

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 63)

z dnia 24 stycznia 2013 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 63)

24 stycznia 2013 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat programu kompleksowej opieki nad wcześniakiem i rodziną.

W posiedzeniu udział wzięli: **Aleksander Sopliński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marcin Pakulski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marek Trosiński** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Maciej Piróg** doradca prezydenta w Kancelarii Prezydenta RP, **Elżbieta Karasek** starszy specjalista w Zespole Spraw Społecznych i Prawa Administracyjnego Biura Rzecznika Praw Dziecka, **Paweł Grzesiewski** inspektor w Zespole Prawnym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Maria Borszewska-Kornacka** prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, **Izabella Kowalska** członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Tomasz Makaruk** prezes Zarządu Fundacji Wcześniak, **Liliana Pietrowska** oraz **Anita Rzepka** członkinie Prezydium Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

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

Przewodniczący poseł **Bolesław Piecha (PiS)**:

Otwieram posiedzenie Komisji. Przepraszam za to opóźnienie, ale wynikało ono z przesunięć, jakie zazwyczaj zdarzają się w czasie posiedzeń Sejmu. Tak to jest, że harmonogram bywa zaburzony różnymi ważnymi, bieżącymi problemami. Bieżące sprawy wynikały z nieprzewidzianych zdarzeń, które spowodowały zmiany w programie posiedzenia Sejmu, w związku z czym, również my, jako Komisja, musimy brać pod uwagę i respektować decyzje pani marszałek, bo to ona jest gospodarzem Sejmu – każde spotkanie Komisji również wymaga jej akceptacji – a także z sytuacji na sali plenarnej, gdzie odbywa się próba podsumowania dyskusji, które toczą się w komisjach sejmowych. W związku z tym, z opóźnieniem rozpoczynamy kolejne posiedzenie Komisji Zdrowia, którego dzisiejszym tematem jest informacja na temat programu kompleksowej opieki nad wcześniakiem i rodziną.

Pan przewodniczący Orzechowski zaproponował, żeby w tej informacji uwzględniony był również noworodek, ale ze względu na brak czasu, panie przewodniczący, wrócimy do tego później. Byliśmy przygotowani do tego tematu, bo mieliśmy go rozpatrywać chyba w grudniu zeszłego roku, jeśli dobrze pamiętam, nie zdążylibyśmy więc przygotować odpowiednich materiałów.

Witam na dzisiejszym posiedzeniu Komisji pana ministra zdrowia z zespołem i pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam także panie i panów posłów, pana ministra Piróga – przedstawiciela i doradcę do spraw zdrowia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej. Szczególnie zaś witam naszych gości, czyli osoby, które swoją determinacją i uporem skłoniły nas do podjęcia tego niełatwego tematu, bo każdy temat z zakresu opieki zdrowotnej, który wywołuje konieczność poprawy sytuacji, innej oceny, a zwłaszcza innego spojrzenia finansowego na problemy chociażby opieki nad wcześniakiem – co jeszcze pojawi się w tej dyskusji – budzi kontrowersje. Zawsze to jest kontrowersyjne. Witam więc panie profesor i przedstawiciele stowarzyszeń, którzy dzisiaj nam tę informację przedstawiają.

Państwo mają materiały pana ministra zdrowia zawarte w druku zatytułowanym „Informacja kompleksowej opieki nad wcześniakiem i rodziną”. To jest materiał z grudnia 2012 r. rozumiem, że to było przygotowane na poprzednie posiedzenie, więc dezaktualizacja tego problemu obejmuje miesiąc. Myślę jednak, że waga problemu się nie zmieniła. Nie sądzę, żeby między grudniem a listopadem, pomimo ogromnych wysiłków Narodowego Funduszu Zdrowia, radykalnie zmieniono wyceny i podpisano całkiem inne kontrakty na tę opiekę.

Chciałbym, żeby na początek te sprawy szczegółowo przedstawiły nam osoby merytorycznie odpowiedzialne za pion opieki nad wcześniakiem – noworodkiem. Głównie chciałbym, żeby wypowiedzieli się przedstawiciele zespołu konsultanta krajowego w dziedzinie neonatologii – pani Ewa Helwich ze swoimi współpracownikami oraz ekspertami z tego zakresu przekazali nam odpowiednią wiedzę.

Dziękuję pani prezes Narodowego Funduszu Zdrowia za krótkie *résumé* dotyczące aspektów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, które są dedykowane głównie noworodkom, a szczególnie obciążonym takim problemem jak wcześniactwo, bo wiemy, że wcześniactwo to jest raczej hasło, pod którym kryje się wiele poważnych, bardzo skomplikowanych i często bardzo kosztownych problemów zdrowotnych.

Zaproponowałbym następujący porządek, żeby najpierw przedstawiciele strony społecznej merytorycznie zapoznali nas z problemem – oczywiście z wykorzystaniem możliwości wizualnych, później poprosiłbym pana ministra o informację na ten temat, a na zakończenie odbyłaby się dyskusja i próba wypracowania jakichś wniosków. Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że możemy rozpoczynać. Sprzeciwu nie słyszę. W związku z tym, proszę panią profesor o rozpoczęcie swojego bloku informacyjnego. Przypominam, że materiały są bardzo obszerne – pewnie państwo mają nam dużo do powiedzenia – ale oczekujemy informacji w pigułce, żeby jak najwięcej zapamiętać i żeby nas to pobudziło do poszukiwań i przejrzenia reszty materiału. Bardzo proszę.

Jeszcze jedna uwaga. Proszę, żeby państwo się przedstawiali, bo całość posiedzenia jest nagrywana zarówno w wersji wideo, jak i audio, co ułatwia nam prowadzenie protokołu. W związku z tym, trzeba używać mikrofonu. Dlatego też proszę o wypowiedzi – wbrew przyjętym zwyczajom – na siedząco. Proszę uprzejmie, pani profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii prof. Ewa Helwich:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Dziękuję za tę możliwość przedstawienia państwu problemu, który nam wydaje się ogromnie ważny.

Nazywam się Ewa Helwich. Jestem konsultantem krajowym w dziedzinie neonatologii i pracuję w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.

Proszę państwa, przygotowaliśmy dla państwa materiał do przeglądania. Mam nadzieję, że większość państwa ma to przed oczami. Mówiąc, chciałabym się powołać na kolejne wykresy.

Proszę państwa, jeśli obejrzą państwo pierwszy wykres, tam są dane dotyczące 2011 r. – jest jeszcze za wcześnie, żeby rok 2012 był podsumowany. Widzą państwo, że liczba urodzeń w Polsce wynosi 380 tys. Natomiast, zależnie od tego, czy kryterium stanowi mała masa ciała, czyli masa urodzeniowa poniżej 2,5 kg, czy faktyczny czas trwania ciąży, mamy albo nieco poniżej 6% urodzeń dzieci z małą masą ciała, albo nieco powyżej 6,5% urodzeń przedwczesnych, a więc przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży, zaś 1,5% wszystkich urodzeń stanowią te dzieci, które są najtrudniejsze do utrzymania przy życiu i bezpiecznego przeprowadzenia przez okres największego ryzyka zgonu.

Dzisiaj chcemy głównie mówić o opiece poszpitalnej dla tych dzieci, bowiem po to, żeby one mogły wykorzystać wszystkie swoje potencjalne możliwości uszczuplone przez poród przedwczesny, i po to, żebyśmy mogli naprawić to, co się da naprawić, a co wynika z powikłań tego przedwczesnego urodzenia, dziecko musi mieć specjalną opiekę.

To, co chcielibyśmy zaproponować – na ten temat odbywały się już rozmowy i w Ministerstwie Zdrowia i w Narodowym Funduszu Zdrowia. Mamy wstępną akceptację, ale bardzo potrzebujemy poparcia, po to, żeby móc zrealizować ten plan. Chodzi nam o to, aby w opiece poszpitalnej móc stworzyć opiekę dwustopniową. W tej chwili są poradnie specjalistyczne neonatologiczne – jest ich sporo, bo ponad 220 w kraju. One zajmują

się noworodkiem po wyjściu ze szpitala, ale krótko. Nam chodzi o to, żeby móc wykorzystać wiedzę światową i europejską o tym, jak należy zwracać na to uwagę, kierować tym rozwojem i jak oceniać ten rozwój, który będzie przebiegać inaczej niż u noworodka urodzonego o czasie.

W tej chwili jest tak, że po wypisie ze szpitala, w którym spędzają czas te najmniejsze dzieci, urodzone z ekstremalnie małą masą ciała – czyli poniżej 1000 g, bo takie też ratujemy, proszę państwa – wychodzą z tego szpitala po 3-4 miesiącach, podczas których walczymy o ich życie i zdrowie razem z ich rodzicami, bo w tej chwili nie ma oczywiście czegoś takiego jak rozdzielenie rodziców od dziecka. Nawet w oddziałach intensywnej terapii, bardzo zajętych i z bardzo specjalistyczną aparaturą, matki są obecne i, kiedy już mogą, zaczynają nam pomagać w czynnościach przy dziecku.

Proszę państwa, po wyjściu ze szpitala – co wiem z opinii rodziców, o których też tu będzie mowa – zaczyna się dla tej rodziny niełatwy okres, a to dlatego, że poza koniecznością adaptacji w gronie rodzinnym, są jeszcze bardzo liczne problemy zdrowotne, którym trzeba sprostać. Te dzieci są pod opieką bardzo wielu specjalistów, natomiast, naszym zdaniem – zdaniem nadzoru neonatologicznego – brak koordynacji tego nadzoru. Bowiem to my powinniśmy sprawić, żeby jednego dnia mogły się odbyć wszystkie wysokospecjalistyczne konsultacje, i żeby wyniki tych konsultacji i badań były odpowiednio zinterpretowane. Na co dzień takie dziecko jest oczywiście pod opieką lekarza opieki podstawowej, którym nie zawsze jest pediatra – w zależności od miejsca urodzenia, jest różnie. Natomiast chodzi nam o to, żeby była możliwość zakontraktowania takiej opieki, która będzie najwyżej specjalistyczna przeciętnie cztery razy w roku przez pierwsze 3 lata życia tego dziecka.

Obliczyliśmy, że skali kraju potrzeba nam około 30 takich ośrodków i wstępnie wyznaczaliśmy ich lokalizację. Chodzi o to, żeby dzieci zamieszkałe w każdym województwie miały dostęp do takiego ośrodka, który byłby zlokalizowany przy szpitalu wielospecjalistycznym. A więc niczego nie trzeba budować od nowa, wystarczy tylko wykorzystać kadrę, która już jest i odpowiednio logistycznie to przygotować.

Dlaczego akurat 3 lata? Proszę państwa, dlatego, że chodzi nam o to, żeby można było uzyskać przynajmniej krótkoterminową ocenę rozwoju takiego dziecka, a więc do czasu, kiedy dziecko powinno już chodzić i mówić. Oczywiście, ono może to robić z opóźnieniem, dlatego potrzebny jest ten czas trzech lat. I my, pediatrzy neonatolodzy, chcemy się podjąć koordynacji takiej opieki.

Po wstępnych rozmowach w Ministerstwie – jak już mówiłam – uzyskałam poparcie dla tej idei. W Narodowym Funduszu Zdrowia jestem umówiona, że przez najbliższych 5 miesięcy będziemy pracować nad opracowaniem koszyka świadczeń dla tej grupy dzieci. Proszę państwa, szacunkowo trzeba powiedzieć, że jest to od 300 do 500 takich dzieci w ramach województwa, a więc nie jest to ogromna liczba. Natomiast, na pewno są to dzieci, które wymagają od nas czegoś specjalnego i z tego wynika propozycja takiego programu.

W materiałach przekazanych państwu jest określone, jakie grupy dzieci wchodziłyby do tej opieki. Są to 3 grupy. Pierwsza grupa, to noworodki urodzone przedwcześnie przed 33 tygodniem ciąży, a więc ważące szacunkowo poniżej 1600 g. Druga grupa, to dzieci urodzone o czasie lub blisko terminu, ale z ciężkimi powikłaniami porodu, niedotlenionymi – to jest ta grupa dzieci z encefalopatią niedotleniowo-niedokrwinną, która też wymaga specjalnego prowadzenia. I wreszcie trzecia grupa kwalifikowana do tej opieki specjalnej – noworodki z wieloma wadami. Bo jeśli jest to pojedyncza wada, to wiemy, pod czyją opiekę to dziecko wysłać, natomiast dzieci z wadami wielu narządów czy układów, wymagają koordynacji takiej opieki.

