

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 21)

z dnia 25 kwietnia 2012 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 21)

25 kwietnia 2012 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– Informację Ministra Zdrowia na temat standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem wraz z informacją o realizacji rozporządzenia wydanego przez Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **Aleksander Sopleński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jolanta Wysocka** przedstawicielka Zespołu Interwencyjno-Poradniczego Biura Rzecznik Praw Pacjenta, **Agata Horanin-Bawor** dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Lech Rejnuś** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Wojciech Idaszak** przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej, **Maria Kaleta** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Iwona Borchulska** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami oraz **Krzysztof Czajkowski** wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegorzulka** oraz **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Witam na kolejnym posiedzeniu Komisji Zdrowia. W dzisiejszym porządku dziennym mamy rozpatrzenie Informacji Ministra Zdrowia na temat standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem wraz z informacją o realizacji rozporządzenia wydanego przez Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. W związku z tym oddaję głos, jako pierwszemu, panu ministrowi – bardzo proszę, panie ministrze – a następnie otworzę dyskusję.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopleński:

Dziękuję bardzo. Bardzo serdecznie witam panią przewodniczącą. Witam panie i panów posłów – członków Komisji Zdrowia oraz zaproszonych gości. Tematem naszego dzisiejszego posiedzenia jest informacja na temat rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, a także jego realizacji.

Jak wspomniała pani przewodnicząca, 23 września zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej. Chciałbym powiedzieć, że jest to pierwszy tego typu dokument w Polsce, którego celem jest poprawa jakości opieki okołoporodowej przez uporządkowanie i ujednolicenie dotychczasowych praktyk. W procesie tworzenia tego rozporządzenia powołano specjalny zespół, który opracował standardy, a także uwzględnił wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia.

Celem poprawy jakości opieki okołoporodowej jest przede wszystkim ograniczenie nadmiernej medykalizacji porodu fizjologicznego, przestrzeganie praw pacjenta – co jest bardzo istotne, stosowanie zasad dwustopniowej opieki perinatalnej i zwiększenie satysfakcji pacjentki z opieki oraz optymalizacja kosztów opieki adekwatnych do potrzeb i dystrybucji środków finansowych. Jeżeli chodzi o standardy opieki okołoporodowej, to stanowią one właśnie ten element dwustopniowej, selektywnej opieki.

Chciałbym powiedzieć, że osobami uprawnionymi do sprawowania opieki nad kobietą i dzieckiem, zarówno podczas ciąży fizjologicznej, jak i w trakcie porodu, są lekarz ginekolog-położnik lub położna. W standardach zdefiniowano poród fizjologiczny jako spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia, z utrzymującym się takim stopniem ryzyka przez cały czas trwania porodu, w wyniku którego rodzi się dziecko, z położenia główkowego, pomiędzy 37 a 42 tygodniem ciąży, po którym matka i noworodek są w dobrym stanie. To jest definicja porodu fizjologicznego.

Jeżeli chodzi o standardy określono, również standardy opieki podczas ciąży. I tak, zaproponowano i ustalono opiekę od 21 tygodnia ciąży – wymagane są wizyty profilaktyczne... Pani dyrektor zwraca mi uwagę na to, że opieka od 21 tygodnia ciąży jest w obecnie obowiązującym... Jeżeli chodzi o terminy wizyt profilaktycznych, to ustalono, według tych standardów, jakie czynności profilaktyczne i badania powinny być wykonane podczas poszczególnych wizyt – w 10 tygodniu ciąży itd. Jest to szczegółowo opisane w tych standardach. Poza tym, podczas opieki powinien być ustalony plan opieki prenatalnej oraz plan porodu. Z takimi dokumentami rodzica powinna zgłosić się do szpitala. Oczywiście do rodzącej należy wybór, do jakiego ośrodka się zgłosi. W każdym razie, obowiązkowo muszą być przestrzegane prawa pacjenta, a więc przede wszystkim prawo do decydowania o zakresie podejmowanych działań i stosownych procedur medycznych w trakcie porodu. Powinno się respektować prawo wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, a także prawo do korzystania ze wsparcia bliskiej osoby. Personel powinien odnosić się z szacunkiem, z uwzględnieniem prawa do zachowania prywatności, poczucia intymności i umożliwienia podejmowania świadomych decyzji. Personel medyczny powinien zwykle omówić plan porodu i dostosować opiekę w miarę możliwości organizacyjnych. A więc na jakiegokolwiek postępowania w stosunku do rodzącej powinno otrzymać się zgodę.

Standard nie odnosi się do metod znieczulenia farmakologicznego z tego względu, że kiedy stosowane jest znieczulenie farmakologiczne, już nie jest to poród fizjologiczny. W standardzie uwzględnione jest inne, anelgetyczne łagodzenie skurczów porodowych.

Standard wprowadza przede wszystkim zalecenie bezpośredniego kontaktu dziecka z matką tuż po porodzie, przy czym musi to być kontakt bezpośredni skóra do skóry, żeby doszło do kolonizacji bakterii matczynych, a nie kolonizacji bakterii ojcowskich, bo taki kontakt może być również ze skórą ojca. W standardzie jest również szczegółowo opisane oznakowanie noworodka w obecności matki, która powinna widzieć sposób oznakowania. Ponadto noworodek jeszcze leżący na ciele matki powinien mieć określony stan w skali Apgar w pierwszej minucie, w piątej minucie i ewentualnie powinno być też przystawione do piersi. Następnie – jak określa standard – po dwóch godzinach noworodek może być przeniesiony do oddziału noworodkowego. W standardach obowiązuje zasada, że dziecko nie powinno być oddzielane od matki – przez cały okres pobytu w ośrodku, szpitalu, powinno przebywać z matką.

