu bardzo dobrych danych statystycznych. Obecne dane są, że tak powiem, zbyt grube, dotyczą tylko umieralności. My potrzebujemy danych dotyczących zachorowalności w poszczególnych grupach wagowych, w wieku ciążowym. My potrzebujemy danych dotyczących tego, co jest naszą słabością. Program unijny wykazał, że mamy dużo więcej krwawień dokomorowych, niż jest w innych regionach, częściej mamy martwicze zapalenie jelit, ale np. mało dysplazji oskrzelowo-płucnej. To wskazuje kierunek, w którym trzeba podążać.

My, będąc menedżerami dużych jednostek – ja prowadzę największą tego typu jednostkę w kraju – musimy wiedzieć, w jakich obszarach jesteśmy słabi, po to, żeby temu zapobiegać. Dzięki temu programowi unijnemu to się udało, ale nie ma takich danych z całej Polski. Jednym słowem, potrzebna jest nam centralna instytucja, która by dała nam informacje zbierane na podstawie najnowocześniejszych metod. Takie dane muszą być anonimowe, muszą być audytowane, muszą pochodzić od pojedynczego pacjenta, ale także... Ośrodek centralny musi być w ścisłym kontakcie z ośrodkami mniejszymi po to, żeby na bieżąco wyjaśniać wątpliwości. Uważam, że żeby nastąpił dalszy postęp, potrzebujemy bardzo rzetelnych informacji. Wyobrażam sobie, że to musiałyby być rada naukowa złożona z określonych specjalistów z dziedziny neonatologii, a instytucją, która by zbierała dane... To musi być instytucja, która ma fachowców umiejących zbierać dane zgodnie z nowoczesnymi założeniami.

Kolejna sprawa, którą chcę poruszyć. Chodzi o ostatnie wydarzenia – one miały miejsce po zaprogramowaniu tego spotkania – dotyczące zmian w wycenie procedur dokonywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który w sposób znaczący bardzo mocno obniżył płatność procedur, szczególnie w grupie 25 i 24. Jak wynika z danych z Wielkopolski, były tam ogromne nadużycia ze strony ośrodków pierwszego poziomu. Ja otrzymałem te dane z wojewódzkiego oddziału NFZ. Okazuje, że w niektórych oddziałach noworodkowych pierwszego poziomu noworodków wymagających normalnej opieki było 5%. No, te 5% to była patologia... Grubo, ale to grubo mniej... Natomiast nie ulega wątpliwości, że to były nieprawidłowości, które

powinny być usunięte. Co do tego nie ma żadnej dyskusji. Przy okazji uderzono w ośrodki trzeciego poziomu, Bogu ducha winne. W ośrodku, którym ja kieruję, 60% dzieci rodzi się zdrowe, chociaż, że tak powiem, zbieramy patologię z całej Wielkopolski w sposób bardzo systematyczny. Tak więc niewątpliwie... I to był przyczynek do bardzo dużych zmian w zakresie innych procedur, które nas dotknęły, według moich szacunków, na około 10% naszego budżetu w ośrodkach trzeciego poziomu. To jest tak, że jak zmiana zostaje ogłoszona, my mamy prawo do zgłoszenia swoich uwag. Wiem, że z różnych ośrodków z Poznania te uwagi były kierowane. W efekcie wycofano się z niektórych propozycji, ale mam wrażenie, że... To było tak gdzieś na 50%. Obecne obniżenie finansowania szacuję na około 5% w skali budżetu rocznego. Co to powoduje? Proszę państwa, ubolewam, ale przez około 10% czasu jako ośrodek regionalny nie jesteśmy w stanie przyjmować dzieci z Wielkopolski, które tego wymagają. Pozostają one, delikatnie mówiąc, na suboptymalnym poziomie opieki. Nie wszystko można w położnictwie przewidzieć. Najlepszy jest transport in utero, ale położnicy nie są w stanie, ze względów czysto medycznych, przewidzieć 20, 30, a może 40% sytuacji. Wówczas te dzieci wymagają przewiezienia naszym transportem, co jest zawsze gorszym rozwiązaniem. Jednym słowem, to wymaga koordynacji regionalnej. Powinniśmy być w stanie w 100%, bez jednego dnia wyjątku, przyjąć dzieci z niższych poziomów opieki. W tej chwili około 10% czasu... Słyszę od koleżanek, że w innych ośrodkach trzeciego poziomu jest podobnie. Musimy odmawiać, a to znaczy, że skazujemy to dziecko być może na śmierć, a być może na... Nie spełniamy swojej roli ze względu na brak sprzętu, ze względu na brak kadry. Jeżeli dojdzie do obniżenia finansowania, to będzie jeszcze mniej chętnych do naszej specjalizacji, nie będzie wystarczającej liczby respiratorów, sprzętu, o którym pani profesor mówiła. To obniży możliwość obsługiwania naszych regionów.

Można mówić o wielu szczegółach, ale apeluję o to, abyśmy kontynuowali te rozmowy z NFZ, usiłując uratować te ośrodki, które biorą na siebie najcięższą patologię w swoich województwach i które tymi decyzjami zostały skrzywdzone. Tak, nadużycia były ewidentne, ale eliminacja tych nadużyć dotknęła ośrodki, które nie miały tego typu praktyk. To w ewidentny sposób może rzutować na jakość opieki nad noworodkiem w przyszłości. Jeszcze raz przypominam, że noworodek wypisany z oddziału z dobrymi prognozami będzie żył średnią krajową, około 80 lat, będzie produktywny przez tyle lat. Obniżenie poziomu opieki oznacza więcej dzieci z różnymi problemami rozwojowymi w przyszłości, co ewidentnie jest nieszczęściem tych ludzi i ich rodzin, ale także dużym obciążeniem dla państwa. Ja apeluję o powrót do rozmów na temat wyceny procedur noworodkowych w skali kraju, szczególnie w odniesieniu do tych 50 ośrodków, które biorą na siebie największe obciążenie, najcięższą patologię w tym zakresie. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Profesorze.

Myślę, że niestety dotyczy to nie tylko neonatologii. Oddziały troszeczkę naciągają Narodowy Fundusz Zdrowia. Myślę, że to jest do sprawdzenia i do wyegzekwowania. To jest zupełnie inny temat, ale to dobrze, że pan profesor o tym powiedział.

Pani profesor Kownacka. Proszę o zabranie głosu.

Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym Maria Katarzyna Borszewska-Kownacka:

Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja nawiążę do tego, co powiedzieli pani profesor Helwich i pan profesor Gadzinowski. Chciałabym powiedzieć, że kompleksowa opieka nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie po wypisie to jest oczywiście potrzeba. Rodzice domagają się, proszą o skoordynowanie tej opieki. To jest ogromny głos oddolny. Tych rodziców bardzo szkoda, bardzo żal... Pamiętajmy o tym, że do ośrodków trzeciego stopnia referencji przyjeżdżają kobiety w ciąży – tego byśmy chcieli, o transporcie in utero mówił pan profesor Gadzinowski – z miejscowości oddalonych czasem o 100 km. Opieka do trzeciego roku jest i będzie scentralizowana w tych dużych ośrodkach w Polsce. Z tym absolutnie trzeba coś zrobić.

Mówiliśmy tutaj o postępie w neonatologii. Ten postęp niewątpliwie jest duży. Chcę zwrócić uwagę na to, że my mamy nowoczesną neonatologię, na światowym poziomie, ale borykamy się z problemami sprzętowymi, a także, coraz częściej, z kadrowymi. Chciałabym zasygnalizować ten problem. Ja rozumiem, że on jest trudny do rozwiązania. Ja sama nie wiem, jak znaleźć motywację, jak spowodować, żeby młodzi lekarze chcieli wybierać neonatologię jako swoją specjalność. To jest trudna specjalność, tak jak pani profesor Helwich powiedziała. My jesteśmy intensywiściami. Wypalenie zawodowe... Myślę, że obserwujemy je wszyscy na co dzień w naszych zespołach. Jest to, obok pediatrów, bardzo starzejąca się grupa lekarzy. Problem braku lekarzy to jest problem ogólnopolski. Trudno się z tym pogodzić. Niedługo nie będziemy mieli dobrych specjalistów do tego, żeby móc utrzymać poziom, jaki mamy w Polsce.

Czemu jeszcze zawdzięczamy... Na pewno tej trójstopniowej opiece. My wszyscy jesteśmy z tego dumni, bo to działa. Kiedy to się zaczynało... To był projekt rządowy i były na to jakieś finanse. Teraz po prostu działamy na co dzień i to zdaje egzamin. Pan profesor Gadzinowski powiedział o tych niestety uszczuplonych w tej chwili finansach na neonatologię. To jest bardzo groźne. Nie mamy dokładnych danych, ale wiadomo, że dzieci z małą lub ekstremalnie małą masą ciała urodzone z małowodzia pierwszego czy drugiego stopnia absolutnie mają zwiększoną zachorowalność. My nie mamy szczegółowych danych, nie mamy, nie wiem, rejestru... No, rejestr nie jest dobrym określeniem, dobrze widzianym określeniem przez Ministerstwo Zdrowia. Nie wiem dlaczego, ale pani dyrektor Korbasińska zawsze mi powtarzała, że o rejestrach nie ma co mówić. Na Mazowszu jest taki program edukacyjny – udało mi się zdobyć sponsora; jestem konsultantem

województw na Mazowsze – i od 3 lat ewidencję takich danych prowadzimy. Program jest gotowy i dotyczy około 170 danych dotyczących każdego noworodka urodzonego poniżej trzydziestego drugiego tygodnia ciąży, tej najbardziej newralgicznej grupy.