Proszę państwa, jeśli można, chciałabym teraz przekazać głos pani prof. Kornackiej, która opowie o tym, jakie kroki podjęliśmy, żeby uzyskać poparcie dla tej idei.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Widzę, że mamy pewne kłopoty dotyczące wizualizacji tego, co pani profesor chce powiedzieć. Obraz jest krzywy. Interweniowaliśmy w biurze, może to ktoś naprawi. Mimo to, sędzę, że przekaz jest widoczny, pani profesor. Niech nam pani wyba-

czy. Sejm jest raczej biedną instytucją państwową, w związku z tym nie stać go na przedłużacz długości trzech merów. Przykro mi. Proszę bardzo, pani profesor.

Prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego prof. Maria Borszewska-Kornacka:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, myślę, że jest bardzo dobrze. Będę mówić praktycznie o tym samym, ale może pod innym kątem. Chciałabym państwu przybliżyć... Może powiem w ten sposób. Jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, konsultantem wojewódzkim do spraw neonatologii na Mazowsze, a na co dzień kierownikiem Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Proszę państwa, kilka miesięcy temu powołaliśmy „Koalicję dla wcześniaka” – my, to znaczy krajowy konsultant w dziedzinie neonatologii, Polskie Towarzystwo Neonatologiczne i jeszcze szereg organizacji pozarządowych. Pani profesor już mówiła, że w Polsce odsetek dzieci urodzonych przedwcześnie wynosi około 6%.

Proszę państwa, to, co dla nas jest przykre i najważniejsze, to jest to, że odsetek porodów przedwczesnych w Polsce nie maleje. Cały czas jest taki sam. Jesteśmy jednak bardzo homogenną populacją, a kraje europejskie, które mają homogenną populację, mają zdecydowanie niższy odsetek porodów przedwczesnych. U nas dzieci urodzonych poniżej 28 tygodnia ciąży stale jest wiele.

Oczywiście, wiele zrobiliśmy dzięki aktywności położniczej i naszej intensywnej terapii. I tak naprawdę, z tym problemem, jeśli chodzi o oddziały neonatologiczne, oddział intensywnej terapii, wzrost liczby procedur, które poszerzały procedury neonatologiczne – jak myślę – dajemy sobie radę. Przeżywalność tych najmniejszych dzieci wynosi zdecydowanie powyżej 90%. Tak, jak mówiła pani profesor, problem zaczyna się po wypisie ze szpitala. U tych dzieci są liczne powikłania, ale większość z tych dzieci – ponad 80% – absolutnie ma szansę nadrobić te zaległości. To są głównie przewlekłe choroby płuc, problemy związane z zaburzonym rozwojem, problem zakażeń dzieci po wypisie ze szpitala, problem wirusa, który teraz szaleje, a więc wirusa RS – jak państwo wiedzą, kryteria leczenia i profilaktyki są bardzo rygorystyczne i my jesteśmy tym pierwszym ogniwem, na którym skupiają się niechęć i złość rodziców. To jest retinopatia – nie tylko ta, którą spotykamy na oddziale noworodkowym, ale także zmiany po retinopatii. Tych zmian jest wiele. Są to oczywiście deficyty i dysharmonia funkcji poznawczych i motorycznych. To jest problem ze szczepieniami – opóźnienia w szczepieniach noworodków urodzonych przedwcześnie są ogromne. W Polsce dochodzą nawet do 40 tygodni. I w związku z tym wszystkim postanowiliśmy, że musimy te problemy ukazać społeczeństwu, bo doskonale je znają neonatolodzy, pediatrzy, rodzice tych chorych dzieci, matki, które rodzą przedwcześnie, ale być może społeczeństwo jest nieświadome, co oznacza wypis noworodka z oddziału neonatologicznego, jakie wiążą się z tym problemy.

Dziękujemy jeszcze raz za to dzisiejsze spotkanie, bo chcemy również państwu uświadomić, jak niezwykle ważny jest to problem i co się dzieje w świecie. Zatem Koalicja, na początek, ma do realizacji przede wszystkim zadania edukacyjne, żeby dotrzeć do najszerszego grona – stowarzyszeń, rodziców, parlamentarzystów i całego społeczeństwa – a co z tym idzie, stworzenie kompleksowej opieki nad wcześniakiem, o czym szczegółowo mówiła pani profesor.

Mamy Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, ale na razie, niestety, niewiele się dzieje. Z przykrością trzeba powiedzieć, że w Polsce takich rozwiązań brakuje, a na świecie wydaje się tomy książek na ten temat, jak powinna wyglądać taka opieka. W 2011 r. i w 2012 r. w Parlamencie Europejskim dwukrotnie stanął problem matki rodzącej przedwcześnie i dziecka tej matki jako priorytet zdrowotny krajów europejskich, zdefiniowany w dziesięciu punktach, które są tu przedstawione. Zresztą w tym spotkaniu brał udział pan prezes Makaruk z Fundacji Wcześniak, a więc organizacji pozarządowej, jako reprezentant Polski – polskich lekarzy neonatologów nie było. Z kolei lekarze europejscy mówią o tych samych problemach już w następnym okresie życia. Jest to więc priorytet w Parlamencie Europejskim. Mam nadzieję, że będzie również priorytetem w parlamencie polskim.

Koalicja zaczęła działać od marca. Tak naprawdę miała swoją medialną inaugurację we wrześniu na Pikniku Wcześnieaków. Jak powiedziałam, jej celem jest zwiększenie świadomości społecznej na ten temat. Od tego się zaczęło – od trzech-czterech koalicjantów. To jest Polskie Towarzystwo Neonatologiczne, Krajowy konsultant w dziedzinie neonatologii, Fundacja Watch Health Care oraz Krajowy Fundusz na Rzecz Dzieci – krótko powiem, że jest to wspianała, prawie trzydziestoletnia organizacja, która zajmuje się utalentowanymi dziećmi. To jest rodzaj symbolu. Chcemy powiedzieć, że nasze wcześniaki mogą wykazywać różne talenty, jeżeli im się w tym pomoże. Teraz mamy koalicjantów już znacznie więcej. Jest to wiele innych organizacji – również Polskie Towarzystwo Ginekologiczne – i patroni medialni – TVP Info, Polska Agencja Prasowa.

Kluczowe zagadnienia, to edukacja i wsparcie rodziców, którzy wędrują – jak powiedziała pani profesor – bo bardzo często mieszkają w małych miejscowościach. Zdajemy sobie sprawę z tego, że bardzo częstą przyczyną porodów przedwczesnych są jednak czynniki socjoekonomiczne. To są bardzo często biedne rodziny spoza Warszawy. Oczywiście te dzieci często rodzą się w Warszawie, ale rosną w małych miejscowościach. Przyjeżdżają na konieczne konsultacje wiele razy w ciągu miesiąca. Wiemy, jak bardzo trudno jest dostać się do neurologa dziecięcego i jak trudno jest uzyskać opiekę chociażby psychologiczną. Mniej więcej tak by to wyglądało.

Oczywiście, dziecko rozwija się w rodzinie, pod opieką poradni specjalistycznych, poradni lekarza rodzinnego, ale przydałby się jakiś ośrodek koordynacyjny. A proszę zwrócić uwagę na to, ilu jest tych specjalistów, do których wcześniak musi trafić. Będzie ich więcej, jeśli wcześniak ma jeszcze jakiś bardzo specyficzny problem, ale do tych specjalistów musi trafić. O to walczy Koalicja, i o tym mówiła pani prof. Helwich.

Bardzo gorąco proszę o poparcie Koalicji. Tu mam Księgę Poparcia, którą pozwolę sobie państwu udostępnić, żeby byli państwo łaskawi się wpisać – oczywiście, kto będzie mieć na to ochotę. A to są ulotki, które mówią o głównych celach Koalicji. Dziękuję bardzo za uwagę.

Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii prof. Ewa Helwich:

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, jako ostatnia osoba...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Mam tylko jedno pytanie do pani profesor. Czy będzie używany sprzęt audiowizualny, czy nie?

Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii prof. Ewa Helwich:

Nie. Nie będzie potrzebny.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Czy jeszcze ktoś będzie korzystał z tego sprzętu, bo jest tu pan, który przyniósł przedłużacz? W takim razie, dziękujemy. Myślę, że nie trzeba niczego zmieniać.

Proszę bardzo, pani profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii prof. Ewa Helwich:

Chciałabym poprosić przedstawiciela rodziców. Pan dr Tomasz Makaruk sam jest ojcem wcześniaka i od wielu lat, wraz z żoną, prowadzi dla rodziców Fundację Wcześnieak. Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Fundacji Wcześnieak Tomasz Makaruk:

Dzień dobry państwu. Panie przewodniczący, szanowni państwo, nazywam się Tomasz Makaruk i jestem prezesem zarządu organizacji pożytku publicznego, organizacji pozarządowej, która jest fundacją – nazywa się Fundacja Wcześnieak i działa na rzecz rodziców dzieci urodzonych przed terminem.

Miałem ogromny zaszczyt przed rokiem uczestniczyć w takiej dyskusji jak dzisiejsza, w Parlamencie Europejskim, o czym mówiła pani prof. Kornacka i jestem zaszczycony, że możemy dzisiaj o tym rozmawiać, że otrzymałem zaproszenie i mogę przed państwem krótko wystąpić. Na co dzień – jak powiedziała pani prof. Helwich – jestem ojcem wcześniaka urodzonego w 29 tygodniu ciąży, teraz już dziesięcioletka.

Faktycznie jest tak, że są 3 główne problemy, z którymi borykają się rodzice wcześniaków po wypisie ze szpitala. Pierwszy, to podróże do lekarzy, wynikające z tego, że opieka nad wcześniakami po wypisie ze szpitala nie jest scentralizowana. Drugi, to kwestia zapobiegania wirusowi RS – o czym mówiła pani prof. Kornacka. A trzeci, to kalendarz szczepień, czyli kwestie związane z kluciem dzieci na wizytach. Jeśli państwo pozwolą, odniosę się do nich pokrótce.

Kwestia pierwsza przedstawia się tak, że na zlecenie Fundacji Wcześniak specjaliści Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego przeprowadzili badania wśród rodziców wcześniaków, z których wynika, że 97% rodziców wcześniaków twierdzi, iż takie centra, o których mówiła pani prof. Helwich, ośrodki w skali kraju, są niezbędne i rodzice wcześniaków chcą i planują z nich korzystać. Co więcej, obecnie 78% rodziców wcześniaków zmuszonych jest korzystać z prywatnej służby zdrowia, ponieważ dostęp do lekarzy specjalistów oceniają jako niewystarczający w czasie, który jest niezbędny ich dzieciom.

Kwestia związana z wirusem RS – w pełni podpisuję się pod tym, co mówiła pani profesor – ze szczepieniami wcześniaków. Proszę, niech państwo sobie wyobrażą, że wcześniak to jest taka istota ludzka, która się mieści na dłoni. Wcześniak, kiedy się rodzi, waży mniej niż kilogramowa torba cukru, czy półtoralitrowa butelka wody. Kiedy my z takim dzieckiem przychodzimy do lekarza i dochodzi do szczepienia, to klujemy je 5 razy podczas jednej wizyty. Lekarze, jak i rodzice wcześniaków, zgadzają się z tym, że szczepionki skojarzone są dobre dla wcześniaków. Bardzo uprzejmie dziękuję państwu za uwagę.

Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii prof. Ewa Helwich:

Proszę państwa, na zakończenie jestem państwu winna wyjaśnienie. Mówimy tu o ogromnej trudności z uzyskaniem poszerzenia programu lekowego, którego celem jest zapobieganie bardzo groźnej infekcji wirusem RS w sezonie wzmożonych zachorowań w polskim klimacie, czyli, od listopada do kwietnia. Od trzech lat mamy taki program, który jednak obejmuje zaledwie 1% wcześniaków. Jest on skonstruowany w ten sposób, że data urodzenia decyduje o tym, czy dziecko jest zaliczone do programu, czy nie, przeciwko czemu bardzo protestują rodzice – jest to dla nich niezrozumiałe. Wielokrotnie – właściwie co roku – próbujemy rozszerzyć ten program, bo takie było nasze założenie od początku, że skoro jest on tak bardzo wąski, to przynajmniej, żeby nie robić rewolucji, z roku na rok trochę go poszerzmy. Dotąd, przez 3 lata, to się nie udało. Natomiast teraz, jestem na świeżo po rozmowach z panem ministrem Winnickim – jakieś światło w tunelu zaświeciło, ale konkretów jeszcze brak. Obiecano mi, że taka możliwość zaistnieje. Podstawowa trudność polega na tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia nigdy nie zaakceptuje programu, do udziału w którym to lekarz będzie kwalifikować dziecko. Tu muszą być sztywne ramy. Natomiast, dziecko dziecku nierówne – jeżeli decyduje o włączeniu do programu tylko data urodzenia, to może się zdarzyć, że dziecko mniej chore otrzyma profilaktykę, a dziecko bardziej chore, jej nie otrzyma. Na pewno nie jest to problem łatwy do rozwiązania, ale musimy mu sprostać, nie mamy innego wyjścia.