W tych standardach jest również szczegółowo opisana rola położnej. Poza tym jest także określone, że położnicą i noworodkiem powinna zajmować się ta sama osoba, a z obserwacji wiemy, że tak nie jest. Bardzo często położnicą zajmują się lekarze położnicy, natomiast noworodkiem lekarze neonatolodzy. Według tego standardu, powinna się nimi zajmować ta sama osoba.

Poza tym, jeśli chodzi o pracę położnych, bardzo istotne jest to, że po wypisaniu położnicy do domu, w ciągu nie później niż dwóch dni, powinna odbyć się pierwsza wizyta patronażowa. Ta wizyta ma na celu przede wszystkim określenie stanu położnicy, a także oceny laktacji i zwrócenie uwagi na edukację, jeśli chodzi o właściwe karmienie noworodka i podtrzymywanie jak najdłużej karmienia piersią.

Po półrocznym okresie obowiązywania standardów zaobserwowano, że nie są one jednak ściśle przestrzegane tak, jak są określone w rozporządzeniu, a ściśle, w załączniku do rozporządzenia. Ministerstwo Zdrowia – Departament Matki i Dziecka obecnie pracuje nad nowelizacją tego rozporządzenia. Ta nowelizacja jest związana z wejściem w życie od 1 lipca ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którą porody mogą odbywać się w domach, w ramach indywidualnych i grupowe praktyk. Oczywiście obecnie kobieta również może sobie zażyczyć, aby poród odbywał się w domu, ale taki poród nie jest finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast jeśli będą indywidualne praktyki położnych, wtedy oczywiście będą kontrakty i porody będą mogły być finansowane ze środków publicznych.

Chciałbym zwrócić uwagę państwa na dane statystyczne, jeżeli chodzi o porody fizjologiczne. W latach 1997-2000 liczba porodów fizjologicznych zmalała o 43%. Ciągłe wzrasta liczba porodów zabiegowych, a szczególnie tzw. cięć cesarskich. Jeszcze w 2004 r. średni wskaźnik cięć cesarskich w Polsce wynosił 26,3%, a w roku 2010 wynosił 33,9%, czyli prawie 34%. Tak więc spada liczba porodów fizjologicznych i wzrasta liczba porodów zabiegowych.

Jeżeli chodzi o opiekę okołoporodową, są na to gwarancje Narodowego Funduszu Zdrowia, bo wszystkie pacjentki od momentu zajścia w ciążę do okresu połogowego są ubezpieczone – uprawnione do świadczeń ze środków publicznych. Natomiast jeżeli chodzi o liczbę urodzeń, w roku 2010 przyszło na świat 415.030 dzieci, a więc co roku liczba ta jest nieco mniejsza. Tyle chciałem powiedzieć na wstępie, jeżeli chodzi o standardy. Jak powiedziałem, obecnie pracujemy nad nowelizacją tego rozporządzenia – jest ona w uzgodnieniach zewnętrznych. Kiedy będzie gotowe, przedstawimy państwu to nowe rozporządzenie, skore ma być spójne z ustawą o działalności leczniczej. Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Kto z pań i panów zgłasza się do dyskusji? Proszę bardzo, pani profesor – pani poseł. Później pan poseł Ziętek. Kto jeszcze? Proszę, pani poseł.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, chciałabym prosić o wyjaśnienie tej postępującej medykalizacji porodów w Polsce. Otóż dzisiaj tendencja światowa jest taka, że następuje odmedykalizowanie porodów, natomiast zgodnie z tym, co przedstawia pan minister, mamy do czynienia z medykalizacją. Ja akurat tym się interesuję, ponieważ moja doktorantka przygotowuje taką pracę doktorską i mamy bardzo dużo informacji zebranych nie tylko z krajów europejskich. Okazuje się, że generalny kierunek jest taki, aby poród był naturalnym zdarzeniem w życiu kobiety. Natomiast to, co pan minister przedstawia, pokazuje, że my zmierzamy w przeciwną stronę. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Ziętek.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, przede wszystkim chciałbym bardzo serdecznie podziękować za ten standard, bo rodził się on w bólach – powiem tak, że ciąża tego standardu trwała długo – ale ma on potężną moc prawną, bo istnieje w formie rozporządzenia, a więc ma charakter przepisu prawa. Można sobie życzyć, żeby wszystkie rozporządzenia były tego rodzaju.

Patrząc na historię i rodzenie w słusznie minionych czasach, pamiętamy o tym, że były inne łóżka porodowe, że kobiety rodziły na wznak, bez możliwości ruszania się po odejściu płynu owodniowego. Potem był wielki ruch, boom w szpitalach położniczych – na szczęście. Była akcja UNESCO „Szpital Przyjazny Dziecku” – taki tytuł mam mój szpital – był program „Dziesięć kroków do udanego karmienia piersią” czy „Szpitale z bocianem” – oczywiście dzieci razem z mamami, a więc ewaluacja porodu trwa, a ten standard jest niejako ukoronowaniem tego.