Czemu jeszcze zawdzięczamy to, że efekty leczenia naszych dzieci z ekstremalnie małą masą ciała i małą masą ciała są dobre? M.in. temu, że staramy się działać według standardów światowych i według rekomendacji. Wydaliśmy w 2015 r. standardy opieki nad noworodkiem w Polsce. To jest 28 standardów. Ja nie wiem, czy jakaś inna dziedzina w Polsce ma tak zebrane standardy. Być może jakaś jest, do końca nie jestem zorientowana. W tej chwili pracujemy nad nową edycją tych standardów. Wiem, że to się spotkało z ogromnym zainteresowaniem lekarzy, którzy chcą wybierać neonatologię, choć, tak jak powiedziałam, jest ich coraz mniej. Wyszło to pod egidą Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, którego mam zaszczyt być prezesem. Nie ukrywam, że zgłoszone to zostało do nagrody ministra, ale na razie nie otrzymaliśmy informacji ani negatywnej, ani pozytywnej.

(Głos z sali: Ani nagrody?)

Ani nagrody. Tych potrzeb zdrowotnych jest dużo. Tak jak powiedziałam, są potrzeby sprzętowe, kadrowe, kompleksowej opieki. Na pewno należałoby także rozszerzyć profilaktykę. Immunizacja, jaką mamy... Chodzi o rozwój szczepień. Myślę, że kalendarz szczepień co roku jest lepszy, tak można powiedzieć. Troszeczkę odbiega od europejskiego – ja nie mówię o światowym – ale na pewno jest jakiś postęp.

Chcę również zwrócić uwagę na to, że nasze noworodki, które mają masę ciała poniżej 1 kg, przebywają u nas na oddziałach 4–5 miesięcy i są objęte tzw. szczepieniami niemowlęcymi. W drugim roku życia... Można by powiedzieć, że to jest domena przede wszystkim pediatrów, ale my jesteśmy żywo tym zainteresowani. My szczepimy pierwszym szczepieniem, tym niemowlęcym Di-Per-Te... Czy to jest korzystne? To jest oczywiście bardzo korzystne. Jak wspomniała pani profesor Helwich, pediatrzy obawiają się trochę, a może nawet czasem mocno, sprawowania opieki nad wcześniakami powypisowymi. Obawiają się m.in. powikłań po szczepieniach, których jest bardzo niewiele. W związku z tym te szczepienia były bardzo odwołane. W tej chwili ta sytuacja się poprawiła, ale jest jeszcze wiele do zrobienia.

Jeżeli mówimy o immunizacji... Myślę, że jest potrzeba, wzorem innych krajów takich jak chociażby Czechy, Chorwacja, nie wiem, Grecja, Holandia, Hiszpania i wiele innych, rozszerzenia immunizacji w zakresie wirusa RS. Proszę państwa, pediatrzy coraz częściej zwracają naszą uwagę na to – w tym sezonie było to bardzo, bardzo częste, choć znowu nie mamy danych tak dokładnych – że w przypadku dzieci nieobjętych immunizacją, a więc tych dzieci, które, powiedziałabym, są starsze niż z 28 tygodnia ciąży, była ogromną liczbą zachorowań, w których identyfikowano wirus RS. Na szczęście teraz...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, to jest oczywiste. Dziękuję bardzo. W związku z tym profilaktyka musi być rozszerzona i dotyczyć dzieci poniżej trzydziestego drugiego tygodnia ciąży, a nie tylko poniżej dwudziestego ósmego tygodnia.

Na marginesie tego chciałabym powiedzieć, że wielu z nas przyjmuje na swoje oddziały noworodki z ciężkimi wadami serca czy w ogóle z wadami serca. To jest kolejna grupa, która w świecie, w Europie jest objęta profilaktyką. To jest oczywiście domena kardiologów i to oni powinni o to walczyć, ale myślę, że... Diagnostyka prenatalna wad serca w Polsce zrobiła ogromny postęp. Diagnostyka prenatalna to jest kolejna dziedzina, w której ten postęp jest ogromny, jest fantastyczny. My neonatolodzy jesteśmy przygotowani do tego, że rodzi się dziecko z wadą, bo wiemy, jak postępować z takimi dziećmi od pierwszych minut ich życia. Nas to niezwykle interesuje. To jest kolejny problem.

Chciałabym jeszcze dwa słowa powiedzieć na temat mapowania. My konsultanci wojewódzcy jesteśmy zarzucani tymi informacjami, mamy wyrazić swoje zdanie na temat potrzeb, na temat mapowania. Ja doskonale zdaję sobie sprawę z tego, że są oddziały... Ja sama co roku zwracam uwagę na to, że 2, 3 oddziały w województwie mazowieckim powinny być ewentualnie zlikwidowane, bo skoro liczba porodów wynosi tam w granicach 100 rocznie, bo tak jest... Myślę jednak, że wszystko idzie w tym kierunku – i z tego się bardzo cieszymy jako neonatolodzy – że więcej dzieci będzie się rodziło w Polsce. Oby wszystkie rodziły się zdrowe, ale myślę, że to do końca nie jest możliwe. Uważam, że trzeba się mocno zastanowić nad tym, czy likwidacja łóżek szpitalnych – chodzi o neonatologię i położnictwo – jest rzeczywiście uzasadniona.

I jeszcze raz o tym rejestrze. Myślę, że powinniśmy na ten temat... Bez tego nie będziemy mieli danych o tym, gdzie i jak się rodzą dzieci, jakie to są dzieci, a przede danych dotyczących dzieci, które nie powinny się rodzić na oddziałach pierwszego i drugiego stopnia, bo te dzieci wykazują potem znacznie większą zachorowalność. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Profesor.

Jeżeli pani doktor Dąbrowska, twórcza oddziału patologii noworodka w szpitalu powiatowym... Może kilka zdań, Pani Doktor, na temat tego, jak to wygląda z perspektywy szpitala powiatowego. Państwo profesorowie pracują w klinikach. Gdyby mogła pani parę zdań powiedzieć, z czym się pani boryka...

Proszę.

Pracownik Oddziału Patologii, Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Szpitalu Powiatowym im. Zbigniewa Koprowskiego w Sokolowie Podlaskim Teresa Dąbrowska:

Przed 24 laty zorganizowałam w Sokolowie Podlaskim oddział patologii noworodka z intensywną terapią. To było w okresie, kiedy intensywna terapia, jak również transport noworodkowy, w Warszawie wówczas się organizowały. Kształciliśmy się u pana profesora Gadzinowskiego, u pani profesor Kornackiej wówczas w Poznaniu. Uratowaliśmy

wiele dzieci. To jest terytorium byłego województwa siedleckiego, na którym nie było takiego oddziału i bardzo dużo noworodków z naszego terenu Polski wschodniej wówczas umierało. Po 24 latach sytuacja wygląda inaczej. Wówczas bardzo często zdarzało się, że z powodu braku wolnego respiratora nie można było przyjąć kolejnego dziecka. Wszystkie 4, jakie mieliśmy – teraz mamy 5, bo jeszcze jest AVEA... Niestety te dzieci umierały, gdyż miejsc w Warszawie nie było. Obecnie sytuacja jest inna. Nadal pracujemy. Dzięki pani profesor Kornackiej mamy zakontraktowaną karetkę N. Transport noworodkowy przy wsparciu pani profesor Helwich funkcjonował od początku, od 24 lat. Udało nam się przejąć inkubator transportowy z jednostki na ulicy Hożej. On tam po prostu sobie stał. Pan doktor Rawicz mi wskazał drogę... Tak że oddział nadal funkcjonuje, jest to oddział drugiego poziomu opieki, na poziomie szpitala powiatowego. Wielokrotnie bywały sytuacje, że leczyliśmy dzieci z trzeciego poziomu opieki, te bardzo małe, gdy miejsc w Warszawie brakowało. Teraz sytuacja jest już nieco inna. Są braki kadrowe, liczba porodów nie jest zbyt duża, wynosi około 500. Taki oddział miałby swoją wielką przyszłość, gdyby nasze położnictwo stało na wyższym poziomie. Może jakieś pytania?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Profesor.

(Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym Maria Katarzyna Borszewska-Kownacka: O tym położnictwie powiem... Mogę?)

Proszę.

Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym Maria Katarzyna Borszewska-Kownacka:

Usłyszałam wczoraj od pana profesora Radowickiego, konsultanta krajowego do spraw położnictwa, że umieralność niemowląt w Polsce spadła chyba do 4,2 czy 4,4...

(Głos z sali: 4,3.)

4,3... To są najnowsze dane. Usłyszałam również, że... Oczywiście wiadomo, że ponad 50% stanowią noworodki, później wady, czyli, że tak powiem, też część noworodkowa... Usłyszałam również, że ponad połowa to są martwe urodzenia. Teresko, ty o tym mówiłaś. Przepraszam, że się wtrącałam.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Profesorze.

Kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Janusz Gadzinowski:

Proszę państwa, ja jako szef największej takiej instytucji w kraju – mamy 7 tysięcy porodów tylko w jednym szpitalu, 500 dzieci jest prowadzone na intensywnej terapii,

20 noworodków przywozimy ambulansami z 34 szpitali w Wielkopolsce – chciałbym powiedzieć, jakie ja mam na co dzień problemy szczegółowe. Myślę, że one występują w szerszej skali, w innych regionach też. Chodzi o niewydolność kardiologii dziecięcej. Mimo niewątpliwych osiągnięć poszczególnych ludzi – są wybitni kardiolog-dzi dziecięcy, to nie ulega wątpliwości, którzy mają wspaniałe wyniki – ulokowanie dziecka z wadą serca w jakimś ośrodku kardiologicznym graniczy z cudem. Czasami całymi tygodniami trzymamy dzieci na Prostinie – ampułka kosztuje 800 zł, a więc to jest bardzo kosztowne działanie – i nie możemy ich przekazać... To jest nasza ogromna bolączka. Tak się składa, że my w Poznaniu niestety nie mamy najlepszej kardiologii dziecięcej i musimy dzieci wysyłać do Łodzi albo do Krakowa. Istnieje niewyraźna niewydolność... Ja ciągle mam kilkoro dzieci, które czekają, żeby... Za przeproszeniem, ale one czekają na to, żeby je gdzieś wcisnąć – to się odbywa po dziesiątkach telefonów, po wielu interwencjach, po rozmowach z kolegami, bo szukamy znajomości itp. To nie powinno być... To powinien być pewien automat, tak po prostu powinno się dziać.

Druga nasza bolączka to chronicznie wentylowane dzieci. Niestety zdarza się, że dzieci mają problemy z podjęciem samoistnej czynności oddechowej, są uszkodzone neurologicznie. To jest niestety ta ciemna strona księżyca... Niestety pewna grupa dzieci jest średnio czy ciężko uszkodzona i nie mamy gdzie tych dzieci przekazać. One leżą miesiącami u nas, zajmując miejsca, których nam brakuje. Ja muszę odmawiać przyjęcia dzieci z mniejszych szpitali, ponieważ miejsce jest zajęte przez takie dziecko. Ono blokuje to miejsce całymi miesiącami. Od miesiąca usiłuję ulokować jedno dziecko w którymś z ośrodków pod Warszawą. Nie można takiego dziecka przekazać do opieki domowej, co niewątpliwie byłoby najlepszym rozwiązaniem. NFZ ma w Wielkopolsce podpisane kontrakty z 2 czy 3... z 3 instytucjami, ale jeżeli rodzice się na to nie zgodzą, to te instytucje nie mogą tego dziecka wziąć do siebie. Miejsca, które mogą być na ostro używane, blokowane są przez chronicznie wentylowanych pacjentów. Musi się znaleźć rozwiązanie, które... Nie wiem, może są jakieś oddziały, które są niewykorzystane. Niektóre oddziały pediatryczne są przecież niewykorzystane, są tam wolne miejsca, co jest tajemnicą poliszynela. Być może właśnie one powinny się wyspecjalizować w prowadzeniu chronicznie wentylowanych dzieci, odblokowując możliwości działania oddziałów intensywnej terapii noworodka na trzecim poziomie. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę.

Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym Maria Katarzyna Borszewska-Kownacka:

Jeżeli mogę... Ja nie będę wymieniać tych ośrodków czy ośrodków w województwie mazowieckim, ale... Wiem, że są oddziały tej opieki specjalnej, które byłyby skłonne

prowadzić dzieci na respiratorach, ale one nie mają kontraktu. Ja wiem przynajmniej o jednym takim oddziale w województwie mazowieckim.

Chciałabym wrócić do tego, co pan profesor powiedział. Wymienił pan nazwę: Prostin. Prostin jest rzeczywiście bardzo drogim lekiem, niejedynym tak droгим. Myśmy w naszych uwagach do projektu zmian finansowania neonatologii – zmiany te niestety weszły w życie – postulowali m.in. o to, żeby niektóre z tych leków wyróżnić, oddzielić i dać im osobne finansowanie, bo to są bardzo drogie leki. Nie ukrywam, że napisałam bardzo długi elaborat do agencji oceny technologii medycznych, bo tak mi poradził... Do Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło wiele uwag od dyrektorów szpitali Mazowsza. Tak mi poradził pan minister Radziwiłł, z którym rozmawiałam na temat tego projektu zmian. Myślę, że jest jeszcze wiele spraw do uwzględnienia przez państwa.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Profesorze, jedno zdanie i oddajemy głos panu ministrowi.

Kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Janusz Gadzinowski:

Tak. Chodzi o wypowiedź pani profesor odnośnie do tych map potrzeb zdrowotnych. Jeżeli zadziała program 500+... Działania przewidujące obniżenie liczby łóżek noworodkowych i położniczych wyraźnie wykazują na brak wiary w skuteczność programu 500+. Obniżanie w momencie, w którym oczekujemy wzrostu, jest dosyć dziwne. Musimy pamiętać o tym, że w populacji występuje mniej więcej 3% wad – jak będzie więcej się rodziło dzieci, to dalej będzie to 3%, tylko że dzieci będzie więcej – i około 6% przypadków wcześniactwa. Jak to będzie dotyczyło większej populacji dzieci, to my, w tej chwili będąc w 10% czasu niewydolni, prawdopodobnie będziemy niewydolni jeszcze bardziej. Trzeba zwiększyć możliwość hospitalizacji na trzecim poziomie poprzez zwiększenie intensywnej terapii, oczekując efektów działania programu 500+.

(Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym Maria Katarzyna Borszewska-Kownacka: Dwa zdania podsumowania, jeśli można prosić.)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę bardzo, Pani Profesor.

Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym Maria Katarzyna Borszewska-Kownacka:

Proszę państwa, w ramach nadzoru specjalistycznego w neonatologii, który tutaj prezentujemy, spotykamy się, zgodnie z ustawą, 2 razy w roku i o problemach dysku-

tujemy. Fragment tych problemów państwo poznaliście. My ciągle mówimy o tym, że nam bardzo by się przydało wsparcie, być może instytucjonalne, które by przełożyło to, co wynika z naszego doświadczenia, naszej codziennej praktyki, na akty prawne, na jakąś sytuację, która byłaby obligująca dla dyrektorów szpitali. Proszę zauważyć, że w tej chwili uprawnienia dyrektorów szpitali są naprawdę szerokie. Co z tego, że my jako grono specjalistów stwierdzimy, że zawodzi taka i taka sprawa... Jeśli zgłaszamy to do konkretnego szpitala, to dyrektor szpitala zazwyczaj mówi tak: dobrze, jeśli będzie na ten temat jakieś rozporządzenie, to ja wtedy się do niego zastosuję, a na razie nie muszę. Tak to wygląda w praktyce.

Co jeszcze przemawia, proszę państwa, za istnieniem instytucji, której nadzór nad opieką perinatalną byłby bardzo istotny? Wyniki tej opieki to jest istotny wskaźnik, który mówi o poziomie opieki medycznej w danym kraju. My ciągle mówimy o wskaźnikach. Skoro to jest tak ważne, to może warto przyjrzeć się temu bardziej i na co dzień mieć większą sterowność dotyczącą tego trójstopniowego systemu. Chodzi o to, żeby wykorzystać wszystkie możliwości niewykorzystane i dać szansę tym, którym brakuje tych możliwości. My jako nadzór, mając wiedzę, nie bardzo mamy przełożenie na to, co faktycznie się dzieje. My możemy postulować, my możemy zwracać uwagę, natomiast dopóki nie będzie rozporządzenia ministra w sprawie opieki okołoporodowej, no to nie będzie... To idzie naprzód, całe szczęście, że idzie naprzód, ale to jest pewien wycinek. Chcielibyśmy czegoś szerszego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Profesor.

Myślę, że pan minister będzie miał teraz pole do popisu.

Proszę, Panie Ministrze, o wystąpienie.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodniczący.

Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Na samym wstępie chciałbym bardzo podziękować za zaproszenie na dzisiejsze spotkanie. Chciałbym wyrazić przede wszystkim wdzięczność za to, że po drugiej stronie stołu, ale tego samego stołu, prawie okrągłego, siedzą ludzie, którzy zrobili najwięcej dla polskiej medycyny. Medycynę ocenia się poprzez pewne parametry. Pierwszy parametr, najważniejszy, o którym dzisiaj rozmawialiśmy, jest w Polsce naprawdę imponujący. Można o państwie powiedzieć – tak jak o lotnikach polskich, którzy walczyli nad Wielką Brytanią – że tak niewielu zrobiło tak wiele dla tak wielu. Bardzo bym chciał, żeby to się znalazło w stenogramie. Rozwój polskiej medycyny to są przede wszystkim ludzie, to są państwo, którzy siedzicie naprzeciwko mnie i którzy doprowadzili do sytuacji, że po dramatycznych latach naprawdę możemy być takim europejskim benchmarkiem – to od nas inni powinni się uczyć tego, jak

w stosunkowo krótkim okresie czasu dojść do naprawdę imponującego sukcesu. Ten sukces nie jest jeszcze sukcesem pełnym, wiemy, że jest sporo do zrobienia. Mogę państwa zapewnić, że nie spoczniemy, żeby państwa postulaty nie były realizowane... Oczywiście państwo macie swój własny punkt widzenia. My mamy nieco inne możliwości, nieco inne realia nas otaczają. Proszę pamiętać o tym, że próbujemy robić opiekę zdrowotną za najmniejsze pieniądze w Europie, mając jednak stosunkowo dobre efekty. Relacja koszt – efekt jest w Polsce imponująca dzięki temu, że być może druga strona, po której my siedzimy, potrafi te pieniądze jakoś racjonalnie dzielić. Dzielimy biedę, niemniej mam wrażenie, że będziemy dzielić ją coraz bardziej sprawiedliwie. A może przestaniemy dzielić biedę i doprowadzimy do sytuacji, że w budżecie systemu ochrony zdrowia znajdzie się więcej pieniędzy. Wtedy te pieniądze będziemy wydawać także bardziej racjonalnie.