Prezes PTN Maria Borszewska-Kornacka:

Proszę państwa, neonatolodzy, pediatrizy są bardzo wrażliwymi osobami...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Przepraszam bardzo, pani profesor. Jest zwyczaj, że to przewodniczący prowadzi posiedzenie Komisji. Mam wiele wyrozumiałości, bo rozumiem uwagę, z jaką państwo podchodzą do problemu wcześniaka, musimy jednak porządkować tę dyskusję. Proszę bardzo, pani profesor, jeżeli chce pani zabrać głos.

Prezes PTN Maria Borszewska-Kornacka:

Przepraszam bardzo, jestem zbyt spontaniczna. Bardzo przepraszam.

Muszę państwu przedstawić taką sytuację, bo nie jest ona jednostkowa. Pani profesor zaczęła o tym mówić. Proszę państwa, w odróżnieniu od dziecka, które urodzi się 30 kwietnia o 23.00, dziecko, które urodzi się 1 maja o 1.00 w nocy, ma szansę. Mimo, że obraz kliniczny tego dziecka jest niemal identyczny – podobna masa ciała – dziecko

kwietniowe, urodzone dwie godziny wcześniej, nie ma żadnych szans „załapania” się na tak rygorystyczny program. Tak nie może być. A my jesteśmy na pierwszej linii ognia i wszyscy do nas mają – jak myślę – uzasadnione pretensje. To są naprawdę tragedie ludzkie. Naprawdę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że zostaliśmy wprowadzeni w dzisiejszą dyskusję. Poproszę także pana ministra, żeby podał nam w pigułce informacje z zakresu budowy czy realizacji kompleksowej opieki nad wcześniakiem i rodziną, bo taki jest temat dzisiejszego posiedzenia. Rodzą się już pewne pytania i problemy. Jak do tego ustosunkuje się Ministerstwo Zdrowia? Może od razu poproszę, żeby również pan prezes krótko powiedział o sprawach finansowych – realizacji takiej kompleksowej opieki. Proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopiński:

Szanowny panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, w Polsce, w 2011 r. odbyło się 382.318 porodów, w tym trochę więcej urodzeń, bo 386.413, to jest o 6% mniej niż w roku 2010. Liczba porodów przedwczesnych od kilku lat utrzymuje się na podobnym poziomie. Na przykład, w 2008 r. było to 6,86%, w 2010 r. – 6,81%, a w 2011 r. – 6,74%. Czyli, liczba porodów przedwczesnych jest na takim samym poziomie. Jeżeli chodzi o liczbę przedwcześnie urodzonych dzieci, to w 2011 r. było ich 26 tys.

Obserwuje się natomiast spadek umieralności wcześniaków i dzieci ze skrajnym wcześniactwem przy braku spadku liczby porodów przedwczesnych. Tę statystykę mogliśmy poprawić dzięki olbrzymiemu wysiłkowi i dobremu funkcjonowaniu pediatrów.

Poza tym, od lat 90. XX w. spada umieralność okołoporodowa. W 1989 r. wynosiła 8,9‰, natomiast w 2008 r. 6‰, a w 2011 r. – 4,9‰. Czyli, można powiedzieć, że na 1000 urodzeń umiera 5 noworodków. Główną przyczyną porodów przedwczesnych są choroby okołoporodowe, a także związane z tym wady płodu. Prawie 34% urodzonych przedwcześnie to dzieci z wadami.

Głównym kierunkiem polityki zdrowotnej ministra jest Narodowy Program Zdrowia, opracowany na lata 2007-2015. Cel operacyjny 7 obejmuje działania związane z poprawą opieki nad matką i noworodkiem oraz małym dzieckiem. Oczekiwanym efektem Programu jest obniżenie wskaźnika wcześniactwa do 5,5%. Przyjmujemy ten cel jako nadrzędny, dlatego też w ostatnim okresie opracowaliśmy i wprowadzamy standard opieki okołoporodowej sprawowanej w czasie ciąży, podczas porodu i połogu oraz opieki nad noworodkiem. Ten standard został opracowany zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia, dlatego to rozporządzenie weszło w życie. Mamy nadzieję, że będzie właściwie realizowane i być może obniży się wskaźnik porodów przedwczesnych. Poza tym od kilku lat prowadzona jest trójstopniowa opieka perinatalna oraz sprawnie działają oddziały intensywnego nadzoru nad noworodkiem.

Pierwszą rzeczą jest zapobieganie porodom przedwczesnym – nie będę tu wymieniał wszystkich czynników, ale w ostatnim okresie uwidacznia się, że główną przyczyną porodów przedwczesnych są przede wszystkim sprawy infekcyjne, ale również socjalne. Ostatnio zauważyliśmy również, że kobiety rodzą coraz później, czyli po 35 roku życia, a wtedy liczba porodów przedwczesnych, a także wad wrodzonych, nieco wzrasta. Jest to związane z późnym macierzyństwem.

Kluczową grupą specjalistów sprawujących opiekę nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie są neonatolodzy. Jeżeli chodzi o liczbę wykształconych neonatologów w Polsce – jest to stan na 30 grudnia 2012 r. – jest ich 1368. W trakcie specjalizacji jest 285. Jest to specjalizacja deficytowa. Jest wiele wolnych miejsc szkoleniowych w zakresie neonatologii.

Chciałbym powiedzieć, że po wprowadzeniu nowej formy specjalizacji, tak zwanego systemu modułowego, istnieje możliwość specjalizacji z zakresu intensywnej terapii również pediatrów, bo brakuje nam neonatologów, którzy mają specjalizację z zakresu intensywnej terapii, a także pediatrów. Czyli, według nowej formuły specjalizacji, zarówno pediatrzy, jak i neonatolodzy, mogą robić specjalizację z intensywnej terapii. Czas trwania takiej specjalizacji wynosi 2 lata.

Ważnym elementem funkcjonowania tego trójstopniowego systemu opieki było utworzenie stanowisk we wszystkich ośrodkach drugiego poziomu referencji. Na drugim

poziomie są stanowiska intensywnej terapii noworodka, natomiast na trzecim poziomie są oddziały intensywnej terapii noworodka. Oczywiście do tego jest potrzebny odpowiednio wyszkolony personel, jak i aparatura oraz właściwe leczenie. Poza tym, prowadzona jest profilaktyka przeciwko wirusowi RS wcześniaków. Rozszerzyliśmy szczepienia wcześniaków, nie tylko przeciwko pneumokokom, ale również przeciwko WZW typu B.

Pobyty noworodków ze skrajnie niską wagą urodzeniową na oddziałach szpitalnych są wielomiesięczne, więc ważnym elementem jest kompleksowość prowadzenia tych noworodków. Opiekę nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym po wypisie ze szpitala pełni ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W Polsce mamy 220 takich poradni dla noworodków, gdzie uzyskują one świadczenia. Poza tym, grupa noworodków ze skrajnie niską wagą urodzeniową, która wymaga szczególnej opieki specjalistycznej – to są noworodki urodzone bardzo wcześnie i z wadami wielonarządowymi – objęta jest szczególnym postępowaniem.

Natomiast, jeśli chodzi o wydatki, to w latach 2004-2012 wzrosły one o prawie 264% w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego, a w zakresie leczenia szpitalnego o 140%. Chciałbym powiedzieć – na pewno pan prezes odniesie się do tego szczegółowo – że w tym roku, 2012, w ciągu dziewięciu miesięcy, wydatkowaliśmy ponad 39 mln zł. Wiem, że Narodowy Fundusz Zdrowia pracuje nad nową wyceną pewnych procedur pediatrycznych. Jest to prawie 200 różnych procedur.

Panie przewodniczący, jeśli chodzi o koszty, bardzo bym prosił o udzielenie głosu panu prezesowi.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo, w latach 2004-2012 nakłady na leczenie noworodków wzrosły w poradniach neonatologicznych o 264%, a w lecznictwie szpitalnym o 140%. Wartości umów w zakresach neonatologicznych wyglądały następująco. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w 2004 była to kwota 2 mln 908 tys. zł i wzrastała do kwoty 7 mln 365 tys. zł w roku 2011, aby wartość umów w 2012 r. osiągnęła kwotę 10 mln 600 tys. zł.

W lecznictwie szpitalnym wartość umów w zakresach neonatologicznych rozpoczęła się do kwoty 511 mln 386 tys. zł, osiągając kwotę 1 mld 221 mln 294 tys. zł w 2012 r. To świadczy o tym – wynika to z tych liczb – że ten wzrost jest istotny, a nakłady ponoszone na leczenie noworodków w ciągu ostatnich lat wzrastają w jednoznaczny sposób.

Odnosnie do konkretnych świadczeń, które są rozliczane w ramach zakresów neonatologicznych, mają one wartość nieco niższą, ale to wynika z tego, że ponieważ świadczenia związane z leczeniem noworodków są nielimitowane, każdy oddział wojewódzki w swoich planach finansowych zawsze zabezpiecza kwotę, która by zdecydowanie wystarczyła na sfinansowanie tych świadczeń. Mogę podać te kwoty w latach 2010-2011. Za rok 2012 nie mamy jeszcze ostatecznych kwot, bo – jak państwo wiedzą – to rozliczanie jeszcze trwa, ale one nie przekroczą miliarda złotych, a więc były niższe od kwot zabezpieczonych na leczenie noworodków.

W odniesieniu do leczenia szpitalnego i hospitalizacji dzieci z rozpoznaniem wskazującym na wcześniactwo, zwracam uwagę na to, iż mamy ten problem, że o ile w przypadku oddziałów neonatologicznych wprost możemy określić kwoty, to tu musimy sięgać do poszczególnych rozpoznań według ICD-10, i w ten sposób niejako filtrować nakłady, które są ponoszone na leczenie noworodków, aczkolwiek z pewnością nie są to dane obejmujące 100% wszystkich nakładów ponoszonych na leczenie dzieci. Kwoty te, począwszy od 2009 r., wyglądają odpowiednio w ten sposób – w 2009 r. wynosiły 278 mln 388 tys. zł, osiągając w 2011 r. 310 mln 596 tys. zł. W roku 2012 rozliczone kwoty wniosły 259 mln 307 tys. zł.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a więc w zakresach specjalności dziecięcych – grupy rozliczane poprzez rozpoznania, które wskazują na wcześniactwo – kwoty wyniosły odpowiednio w 2009 r. 3 mln 661 tys. zł, a w 2011 r. prawie 4 mln zł. Tylko od stycznia do września 2012 r. było to 3 mln 707 tys. zł.

Leczenie dzieci po okresie intensywnego leczenia, czy równoległe do leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, obejmuje także rehabilitację leczniczą. Jest ona również finansowana w ramach środków publicznego płatnika. Te nakłady wynoszą za 2010 r. 2 mln 405 tys. zł, a za 2011 r. 2 mln 617 tys. zł.

Jak już tu było mówione, od 2010 r. został stworzony nowy program terapeutyczny „Profilaktyka zakażeń wirusem RS u dzieci z przewlekłą chorobą płuc (dysplazją oskrzelowo-płucną)”. Ta wartość wyniosła 5 mln 496 tys. zł w 2010 r., a w 2011 r. 7 mln 847 tys. zł. Wartość świadczeń zapłaconych od stycznia do września 2012 r. wyniosła 6 mln 415 tys. zł. Proszę zwrócić uwagę na to, że to są nowe środki finansowe. Wcześniej publiczny płatnik takich nakładów nie ponosił.

Finansowane są również świadczenia związane z przedłużeniem konieczności hospitalizacji matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka. Jest to zakres od piątej doby od porodu. Nakłady, które ponosi publiczny płatnik wyniosły w 2010 r. 11 mln 194 tys. zł, a w 2011 r. 11 mln 038 tys. zł. Od stycznia do września 2012 r. – 9 mln 220 tys. zł.