Chciałbym serdecznie podziękować wszystkim znamienitym profesorom, konsultantom wojewódzkim i ministrom, którzy brali udział w tworzeniu tego standardu. Przyznam szczerze, że zostałem jakby wywołany do zabrania głosu, ponieważ sam zaproponowałem ten punkt w planie pracy naszej Komisji Zdrowia, i dziękuję prezydium za to, że włączyła go do naszych prac. Już widać, że ten standard z rozporządzenia jest milowym krokiem w bardzo dobrym kierunku, ale czas nie stoi w miejscu. W związku z tym, dziękuję panu ministrowi za pewnego rodzaju deklarację i zobowiązanie – służę swoją osobą – żeby, po pierwsze, ten standard działał dalej, bo zgodnie z nową ustawą o działalności leczniczej on wygaśnie. Coś musimy zrobić z zoz-ami i porodami w domu, jeśli chodzi o świadczenia. A jeśli chodzi o medykację, to właśnie ten standard powoduje, że chcemy od niej uciec. Jesteśmy ostatnim krajem w Europie, który przyjmuje tego typu standard. Tak więc nareszcie położnicy w tym kraju mogą spać spokojnie, chociaż nie do końca, bo trzeba napisać kolejny standard.

Oczywiście te standardy zawsze będą mieć niedociągnięcia. Na przykład, moim zdaniem, w standardzie nie powinno być zaleceń, bo jeżeli coś jest zalecone, to znaczy, że się to doradza, proponuje. A standard ma być standardem. Standardem jest to, że to ma się wykonać.

Mam też pewnego rodzaju szczegółowe uwagi – służę nimi – dotyczące, na przykład, drugiego rozdziału „Zalecane zakresy świadczeń profilaktycznych”. W drugiej kolumnie są „Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną”, a w trzeciej kolumnie są „Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne”, ale niewiadomo, przez kogo mają być wykonane. Jest to kawał bardzo dobrej roboty. Wydaje mi się, że nowelizacja tego standardu na bazie tego będzie jeszcze lepsza.

Natomiast wracając do liczby porodów fizjologicznych, rzeczywiście jest ich mniej, bo nie ma żadnego boomu, jeśli chodzi o porody – mamy problem demograficzny. Wskaźnik dzietności wynosi 1,3, a wskaźnik zastępowalności pokoleń 2,1 – daleko nam do tego. Niedługo będzie na ten temat konferencja – chyba w Krakowie. Jeden z panelistów, prof. Sikora, będzie zastanawiać się nad tematem cięć cesarskich. Na konferencjach położniczo-ginekologicznych cały czas walczymy temat liczby tych nieszczęsnych cięć cesarskich. Od wielu lat robimy resume, z jakich wskazań są przeprowadzane te cięcia, ile jest ich z powodów położniczych, a ile z innych, na przykład, neurologicznych, neurochirurgicznych, kardiologicznych itd. Niestety, cały czas istnieje problem cięcia cesarskiego na żądanie. To nam diametralnie podnosi liczbę tych cięć.

Jeszcze raz bardzo dziękuję za ten standard. To idzie w bardzo dobrą stronę. Wierzę, że niedługo, bo lipiec jest tuż, będziemy mieć nowy standard, i być może będziemy debatować już nad nowym standardem. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Myślę, że tutaj, na posiedzeniu Komisji, nie rozstrzygniemy kwestii cesarskich cięć, bo jest to typowo ekspercka i medyczna debata, ale wiadomo, że jest to jeden z tematów, którymi wszyscy się frapujemy.

Pan poseł Hok. Proszę bardzo.

Poseł Marek Hok (PO):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, chciałbym się przyłączyć do podziękowań pana posła Ziętka, ponieważ miałem wielką przyjemność, ale i odpowiedzialność, przez wiele lat pracować na sali porodowej, więc zdaję sobie sprawę – i chciałbym to państwu uświadomić – że jest to jedno z trudniejszych miejsc pracy w każdym szpitalu zabiegowym, ponieważ do szpitala przychodzi młoda kobieta, która nie może oczekiwać niczego innego niż urodzenia zdrowego i szczęśliwego dziecka, a dziecko i matka muszą wyjść z sali porodowej tego szpitala bez jakichkolwiek obrażeń fizycznych czy psychicznych. Standardy, które są przygotowywane, będą bardzo pomocne wszystkim pracującym na sali porodowej, zarówno położnym, jak i lekarzom, ponieważ – jak państwo wiedzą – ilość skarg czy zażaleń na ochronę zdrowia w dużej mierze dotyczy właśnie porodów. Powiedzmy szczerze, że do sądu lub prokuratury trafiają skargi na co czwarty, piąty poród – może przesadzam – ponieważ świadomość pacjentek jest coraz większa, a odpowiedzialność lekarzy i ze strony opieki okołoporodowej jest bardzo ważna. Dlatego

ten wskaźnik cięć cesarskich – takie mam wrażenie – wynika ze wzmożonej czujności lekarzy i całego pionu położniczego, żeby w wyniku skarg rodzin nie trafić do sądu.