Jest kilka pytań, które zostały do mnie skierowane. Ja mogę w sposób jednoznaczny na nie odpowiedzieć. Na część pytań czy też postulatów odpowiedzą moi współpracownicy, a szczególnie przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia, bo, jak zwykle, sprawa rozbija się o pieniądze, ale także trochę o logistykę. Pierwsza sprawa, brak kadry medycznej związanej z neonatologią. Kształcimy za mało lekarzy, ale od 1 września 2016 r. przyjmujemy prawie o 18% więcej studentów, a więc za 6 lat, a właściwie za 7 lat pojawi się znacznie większa liczba ludzi zainteresowanych podjęciem tego niezwykle trudnego, ale zarazem dającego nieprawdopodobną satysfakcję, zawodu neonatologa z całą jego odrębnością, ale także z poczuciem, że powinni trafiać tam rzeczywiście najlepsi. To jest niezwykle wyzwanie, chylę czoła. Ja znam państwa osiągnięcia i ile razy jestem w oddziale neonatologicznym, tyle razy zastanawiam się, jakie trzeba mieć umiejętności... Ja bym pewnie tego nie potrafił, chociaż wydaje mi się, że jestem chyba nie najgorzej wykształconym lekarzem. Gdybym widział możliwości, jakie są w tej chwili, to wcale bym się nie zdziwił – mówię to zupełnie szczerze – gdybym, kończąc moje medyczne studia, wybrał neonatologię. To nie jest kokieteria, proszę o tym zapomnieć. Mówię zupełnie szczerze.

Co zrobić, żeby ci młodzi lekarze tam trafiali? Niestety ma znaczenie aspekt ekonomiczny – jeżeli się nie zarobi dobrze w oddziale neonatologicznym, to tam się po prostu nie będzie chciało przychodzić. Wydaje mi się, że warto pomyśleć o tym, by tę specjalizację nieco inaczej rozpropagować wśród młodych lekarzy. Może za mało przebywają na oddziałach neonatologicznych, może za mało chwalimy się sukcesami, może należałoby pokazywać te zupełnie nadzwyczajne, takie spektakularne rzeczy, kiedy to ten noworodek, który ważył 550 g, staje się potem dobrze funkcjonującym młodym człowiekiem? To być może powinno być lepiej pokazane. Może to trzeba jakoś inaczej pokazać lekarzom studentom? Może tych zajęć jest po prostu za mało? Powinniśmy się też zastanowić, czy program studiów – patrz tu na panią profesor – jest tak skonstruowany, że daje zachętę do podjęcia tego trudnego zawodu. No ale od czegoś trzeba zacząć. Jeżeli zaczniemy od większej liczby studentów, to prawdopodobnie będziemy mieli także większą liczbę neonatologów.

Pracujemy na wyceną świadczeń zdrowotnych związanych z szeroko rozumianą pediatrią. Nie po to tniemy koszty świadczeń w innych dziedzinach, żeby nie poprawić w pediatrii. To jest niezwykle nieskomplikowany ciąg zdarzeń. Jeżeli znajdują się pieniądze w Narodowym Funduszu Zdrowia, to one powinny pójść przede wszystkim na dzieci, a w drugiej kolejności albo w tej samej kolejności na pacjentów psychiatrycznych. To są najslabiej zaopatrzeni pacjenci w Polsce i resort zdrowia o tym doskonale wie. Mam wrażenie, że do końca roku państwo zobaczycie pierwsze efekty tej mądrej alokacji środków.

Mapy potrzeb zdrowotnych, Panie Profesorze, są niezwykle potrzebne m.in. do tego, żeby podejmować dość radykalne decyzje. Te radykalne decyzje to czasami pozbawienie wielu miejsc w Polsce świadczenia usług w zakresie neonatologii i położnictwa, szczególnie tam, gdzie porodów jest mało. Nie można sobie pozwolić na to, żeby funkcjonował oddział, w którym jest 200 porodów w ciągu roku, a my takie oddziały mamy. To, po pierwsze, jest brak powtarzalności, po drugie, jest to bardzo istotne marnotrawstwo kadry. Lepiej mieć dyżur położniczo-ginekologiczny zabezpieczony przez kilku lekarzy, niż lekarzy w kilku miejscach, gdzie odbywa się jeden poród albo czasami nie odbywa się w ciągu dyżuru żaden poród. Tak że te decyzje muszą być decyzjami radykalnymi. To nie jest prawda, że w każdym powiecie musi być oddział położniczy – nie wszędzie muszą się rodzić dzieci. Dzieci mają się rodzić tam, gdzie jest bezpiecznie, gdzie organizatorzy opieki zdrowotnej zapewniają najwyższe poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego młodym mamom, rodzicom, a szczególnie noworodkom. Musi tam być zgromadzony duży potencjał, żeby to miało sens. Nie możemy pozwolić na to, żeby środki były poddawane nadmiernej dyspersji. Jeżeli one będą skoncentrowane, to osiągniemy lepszy efekt. Stąd też mapa potrzeb zdrowotnych. Ja rozumiem państwa problem z wyborem, on jest trudny. Są pewne uwarunkowania, uwarunkowania środowiskowe, pewne oczekiwania... Jest w tym wszystkim też polityka, w której państwo uczestniczycie. Myślę, że dzięki stworzeniu racjonalnych narzędzi nie powinno być odstępstw od pewnych założeń, które zostały poczynione przez resort zdrowia oraz przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Niezwykle zainteresował mnie problem dostępu do kardiologii, Panie Profesorze. Muszę powiedzieć, to jest branża, którą chyba najlepiej znam, bo przez wiele lat współpracowałem z oddziałami kardiologii, sam pracowałem w takim oddziale, pracowałem jako dyrektor instytutu kardiologii, mając bardzo ściśle koneksje także z centrum onkologii. Muszę powiedzieć, że to jest taka działka, w której czuję się dobrze. Jestem, rzekłbym, dobrze zbriefowany, bo jeżdżę np. na wszystkie spotkania klubu kardiologów, ale muszę powiedzieć, że po raz pierwszy zostałem poinformowany o tym, że w Wielkopolsce jest utrudniony dostęp do...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...zabiegów kardiologicznych, dziecięcych oczywiście. Wiem, że dziecięcych. Mam wrażenie, że należy tutaj...

(Głos z sali: Tak jest w całej Polsce, Panie Ministrze.)

Myślę, że krajowy konsultant z zakresu kardiologii, którym w tej chwili jest pan profesor Różański, będzie

musiał szybko podjąć istotne działania, przede wszystkim takie, żeby mi opisać ten problem. On do mnie nie dotarł. Muszę powiedzieć, że jedyny problem z kardiologią dziecięcą, jaki... Chodzi o wysyłanie serc jednokomorowych do pana profesora Malca. To, powiedziałbym, nie jest problemem resortu, tylko, rzekłbym, otoczenia i może marketingu, to raczej ta skala. Proszę pamiętać także o tym, że w Warszawie od 1 września po przeniesieniu oddziału kardiologii dziecięcej z ulicy Działdowskiej do naszego kampusu zmieni się zupełnie sytuacja. Proszę pamiętać o tym, że pozyskano specjalistów kardiologów, którzy prawdopodobnie będą mieli szersze spektrum zabiegowe. Myślę, że nie powinno być żadnego problemu dotyczącego tego, że dziecko oczekuje zbyt długo na operację Norwooda czy... Generalnie o tym mówimy, o tych najbardziej skomplikowanych operacjach. Nie spotkałem się także z tym, żeby Centrum Zdrowia Dziecka było tak niewydolne, że musiałbym ingerować w sposób organizacji kolejki świadczeń. Mam wrażenie, że należy podjąć działania... Poproszę konsultanta krajowego, żeby przyjrzał się sytuacji, szczególnie województwa wielkopolskiego. Oczywiście absolutnie niedopuszczalne jest to, żeby dziecko było przetrzymywane, co przecież zabiera mu się szansę... To powinno być rozwiązane. Myślę, że pan profesor Religa, który patrzy na nas z góry i który zawsze kochał Senat – to było jego ulubione miejsce – ze zgrozą tego słucha z zaświatów. Patrzę tu na bliskiego współpracownika pana profesora, pana ministra Wojtyłę... To tak nie może wyglądać. To jest rzecz, którą ja natychmiast się zajmę. To jest coś niezwykle inspirującego. Wydaje mi się, że dość nieskomplikowanego do załatwienia... Być może jest to kwestia logistyki. Z całą pewnością nie jest to kwestia dostępu do świadczeń zdrowotnych. Patrzę tu na przedstawiciela NFZ... Nie wyobrażam sobie, żeby te procedury były procedurami limitowanymi. Mam nadzieję, że takiej sytuacji nie ma, że ona nigdzie nie wystąpiła. M.in. po to jesteśmy w resorcie, żeby udrażniać kanały, także kanały informacyjne. Proszę też pamiętać, Panie Profesorze, że dzięki autostradom Polska, że tak powiem, zmałała. Ja do Poznania potrafię jechać w dość krótkim czasie. Mam więc wrażenie, że transfer dziecka do ośrodka warszawskiego nie byłby specjalnie skomplikowany. Nawet na Śląsk przez Łódź jedzie się, już od 3 dni, o prawie godzinę krócej. To może tę sytuację poprawić. Obiecuję, że się natychmiast tym zajmę.