Jednocześnie chciałbym zwrócić uwagę na to, że na skutek wniosków płynących od nadzoru specjalistycznego, prezes w Zarządzeniu Nr 71/212/ES0Z z dnia 7 listopada 2012 r. zmienił zapisy odnoszące się do opieki nad dziećmi w poradniach neonatologicznych, której kontynuacja była wcześniej ograniczona do 12 miesiąca życia. Takie obwarowanie generalnie istnieje, jednakże zawarto przepis, że w przypadku rozpoznań ICD-10: H-35.1 Retinopatia wcześniaków, P-05 Opóźniony wzrost płodu i niedożywienie płodu, P07.2 Skrajne wcześniactwo, P07.3 Inne przypadki wcześniactwa wraz z chorobami towarzyszącymi, P21 Zamartwica urodzeniowa, P22 Zespół zaburzeń oddychania noworodka, P27.1 Dysplazja oskrzelowo-płucna rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym, P52 Śródczaszkowy nieurazowy krwotok u płodu i noworodka, P77 Martwicze zapalenie jelit płodu i noworodka, P78.0 Okołoporodowa perforacja jelit, P91 Inne zaburzenia mózgowie noworodka, Q25.0 Drożny przewód tętniczy, Q89.7 Mnogie wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej, w odniesieniu do których możliwe jest rozpoznanie świadczeń do ukończenia trzeciego roku życia, przedłużono możliwość opieki nad dzieckiem do trzeciego roku życia.

Dlaczego przedstawiam to państwu w sposób tak szczegółowy? Dlatego, żeby podkreślić, że publiczny płatnik nie wprowadził w tym zakresie innych zasad opieki nad dzieckiem, a tylko w tych wybranych rozpoznaniach, wprost wynikających z zaburzeń związanych ze wcześniactwem, umożliwiono neonatologom prowadzenie nadzoru merytorycznego nad rozwojem dziecka. Taki sposób rozliczania i taki sposób opieki jest możliwy od 1 stycznia 2013 r. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. czy jeszcze ktoś z Ministerstwa chciałby coś dopowiedzieć? Nie słyszę zgłoszeń. W związku z tym, rozpoczynamy dyskusję. Proszę bardzo, pani posłanka Skowrońska, a później pan poseł Latos, pani posłanka Hrynkiewicz i pan poseł Orzechowski. Proszę.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Szanowny panie przewodniczący, zabieram głos jako członek Komisji Zdrowia, a problem znam sprzed 30 lat, jako że jestem matką dziecka, które urodziło i przedwcześnie i z wagą poniżej 1500 g. Tak więc problem zdecydowanie znam.

W kontekście deklaracji złożonych w dzisiejszej debacie zarówno przez panią prof. Borszewską-Kornacką, jak i przez panią prof. Helwich, mam pytanie. Skoro trwają rozmowy z resortem zdrowia, po przedstawieniu przykładów finansowania, o których państwo rozmawiają, a więc zarówno konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii, jak i pani profesor, konsultant wojewódzki, chciałabym, żeby nam wskazano, na czym polegałoby zwiększenie zakresu świadczenia i w jaki sposób ocenia się zakres finansowania.

Dlaczego o to pytam? Dlatego, że na świeżo jesteśmy po debacie na sali sejmowej dotyczącej zakresu finansowania i kolejek, czyli tego, jak podzielić pieniądze Narodowym Funduszu Zdrowia na coraz to nowe świadczenia. One są potrzebne – podpisuję się pod tym – ale jeśli w tej formule znajdziemy pieniądze na finansowanie dodatkowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej związanej z wcześniakami do trzeciego roku życia – jak

rozumiem, do bilansu – to będzie to dodatkowo kosztować. Czy poza kwotami, które wskazywali zarówno pan minister, jak i pan prezes, oszacowano te kwoty? Bo w tym bilansie musimy powiedzieć – tak, jeżeli będzie taka decyzja, ale kolejka do czegoś się zwiększy, mimo że będziemy robić więcej zabiegów. To jest sprawa krótkiej koldry. Jest to rzeczywisty problem, tylko, na ile resort ocenia, że jest wypełnione zadanie, o którym obie panie profesor mówiły? Jakich świadczeń to dotyczy i jak próbować je kontraktować? To jest problem niezwykle trudny.

Tak więc, znam ten problem i znam takie matki. W tamtym czasie chodziło o to, żeby urodziło się dziecko przynajmniej o wadze 1100 g. Zupełnie inaczej wyglądała opieka nad wcześniakami i matką, która wtedy takiego dzieciaka rodziła. Mam pytanie do resortu. Rozumiem ogromną troskę o wszystkich, którzy tego potrzebują, ale, czy wyliczono, ile to będzie kosztować, jeżeli będą na to dodatkowe pieniądze. Ukłon za to, co się robi, bo dla rodziców każde urodzone dziecko jest w życiu najważniejsze.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Wysoka Komisjo, panie ministrze, myślę, że spokalkaliśmy się, aby podyskutować o tym, co można zmienić i poprawić, a nie, żeby mówić, co jest dobre, co funkcjonuje. W kontekście tego, w jakimś sensie nawiązując również do głosu pani poseł, której przed chwilą mieliśmy okazję posłuchać, powiem – panie ministrze, niewątpliwie z tą sprawą coś trzeba zrobić. Nie może być tak, że data jest jedynym kryterium dopuszczenia do programu. Oczywiście, zmiana tego będzie zapewne związana z jakimiś kosztami, więc słuszne jest pytanie pani poseł, bo musimy wiedzieć, o ile większa będzie to kwota. Natomiast, patrząc na tę sprawę z drugiej strony, z punktu widzenia logiki, warto te koszty ponieść, bo absurdem jest – nawiązuję do tego przykładu, na który powołała się pani profesor – że wystarczą dwie godziny różnicy, żeby dziecko urodzone ostatniego dnia kwietnia tuż przed północą było inaczej traktowane niż dziecko, które urodziło się pierwszego maja tuż po północy. Pani profesor o tym mówiła. To właśnie jest kryterium dopuszczenia do programu. wystarczy godzinna różnica. To jest absurd. Panie ministrze, rozumiem, że brakuje pieniędzy i pewnie wydatki na różne zadania można mnożyć, ale jednak nie możemy dalej brnąć w absurdy. Coś z tym trzeba zrobić, nawet, jeżeliby to było związane z pewnymi wydatkami, i jednak według innych kryteriów należałoby dopuszczać do programu.

Stąd mój apel, aby zamiast mówić o tym, że jest dobrze, czy – tak jak pan prezes – mówić o pewnych działaniach Narodowego Funduszu Zdrowia, znaleźć rozwiązanie tych spraw. To jest jedna rzecz.

I druga sprawa. Przy tej okazji pozwolę sobie na pewną uwagę. Dzisiejszy temat pewnie warto byłoby uzupełnić – wtedy byłoby to komplementarne – o inne dane statystyczne, a więc dotyczące rodzenia się w Polsce dzieci z różnego rodzaju wadami. Mamy krajowy Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych, który, niestety, z powodów niezależnych od wykonawców – dodam, że w 90-procentach pracujących na zasadzie wolontariatu – w niezrozumiały sposób został zablokowany – tak to należy ująć, panie ministrze – a szkoda, bo można by nawet dzisiaj uzupełnić posiedzenie o dane z tego Rejestru, abyśmy mieli pełen obraz sytuacji, również jeżeli chodzi o wcześniaków.

I tu powiem nie jak poseł opozycji – krytykowałem wiele razy różnego rodzaju działania pani minister Kopacz, ale muszę powiedzieć sprawiedliwie, że akurat za jej rządów nakłady na ten Rejestr zostały zwiększone i były zapewnione na 3 lata. A w tej chwili Rejestr został zablokowany i nie jest realizowany. Takie są fakty. Mam nadzieję, że pan minister przyjrzy się temu, co w tej sprawie można zrobić. Ustawa o informatyzacji i absurdalne przepisy z niej wynikające nie powinny być powodem tego, że Rejestr nie funkcjonuje, bo komuś coś się wydawało przy tworzeniu tego Rejestru chcąc ściągnąć wszystkie dane, by stworzyć jedną bazę informatyczną w Polsce na potrzeby służby zdrowia.

Panie ministrze, gorąco apeluję do pana o to, aby z paniami profesor przyjrzał się pan kryteriom kwalifikowania do wspomnianych szczepień, które niewątpliwie trzeba zmienić, bo dłużej tak być nie może. Będę szczęśliwy, jeżeli to, a być może i druga sprawa,

o której mówiłem, spowoduje pozytywne działanie i będzie konkluzją dzisiejszego posiedzenia. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani posłanka Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, rozmawiamy dzisiaj o bardzo ważnej sprawie, jaką jest opieka nad dziećmi, które rodzą się z małą wagą albo z różnymi deficytami. Chciałabym tylko przypomnieć, że w pierwszym roku transformacji mieliśmy wskaźnik umieralności noworodków na poziomie 19‰, a teraz – takie są wstępne oszacowania w roku 2012 – będzie 5,8‰. Żeby uzyskać takie wyniki, jak kraje, gdzie ochrona zdrowia jest dobrze rozwinięta, potrzebne są bardzo poważne nakłady. Natomiast pan reprezentujący NFZ zapomniał dodać, że w latach, które nam tak skrupulatnie zreferował, była też wysoka inflacja, więc, jeśli się odliczy wpływ inflacji na te wydatki, to okaże się, że one nie rosną tak, jak pan nam to chce przedstawić.

Ja od pani prof. Kornackiej i od pani prof. Helwich chciałabym się przede wszystkim dowiedzieć, co w tym zakresie trzeba zrobić. Przepraszam, pani profesor, ale nie mogę się zgodzić z tym, że musimy mieć jakiś koszyk świadczeń. Myślę, że to pani powinna wiedzieć, co dziecku i do jakiego wieku jest potrzebne, i w tym koszyku powinno być to wszystko. Bo jeżeli jest tak, że dziecko, które urodzi się o godzinie 23.50, nie ma prawa do świadczeń, a jeśli urodzi się o godzinie 0.21 to ma prawo do tych świadczeń, to w takim przypadku lekarz powinien decydować, co jest potrzebne. I w zakresie tych świadczeń, które mają być stosowane wobec tych dzieci, też ma być decyzja lekarza.

Trudno tutaj rozmawiać z Narodowym Funduszem Zdrowia, który, panie prezesie, trwoni pieniądze i sam na to dostarcza dowodów – wystąpię z interpelacją, a może i ze skargą do Rzecznika do Spraw Dyscypliny Finansów Publicznych za trwonienie pieniędzy. Natomiast w tym wypadku, kiedy po prostu trzeba dokładnie zapytać tych, którzy się tym zajmują, my będziemy mówić, jakie kategorie będą, a jakich nie będzie. Mamy więc chore dziecko, którego leczymy nie kompleksowo, tylko według wykazu świadczeń. To jest od początku do końca nielogiczne. Te świadczenia mają być celowe i wystarczające. Ja nie wiem, jakie to mają być świadczenia? Jeżeli stosujemy taką zasadę, jaką państwo tu proponują, to – nie wiem, czy wypada w Sejmie o tym mówić – łamiemy zasady etyki lekarskiej i wymagamy od lekarza, żeby postępował niezgodnie z etyką lekarską. Czyli, łamiemy sumienia tych lekarzy. Czy tak? Nie bardzo rozumiem, jak chcielibyśmy z tego wyjść.

Co wydaje mi się dzisiaj najważniejsze? Bardzo bym prosiła pani profesor, żeby zechciały powiedzieć, co jest potrzebne. Potrzebne są 22 ośrodki. Potrzebna jest opieka do trzeciego roku życia, a być może dłużej, bo pamiętajmy o tym, że w Polsce *de facto* została zlikwidowana opieka pediatryczna. Ona została zlikwidowana nie tylko w stosunku do dzieci szczególnej troski, ale w ogóle została zlikwidowana i małe dzieci są dzisiaj leczone przez lekarzy pierwszego kontaktu. Wyszedł właśnie kolega, który mówił o różnych przypadkach z miejscowości położonych niedaleko Warszawy. Najważniejsze dzisiaj jest to, żebyśmy ustalili – i bardzo się cieszę, że mam okazję słuchać tego, o czym pani mówią – co jest potrzebne w tym zakresie? Bardzo chętnie tego wysłucham, bo jeżeli mamy dzisiaj jakiegokolwiek zobowiązania, to przede wszystkim wobec tych dzieci, które się rodzą i rodziców, którzy często są w naprawdę dramatycznej sytuacji.

Jest jeszcze jedna sprawa, która wynika też z moich badań i pewnych doświadczeń. Otóż, na str. 10 w materiale, który dostarczyło nam na dzisiejsze posiedzenie Ministerstwo Zdrowia, mamy dokładnie wymienione czynniki ryzyka porodu przedwczesnego. Kiedy badamy młodzież i pytamy o to, jak jest ich wiedza, jakie jest ich przygotowanie do prokreacji, to dowiadujemy się, że wiedza zarówno tej grupy, która wchodzi w okres inicjacji seksualnej, jak i tej, która prowadzi regularne życie seksualne, jest znikoma.