Myślę, że bardzo ważnym elementem, jeśli chodzi o poprawę jakości dostępności do rodzenia są również szkoły rodzenia, o których może mniej mówimy. Uczęszczanie tych kobiet do szkół rodzenia, czy udział ich partnerów, mężów w porodzie, przynosi dużą ulgę cięzarnej, a także jest pomocne położnej i lekarzowi na sali porodowej. Myślę więc, że te standardy idą właśnie w tym kierunku, żeby ta praca nie wprowadzała zamętu na salę porodową, była bardziej poukładana i aby partnerstwo między rodzącą, a personelem medycznym na sali porodowej było poukładane. Na to bardzo liczymy. Tak więc ja też bardzo dziękuję pan ministrowi, i całej ekipie, która przygotowała te standardy, za tę pracę. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Pan poseł Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Myślę, że dobrze, iż zajmujemy się takim tematem, który pan minister obszernie przedstawił, ponieważ też jest ginekologiem – zresztą jak ja, i, jak się okazuje, większość moich przedmówców. Ja również podzielę się moimi refleksjami.

Myślę, że wcale nie jest tak źle, jak mówimy. Po pierwsze, trzeba zdać sobie sprawę z tego, że wskaźniki śmiertelności okołoporodowej poprawiły się, i to znacznie. Wcale nie możemy być przekonani, że stało się to wyłącznie dlatego, że poprawił się stan medycyny, ponieważ na to ma wpływ jakość życia, sposób, w jaki żyjemy i czego od życia oczekujemy – dotyczy to ciężarnych i całych rodzin.

Nie zgadzam się z tym, że powinniśmy być przerażeni liczbą porodów zabiegowych, a to z prostej przyczyny. Liczba cięć cesarskich rzeczywiście rośnie, natomiast liczba porodów zabiegowych wcale nie rośnie, bo dzięki tym cięciom cesarskim nie mamy porodów kleszczowych i nie stosujemy próżniociągów, które jednak, mimo wszystko, bywały urazogenne i bardzo często – co wielokrotnie było udowodniane w sądach – były przyczyną, na przykład, niedotlenienia okołoporodowego. Pamiętam jeszcze czasy, kiedy kleszcze na sali porodowej zakładało się przeciętnie raz na tydzień – to było 25 lat temu. Dzisiaj jest to już ewenement... Ja pamiętam, pewnie inni też.

Natomiast muszę powiedzieć, że chyba z naszymi rozporządzeniami i sposobem prowadzenia ciąży cały czas brniemy w złym kierunku. Otóż dzisiaj jako ginekolodzy mamy częsty kontakt z osobami, które wyjeżdżają zagranicę, gdzie zachodzą w ciążę, bo tam mieszkają i pracują – na przykład, w Wielkiej Brytanii, Danii czy Holandii. Tam wygląda to zupełnie inaczej. Tam są świetne wskaźniki, jeśli chodzi o umieralność okołoporodową, ale ciąży praktycznie w ogóle się nie prowadzi. Tam lekarz rodzinny lub położna widzą położną 2-3 razy w czasie ciąży, może raz zrobią badanie ultrasonograficzne, na początku ciąży kilkanaście badań laboratoryjnych, i to jest prowadzenie ciąży. Końcowy kontakt najczęściej jest albo w szpitalu, albo nawet nie, bo przecież w Holandii większość porodów odbywa się w domu, czyli to położna decyduje o tym, że dziecko urodzi się w domu, a mimo to nie mają dużych zagrożeń i takich powikłań, jak u nas. W związku tym, wydaje mi się, że jakimś rozporządzeniem i tym, ile kolejnych obowiązków będziemy nakładać na lekarzy prowadzących ciążę, nie będziemy w stanie rozwiązać zasadniczego problemu, czyli, żeby jak najwięcej dzieci rodziło się zdrowych i o czasie. Sądzę, że będziemy musieli poszukać nowszych rozwiązań, ale to już ukłon w stronę ekspertów, bo my, jako Komisja Zdrowia, nie jesteśmy przecież w stanie tego zrobić. Wydaje mi się to oczywiste.

Jeszcze na jedną rzecz chciałbym zwrócić uwagę. Wykonywane dzisiaj położnictwo jest zawodem wysokiego ryzyka. Jeśli zastanawiamy się tutaj, dlaczego jest tak dużo cięć cesarskich, to na to odpowiedział już pan poseł Hok. Prawda jest taka, że dzieje się to praktycznie z powodu potencjalnego zagrożenia karą – albo w drodze postępowania prokuratorskiego, albo odszkodowawczego, w drodze postępowania cywilnego. Lekarze i położne bronią się przed tym wykonując cięcie cesarskie. Wydaje mi się, że znaczna część z tych 33% ma takie wskazania...

Powoli będę kończyć, proszę się nie niecierpliwić. Jeszcze tylko jedna uwaga. Podsumowując chciałbym powiedzieć, że na pewno niezależnie od tego, co będziemy tu mówić, a co dotyczy ostatniego rozporządzenia, postęp w tej dziedzinie dokonuje się tak czy inaczej. Na większość z niego i tak nie mamy wpływu. Wydaje mi się więc, że jeśli za kilka lat rozpatrywać będziemy podobny dokument, to wskaźniki będą jeszcze lepsze. Jestem o tym głęboko przekonany. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Myślę, że zaprezentował pan rewolucyjne podejście do tematu. Chciałabym zwrócić uwagę na to, co pan tu powiedział, a mianowicie na styl życia, na to, czy kobieta dziecka rzeczywiście chce i w jaki sposób jest przygotowana do porodu, bo to chyba jest ten moment, który decyduje o powodzeniu całej ciąży.