Nie chcę państwu zabierać nadmiernej ilości czasu, bo myślę, że najbardziej istotne jest w tej chwili to, żeby przedstawiciel NFZ odpowiedział na postulaty, które państwo tutaj przedstawiliście. Ja ze swojej strony obiecuję, że w paru rzeczach na pewno będę skuteczny. Proszę trzymać mnie za słowo. Patrzę tu na pana senatora Kraskę z myślą, żeby rozliczył mnie z kwestii tej kardiologii w ciągu najbliższych 3 tygodni.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Panie Dyrektorze, proszę o zabranie głosu jako przedstawiciela płatnika, który wycenia procedury i płaci za nie.

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia Wojciech Zawalski:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za zaproszenie i możliwość wypowiedzenia się na temat finansowania procedur neonatologicznych oraz ostatnich zmian, które zostały wprowadzone. Kilka słów o tym, co legło u podłoża większości tych zmian. Przede wszystkim sugestie, które wpływały z państwa środowiska neonatologicznego dotyczące rozliczania terapii tlenkiem azotu, co jest niezwykle kosztoclonną procedurą. Zgłaszaliście państwo, że nie ma możliwości efektywnego podawania go w grupach niższych niż ta grupa najwyższa, N21. Czyli np. w grupie N22 jest to po prostu nieopłacalne z uwagi na koszty. W związku z tym po zasięgnięciu informacji kosztowych od państwa, zgodnie z możliwościami, które daje rozporządzenie ministra zdrowia o ogólnych warunkach umów, prezes dokonał zmian, które umożliwiły w ośrodkach trzeciego stopnia nadzoru rozliczanie tlenu azotu na dosumowanie do faktury. Zgadzam się z panem profesorem co do tego, że pewne procedury neonatologiczne były rozliczane maksymalnie, jak to tylko było możliwe. Użyję takiego sformułowania, nie pokuszę się o zacytowanie słów pana profesora. O co chodzi? Były to grupy N24 i N25. W obydwóch tych grupach możliwe było rozliczanie fototerapii noworodka. W ośrodkach... To nie dotyczy ośrodków trzeciego stopnia nadzoru, dotyczy to głównie ośrodków drugiego stopnia nadzoru. Okazuje się, że różnica punktowa to jest 55 punktów w grupie N25 i 90 punktów w grupie N24. Większość rozliczanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia fototerapii jest w pierwszej możliwej dobie w przypadku grupy N24, czyli w dobie piątej, co skutkuje tym, że 8 tysięcy noworodków zostało rozliczone praktycznie o 35 punktów więcej tylko i wyłącznie z tego powodu, że jedną dobę dłużej były hospitalizowane. Oddziały te otrzymywały zatem równowartość 35 punktów – tyle kosztuje poród, cała procedura związana z pobytem pacjentki i porodem – tylko i wyłącznie dlatego, że jeden dzień dłużej trwała hospitalizacja i było to rozliczane w grupie N25. Z uwagi na to, że koszty tej procedury nie są szczególnie wysokie i na pewno nie usprawiedliwiają rozliczania w kwocie 90 punktów, dokonaliśmy przesunięcia fototerapii do grupy N25. I to jest jedyna tak naprawdę znacząca... Chodzi o obniżenie wartości finansowania tych świadczeń. Usunęliśmy również kilka procedur, które jednym zdaniem można opisać jako procedury inne bądź nieokreślone. Bardzo dziękujemy za konsultacje z ośrodków poznańskiego i warszawskiego. W drodze konsultacji domówiliśmy możliwość rozliczania kilkudziesięciu procedur wskazanych przez państwa. Te procedury będą możliwe do rozliczenia w tych grupach wyższych. Szacunki, których dokonaliśmy... Proszę mi wierzyć, że ośrodki trzeciego stopnia nadzoru będą beneficjentami tych zmian. My dokonaliśmy przeliczeń dotyczących tego, co się wydarzy, a nie tylko na zasadzie: jeden do jednego. W tej chwili te noworodki będą w sposób inny rozliczane niż do tej pory, czyli to nie jest przełożenie jeden do jednego tych grup. One będą kwalifikowane na innych zasadach.

Kolejna zmiana korzystna dla rozliczania leczenia noworodków. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoczyna premiowanie, od 1 lipca, noworodków z grupy najtańszej, N20. One będą premiowane współczynnikiem 1,2, co oznacza praktycznie dwudziestoprocentowy wzrost wyceny tych świadczeń. To niejako ma pokryć różnicę, która wypływa z rozliczania grup wyższych. Pełne rozliczenie, którego my dokonaliśmy, wskazuje na to, że rok zakończy się... Jeżeli policzymy rok do roku, okaże się, że będzie zwiększone, niewiele, ale zwiększone, finansowanie świadczeń neonatologicznych. Na pewno została dokonana alokacja tych środków i to z korzyścią dla ośrodków trzeciego stopnia referencyjnego. My liczyliśmy na przykładzie Centrum Zdrowia Matki Polki, od którego dostaliśmy dane kosztowe... Próbowałem się skontaktować z panią profesor, ale niestety była pani na miesięcznym urlopie, takie uzyskałem informacje. W związku z tym poprosiliśmy instytut Matki Polki o przekazanie nam swoich danych kosztowych. Szacujemy, że ośrodki trzeciego stopnia nadzoru skorzystają na tych zmianach.

Dalsze prace, które podejmujemy, mają na celu to, żeby te świadczenia, które rzeczywiście są drogie, kosztochłonne, tak jak ten tlenek azotu czy inne leki...

(Głos z sali: Surfaktant.)

Surfaktant też dołożyliśmy, to była państwa sugestia. Chodziło o to, żeby ktoś po prostu nie próbował oszczędzać na surfaktancie i żeby efektywność państwa działań była lepsza. Te 2 leki, o których państwo w fazie konsultacji wspomnieli...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, to wpłynęły do nas ostatniego dnia konsultacji. Proszę mi wierzyć, my naprawdę nie możemy wprowadzać zmian z dnia na dzień tylko dlatego, że są one sugerowane przez państwa. Aczkolwiek podjęliśmy pracę i wyliczamy, jaka jest rzeczywista potrzeba takich zmian w wycenach. To tyle z mojej strony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Dyrektorze.

Myślę, że teraz jest pora na... Jeszcze odpowiedź ze strony państwa, no tak. Zaraz dojdziemy do fazy zadawania pytań.

(Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Instytucie Matki i Dziecka Ewa Helwich: Jeśli można, to ja bym zaczęła.)

(Kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Janusz Gadzinowski: Pozwól mi, bo ja wyjeżdżam...)

(Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Instytucie Matki i Dziecka Ewa Helwich: Dobra, dobra.)

Państwo profesorowie zawsze energicznie...

Proszę, Panie Profesorze.

Kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Janusz Gadzinowski:

Przepraszam, ale wyjeżdżam, pociąg w zasadzie już na mnie czeka.

Dziękuję panu ministrowi za komplementy...

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Poprosimy do mikrofonu.)

Dziękuję za komplementy. Skromnie mówiąc, zasłużyliśmy na nie...

(Wesołość na sali)

Żarty na bok, ale niewątpliwie liczby mówią same za siebie. Ja myślę, że to był wielki sukces także działań ministerstwa w swoim czasie i naszego środowiska. To jest interakcja. Bardzo skomplikowane są podstawy tego, w jaki sposób się to udało się zrobić. Myślę, że jest to, dumnie mówiąc, nasze narodowe osiągnięcie. To nie ulega wątpliwości.

Odnoszę się do pewnych poruszonych tu kwestii. Ja nie jestem przeciwny tym mapom zdrowotnym, bo ja rozumiem, że one mają swój cel. Ten fragment, że się przewiduje zmniejszenie liczby łóżek noworodkowych o tyle mnie zaniepokoił, że... Ja to wiążę ze zmniejszeniem możliwości działania oddziałów trzeciego poziomu, a powinniśmy spodziewać się, że wzrośnie zapotrzebowanie na nasze usługi w następstwie wzrostu liczby rodzących się dzieci. Zgadzam się całkowicie co do tego, że na pierwszym poziomie często bardzo wiele łóżek noworodkowych stoi puste. NFZ chyba najlepiej o tym wie. W swoim czasie, jak wdrażaliśmy program poprawy opieki prenatalnej, a to było w połowie lat dziewięćdziesiątych, planowaliśmy zamykanie oddziałów, które mają liczbę porodów na poziomie... Do tego nie doszło. Nawiasem mówiąc, Niemcy też mają ogromne rozdrobnienie oddziałów noworodkowych i też chcą to zrobić, ale im się nie udaje, bo bronią tego lokalni posłowie... Przepraszam, politycy...

(Wesołość na sali)

Nie powiedziałem, że senatorowie... Krótko mówiąc, lokalni działacze chcą utrzymania tego, bo oni są oceniani przez tę lokalną społeczność. Ja rozumiem te mechanizmy. To nie jest tylko polski fenomen. Bardzo trudno jest zamknąć oddział noworodkowy, jeżeli trochę się pomaniuluje nastrojami lokalnymi. Natomiast na pewno można zmniejszyć liczbę szpitali o małej liczbie łóżek. Ja się zgadzam z tym, tak. Tylko że kłopot jest taki, iż czasami do najbliższego szpitala jest 30, 40 km. Te dystanse rozkładają sprawę. Jak to jest blisko, to jest łatwo, ale jak dalekie są te odległości, to decyzja zaczyna być zbyt ryzykowna. Jednym słowem: idea – tak, ale trzeba brać pod uwagę szczegóły.