Ja wykładam demografię od wielu lat. I wtedy, kiedy zaczynam mówić o urodzeniach, kiedy dochodzi do omawiania zagadnienia porodów przedwczesnych, a na sali jest dość głośno, to robi się cicho. To jest ta wiedza, która jest bardzo potrzebna. Jeśli można byłoby zwrócić się tu do organizacji pozarządowych, takich, jakie reprezentuje pan

Makaruk, to byłaby to bardzo ważna wiedza. Ja otrzymuję różne zaproszenia – są różne programy wychowania seksualnego. To nie chodzi o wychowanie seksualne, tylko o przygotowanie młodych ludzi do zdrowej prokreacji, bo każda młoda kobieta i każdy młody mężczyzna, którzy chcą założyć rodzinę, mieć dzieci, chcą mieć zdrowe dzieci. Jeżeli więc można eliminować pewne ryzykowne sytuacje poprzez styl życia, poprzez zachowania prozdrowotne, to trzeba to robić. W tym zakresie jest bardzo potrzebny program.

Ponieważ czternasty rok jestem wiceprzewodniczącą Rządowej Rady Ludnościowej i problemy związane z demografią są przedmiotem naszej najwyższej troski, to bardzo chętnie przekażę to moim kolegom na najbliższym posiedzeniu i powiem, że to jest jedna ze spraw, którymi powinniśmy się zająć. Jeśli Polska chwali się pewnymi współczynnikami, to obniżanie współczynnika umieralności niemowląt jest jednym z tych ważnych, zbiorczych czynników pokazujących poziom ochrony zdrowia, poziom życia i sytuację zdrowotną. Krótko mówiąc, jest to jeden z najważniejszych czynników cywilizacyjnych, którym moglibyśmy się pochwalić. Te koszty, o których panie mówią, przy tych zasobach, jakie dzisiaj mamy, nie są zbyt dotkliwe, a pomoc, szczególnie dla dzieci i ich rodziców, jest niezwykle ważna, zwłaszcza w sytuacji, że dzieci w Polsce rodzi się bardzo mało. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni goście, przede wszystkim chciałbym podziękować za przygotowany materiał, zarówno pani prof. Ewie Helwich, jak i pani prof. Borszewskiej-Kornackiej. Chciałbym wykorzystać to, że na dzisiejszym posiedzeniu gościmy wybitnych ekspertów, żeby dowiedzieć się więcej o aspektach, które pojawiają się na różnych posiedzeniach Komisji Zdrowia.

Wiemy, że wcześniaki nie pojawiają się znikąd, że jest to efekt, z jednej strony, czynników, na które nie bardzo mamy wpływ, takich, jak młody lub starszy wiek, czy – to, co podkreślił pan minister – wady płodu. W tym kontekście chciałbym zapytać o Rejestr – bo jeżeli nie będzie dobrze działającego rejestru i dobrej diagnostyki, to nie będziemy wiedzieć, co się dzieje, jeśli chodzi o wady płodu – ale też i to, co z punktu widzenia państwa jako neonatologów – a przesunąłbym tę granicę w kierunku perinatologii – można zrobić po stronie położnictwa, żeby wcześniaków było mniej. A jeśli porody przedwczesne i tak są nieuniknione, to, co się dzieje w związku z zarówno stymulacją dojrzałości płuc płodu, czyli dawkowaniem sterydów betametazonu czy dexametazonu, w zależności od tego, jakie kryteria są przyjęte. To też kwestia tego, co i ile można zrobić w kontekście zagrażającego porodu przedwczesnego, czyli, na przykład pęknięcia błon płodowych. Wiemy, że jest profilaktyka – już jest standardowe badanie dotyczące GBS-u, chociaż powyżej 33 tygodnia ciąży. O jaką część z tych 6,5% wcześniaków jesteśmy w stanie się zawalczyć, kładąc nacisk na to, żeby właściwie prowadzić i właściwie diagnozować zagrażający poród przedwczesny? Na jakie czynniki mamy wpływ?

Wiemy też, że perinatologia sama się zmienia. To widać po tym, jak przeżywają wcześniaki, zwłaszcza te o bardzo niskiej masie urodzeniowej. Ich przeżywalność rośnie. Ale to też zasługa tego, co się stosuje – są, na przykład, doniesienia o wpływie siarczanu magnezu na protekcję ośrodkowego układu nerwowego. To też kwestia stosowanej coraz częściej hipotermii u wcześniaków, z bardzo dobrymi rezultatami.

Zapytałbym jednak o dwa aspekty, które pojawiały się na posiedzeniach Komisji Zdrowia przy omawianiu zupełnie innych tematów. Pierwszy, to jest kwestia ciąży wielopłodowej. Ona i tak ulega zmianie ze względu na to, że sama specyfika zapłodnienia in vitro, a właściwie transferu zarodków, też się zmienia – czyli, ogranicza się liczbę transferu poszczególnych zarodków – ale in vitro nierozłącznie wiąże się z ciążą wielopłodową. Z kolei ciąża wielopłodowa wiąże się ze wcześniactwem, a wcześniactwo wiąże się z tymi wszystkimi czynnikami, o których dzisiaj państwo mówili. Chciałbym więc usłyszeć państwa zdanie na temat nie tylko samego in vitro, ale również tego, co się kryje pod akronimem ART – Assisted Reproductive Technologies, czyli wspomaganie prokre-

acji, bo przecież to nie tylko in vitro, ale też stymulacja jajczkowania. To wszystkie te techniki, które powodują, że pojawia się wcześniactwo.

I druga rzecz, która mnie natchnęła – to dane z Wielkiej Brytanii. Tam, w momencie, kiedy zliberalizowano prawo do aborcji, okazało się, że bardzo młode osoby poddawały się aborcji, a właśnie przejście wielokrotnych poronień lub aborcji również prowadzi do wcześniactwa. Chciałbym, żeby spojrzeć na to ze strony ekspertów, których nie będzie na posiedzeniach Komisji, podczas których omawiamy sprawy dotyczące przerywania ciąży czy wspomaganej prokreacji. Spójrzmy również w tym aspekcie, że liberalizując pewne przepisy albo dopuszczając sztuczne wspomaganie prokreacji musimy liczyć się z tym, że konsekwencją tego będzie wzrost liczby porodów przedwczesnych, a więc wcześniactwa z wszystkimi konsekwencjami.

To pokrótce to, o co chciałbym zapytać dzisiejszych ekspertów, bo rzeczywiście, jeżeli weźmiemy pod uwagę wpływ pozostałych czynników, chociażby używania alkoholu i papierosów, to z jednej strony ustawa ograniczająca palenie spowodowała – takie są dane – że liczba dzieci z astmą oskrzelową zdecydowanie zmniejszyła się w tych krajach, gdzie zastosowano rygorystyczny zakaz palenia. Jednakże palenie tytoniu, jak i nadużywanie alkoholu w konsekwencji wpływa na porody przedwczesne. Pytam więc dzisiaj ekspertów po stronie perinatologii i neonatologii – choć wiem, że temat jest do polemiki i z położnikami i ginekologami.

I jeszcze jedna rzecz, o którą przez dłuższy czas dobijałem się do Narodowego Funduszu Zdrowia – jest tu obecny przedstawiciel Funduszu. Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził taką zasadę, że poradnie położniczo-ginekologiczne muszą być kontraktowane 3 razy w tygodniu po ileś godzin, co spowodowało, że wiele tych poradni w małych miejscowościach znikło. Po prostu, tam ginekolodzy nie przyjeżdżają. Pewnie refleksja przyjdzie po kilku latach, bo z jednej strony NFZ słusznie mówi – wspierajmy te poradnie położniczo-ginekologiczne, które są lepiej wyposażone, świadczą usługi o lepszym standardzie, czyli obejmują pacjentów bardziej kompleksową opieką. Natomiast z drugiej strony, część pacjentek z tych poradni, które do tej pory funkcjonowały w bardzo małych ośrodkach, może w ogóle nie trafiać do lekarza prowadzącego ciążę, co w XXI wieku wydaje się przykrą konstatacją. Czy w ten sposób nie wylewamy dziecka z kąpielą? O to też chciałbym zapytać obecnych dzisiaj ekspertów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani posłanka Okragły.

Posel Janina Okragły (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, chciałabym wrócić do przyziemnych spraw. Każde leczenie, postępowanie, wiąże się z pieniędzmi. W związku z tym, moje pytanie dotyczyłoby więc racjonalności i efektywności wydawania pieniędzy, nie tylko z punktu widzenia roku budżetowego, ale w perspektywie wielu lat. Moje pytanie jest następujące – czy Ministerstwo włączając program „Profilaktyka zakażeń wirusem RS...” określa, jakie przyniesie to nam oszczędności, biorąc pod uwagę zmniejszenie liczby hospitalizacji, zmniejszenie opieki nad tymi dziećmi? Jak to się będzie przekładać, bo uważam, że to powinno się przekładać na zmniejszenie w przyszłości kosztów opieki nad tymi dziećmi? Zakażenia akurat są w tym roku budżetowym... Natomiast, analiza powstawania centrów wielospecjalistycznych... Objęcie opieką grupy dzieci, to też jest dla mnie projekcja na przyszłość – mniejsze koszty w postępowaniu na lata następne. Czy są opracowania? Czy Ministerstwo i Narodowy Fundusz Zdrowia pracują nad tym, biorąc pod uwagę właśnie racjonalność wydatkowania środków, oszczędzania i przeznaczania tych pieniędzy na nowe potrzeby?

I jeszcze jedna rzecz – elastyczność kontraktowania pewnych procedur. Państwo mówią, że wymogi są takie – konkretny dzień, i koniec. Czy w kontraktowaniu musi być taki system zerojedynkowy, że niewielka zmiana data, godziny, powoduje, że dany pacjent wypada z programu? to dotyczy nie tylko tej sprawy. Spotkałam się z wieloma innymi – po prostu komputer nie przyjmuje, a urzędnik NFZ-u jest zobowiązany do postępowania zgodnie z procedurami. Gdzieś po drodze gubi się pacjent i to, do czego ten system jest

stworzony. A to generuje potem dodatkowe koszty. Chciałabym uzyskać odpowiedź na te pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. proszę uprzejmie, pani posłanka Radziszewska.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Dziękuję bardzo. O wielu rzeczach, o których chciałam powiedzieć, już powiedziano, nie będę więc ich powtarzać. Natomiast to, co – jak uważam – jest najbardziej cenne w tej debacie – to jest to, żeby zwrócić uwagę na to, żeby był rzetelny program opieki nad wcześniakami koordynacja działań w ramach tego programu. w związku z tym, mam kilka pytań.

Jak rozumiem z tego, co powiedziała pan profesor, w materiałach są podane kryteria kwalifikowania dzieci do programu. Jest tam także mowa o tlenoterapii ze stężeniem powyżej 21% do co najmniej 28 doby życia – nieukończony trzeci miesiąc życia w chwili rozpoczęcia sezonu zakażeń wirusem RS, nieukończony szósty miesiąc życia w chwili rozpoczęcia sezonu zakażeń. Czy te kryteria kwalifikacji są nasze, wypracowane w Polsce, czy międzynarodowe?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Bardzo przepraszam, pani profesor. Rozumiem, ale będzie pani miała okazję wyjaśnić.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Z jakiego poszerzenia tych kryteriów wynika więc to, że dzieci urodzone 5 minut wcześniej się nie kwalifikują, a 5 minut później się kwalifikują? Z czego to wynika? Wydaje się to śmieszne. Panie profesor w swoim materiale też piszą, że tak jest. Być może wynika to z tej chwili rozpoczęcia sezonu zakażeń. Jeżeli wynika to z rozpoczęcia sezonu zakażeń, to w każdym roku sezon zakażeń równie się kończy i różnie się zaczyna. W związku z tym, nie ma sztywnego kryterium – nie da się doprowadzić do takiej sytuacji... Pani dyrektor kiwa głową, że chodzi właśnie o to określenie, że zaczyna się sezon zakażeń. Bardzo proszę o wyjaśnienie tej sprawy, bo muszę powiedzieć, że jest to bulwersujące, a pewnie nie jest intencją Ministerstwa Zdrowia, żeby dziecko urodzone za 5 minut 12.00 pozbawiać wejścia do programu, a dziecko urodzone minutę po 12.00... Przecież nie będziemy namawiać lekarzy do fałszowania daty urodzenia wcześniaka tylko dlatego, żeby dziecko „załapało” się do programu. Bardzo bym prosiła o wyjaśnienie tej sprawy, bo warto to zrobić.

I druga rzecz. Mam prośbę do pani prof. Kornackiej, ponieważ nie widzieliśmy jej prezentacji. Jakby pani profesor mogła tę swoją prezentację przesłać do Komisji, to spokojnie byśmy ją przejrzyli, bo nie sposób było ją obejrzeć.