Kolejny ginekolog, pan poseł Orzechowski. Proszę bardzo.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję. Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, mnie również trudno nie podzielić się doświadczeniami jako komuś, kto wszedł do ginekologii, kiedy już funkcjonowało obrazowanie ultrasonograficzne, a była to rewolucja. Jednak zbawienna ultrasonografia nie załatwia wszystkiego, o czym świadczy rosnący odsetek cięć cesarskich.

Myślę, że wokół cięć cesarskich, a właściwie wokół porodów i ich znieczuleń koncentruje się gros dyskusji, jeśli chodzi o opinię publiczną. W związku z tym, moje pytanie do przedstawicieli resortu zdrowia będzie następujące – pewnie trzeba będzie się wspomóc danymi ze strony NFZ-u. Według Narodowego Funduszu Zdrowia w procedurze porodu fizjologicznego już jest zawarta wycena znieczulenia w szerokim tego słowa znaczeniu, bo czy to będzie podawanie dożylny środek znieczulający, oddychanie podtlenkiem azotu czy jakiś inny rodzaj znieczulenia, jest to zawarte w procedurze. Otóż okazuje się, że szpitale nie bardzo rozpoznają to znieczulenie przypisane do każdego porodu fizjologicznego, z czego wynika taki oto problem, że jeśli jest dostępność, to pacjentki otrzymują znieczulenie, a jeśli w szpitalach nie ma znieczulenia albo dostępności anestezjologa, kogoś, kto znieczulanie podaje i nadzoruje, to takiej możliwości nie ma. Chyba tego dotyczy główny spór, bo chcielibyśmy, żeby do podtlenku azotu, do znieczulenia, równy dostęp miały wszystkie pacjentki bez względu na to, czy będą rodzić w najlepszym, najbardziej wyspecjalizowanym ośrodku, czy w zwykłym – nie ujmując temu pojęciu – ośrodku powiatowym. Wiąże się w więc z tym pytanie, na ile realna byłaby realna wycena albo, na ile ta wycena rzeczywiście kompensowała dostęp do anestezjologa czy zapewnienie pacjentce w miarę komfortowego porodu, bo przecież w XXI wieku chcielibyśmy, żeby wszystkie pacjentki, które tego potrzebują – bo inne są progi bólowe – miały taką możliwość łagodzenia dolegliwości bólowych w ramach standardu, który obejmuje ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. Niewątpliwie odsetek cięć cesarskich – poza aspektami prawnymi, o których wcześniej mówili koledzy – obejmuje także sporą grupę pacjentek, które w różny sposób, przedstawiając zaświadczenia, że mają schorzenia siatkówki oka lub są po przejściach ortopedycznych, próbują zachęcić położnika do tego, aby ciąża zakończyła się cięciem cesarskim.

Natomiast odnośnie do prowadzenia ciąży poza granicami kraju – bo do mnie także trafiają pacjentki, które tam są prowadzone – to może jest to zbyt duże uogólnienie, ale są miejsca, gdzie się tego pilnuje podobnie jak w Polsce. Myślę, że takim krajem jest Republika Federalna Niemiec, gdzie obowiązują ścisłe standardy, pacjentki mają zapewnioną opiekę. Tam przede wszystkim pilnuje się dwóch badań ultrasonograficznych, które są wykonywane około 13 i 23 tygodnia, z ocenami albo ryzyka genetycznego, albo morfologii i anatomii płodu. I to rzeczywiście jest wykonywane. Druga niepokojąca skrajność – obserwujemy to w niektórych krajach Beneluxu, ale i w Stanach Zjednoczonych – że badanie ultrasonograficzne można wykonać w supermarkecie – są to duże centra handlowe. Pacjentka w ciąży może przyjść i z nowoczesnego aparatu nagrać obraz 3D, a nie zawsze jest świadoma tego, że dawka promieniowania, jaką otrzymuje w często półgodzinnym albo godzinnym seansie, połączonym jeszcze z badaniami dopplerowskimi

wykonywanymi przez osobę uprawnioną, ale nie lekarza, jest bardzo duża. Pewnie tego nie rozstrzygniemy... Dobrze, że standardy są, należy się ich trzymać, aczkolwiek ciężko i przebieg porodu ciężko będzie opisać sztywnymi schematami, bo wszyscy położnicy doskonale wiedzą, że sytuacja na sali porodowej może się zmienić w ciągu kilkunastu sekund albo minut z doskonałej na krytyczną.

Prosiłbym więc o informację na temat znieczulenia. Nie musi być podana na dzisiejszym posiedzeniu Komisji, może być w przyszłości, bo ten temat powraca zarówno w dyskusjach, jak i w rozmowach, jeśli chodzi o opinię publiczną. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani poseł Okragły, i pan poseł.

Posel Janina Okragły (PO):

Pani przewodnicząca, chciałabym zadać krótkie pytania dotyczące porodów pozaszpitalnych. Rozporządzenie wprowadziło taką możliwość, niestety, poza możliwością finansową wielu kobiet. Chciałabym zapytać o to, czy państwo mają rozeznanie, ile takich porodów pozaszpitalnych, domowych odbywa się w Polsce, jakie jest zapotrzebowanie i czy były zgony lub powikłania przy tych porodach. I – następna sprawa – czy nie należałoby jednak pomyśleć o tym, żeby te porody również były finansowane ze środków publicznych, oczywiście po spełnieniu wszystkich standardów?