Kardiochirurgdy. Jeśli chodzi o Poznań, to my wysyłamy głównie do Łodzi do profesora Molla czy do Warszawy do profesora Maruszewskiego. Szczerze mówiąc, na Śląsk nie sięgaliśmy. Czasami, jak profesor Malec był w Krakowie, to wysłaliśmy do niego. To jest niewydolność i opieki kardiochirurgów, i intensywnej terapii noworodka, która jest potrzebna, żeby to dziecko przyjąć. Tak więc jest to zjawisko nie tylko dotyczące kardiologii dziecięcej, ale także obsługujących te dzieci neonatologów. To jest bardziej złożone.

Narodowy Fundusz Zdrowia. Oczywiście dziękuję za to, że pewna część tych naszych uwag została uwzględniona. Ja jednak proponuję, żeby... Nasze obliczenia ciągle wskazują, że się poślizgniemy przynajmniej o 5%, nawet po tych korektach. Nie doczytałem tego piątkowego listu – nie nadażyłem tego zrobić – który do nas dotarł, tej interpretacji NFZ. Proponuję w takim razie, bo jestem świadom,

że z dnia na dzień tego nie można robić, żeby dać nam 2, 3 miesiące na zobaczenie, jak wygląda ten krajobraz po bitwie. Zobaczymy, jak to się wszystko liczy. Proponuję, aby wczesną jesienią wrócić do tego tematu i ewentualnie zrobić niezbędne korekty.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Myślę, że to nie są wyceny ustalone na wieki...
(*Głos z sali: Mamy nadzieję.*)
Myślę, że można do tego wracać i korygować to.
Pani profesor Helwich. Proszę.

Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Instytucie Matki i Dziecka Ewa Helwich:

Ja absolutnie się zgadzam z panem ministrem, że problem kardiologii noworodka to jest problem logistyczny. Dlaczego? Jak była o tym mowa, coraz więcej mamy rozpoznać prenatalnych. Te dzieci mogą być kierowane do ośrodków perinatalnych. Proszę zobaczyć, ile my tych ośrodków mamy. Mamy Łódź, mamy... Centrum Zdrowia Dziecka nie jest ośrodkiem perinatalnym, bo nie ma położnictwa. Katowice miały być ośrodkiem... Pan minister pamięta, jak przed wielu lat na ten temat rozmawialiśmy. Wystarczy opróżnić jedno skrzydło, ulokować tam położnictwo i nastawić się na to, żeby tam rodziły się dzieci z wadami. I wtedy można zrezygnować z transportu i kłopotów. Trzeba pamiętać o tym, że dziecko z wadą serca jest najczęściej, niemal w 100%, dzieckiem niewydolnym oddechowemu. Ono musi być na intensywnej terapii noworodka. Jeśli kardiologia i kardiologia nie mają zaplecza intensywnej terapii noworodka, są bezradne, bo nie przyjmą tak małego dziecka. Tych ośrodków naprawdę jest niewiele. Wczoraj próbowałam pomóc koleżance konsultant wojewódzkiej z Gdańska, a chodziło o umieszczenie dziecka – nie uwierzcie państwo – 9-tygodniowego z przełożeniem wielkich pni... Tam był jeszcze inny medyczny problem związany z wysokimi wskaźnikami zapalnymi, które nie wynikały z infekcji. W końcu trafiło na intensywną terapię dziecięcą do Łodzi. O tym decyduje logistyka. My w pewnych sytuacjach jesteśmy bezradni, bo nie ma jakiejś nadzorującej, interwencyjnej jednostki, do której w takich sprawach można by się zwrócić. Chodzi o to, żeby tę logistykę na co dzień mieć na względzie i przed oczami.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo, Pani Profesor.
(*Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Instytucie Matki i Dziecka Ewa Helwich: Dziękuję.*)

To już kolejne posiedzenie, na którym spotykamy się z przedstawicielami różnych specjalności. Myślę, że neonatologia nie jest w sytuacji najgorszej, jeśli chodzi o finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, bo aż tylu problemów państwo nie zgłasza co inne specjalizacje.

Teraz państwo senatorowie mogą zabierać głos, zadawać pytania.

Czy ktoś z państwa senatorów...

Pani przewodnicząca Czudowska. Proszę bardzo.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.

Zanim zadam pytanie, być może niezwiązane z tym, o czym państwo mówili, zanim skorzystam z tego, że mam w postaci państwa dobre źródło informacji, chcę oddać państwu hołd jako osobom zajmującym się tak ważną dziedziną wiedzy. Świadczą o tym badania. Być może nie wszyscy państwo wiedzą, że pod koniec lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku izby lekarskie katowicka i śląska przeprowadziły wspólne badania na temat stanu zdrowotności i długości życia polskich lekarzy. Na podstawie tych badań można powiedzieć, że polscy lekarze, że tak powiem, nie przeżywają swoich pacjentów – średnia wieku lekarzy mężczyzn wynosi nieco mniej niż 70 lat, a kobiet nieco więcej niż 70 lat. Najszybciej umierają... Najkrócej wśród lekarek żyją kobiety, które zajmują się pediatrią. To jest najbardziej obciążające dla kobiet lekarek. A w przypadku mężczyzn – ortopedia. To taka ciekawostka.

A pytanie moje jest takie. Czy na to, że w krajach na Zachodzie wskaźniki umieralności niemowląt są niższe, nie ma wpływu fakt, że są tam prowadzone działania eugeniczne, czyli przeprowadzane są aborcje dzieci, u których stwierdza się w badaniach prenatalnych wady rozwojowe? Dziękuję.

Kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Janusz Gadzinowski:

Bardzo słuszna uwaga. Statystyki powinny być oceniane przez pryzmat różnic w legislacji dopuszczających aborcję lub niedopuszczających, czyli restrykcyjnych i liberalnych ustaw antyaborcyjnych. W krajach takich jak np. Francja – ja mam dane z Paryża i z Ill-de France – przerwań ciąży między dwudziestym drugim a trzydziestym drugim tygodniem ciąży jest około 17%. Nie promili, tylko procent. W Wielkopolsce, kiedy zbieraliśmy te dane, było 0,5%. To jest ogromna różnica. Populacja, mówiąc bardzo brzydko, zostaje oczyszczona z wad. Dzieci, które umarłyby w naturalny sposób albo zostały uratowane, zostają uśmiercone w łonie matki. Bardzo trudno o tym dyskutować, jak się jest w gronie przedstawicieli z 11 krajów świata, Europy... Jak przygotowujemy publikacje, to oni nie chcą tego argumentu brać pod uwagę. Jednym tchem się mówi: jesteśmy gorsi, bo mamy gorsze wyniki. Naturalne jest to, że część dzieci z wadami przeżywa, a część umiera. Jak oceniamy ich rozwój po 5 latach? Oczywiście, że będziemy mieli gorszy ten rozwój, bo my mamy dzieci z wadami, a oni nie mają. Mieliśmy największy odsetek dzieci urodzonych poniżej dwudziestego szóstego tygodnia ciąży, nie wiem dlaczego, najwięcej tych najmniej dojrzałych dzieci. To jest następny czynnik, który rzutuje na wyniki. Jednym

słowem, interpretując porównanie międzynarodowe, trzeba patrzeć na to przez pryzmat restrykcyjnej czy liberalnej ustawy antyaborcyjnej.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Najbardziej istotne jest to, żeby, analizując wszelkie dane, patrzeć na wszelkie aspekty pozyskiwania tych danych i legislacji, ale także bardzo głęboko wejść w procesy światopoglądowe, bo to jest ta kategoria. Ja staram się od tego uciekać, ale chcę w sposób jednoznaczny powiedzieć, że... Wszyscy w resorcie aksjologicznie się ze sobą zgadzamy. Dla mnie sytuacja jest jednoznaczna – nie powinniśmy zejść z drogi polegającej na tym, że robimy wszystko dla wszystkich i nie bawimy się w Pana Boga. My mamy dzięki temu sukcesy, dzięki temu są sukcesy polskiej kardiologii. Proszę pamiętać o tym, że w tej chwili wiele wad nie jest operowane chociażby w Holandii, bo tam po prostu nie ma dzieci do operacji. Dzieci są terminowane. A my mamy własne doświadczenia i swoje własne bardzo spektakularne sukcesy. To my mamy być wyznacznikiem dla świata, benchmarkiem wskazującym na to, że można inaczej, że istnieją wartości, które są wartościami zupełnie niezbywalnymi.

Chcę powiedzieć, że będziemy mieli coraz większy problem z neonatologią, bo mamy pewne bardzo niedobre trendy. Tak jak dobrym trendem jest spadek umieralności okołoporodowej... Ja dosłownie godzinę temu od pana profesora Radowickiego dostałem nowe dane. Przypadkowo ich nie zabrałem ze sobą, bo byłem niestety w ferworze walki... Zaraz będę musiał spotkać się w Sejmie z posłami. Zobaczyłem tam 2 rzeczy. Po pierwsze, dramatyczny wskaźnik cięć, dramatyczny... Niewyobrażalnie gorzej... Nie chcę już nic mówić, ale jest gorzej, niż państwu się wydaje. Po drugie, co jest rzeczą chyba najbardziej dla nas bolesną, wiek...