W tej prezentacji pani profesor mówiła, że są opóźnienia w szczepieniach i to poważne, jak wynika z danych. Z czego te opóźnienia wynikają? Jakie czynniki wpływają na to, że mamy do czynienia z tymi opóźnieniami? Myślę, że to też jest ważna rzecz, którą warto naprawić, a pewnie nie trzeba na to dużych kosztów. Być może wystarczą zmiany w organizacji pracy lub przyłożenie się do czegoś w inny sposób, żeby działać skutecznie.

Panie profesor jeszcze powiedziały, że obecnie tylko 2% dzieci jest objętych tym programem. Czy są jeszcze jakieś czynniki, które wpływają na to, że tak mało dzieci jest w programie, i co trzeba zrobić, by skutecznie skoordynować nadzór nad wcześniakiem?

Do pana ministra mam pytanie, jako do specjalisty ginekologa. Poziom urodzeń wcześniaków, mimo że jest nie jest wysoki, mógłby jednak być niższy. Jak dane wskazują, on jest na tym samym poziomie. Zatem już sama profilaktyka i różne działania poprawiające życie wcześniaka są bardzo ważne. Co zrobić, jaki inny program włączyć w to działanie, żeby wcześniaków było mniej. Ponieważ – jak panie profesor powiedziały, i co jest zresztą wymienione w materiałach ministerstwa – główne czynniki, które wpływają na to, że mamy do czynienia ze wcześniactwem, to czynniki społeczne. Rozumiem – ciąża wielopłodowa, stan przedrzucawkowy, łożysko przodujące czy wada macicy. Na to wpływu nie mamy, ale ze wszystkimi czynnikami społecznymi tego typu, jak na przykład zakażenia dróg rodnych czy zakażenia dróg moczowych, coś można zrobić, żeby na to nie wpływały. Jakie działania resort mógłby podjąć, żeby zrobić coś dla profilaktyki wcze-

śniactwa? Bo jeżeli my zajmiemy się ciężarnymi, to być może wcześniaków będzie mniej, więc i mniej pieniędzy będzie trzeba potem wydać na działania, nawet skoordynowane, na rzecz wcześniaków.

Bardzo cieszę się z dzisiejszej dyskusji i bardzo popieram to, co panie profesor przedstawiły, tym bardziej, że jest wola poparcia tego działania i ze strony resortu i ze strony NFZ. Mam nadzieję, że po kilku spotkaniach uszczegółowiających dojdzie do takiego porozumienia, żeby – używając kolokwializmu – wszystko to lepiej chodziło. Bo z tego wynika, że koszt będzie niedużo większy – w przypadku szczepień kilka milionów złotych – a poprawa radykalna. Natomiast pewnie coś szwankuje w organizacji i wystarczy dołożyć rzeczy może niezbyt kosztowne, ale takie, które by ten program uczyniły bardziej komplementarnym i skutecznym. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani posłanka Kłosin i pan poseł Hoc.

Posel Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, panie prezesie, szanowne panie profesor, szanowni państwo, jestem pod wielkim wrażeniem tego materiału, który panie profesor nam zaprezentowały i mam ogólne pytanie do pań jako do wybitnych specjalistów w dziedzinie neonatologii. Jak panie profesor oceniają obecnie postęp polskiej medycy w dziedzinie neonatologii? Jakie są w tej chwili wasze największe osiągnięcia, bo tu przeczytałam, że w Szpitalu Klinicznym Św. Anny Mazowieckiej w Warszawie było dzieciątko, które ważyło zaledwie 670 g, a mierzyło 30 cm. Czy zdarzają się jeszcze mniejsze dzieci, które udało się uratować? Ile jest takich przypadków? Jaki jest najbardziej spektakularny sukces państwa w dziedzinie neonatologii? Jak to wygląda dzisiaj, a jak było 5 lat wstecz? Pytam, bo zdaję sobie sprawę z tego, że dzisiejsza medycyna potrafi zdziałać cuda, ale jednocześnie zaangażowanie lekarzy, poświęcenie zespołów daje szansę tym dzieciom, których rodzi się obecnie coraz mniej, więc każdy uratowany byt, zwłaszcza dla rodziców, jest bezcenny.

Drugie moje pytanie kieruję do pana prezesa Funduszu. Z tego zestawienia wynika – bo cały czas mówimy o środkach, których jest coraz mniej – że wartość umów zakontraktowanych na świadczenia z zakresu neonatologii, zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym, są dużo wyższe – szczególnie w AOS-ie – niż później wartość tych świadczeń w rzeczywistości rozliczonych. Panie prezesie, z czego wynika ta różnica. Czy to rzeczywiście świadczy o rezerwie, że kontraktujemy z pewną rezerwą? Z czego wynika to jakby przeszacowanie? Może tu jest ta rezerwa, którą moglibyśmy wykorzystać właśnie na ten program. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Czesław Hoc, proszę.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Rzeczywiście bardzo wiele powiedziano i szkoda, że nie mamy czasu – zawsze czas tak szybko biegnie – bo zostały poruszone ciekawe wątki – zwłaszcza wątek pana przewodniczącego Orzechowskiego. Wydawać by się mogło, że partia, która dość liberalnie podchodzi do kompromisu aborcyjnego i promocji refundacji zapłodnienia in vitro, nagle zauważa, że są jeszcze pewne problemy. To napawa optymizmem, że być może refleksja nad tym poważnym zagadnieniem jest obecna w parlamencie i we wszystkich partiach. To cieszy, aczkolwiek, jeśli już mielibyśmy mówić o zapłodnieniu in vitro i różnego rodzaju konsekwencjach aborcji, to moglibyśmy również powiedzieć o naprotechnologii i promować ten niezwykle cenny dar, jeśli chodzi o przełom w ginekologii i położnictwie. Jednak – jak mówię – najczęściej nie mamy czasu i takie bardzo poważne tematy jakoś nam uykają.

Oczywiście odniosę się do tego nieszczęsnego programu szczepień dotyczących zakażeń wirusem RS u dzieci z przewlekłą chorobą płuc – dysplazją oskrzelowo-płucną, ale najpierw ogólna refleksja, konstatacja. Jeśli do pana przewodniczącego Komisji Zdrowia pisze pani prezes NFZ-u i na zakończenie stwierdza, że – cytuję – „wprowadzenie kompleksowej opieki nad wcześniakiem o wysokiej jakości świadczeń pozwoliłoby na wzrost

skuteczności terapeutycznej przy zoptymalizowaniu wydatków dla tej grupy pacjentów”. To znaczy, że przyznaje się pani prezes podając to do publicznej wiadomości – aż dziwne, że w oficjalnym dokumencie – że nie ma kompleksowej opieki nad wcześniakiem. To, po pierwsze. Po drugie, że nie ma wysokiej jakości świadczeń. A wydawać by się mogło, że w art. 68 ust. 3 naszej konstytucji jest wyraźnie napisane, że władze publiczne mają zapewnić opiekę zdrowotną szczególnie kobietom w ciąży, dzieciom, osobom niepełnosprawnym i w podeszłym wieku. Zatem, ta pewna nonszalancja w odpisywaniu na oficjalne pisma – przyznawanie się do tego, że nie respektuje się wartości konstytucyjnych, bo nie ma kompleksowej opieki nad wcześniakiem i wysokiej jakości świadczeń – to nie tylko dysonans poznawczy, ale i pewna nieodpowiedzialność czy nieudolność albo przyznawanie się do swoich błędów czy zaniechań.

Dlatego, jeżeli mamy następującą informację, że wcześniaków rodzi się w Polsce rocznie 28 tys., natomiast niecałe 3% wchodzi w ten program, to każdy z nas jako lekarz zdaje sobie sprawę z tego, że w przypadku wcześniaka, niedojrzałego, niewykształconego układu odpornościowego, immunologicznego wzrasta zagrożenie zakażeniem, wzrasta śmiertelność i groźba dysplastycznych konsekwencji w starszym wieku. Zatem, tu już nie chodzi o humanizm i etykę, ale i o rachunek ekonomiczny. To jest walka o potencjał zdrowotny wcześniaka, bo im bardziej o niego zadamy, tym lepsze będziemy mieć efekty w przyszłości – za kilka miesięcy, kilka lat i wieku dojrzałym, bo z czasem rozwija się astma oskrzelowa itd. Jeżeli więc jest napisane, że Rada Przejrzystości Agencji Oceny Technologii medycznych zdecydowała o takim kryterium, to po pierwsze, od razu buntuję się, że to nie Rada Przejrzystości. To ciało nie może nazywać się Radą Przejrzystości. Powiedziałbym inaczej, ale nie chcę zaogniać sprawy. Jeżeli bowiem wiemy – ostatnio interweniowałem w przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna – że jest 18 kryteriów, ale jedno jest najważniejsze, żeby mieć BMI 19. Czyli, trzeba być umiarkowanym, żeby otrzymać leczenie biologiczne. To jest po prostu skandal. Jeżeli dalej ta Rada Przejrzystości nazywa się Radą Przejrzystości, to dalej dyskutujemy i bawmy się w politykę. Jak mówię, 2% wcześniaków w programie to nie tylko jest niehumanitarne, ale i nieekonomiczne, bo potem konieczne są większe nakłady finansowe na to dziecko. To jest wspaniałe osiągnięcie, że współczesna medycyna potrafi utrzymać wcześniaki przy życiu – to czyni medycynę najszlachetniejszą ze sztuk – ale bądźmy też realistami, korzystajmy ze zdrowego rozsądku i nazywajmy rzeczy po imieniu. Nie tłumaczmy więc, że kryterium jest takie, bo to jest bzdura, pretekst i tylko ktoś, kto ma nieczne zamiary może to tłumaczyć. A nie ma dla tego wytłumaczenia. Wiadomo, że jest to złe, i tylko brak pieniędzy może to usprawiedliwiać, ale... A właśnie, jeśli byśmy wzięli pod uwagę inne kategorie – administrację – to te pieniądze czasem się marnują. Pani profesor mi podpowiada, że system eWUŚ kosztował 113 mln zł, gdy tymczasem egzekucja zobowiązań wynosi 142 tys. zł. Czyli, żeby zdobyć 142 tys. zł musieliśmy stworzyć system za 113 mln zł – tylko po to, żeby sprawdzić, czy ktoś jest ubezpieczony. Co innego, gdyby tam były jeszcze inne istotne informacje. To byłoby zdroworozsądkowe. Trzeba więc patrzeć nie tylko zdroworozsądkowo, ale i logicznie. Doświadczenie życiowe podpowiada, że coś jest nie tak, że gospodarność jest totalnie zaburzona i bulwersująca.

Jednak, jeśli chodzi o dzieci, panie ministrze i pani prezes, czy pani dyrektor, „Znaj proporcją, mocium panie”. Postrzegajcie te rzeczy takimi, jakimi są, nie ściemniajcie i nie myślcie, że posłowie po drugiej stronie są tylko po to, żeby wysłuchać, coś powiedzieć i zapomnieć... Oczywiście jako posłowie opozycji przyzwyczajamy się do tego, ale bywa to tak irytujące, że już nie chce się zabierać głosu, bo i tak będzie tak, jak jest, gdyż prymat zysku, pieniądza, zawsze będzie ponad wszystko. Niestety, w medycynie nie zda to egzaminu i nie jest to perspektywiczne. Tyle z mojej trony. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Chciałbym, żeby do wypowiedzi posłów w krótkich słowach – bo czasu związanego w udostępnieniu tej sali ubywa – odnieśli się pan minister zdrowia i panie profesor. Prosiłbym, o odniesienie się w dwóch aspektach. Z jednej strony, jakie są oczekiwania specjalistów i organizacji pozarządowych odnośnie do opieki nad wcześniakiem, a z drugiej strony, jakie są plany, zmierzania czy wręcz działania Narodowego Funduszu

Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia, i czy te oczekiwania zejdą się gdzieś z planami i działaniami, czy nie?

Może najpierw poproszę panie profesor o udzielenie odpowiedzi na pytania, które zostały do pań skierowane, i o sformułowanie w kilku punktach oczekiwań.

Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii prof. Ewa Helwich:

Proszę państwa, pytań było bardzo dużo, więc trudno na wszystkie drobiazgowo odpowiadać. Zacznę chronologicznie od pytań dotyczących ciąży – dlaczego ona kończy się przedwcześnie? Oczywiście czynników medycznych jest mniej niż pozamedycznych. Decydujące znaczenie ma poziom życia, ale także stres, praca matki i bardzo wiele takich czynników, w które nie zawsze można wniknąć. Natomiast to, nad czym najbardziej bolejemy, to świadomość zdrowotna kobiet. Zdarza się tak, nawet w Warszawie, że kobieta zgłasza się po raz pierwszy w momencie, kiedy już rodzi i wtedy naprawdę już nic nie można zrobić. I dzieje się to, o czym mówimy.

Jeśli chodzi o to, czy jest pełen dostęp do opieki zdrowotnej w czasie ciąży, nie potrafię na to odpowiedzieć. To jest pytanie do położników. Kiedy ich o to pytam, to mówią – oczywiście, mamy dosyć poradni „K”. Natomiast trzeba pamiętać, że jest to specjalność bardzo sprywatyzowana, a nie wszystkich na to stać, żeby korzystać z prywatnych ośrodków.

Jeśli chodzi o wzrost kosztów ponoszonych za opiekę szpitalną, to chciałabym powiedzieć – była tu mowa o inflacji – że to też jest miarą tego, jak poprzednio te koszty były niedoszacowane. Ogromnie niedoszacowane. Teraz przynajmniej mamy taką sytuację, że już nie wysyłamy pacjentek w ciąży, czy dzieci po urodzeniu znacznie przedwczesnym do szpitala poza Warszawą, bo mamy wystarczającą liczbę miejsc. Natomiast łączy się z tym sprawa, czy ta liczba urodzeń przedwczesnych nie będzie rosła ze względu na cały system stymulacji rozrodu. Oczekujemy, że będzie. Na razie, do 2011 roku, GUS nie wykazuje rewolucyjnego, lawinowego wzrostu. Wiemy jednak z naszej praktyki, że w 2012 r. urodziło się bardzo dużo, głównie bliźniaków. Nie mamy sztywnych danych, którym moglibyśmy wierzyć w pełni, ile rodzi się dzieci po in vitro, dlatego, że matki często ukrywają ten fakt. Trudno więc to w pełni skorelować. Niemniej jednak musimy liczyć się z tym, że tych miejsc intensywnej terapii będzie potrzeba zdecydowanie więcej, a nie mniej, biorąc pod uwagę nawet to, że będzie reglamentowana liczba zarodków. Sama w swojej klinice miałam dwa przypadki podziału dwóch zarodków tak, że w sumie były trojaczki. Więc to się zdarza. To trzeba wziąć pod uwagę w planowaniu.

Jeśli chodzi o to, co byłoby *résumé* tego, po co się tu spotkaliśmy, i ile to będzie kosztować, to, proszę państwa, odnośnie do programu profilaktyki ciężkiego zakażenia RSV, odpowiadam pani poseł, że to jest zbitka dwóch rzeczy. Pierwsza, to jest międzynarodowa definicja dysplazji oskrzelowo-płucnej – tlen w którymś dniu życia, itd. Tu musimy stosować się do kryteriów ogólnoswiatowych. Druga, to kryterium daty urodzenia. Chodzi o to, żeby ryzyko zakażenia dziecka, które wchodzi w okres ryzyka zakażenia, czyli do listopada, było jak najmniejsze, bo Agencja Oceny Technologii Medycznych wyliczyła, że efektywność kosztowa jest tylko wtedy, jeśli dziecko wchodzi w ten okres ryzyka, kiedy jest ono najmniejsze. I stąd te 2% wszystkich wcześniaków, i stąd ta data – od pierwszego maja i od pierwszego sierpnia. Od pierwszego maja poniżej 28 tygodni ciąży, od pierwszego sierpnia, poniżej 30 tygodni ciąży. I to właśnie budzi ogromne kontrowersje. Moim zdaniem, tę pulę trzeba rozszerzyć.

Ile to będzie kosztować? Przy tych propozycjach, które przedstawialiśmy, jest to wzrost kosztów z 7 mln zł – podejrzewam, że jest to najtańszy program lekowy jaki istnieje w Polsce – do 12 mln zł. Nie jest to więc ogromny koszt.

Najtrudniej mi odpowiedzieć na pytanie, ile będzie kosztować scentralizowana specjalistyczna opieka. Na logikę wydaje się, że w sytuacji, w której my wykorzystujemy to, co jest – centralizujemy opiekę – nie powinien to być ogromny wzrost kosztów. Tutaj istotna jest głównie część logistyczna i rzecz, o której nie mówiłam. Ponieważ jednak jest tu mowa o wadach wrodzonych i rejestrze, to chciałabym powiedzieć, że nasz drugi plan związany z tym scentralizowaniem opieki w 30 poradniach w Polsce jest taki, że łatwiej nam będzie w sposób jednorodny zbierać informacje, których nie mamy, bo z 220 poradni

nie damy rady ich uezierać. Natomiast, jeśli rozsądnie się ułoży ten program rejestracji i nad tym się popracuje, to jest szansa, że z tak ograniczonej liczby miejsc i z takiej bardzo skonkretyzowanej grupy, która będzie podmiotem tej opieki, uzyskamy dane, których nie mamy – czego się wstydzimy, bo przecież nas o te dane pytają.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, czy chciałby pan krótko odpowiedzieć na te pytania?

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Soplński:

Chciałbym bardzo serdecznie podziękować wszystkim, którzy zabierali głos, a szczególnie pani profesor.

Jeżeli chodzi o sprawę szczepionek, to wyjaśniliśmy. Będzie to jeszcze dopracowywane. Mam nadzieję, że te sprawy będą załatwiane przede wszystkim logistycznie. To znaczy, żeby ten system opieki był właściwie zorganizowany. To jest najistotniejsze. Wtedy też pieniądze będą wydawane rozsądnie.

Jeżeli chodzi o kwestię rejestrów, to chciałbym powiedzieć, że w Ministerstwie jesteśmy akurat w trakcie opracowywania wszelkich rejestrów. Kończymy pewne rejestry, a więc wszystkie rejestry będą w systemie informatycznym. Tak więc te rejestry będą.

Jeżeli chodzi o standard opieki okołoporodowej – to, o czym mówił pan przewodniczący Orzechowski – to jest opracowany obecnie obowiązujący standard opieki porodowej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Te standardy będą przestrzegane – są one określone. Mam nadzieję, że dzięki przestrzeganiu tych standardów zmniejszy się liczba porodów przedwczesnych.

Następna kwestia – było to tu poruszane – to edukacja. Najistotniejsza jest sprawa edukacji i pewnej świadomości. Minister zdrowia nie ma wpływu na sytuację społeczno-bytową społeczeństwa, dlatego procedowana ustawa o zdrowiu publicznym będzie zwracać uwagę przede wszystkim na „zdrowie we wszystkich politykach”. To jest hasło, które będzie oznaczać, że odnośnie do wszystkich ustaw czy rozporządzeń, które przyjmujemy i które będą przyjmowane, zawsze trzeba określić, jaki będą mieć wpływ na zdrowie.

Jeżeli chodzi o sprawy związane z wyceną, powie o tym pan prezes. Ja z perspektywy swojej ponad 45-letniej pracy położniczej powiem, że jest olbrzymi postęp w położnictwie i jeśli chodzi o sprawy związaną z neonatologią. To jest niebywały postęp, który dokonał się na moich oczach, za czasów mojego życia. Na pewno chcemy uzyskać jeszcze więcej, dorównać krajom europejskim.

Dodam, skoro była mowa o opiece, o trudnościach z dostaniem się do poradni dla kobiet, że przecież położne mogą prowadzić fizjologiczną ciążę – wszędzie na świecie prowadzą. Natomiast wtedy, kiedy jest jakaś patologia, to ciążę prowadzi lekarz. Tak więc nie powinno być kłopotów z dostępnością do profilaktyki. Poza tym, również liczba oddziałów i liczba położników jest na odpowiednim poziomie.

Dlatego myślę, że jeśli opracujemy sprawy logistyczne i to scentralizujemy, żeby opieka była ciągła, a przede wszystkim skoordynowana i kompleksowa, to wówczas nastąpi poprawa w opiece nad noworodkami urodzonymi przedwcześnie.

Natomiast, jeśli chodzi o sprawy finansowania, to...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo, panie prezesie.

Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:

Dziękuję bardzo. Może wyjaśniając jeszcze tę kwestię, którą poruszyła pani poseł Hryniewicz, wydaje się, że wzrost nakładów, który przedstawiliśmy, nie jest zaburzany przez inflację, bo ona od 2004 r. nie przekraczała 5% rok do roku.

Jeśli chodzi o pytanie pana posła Orzechowskiego, to faktycznie normą jest funkcjonowanie poradni trzy razy w tygodniu, co najmniej przez 4 godziny. Chodzi nam o to, żeby jednak zapewnić... Jaka jest idea? Idea taka, żeby zapewnić możliwość faktycznego dostępu do tej poradni. Jednak, uwzględniając pewną specyfikę, zwłaszcza w tych specjalnościach podstawowych, a także obszary, głównie wiejskie, od tego roku został wprowadzony zapis, że przy odpowiednim uzasadnieniu przez dyrektora oddziału, i za zgodą prezesa, można odstąpić od tej reguły. Przy czym, nie chcemy, żeby stanowiło

to pewną rutynę, że będziemy mieć poradnie funkcjonujące przez 2 godziny tygodniowo. To naprawdę musi być element wyjątkowości.

Jeśli chodzi o pytanie pani poseł Kłosin, ta różnica faktycznie, jest związana z tym, że świadczenia udzielane noworodkom – związane z porodem i leczeniem noworodków – są nielimitowane. W związku z powyższym, każdy oddział zabezpiecza sobie te świadczenia z pewną rezerwą, żeby nie mieć problemu ze sfinansowaniem, a zatem i z ograniczaniem dostępności do świadczeń. Innymi rezerwami Narodowy Fundusz Zdrowia w tej chwili nie dysponuje. Trudno więc jest powiedzieć, że są jakieś wolne środki. My wydajemy wszystkie pieniądze. Jeśli nie zostaną one wydane na świadczenia związane z leczeniem noworodków, to z pewnością zostaną wydane na leczenie pacjentów w oddziałach intensywnej terapii czy onkologii, na przykład.

Jeśli chodzi o słowa pana posła Hoca – już go chyba nie ma – pozwolę sobie zacytować w całości ten akapit, który został przywołany. Pewnie państwo to mają, ale chodzi o to, jaka jest idea: „Podsumowując należy stwierdzić, iż Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększa corocznie nakłady przeznaczone na leczenia dzieci z rozpoznaniem wskazującymi na wcześniactwo, zaś wprowadzenie kompleksowej opieki nad wcześniakiem o wysokiej jakości świadczeń, pozwoliłoby na wzrost skuteczności terapeutycznej przy zoptymalizowaniu wydatków dla tej grupy pacjentów.” To jest związane z tym, że obserwujemy również taką sytuację, iż pomimo istnienia trójstopniowej opieki na poziomie położniczo-ginekologicznym, porody powikłane, a zatem wiążące się niekiedy z wcześniactwem dzieci, często nie są prowadzone przez ośrodki o najwyższym poziomie referencyjnym. Stąd pewnie taka myśl, i działanie ze strony nadzoru i noworodkowego, i położniczo-ginekologicznego, aby być może doprowadzać do takiej sytuacji, w której leczenie dzieci w stanach najcięższych, dzieci wcześniaczych, będzie odbywało się na najwyższym poziomie referencyjnym. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja rozumiem, że jeszcze... Ale bardzo krótko, proszę.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Bardzo krótko. Podzielię się pewną refleksją posłów z Komisji Zdrowia, dotyczącą właśnie tych małych poradni – skąd taka *idée fixe* dotycząca poradni położniczo-ginekologicznych?

Na poziomie poradnianym nie ma bardzo dużych kontraktów, bardzo wysokiej specjalistyki, bardzo drogich procedur. Natomiast jest jedna rzecz. Tam jest to, że można uchwycić pacjentki, które są w ciąży, a dla których często barierą jest transport, czyli dojechanie 10, 15, 20 km. Może w Warszawie wydaje się to abstrakcyjne, aczkolwiek pani profesor mówi o pacjentkach, które zgłaszają się bez żadnej opieki w trakcie ciąży, a to są kwestie bariery finansowej. Zatem, to były bardzo niewielkie kontrakty. Te kontrakty były rozproszone, bo często ci lekarze dojeżdżali w trzy-cztery miejsca, gdzie rzeczywiście powyżej 2, 3 czy nawet 4 godzin, nie było co robić ze względu na rozproszenie pacjentek – gęstość zaludnienia i rozproszone poradnie. Natomiast, obawiam się – i to pewnie wyjdzie za parę lat w badaniach – że to nie będzie tylko kwestia opieki położniczej, ale też dotycząca onkologii.

Czy te pacjentki w ogóle miały robioną cytologię, czy w ogóle miały badanie palpacyjne piersi lub skierowanie na mammografię czy badanie ultrasonograficzne? Te pacjentki nie przychodziły przez 5, 10 czy 15 lat do ginekologa, w związku z tym – co również powiedzieli dzisiaj eksperci – że ta świadomość wśród pacjentów jest często jeszcze niewystarczająca. Jeśli ginekolog był na miejscu, a współpracował dobrze z lekarzem POZ-u – bo często tak było – to lekarz POZ-u pytał się takiej osoby, czy pani była na kontrolnej wizycie? Obawiam się, że z powodu tych niewielkich oszczędności możemy doprowadzić do sytuacji, że grupa pacjentek nie będzie objęta opieką. A właśnie zaawansowane postaci raka szyjki macicy czy raka piersi nie pojawiają się tam, gdzie są bardzo wysoko rozwinięte ośrodki, tylko tam, gdzie pacjenci zaniedbują zgłaszanie się. Ontogeneza raka szyjki macicy, jest przez wiele... Możemy polemizować, ale tak często jest.

Z tego powodu wydaje się, że niewielkimi nakładami po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia jesteśmy w stanie zabezpieczyć sporą grupę pacjentów. Natomiast z drugiej strony, prowadzimy profilaktykę w postaci programów wczesnego wykrywania raka

szyjki macicy i raka piersi, a wszyscy tutaj siedzący doskonale wiedzą, jaka jest zgłaszalność na te badania. Zgłaszalność jest dramatycznie niska. W związku z tym, wykorzystalbym wszystkie możliwe miejsca, środki i chęci do tego, żeby tych pacjentów diagnozować, zwłaszcza, że są to naprawdę niewielkie koszty – ktoś musi zrealizować kontrakt. Ten kontrakt ma często 400, 500, 1000 punktów. To, w stosunku do kontraktów, które są dziś realizowane w wysokiej specjalistycie, są bardzo symboliczne kwoty, a jednocześnie zostaje zabezpieczona grupa pacjentów, która, będąc w rozproszonej populacji, nigdy nie dotrze do takiego lekarza. To mnie najbardziej martwi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Jeszcze pan minister Piróg. Najpierw pan przewodniczący Latos – tylko jedno zdanie, a później pan minister.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Chciałbym tylko w pełni poprzeć pana przewodniczącego Orzechowskiego. Dopowiem jeszcze, panie ministrze, panie prezesie, że tak naprawdę to nie będą żadne dodatkowe koszty, bo ten kontrakt na ginekologię trafia w inne miejsce. Chcę też jasno powiedzieć, że mimo pewnych wytycznych, spotkałem się z życzliwym podejściem dyrektora jednego z oddziałów poza moim województwem – któryś z kolegów klubowych prosił mnie o interwencję. Przedstawiłem tę sytuację właśnie w taki sposób, że kontrakt jest niewielki. Po likwidacji, pacjentki miały dojeżdżać 30 km. Rzeczywiście była pozytywna odpowiedź z drugiej strony, z czego bardzo się cieszę. Natomiast, panie prezesie, raczej należy podziwiać, że są lekarze, którym chce się przyjechać dla niewielkiej ilości pacjentów 20-30 km, że są tacy ludzie, którzy chcą to realizować, bo raczej średnio im się to opłaca. Bardzo bym prosił, żeby państwo to uwzględnili. Rozumiem państwa intencje, ale spójrzmy na to z drugiej strony. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, panie ministrze.

Doradca prezydenta w Kancelarii Prezydenta RP Maciej Piróg:

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, bardzo dziękuję za możliwość uczestniczenia w tej dyskusji. Zarejestrowałem – tak mi się wydaje – 3 sprawy systemowe, z których, przynajmniej dwie nie zostały nazwane.

Mamy olbrzymi sukces w zakresie obniżenia współczynnika umieralności niemowląt. Natomiast zgłaszane kilkakrotnie przez środowisko neonatologów programy w zakresie poprawy opieki nad wcześniakiem i dzieckiem z niską wagą, masą urodzeniową dotyczyły okresu późniejszego. Mamy dużą umieralność w pierwszym roku życia, ale i później, z powodu wad wrodzonych, które są pierwszym problemem opieki pediatrycznej.

Mamy dwa obiektywne wskaźniki, jakimi są wskaźnik umieralności niemowląt i wzrost średniej długości życia. To są te dwa wskaźniki, w przypadku których mamy olbrzymi sukces. Natomiast mamy ukryte problemy. Jednym z nich jest duży wskaźnik zgonów i olbrzymi wskaźnik niepełnosprawności wśród wcześniaków i dzieci z niską masą urodzeniową ciała.

Rozumiem, że stąd apel środowiska, ale także nas wszystkich do pana ministra, żeby zastanowić się właśnie nad tym, że tam też są potrzebne nakłady. I to nie te nakłady z Narodowego Funduszu Zdrowia, o których była mowa, tylko nakłady sprzętowe w trzecim poziomie referencyjnym. To jest droga medycyna, i tego brakuje. Szpital, instytut, czy szpital kliniczny nie jest w stanie poprawić wyposażenia w tym zakresie i stąd ta liczba miejsc intensywnej terapii, opieki położniczej na najwyższym poziomie bardzo wzrosła i jest dużo lepiej. O tym trzeba pamiętać, że to jest.

Druga rzecz, taka systemowa, to jest to, o czym mówił pan prezes. To są troszkę zaburzone dane, ale nie z powodu inflacji, czy pokazywania wzrostu, tylko z powodu tego, jak liczyć wcześniaki i co to znaczy opieka nad wcześniakiem. Mówiliśmy bardzo dużo i bardzo często, także przy okazji kłopotów finansowych szpitali wysokospecjalistycznych pediatrycznych, o tym, że leczenie dziecka jest droższe od leczenia dorosłego. Niewątpliwie tak jest, ale nie u nas. Z ostatnich danych wynika, że średnia hospitalizacja dorosłego kosztuje 4,5 tys. zł, a średnia hospitalizacja dziecka – 3,5 tys. zł, natomiast

leczenie w przypadku dziecka jest droższe niż leczenie dorosłego. Leczenie wcześniaka jest droższe niż leczenie dziecka. My nie mówimy o opiece nad wcześniakiem, ale proszę mi wybaczyć, podam prosty przykład – wyrostek u dorosłego i u dziecka to jest co innego. Wyrostek u wcześniaka to jest całkiem co innego. Chcę powiedzieć, że jest to świadczenie dużo droższe.

Odpowiadając w pewnym sensie na bardzo słuszną uwagę pani poseł Skowrońskiej, że kołdra jest krótka, powiem, że my znowu nie patrzymy na koszty w ujęciu ponadsektorowym. Walczenie z wielowadziem u wcześniaków, opieka i unikanie niepełnosprawności, to jest olbrzymie obniżenie kosztów w innych sektorach – nie w sektorze ochrony zdrowia. W związku z tym, nakłady w bezpośredniej ochronie zdrowia muszą polegać na tym, że jeżeli komuś dajemy, to komuś innemu odbieramy, jeżeli to jest rzeczywiste odbieranie, a nie urealnienie rzeczywistej ceny, nadpłaty czy niedopłaty. Natomiast w dalszym ciągu nie bierzemy pod uwagę kosztów w innych sektorach, w zakresie niepełnosprawności, rentowności, opieki i tego, że jest to degradacja. I stąd – tak myślę – ten temat „Wcześniak i jego rodzina”.

Jeżeli mówimy o kompleksowej opiece zdrowotnej – a w ostatnim czasie jest to bardzo modne określenie – to weźmy pod uwagę to, że kompleksowa opieka zdrowotna – o czym mówił pan doktor z Fundacji – dotyczy nie tylko tego dziecka, ale i jego rodziny, i nie jest tylko opieką medyczną. Jest opieką socjalną, społeczną, psychologiczną, dietetyczną, rehabilitacyjną i polega to na kompleksowości. W związku z tym kompleksowość musiałby też wziąć pod uwagę Narodowy Fundusz Zdrowia, który za kompleksowość – rozumianą jako wykroczenie poza ścisłą medycynę – nie płaci.

I dwie ostatnie, króciutkie uwagi. Pani profesor Hrynkiewicz mówiła o Rządowej Radzie Ludnościowej. Z tym ciałem, gremium, panem profesorem Strzeleckim, bardzo blisko współpracuję. Mają państwo bardzo silną część zdrowotną prowadzoną przez pana profesora Szymborskiego – pediatrę, neonatologa, byłego dyrektora Instytutu Matki i Dziecka. Ta część, chociażby w ostatnim podręczniku, jest bardzo dobrze opracowana i myślę, że na szczęście, przy okazji II Kongresu Demograficznego, braliśmy to pod uwagę.

Na podstawie państwa wypowiedzi bardzo łatwo rozpoznać specjalizację medyczną, ale rozumiem, że nie droga dotarcia do wcześniactwa, tylko samo wcześniactwo było przedmiotem dzisiejszej debaty. W związku z tym, na przyczynach wcześniactwa się nie skoncentruję. Już ostatnie zdanie – to będzie rzeczywiście trochę ksobne. Piętnaście lat temu byłem po stronie administracyjnej wprowadzającym rejestr wad wrodzonych. Zrobili to genetycy i neonatolodzy – opracowali pod względem merytorycznym. Był to projekt, który się zawsze bronił, a w zakresie Europy – Eurostatu – był najlepszy. W związku z tym, panie ministrze, zgodnie z tą deklaracją, i z tym wszystkim, co robi – mam nadzieję, że dobrze - Centrum Systemów Informatycznych, ten program tak, jak parę innych, był kilkakrotnie ratowany. Ten program udało się za każdym razem uratować, bo on się jakby sam broni. Dobrze by było, żeby teraz nie zniknął. I myślę, że zgodnie z pańską deklaracją, tak się stanie.

Jeszcze raz bardzo dziękuję za możliwość wysłuchania debaty i za możliwość zabrania głosu. Dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Ponieważ kończymy posiedzenie Komisji, sądzę, że musimy sformułować jakiś wniosek. Wniosek jest jednak pewnym apelem do Ministerstwa Zdrowia, bo to minister zdrowia ma narzędzia do tego, żeby dążyć do kompleksowości, czyli koordynacji tych wszystkich programów, które wiążą się z wcześniakiem.

Myślę, że mamy oceniony pewien produkt – mówiąc językiem troszeczkę ekonomicznym – produkt niezapisanych ilości, chociaż my wiemy, ile takich przypadków się rodzi – są dokładne dane statystyczne. Sądzę, że mamy też narzędzia. To znaczy, wiadomo co robić. Wiadomo również, że mamy specjalistów. Brakuje tylko spoiwa, które by sklepiło to w jeden określony program. I to nie musi być program narodowy, drogie panie profesor, ale powinien to być program, który jest realizowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wtedy ocenia się kompleksowość leczenia i prowadzenia wcześniaka, a nie poszcze-

gólne parametry, które tu pan prezes był łaskaw wymienić pod bardzo dużo mówiącymi oznaczeniami Q, P, R, kropka i określone numery. Lepiej, żeby to była kompleksowa ocena i kompleksowe finansowanie. Oczywiście, osobnym problemem jest ocena kosztów. Obserwuję to w Komisji i w Sejmie, że ciągle dziwnie mówimy o oszczędnościach. Pani poseł Okragły chyba niespecjalnie użyła tego określenia, ponieważ w medycynie jest coś takiego, że mówi się o kosztach i o efektach. Można oczywiście nie ponieść kosztów, ale wtedy efekty będą mniejsze. Natomiast w medycynie nie mówi się o oszczędnościach, tylko o racjonalnym wydawaniu środków. Tak to rozumiem. Nie da się niczego zaoszczędzić, pani doktor. Proszę.

Poseł Janina Okragły (PO):

Chodziło mi o to, żebyśmy zauważyli, że bardzo często mówimy o kosztach w roku budżetowym, a ja chciałam zwrócić uwagę na koszty i oszczędności wieloletnie, że inwestując w opiekę wczesną, w rehabilitację i w opiekę kompleksową, oszczędzamy na kosztach, również tych społecznych...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Pani doktor, zaapeluję – nie mówmy o oszczędnościach w ochronie zdrowia. Mówmy o racjonalnym wykorzystaniu każdej złotówki, bo oszczędność źle brzmi, pani poseł.

Poseł Janina Okragły (PO):

To jest coś takiego, że to, co zostanie zaoszczędzone, możemy przeznaczyć na objęcie opieką następnych dzieci.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dobrze, jeśli ktoś się uparł, że musi oszczędzać na zdrowiu, to ja mu gratuluje. Dziękuję bardzo.

Rozumiem, że sformułowaliśmy taki wniosek, żeby jednak dążyć do kompleksowości i odpowiedniego sfinansowania poprzez podniesione koszty i efekty wieloletnie. Dziękuję bardzo.