Kolejna sprawa dotyczy szkół rodzenia, które przygotowują ojca i matkę do przyjęcia dziecka i do prawidłowego porodu. Czy one nie powinny być bardziej promowane i przynajmniej częściowo dofinansowane? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Pan poseł Witko.

Posel Marcin Witko (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, chyba nikt z obecnych w tej sali nie ma wątpliwości, że jest to dokument długo oczekiwany, szczególnie ważny dla pacjentów, bo dający im znacznie większe uprawnienia, możliwości. Niemniej jednak należy pamiętać, że powinniśmy zrobić wszystko, aby na dokumencie się nie skończyło, bo dokument piękny, ale niewprowadzony w życie albo wprowadzony nie do końca właściwie, to nie jest pełny sukces. W związku z tym, należy nadmienić, że mimo wszystko w Polsce – pan poseł, mój przedmówca wspomniał o tym – statystycznie, jeśli chodzi o zgony okołoporodowe, nie jesteśmy na szarym końcu. Wymieniona tu była Francja, gdzie jest to prawie 14%, a w Polsce 7,2%, natomiast w Czechach 3,2% i w Rosji 3,3%. Nie jest to więc pełna satysfakcja. Zgonów okołoporodowych – zaraz podam źródło... Jeżeli nie jest tak, jak mówię, to państwo zawsze mają możliwość to skorygować. Zgonów okołoporodowych w 2010 r. było 2817, więc to nie jest sytuacja, którą można nazwać sukcesem, i której nie należy poprawić i zmienić.

W związku z tym, bardzo bym chciał, aby pan minister odpowiedział na następujące pytania. Jakie działania państwo prowadzą... Jednak zanim zdam to pytanie, muszę o tym powiedzieć, bo pacjenci, którzy przychodzą do mojego biura poselskiego, często zgłaszają takie uwagi i problemy, że mimo iż standardy funkcjonują, zauważają taką prawidłowość, że pacjentki prowadzone przez lekarzy, którzy pracują w szpitalach, są dużo lepiej traktowane niż pacjentki, których ciężę prowadzą lekarze niepracujący w szpitalach. Te pacjentki mają problemy chociażby z tym, żeby wykonać zwykłe badanie KTG płodu... Proszę państwa, mówię o tym po raz kolejny. Wiem, że państwo mogą zaprzeczać, są państwo lekarzami.. Wcale mnie to nie dziwi, że szczególnie lekarze zaprzeczają. Ja wypowiadam się w imieniu pacjentów, którzy do mnie przychodzą. W tym wypadku, w imieniu pacjentek, które przychodzą z takimi sprawami. A jeżeli przychodzą, to niech mi państwo uwierzą, że tak jest. Nie mówię, że tak jest nagminnie, ale zdarzają się takie pacjentki, skoro pacjentki przychodzą. Zatem, panie ministrze, co ministerstwo chce zrobić, co robi i jakie działania zamierza podjąć w przyszłości, aby ten dobry dokument, te standardy faktycznie weszły w życie i przyczyniły się do poprawy tej sytuacji.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa? Panie ministrze, proszę o odpowiedź.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopiński:

Zacznę od końca. Zwracam się do pana posła. Odnośnie do nierównego traktowania pacjentek – ciężarnych czy rodzących, jeżeli zachodzi nierówne traktowanie, to taka osoba powinna zgłosić się z interwencją do podmiotu tworzącego dany zakład. Na pewno te standardy i całe postępowanie zależą od systemu organizacyjnego danego oddziału położniczego, a również od warunków, jakie są w tym oddziale.

Jeżeli chodzi o pytanie dotyczące liczby porodów pozaszpitalnych, muszę powiedzieć, że w 2010 r. było ich 140.

Również bardzo istotne są wskaźniki umieralności okołoporodowej noworodków. Te wskaźniki znacznie się poprawiają. Panie pośle, one nie są podane w procentach, tylko w promilach. Ten wskaźnik wynosi około 6‰. W 2004 r. było 7,56‰, według Ministerstwa Zdrowia, a według GUS-u 8,5‰. Obecnie, według sprawozdawczości Ministerstwa Zdrowia, jest to 6‰, a więc jest znaczna poprawa.

Było również pytanie związane ze wzrostem – i to jest fakt – porodów zabiegowych. W tych krajach, gdzie są prowadzone ciążę przez położne, nie przez lekarzy, obserwuje się wzrost liczby porodów fizjologicznych w stosunku do porodów zabiegowych.

Chciałbym jeszcze powiedzieć o zróżnicowaniu w województwach, jeśli chodzi o cięcia cesarskie. Największy wskaźnik cięć cesarskich jest w województwie podkarpackim, bo wynosi 41,1, a najmniejszy w województwie pomorskim – 26,1. W poszczególnych województwach ten wskaźnik jest zróżnicowany, bo zależy to od działania danego oddziału. Jeśli chodzi o standardy, to musi być na nie zgoda pacjentów.

Dyskusję na dzisiejszym posiedzeniu Komisji zdominował temat położnictwa. W ogóle nie mówiliśmy – na co chciałbym zwrócić uwagę – o noworodku, dziecku. Wprowadzono trzy poziomy referencyjności opieki okołoporodowej i porodowej w położnictwie, bo odpowiednio muszą być wyposażone oddziały neonatologiczne. Przecież w każdym oddziale może zdarzyć się poród przedwczesny. My wyprowadzamy noworodki już z wagi 500 g, a więc musi być dostępna osoba, która posiada umiejętność intubacji noworodka. W czasie dyżuru musi być przynajmniej jedna taka osoba. Dlatego te poziomy są wyrazem troski o noworodka. A muszę powiedzieć, że specjalizacja z zakresu pediatrii jest deficytowa, zaś szczególnie deficytowa jest specjalizacja z zakresu neonatologii. W Polsce brakuje neonatologów. Bardzo często mamy kłopoty z kontraktowaniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia, bo są oddziały położnicze, gdzie nie ma neonatologów. Olbrzymi wysiłek i praca, również ze strony ministerstwa, polega na tym, żeby była właściwa obsada lekarska, szczególnie zaś neonatologiczna, bo poród się odbył, a istotne jest to, co dalej z noworodkiem. Noworodki z porodów przedwczesnych rodzą się bardzo często, bo średni wiek kobiety, która obecnie rodzi pierwsze dziecko – co jest bardzo istotne – wynosi 26,6 lat, czyli zbliża się do 27 roku życia. Wzrasta liczba porodów zabiegowych, ponieważ coraz więcej kobiet rodzi po raz pierwszy w późnym wieku. Zatem liczba powikłań okołoporodowych i związanych z ciążą jest duża, a z tym wiąże się większa liczba porodów zabiegowych.

Te standardy działają właściwie dopiero od roku, a już nowelizujemy to rozporządzenie, żeby je przystosować do nowej ustawy o działalności leczniczej. Cały czas monitorujemy te standardy, żeby poprawić jakość opieki okołoporodowej. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Myślę, że ponieważ są tendencje do dłuższego życia, będziemy coraz dłużej żyć i zmienia się również model życia, to będziemy się musieli jednak dostosować do tego, że kobiety będą rodzić, niestety, w trochę późniejszym wieku – nie chcę powiedzieć, że za późno.

Czy ktoś jeszcze z państwa? Proszę bardzo, pani poseł.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, pan właśnie wspomniał o neonatologach. Chciałabym się dowiedzieć, jak faktycznie ministerstwo ma zamiar ten problem rozwiązać, ponieważ w tej chwili kształcenie bezpośrednio po ukończeniu stażu absolutnie się nie sprawdza,

to znaczy, chyba najmniej lekarzy, którzy podejmują specjalizację, jest na neonatologii. W tej chwili zatrudnienie neonatologów wymagane jest w OIOM-ach noworodkowych, których jest niewiele. Taki lekarz może pracować wyłącznie w szpitalu – ta specjalizacja ogranicza go do pracy w szpitalu. W związku z tym, pytam, czy planują państwo powrót do tego, co było poprzednio, czyli krótszej specjalizacji z pediatrii, a później neonatologii, bo jest to autentyczny problem wszystkich szpitali, które mają OIOM noworodkowy.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani ministrze... Moment, jeszcze pan poseł Ziętek.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Dziękuję bardzo. Pan minister wywołał bardzo ważny temat trójstopniowej opieki perinatologicznej. Z mojego doświadczenia wynika, że tam, gdzie faktycznie jest sukces, jeśli chodzi o śmiertelność okołoporodową, ta trójstopniowa opieka działa, to znaczy, że mamy przekazanie płodu na wyższy poziom, jeżeli trzeba. Natomiast faktycznie trzeba zwrócić uwagę również na to, że są ośrodki wojewódzkie, czy nawet kliniki, gdzie oddziały położnicze są na poziomie trzeciego stopnia referencyjności, a neonatologia na drugim. Musimy bowiem rozróżnić, że położnictwo i neonatologia istnieją osobno, ale współpracują ze sobą. Wydaje mi się, że często z braku neonatologa albo z braku sprzętu neonatologia jest na poziomie drugiego stopnia.

Zastanawiam się też, czy w przyszłości ministerstwo i grupa ekspertów będą pracować nad standardem, bo w ten standard dopiero wchodzi kobieta ciężarna. Przyznam szczerze, że w stosunku do kobiety ciężarnej, w ciąży fizjologicznej, nie lubię określenia „pacjentka”, bo ona pacjentką nie jest. To jest kobieta ciężarna – zdrowa dziewczyna ze zdrowym płodem. Jest pytanie, bo kobiet dopiero wchodzi w ten standard, kiedy jest w ciąży, a niekoniecznie opóźnienie miesiączki jest ciążą, w związku z tym wydawałoby się, że musiałyby być jeszcze jakieś standardy zobowiązujące lekarza do stwierdzenia, że jest w ciąży, w związku z tym jest w tym standardzie postępowania. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Soplński:

Jeżeli chodzi o specjalizację z zakresu neonatologii, pracujemy nad tak zwanym systemem specjalizacji modułowej. Ten system w zakresie neonatologii będzie wyglądać następująco – 3 lata pediatrii i 2 lata neonatologii.

Jeżeli chodzi o sprawę, którą poruszył pan poseł Ziętek, to oczywiście pracujemy nad programem opieki nad kobietą w okresie przedkoncepcyjnym. Jest to istotne z tego względu, że – tak, jak powiedziałem – kobiety w pierwszą ciążę zachodzą później, w związku z czym wymagają szczególnej diagnostyki przedkoncepcyjnej i właściwej opieki po porodach związanych ze stratami ciążowymi. Wymagają one szczególnych badań profilaktycznych i stosowania pewnych leków przez okres koncepcji.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Iwona Borchulska:

Dziękuję bardzo. Czy ja mogę, korzystając z obecności przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia, zapytać, czy w interesie kobiety, żeby było bardziej fizjologicznie, bardziej przyjaźnie i – odnosząc się do sytuacji położnic i kobiet holenderskich – może bardziej bezpiecznie, przy 60-procentowym udziale porodów w domu i mniejszej liczbie urazów okołoporodowych, Fundusz zastanawia się i analizuje możliwość płacenia za porody przeprowadzone w domu przez położną? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Soplński:

Bardzo proszę, może odpowiedzi udzieli pani z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę bardzo.

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia Agata Horanin-Bawor:

Nazywam się Agata Bawor. Jestem dyrektorem Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, w Centrali.

Proszę państwa, my się nie zastanawiamy. My jesteśmy płatnikiem. Jeżeli poród domowy – tak się akurat składa, że ja też jestem ginekologiem-położnikiem, co tu już wywołuje uśmiech na twarzy, więc doskonale rozumiem, o co pani pyta – nazwijmy go tak skrótowo, stanie się świadczeniem gwarantowanym, to Fundusz za to będzie płacić. Ja wielokrotnie rozmawiałam z paniami. Staję również na stanowisku pana posła, który mówił, że fizjologiczna ciąża powinna być prowadzona własne przez panie. W moim przekonaniu, tylko sporadycznie jest wymagana konsultacja ginekologa-położnika, ponieważ – tak, jak powiedział pan poseł – ciąża nie jest chorobą. To jest zdrowa kobieta w fizjologicznej ciąży. Doświadczona położna, a można też powiedzieć, dobrze wykształcona położna, znakomicie sobie z tym poradzi. Tak, jak pani wspomniała o Holandii, tak samo jest w Danii i większości krajów Europy – fizjologiczną ciążą niesprawiającą żadnych kłopotów w sensie oscylowania w kierunku patologii, zajmuje się położna i również ona – przepraszam panią, nie chcę urazić – panie mogą być lekarstwem na zwiększoną liczbę dzieci z cesarskiego cięcia, bo porody w domu są fizjologiczne – pacjentki są kwalifikowane. Natomiast, jeżeliby porody domowe były prowadzone na większą skalę, to przypuszczam, że cięć cesarskich byłoby jednak mniej. Myślę, że jest to kwestia usankcjonowania formalno-prawnego, po pierwsze, żeby położna mogła prowadzić fizjologiczną ciążę korzystając z konsultacji lekarza tylko w przypadkach, kiedy jest to konieczne, i, po drugie, wpisania porodu, który odbywa się w warunkach domowych, z odpowiednimi warunkami określonymi w rozporządzeniu. Nie widzę żadnego powodu, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia za to nie chciał zapłacić.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, proszę, i będziemy powoli kończyć.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopiński:

Tak, pani przewodnicząca. Jeśli pani przewodnicząca pozwoli, chciałbym, żeby wypowiedź uzupełniła pani dyrektor Departamentu Matki i Dziecka.

Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka MZ Dagmara Korbaś:

W tej chwili Departament Matki i Dziecka pracuje nad rozszerzeniem gwarancji państwa w tym zakresie i wprowadzeniem możliwości takiego porodu. Jednak w tym zakresie trzeba jeszcze znowelizować ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie ze standardem i zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarstwa i położnej. W myśl standardu, ciążę fizjologiczną może także prowadzić położna, natomiast zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie ma ona prawa kierować na badania i do szpitala. Bez tego prawa ciężar tej opieki w naszym kraju będzie jednak w rękach lekarzy, jeśli nie udrożnimy tego kanału. W tym celu konieczna jest nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ona jest przygotowana w takim zakresie. Natomiast nowelizacja tej ustawy nie będzie dotyczyć tylko tego elementu, w związku z tym praca legislacyjna musi jeszcze potrwać. To jest jeden element. A później będzie można ustanowić ten poród domowy jako świadczenie gwarantowane. Jednak w naszym odczuciu nigdy nie będzie tak, że porody domowe w naszym kraju będą istotnie częstsze niż porody w szpitalu, natomiast na pewno może dojść do sytuacji, że dużo więcej świadczeń zdrowotnych w opiece ambulatoryjnej będzie realizowanych przez położne. Proszę jednak zwrócić uwagę na to, że standard wskazuje, że w trakcie realizowanej opieki, jeżeli sprawuje ją położna, to trzykrotnie kobietę w okresie ciąży powinien widzieć lekarz, ale też jeżeli ciążę prowadzi lekarz, to powinien poinformować kobietę, żeby skontaktowała się ze swoją położną – środowiskową położną podstawowej opieki zdrowotnej – żeby zapewnić sobie opiekę w okresie połogu. Są to

więc naczynia powiązane. To jest pewien proces. To jest przygotowane do wprowadzania następnych elementów, żeby standard mógł funkcjonować w szerszym zakresie.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Myślę, że będziemy pomału kończyć tę dyskusję.

Czy ktoś z państwa posłów jest przeciwny przyjęciu tej Informacji. Nie słyszę sprzeciwu. W związku z tym, uważam, że przyjęliśmy dzisiejszą Informację i na tym zamykam posiedzenie. Dziękuję bardzo.