(Głos z sali: Kobiet rodzących, w ciąży.)

Tak, kobiet rodzących. Wiek kobiet rodzących, w ciąży dramatycznie w tej chwili wzrasta. On się nawet przesuwają do okresu dla nas dość niebezpiecznego. Ten trend jest dramatycznie niedobry. Nie ma mody na dziecko w odpowiednim wieku, nie ma... Istnieje według mnie odpowiedni wiek i mam nadzieję, że państwo się ze mną zgadzacie. Nie ma mody na dziecko. Mamy też istotny problem związany z poczuciem bezpieczeństwa socjalnego. Ludzie odkładają prokreację, bo nie czują się bezpiecznie. No ale może takie poczucie bezpieczeństwa im damy, bo nie będzie tych umów śmieciowych, będą... Robimy wszystko, program 500+ jest projektem niezwykle mądrym. Nie możemy doprowadzić do depopulacji w Polsce.

Robimy 2 duże projekty po to, żeby to odwrócić. Chodzi o narodowy program prokreacyjny, w tym budowę ośrodków referencyjnych, w których będzie można szybko uzyskać dostęp do świadczeń dla pary, powtarzam: dla

pary. 50% społeczeństwa nie miało dostępu, bo nikt nie zajmował się mężczyznami. No więc w tej chwili robimy coś, co jest absolutnie kompleksowe. W każdym ośrodku akademickim, gdzie kształcą się lekarzy, będzie klinika, która będzie związana z rozwiązywaniem tych problemów. Pierwsza będzie w Łodzi, w naszym ośrodku. Nam najłatwiej jest implementować coś, co rozszerzy działalność na całą Polskę, w naszym instytucie, w Centrum Zdrowia Matki Polki. Praktycznie nie będziemy na tym oszczędzać i będziemy starać się, żeby ten dostęp był szeroki. To pierwsza sprawa.

I druga sprawa. W narodowym programie zdrowia, w NPZ, który w następną środę prawdopodobnie przejdzie przez Radę Ministrów, jest szósty cel operacyjny, wprowadzony przez nasz rząd, dotyczący popularyzacji zdrowej prokreacji. To jest wiek, to jest moda na dziecko, to są odpowiednie zachowania prozdrowotne. I być może ta sytuacja zostanie zmieniona. Natomiast w tej chwili chociażby tylko ze względu na wiek kobiet, które zachodzą w ciążę... Dla nas jest to wielki problem. W tym towarzystwie mogą śmiało powiedzieć, patologia rodzi patologię. Wiemy, że to jest immanentnie związane także z wiekiem. Musimy zmienić pogląd naszego społeczeństwa w tym zakresie i stąd ten szósty cel operacyjny. Myślę, że działania wszystkich nas prowadzące do tego, żeby młoda para decydowała się na zajście w ciążę w wieku, który powinien być wiekiem odpowiednim – a to jest wiek znacznie wcześniejszy, niż się wszystkim wydaje... To jest najważniejsza rola państwa w tej chwili. Inaczej sobie nie poradzimy z problemem.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Pan senator Wojtyła.

(Kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Janusz Gadzinowski: Dziękuję bardzo. Ja naprawdę już muszę iść.)

Dziękujemy.

Senator Andrzej Wojtyła:

Szkoda, że pan profesor wychodzi... Chciałem wrócić do tych czasów, kiedy razem pracowaliście. To jest nasz wspólny sukces, że wskaźniki dotyczące przede wszystkim umieralności niemowląt obniżyły się, o czym wszyscy wtedy marzyliśmy. Myślę, że stało się to chyba 8 lat wcześniej, niż planowaliśmy. Pani profesor Helwich i państwo chcielibyście, żeby one jeszcze bardziej zeszły w dół. Ja myślę, że to są wskaźniki, których się nie wstydzimy na świecie.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Jeżeli mogę... Andrzej, przepraszam, że wejść ci w słowo. Przepraszam, Panie Senatorze, ale to jest ważna informacja. Jest województwo, które... Padła tutaj dzisiaj nazwa kraju, który jest nam bliski, Szwecji, kraju sukcesu. Jest takie województwo – nie zdradzę które, ale zaraz się państwo

zorientujecie, bo dane zostaną opublikowane – w którym mamy dokładnie taką samą umieralność okołoporodową, jaka jest w Szwecji. Tak że można. No ale mamy i takie województwa, gdzie trzeba się mocno pochylić nad...

Senator Andrzej Wojtyła:

Tak. Uzyskałiśmy sukcesy, ale... My jakby dzielimy tę opiekę nad matką i nad dzieckiem. W 1993 r. był program poprawy opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem. Chodziło o to, żeby nie zajmować się tylko... Ja jestem pediatrą, dyżuruję i jestem aktywnym pediatrą. Ja widzę te dzieci po cięciach cesarskich, wcześniacze, z niską wagą urodzeniową, które my leczymy na oddziałach dziecięcych. Od pierwszego roku... Ja specjalnie zwracam uwagę na to, żeby lekarze wpisywali w dokumentację tydzień ciąży, czy było wcześniactwo, czy było cięcie cesarskie, bo nie zawsze to wpisywano. 90% dzieci do pierwszego roku życia, które przychodzą z infekcjami, z alergiami, to są dzieci albo po cięciu cesarskim, albo wcześniaki, albo z niską wagą urodzeniową. I trzeba powiedzieć, że od tych dziewięćdziesiątych lat myśmy sobie nie poradzili ze wskaźnikami wcześniactwa i niskiej wagi urodzeniowej. One poprawiły się trochę, ale nadal bardzo odstawiamy od innych krajów. Ja wiem, że niektóre kraje w Europie posiadają gorsze wskaźniki, ale... W 2005 r. ministerstwo ogłosiło konkurs na zapobieganie występowaniu wcześniactwa i niskiej masy urodzeniowej. Pani profesor nad tym również pracowała. Zakładano wówczas spadek tych wskaźników o 1,5 punktu procentowego. Szkoda, że ten program nie był kontynuowany, bo tutaj jest problem.

Pan minister powiedział o cięciach cesarskich. Ja robiłem badanie na dużej grupie, około 20 tysięcy kobiet ciężarnych w 2012 r. i mnie wyszło, że cięć cesarskich w skali kraju mamy 38%. Oczywiście tradycyjnie bardzo dużo na Podkarpaciu, a u profesora Oleszczuka w Lublinie – to jest podobny region – zdecydowanie mniej, co pokazuje, że działania organizacyjne są bardzo ważne i przynoszą efekty. Ja dyżuruję, pracuję i widzę... Ja znam oddziały, na których jest 80% cięć cesarskich i nie są to wcale oddziały trzeciego poziomu referencyjnego. Proszę państwa, ja tutaj nie mówię, że to są na żądanie cięcia cesarskie... Sygnały od moich pacjentek mam takie, że one by tego chciały, bo uważają, że to jest zamiennie: albo naturalny poród, albo cięcie cesarskie. To jest również wpływ mediów. Proszę państwa, widzę nieraz w telewizji kobietę, która ma ponad 100 kg, ponad 35 lat, urodziła bliźniaki i lekarze są winni temu, że ktoś z tych bliźniaków zmarło... Proszę państwa, ryzyko śmierci takiego dziecka jest chyba z tysiąc razy wyższe aniżeli normalnego dziecka. Pan profesor Pisarski w Poznaniu, jak mnie uczył ginekologii, mówił, że wiekiem optymalnym, jeśli chodzi o urodzenie pierwszego dziecka, jest wiek 20–25 lat. I nadal trzeba tak zakładać. Na uniwersytecie medycznym we Lwowie mam wykłady z zarządzania służbą zdrowia i kiedyś przypadkowo uczestniczyłem w konferencji, na której zajmowano się problemami demograficznymi. Na początku lat dziewięćdziesiątych mieliśmy 2,3 dziecka na kobietę w wieku rozrodczym. W roku 1990 oni mieli poniżej 1,2... W tej chwili nas wyprzedzili. Zastosowali politykę prorodziną, która

nie polegała tylko na tym, że pomaga się matce finansowo. Dziewczyny, które urodzą na studiach dziecko... Tam są żłobki w akademikach, te dziewczyny mają bezpłatny przejazd komunikacją publiczną, indywidualny tok studiów. Dziewczyna, która kończy studia, rodzi 2 dzieci. Studia tam się kończy wcześniej. Ona do trzydziestego roku życia urodzi trzecie dziecko. Na Ukazanie w ten sposób to rozwiązano. I taki system... W krajach skandynawskich, które z tym kryzysem demograficznym jakoś sobie radzą, ale wcale nie poprzez imigrantów, bo imigranci mogą podwyższyć dzietność tylko o 0,01 do 0,02 dziecka na kobietę... W pierwszym pokoleniu rodzą więcej, ale potem rodzą np. we Francji tak, jak rodzą Francuzki. Tak że jeżeli chodzi o te cięcia cesarskie, to ja uważam, że główną przyczyną oprócz tego, że kobiety chcą bezbólowo rodzić... Chodzi o *belated childbearing*, czyli odkładanie rodzenia dziecka w czasie. To po pierwsze. Po drugie, indukcja porodu. Jak kobieta jest starsza... Ba, 94% kobiet, które są w ciąży, korzysta ze zwolnień L4 od ginekologów, a 60% ma te zwolnienia przez cały okres ciąży, od stwierdzenia ciąży. Ten brak aktywności fizycznej jest przyczyną tego, że trzeba indukować poród, a indukowanie porodu to oczywiście niebezpieczeństwo. I wreszcie cięcie cesarskie...

Pani profesor Helwich i pan profesor Gadzinowski mówili o tym, że nie mamy informacji, dokładnych danych. Proszę państwa, w latach pięćdziesiątych, jak tworzono instytuty... Te instytuty po coś stworzono. Były instytut matki i dziecka tworzył standardy postępowania klinicznego w medycynie pediatrycznej, w ginekologii i położnictwie. Pan profesor Troszyński jeszcze pewnie zbiera tymi starymi sposobami te dane, a przecież to już nie na te czasy. Proszę państwa, dopóki my nie stworzymy czegoś, co nazywamy zdrowiem publicznym... Te instytuty były tworzone po to, żeby były instytutami zdrowia publicznego w poszczególnych dziedzinach medycyny i łączyły naukę z praktyką, tak jak NIH w Stanach Zjednoczonych. W tej chwili lekarze... Ja dyżuruję w oddziale pediatrycznym i wiem, jak to wszystko funkcjonuje. Lekarze zdobywają informacje o standardach leczenia, profilaktyki głównie od firm farmaceutycznych, które organizują konferencje.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ja wiem, tylko jakie to ma... Ja też to mam, Pani Profesor, bo jestem pediatrą i noworodkami też się zajmuję. Ale który lekarz POZ o tym wie?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ja mam, Pani Profesor... Trzeba wrócić do czegoś, co my z panem ministrem Pinkasem przygotowaliśmy za czasów profesora Religii. Chodzi o ustawę o zdrowiu publicznym, która powinna zająć się również tym, co nazywamy nadzorem specjalistycznym. Nadzór specjalistyczny... My ciągle mówimy o nadzorze specjalistycznym jako nadzorze krajowym. W dawnych czasach pracowałem w Wielkopolsce w takim systemie, że w każdym powiecie był koordynator do spraw pediatrii, był ponadto konsultant wojewódzki i konsultant krajowy. Pracowałem i od czasu do czasu nadal pracuję w POZ i wiem, że tam nie ma żadnej kontroli postępowania lekarskiego ani w pediatrii, ani w ginekologii i położnictwie, ani w chorobach wewnętrznych. Poza tym przepisami Narodowego Funduszu Zdrowia sprzed kilku lat – od 2 lat te przepisy nie obowiązują – zli-

kwidowano ginekologów w małych ośrodkach. Standard mówił, że ginekolog musi przyjmować 3 razy w tygodniu. Jak był to ośrodek zdrowia wiejski, który miał 5, 6 tysięcy podopiecznych czy pacjentów... Ten lekarz ginekolog dojeżdżał tam jeden raz i opiekował się tymi kobietami. A na wsi rodzi się 60% noworodków. Zmieniono te zasady, ale ginekolodzy do tych ośrodków nie wrócili – pozyskali pacjentki z tych małych ośrodków do prywatnych gabinetów. Im ten powrót się zwyczajnie nie opłaca. I nie możemy sobie poradzić z tym, żeby ciąża zagrożona szybko trafiała do drugiego lub trzeciego poziomu referencyjnego. Tam nie ma ginekologa, kobieta...

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Panie Senatorze, ja bym prosił, żeby skrócić wypowiedź. Dobrze? Ja wierzę, że to jest...)

Myślę, że to warto powiedzieć. Jeżeli chodzi o samo stwierdzenie ciąży, to 2 tygodnie później ginekolog stwierdza ciążę u kobiety... Kobieta, która mieszka w małej miejscowości, średnio o 60% rzadziej chodzi do ginekologa niż... Ja chciałem pokazać, że to jest problem złożony i nie dotyczy tylko opieki nad noworodkiem, która jest zresztą bardzo dobra. To jest problem powiązany z opieką nad ciężarną i opieką, jaką sprawują nad tymi dziećmi, które urodziły się wcześniej, z niską wagą urodzeniową, pediatrzy. Nie jest prawdą, że to dziecko będzie w 100% zdrowym dzieckiem. Rozwojowa teoria zdrowia i choroby Barkera przyjęta przez WHO mówi, że dzieci urodzone z niską masą urodzeniową, dzieci wcześniacze mają takie zmiany epigenetyczne, które zawsze powodują, w 100%... One są bardziej podatne na nadciśnienie, cukrzycę typu II czy skłonność do nowotworów. Ja mówię o tych odległych skutkach. Takie badania są publikowane w tej chwili na świecie i są powszechnie przyjmowane przez lekarzy. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Pytań nie było.

Droży Państwo, ja bym się ustosunkował do kwestii, którą poruszyła pani profesor. Chodzi o nadzór wyspecjalizowanym nad tymi dziećmi, które już opuściły oddziały neonatologiczne. Pomijam ogromną pracę i serce tych osób, które się tymi dziećmi zajmują... To są olbrzymie koszty finansowe. Myślę, że tu się popełnia podobny błąd jak w przypadku kardiologii. Ratujemy pacjenta, udroźniamy naczynia, a potem pacjent zostaje pozostawiony sam sobie. To jest tak, że ten efekt tracimy... Takie dziecko wymaga ciągłych konsultacji. Te terminy gonią, nie możemy ich przeoczyć. Wiemy jednak, że nie jest wcale łatwo taką konsultację w odpowiednim terminie załatwić. Jestem dość sprawny w tej kwestii, ale wiem, że nie jest to łatwe, zwłaszcza gdy ta matka z dzieckiem mieszkają ileś kilometrów od ośrodka. Przyjeżdżanie co 2, 3 dni na różne konsultacje to jest naprawdę wielki problem. Skumulowanie tych wizyt tak, aby jednego dnia dziecko obejrzało 2,3 czy 4 specjalistów, zdecydowanie by sprawę ułatwiło. To jest problem logistyczny, który można w jakiś sposób rozwiązać. Szkoda zaprzepaścić tych wielkich nakładów, jakie na leczenie tych dzieci się wydaje. Nas po prostu na to nie stać.

Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Instytucie Matki i Dziecka Ewa Helwich:

Jeśli można odpowiedzieć... Ten program został skonstruowany na tyle, na ile to było możliwe przeszło 2 lata temu. Zna ten program pani dyrektor Korbasińska. On trafił pierwotnie do departamentu organizacji ochrony zdrowia, ale ostatnio został przekazany do departamentu polityki lekowej, bo tam są sprawy koszykowe, zdaje się. Chodziło o znalezienie finansowania dla tego programu. Co dalej? Nie wiem, ale bardzo bym nie chciała, żeby ten program umarł śmiercią naturalną, bo on jest naprawdę ważny i potrzebny.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Profesor.

Jedno zdanie pani senator Czudowska. Proszę.

Senator Dorota Czudowska:

Do tej dyskusji o liczbie cięć cesarskich dodałaby słowo komentarza wynikające z obserwacji, jaką mamy z własnej praktyki. Owszem, jest to decyzja pacjentki, ale bardzo często podejmowana pod wpływem sugestii lekarzy prowadzących. Dopóki my w Polsce nie oddzielimy – wiem, że to jest trudne i wielu osobom mogą się narazić – prywatnej służby zdrowia od publicznej służby zdrowia w sensie takim, że lekarz pracujący prywatnie nie pracuje w publicznej jednostce, dopóty nie uporządkujemy tej sytuacji. W Szwecji nie ma prywatnej służby zdrowia, nie ma tam czegoś takiego. Dzięki temu tam jest wykorzystanie i funduszy, i siły oraz czasu lekarzy, bo lekarz pracujący w jednym miejscu więcej energii, czasu i siły może poświęcić na swoich pacjentów w szpitalu. Ta sprawa ciągnie się od czasów AWS. Lobby profesorskie za czasów AWS – mam w tej sprawie pewien afekt – nie dopuściło do tego, żeby taki zapis był w pierwszej ustawie o powszechnym ubezpieczeniu, o tzw. kasach chorych z 1997 r. To się za nami ciągnie i będzie się ciągnęło, dopóki tego nie uporządkujemy.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Myślę, że to była bardzo ciekawa i potrzebna dyskusja. Na dzisiejszym posiedzeniu komisji poruszyliśmy bardzo ważne kwestie. Nadzieja, jaka jest w moim sercu, dotyczy tego, że pan minister do tego podchodzi w sposób naprawdę bardzo merytoryczny. Myślę, że polska neonatologia w dalszym ciągu będzie się miała zdecydowanie dobrze.

Pozwólcie państwo, że zakończymy to posiedzenie komisji w sposób nietypowy. Ja jestem senatorem już czwartą kadencję i, mówiąc szczerze, nigdy nie pozwalałem sobie na żadną prywatę. Wybaczcie mi więc, że dzisiaj na taką prywatę sobie pozwolę. Muszę podziękować dwóm paniom, które są na tej sali: pani doktor Dąbrowskiej, która notabene

dzisiaj kończy 70 lat, więc jest podwójna okazja... To jest twórca naszego oddziału patologii noworodka w Sokołowie Podlaskim. Myślę, że wiele jej zawdzięcza nasza miejscowa służba zdrowia. A druga osoba, której chcę podziękować

w sposób równie serdeczny za serce i za trud, jaki włożyła w pracę, to pani profesor Kornacka. Jeszcze raz serdecznie dziękuję. To takie troszeczkę moje prywatne zakończenie tego posiedzenia komisji. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 43)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii