

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 207)

z dnia 11 czerwca 2015 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 207)

11 czerwca 2015 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, oraz posła **Czesława Czechyry (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat standardów opieki nad pacjentką w ciąży powikłanej i możliwości ich implementacji do rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz opieki neonatologicznej w Polsce.

W posiedzeniu udział wzięli: **Cezary Cieślukowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jolanta Wysocka** starszy specjalista w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Ryszard Lauterbach** wojewódzki konsultant w dziedzinie neonatologii w Małopolsce, **Dorota Bomba-Opoń** kierownik Oddziału Patologii Ciąży I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, **Joanna Zabielska-Cieciuch** przedstawicielka Federacji Porozumienie Zielonogórskiego oraz **Michał Rybaczek** przedstawiciel Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej.

W posiedzeniu udział wzięły pracownice Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Maria Taurogińska-Kopec** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa ponownie na kolejnym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam serdecznie panie i panów posłów, pana ministra wraz ze współpracownikami, a także wszystkich zaproszonych gości.

Szanowni państwo, dzisiejszy porządek obrad obejmuje rozpatrzenie informacji na temat standardów opieki nad pacjentką w ciąży powikłanej i możliwości ich implementacji do rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz opieki neonatologicznej w Polsce. Czy są jakieś uwagi do porządku obrad? Nie widzę. Stwierdzam zatem, że porządek obrad został przyjęty.

Panie ministrze, bardzo proszę. Oddaję panu głos.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Cieślukowski:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo!

Pozwolę sobie zacząć od szerszej informacji na temat opieki neonatologicznej, dlatego że część wiadomości została ujęta również w informacji na temat standardów opieki nad pacjentką w ciąży powikłanej. Szanowni państwo, otrzymaliście bardzo obszerny materiał, który odzwierciedla w pełni obraz tego, jakie działania podejmuje państwo polskie w związku z opieką neonatologiczną. Cała polityka zdrowotna związana z poprawą opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem zawarta jest w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015. Postawiliśmy sobie tam pewne cele związane ze zmniejszeniem, obniżeniem umieralności okołoporodowej, umieralności noworodkowej wczesnej oraz urodzeń żywych i umieralności noworodkowej późnej. Od razu chciałbym powiedzieć, że w ocenie ministra zdrowia rezultaty wspomnianego programu stanowią sukces, ponieważ wszystkie założone wskaźniki zostały osiągnięte, a nawet przekroczone. Zdecydowanie obniżyliśmy umieralność we wszystkich zakresach, które stanowiły cele wdrażania programu zdrowia.

Chciałbym krótko podkreślić najważniejsze elementy. Oczywiście, cały materiał zawiera wszystkie elementy dotyczące opieki neonatologicznej. Z rzeczy kluczowych trzeba powiedzieć, że jeżeli chodzi o urodzenia, w kraju notujemy poziom urodzeń, który jest najniższy od wielu lat. W roku 2013 urodziło się 370 tys. dzieci, w roku 2014 urodziło

się 376 tys. dzieci. Pamiętamy czasy boomu, kiedy dzieci rodziło się prawie 800 tys. Zjawisko to nie jest przedmiotem analizy, za to przedmiotem specjalnej troski ministerstwa oraz wszystkich środowisk, które współpracują z ministerstwem w zakresie neonatologii, jest to, żeby każde dziecko, które się rodzi, przeżyło i mogło stać się pełnoprawnym obywatelem.

Najważniejsze wskaźniki, które trzeba podkreślić. Polska nie odbiega od standardów światowych, jeżeli chodzi o częstotliwość porodów przedwczesnych. Kształtuje się ona na poziomie od 6,62% do 7,29% w zależności od roku, na świecie wynosi różnie – od 4% do 12%. Jeżeli chodzi o porody przedwczesne dzieci przed trzydziestym siódmym tygodniem ciąży i o małej masie urodzeniowej, w ciągu ostatnich badanych lat wskaźniki te nieznacznie wzrosły, ale są to różnice dosłownie promili, nie procentów, więc nie ma to istotnego znaczenia z punktu widzenia wpływu na prezentowane wielkości.

Jeżeli chodzi o liczbę zgonów noworodków, można powiedzieć, że system opieki nad kobietą w ciąży i noworodkami, który został w Polsce wdrożony, przyczynił się do tego, że liczba zgonów noworodków cały czas, na przestrzeni lat wdrażania programu, ulega systematycznemu zmniejszeniu i to zarówno w dobie zerowej, czyli zaraz po urodzeniu, jak i do dwudziestego ósmego dnia życia. Mamy tutaj usystematyzowane wszystkie dane dotyczące zgonów noworodków w podziale na województwa. Jak widać, liczba zgonów w pierwszych dwudziestu czterech godzinach życia to blisko połowa zgonów. Analizy przyczyn pokazują, że zgony następują w wyniku stanów rozpoczynających się w okresie okołoporodowym, ze względu na wady rozwojowe wrodzone lub zniekształcenia i aberracje chromosomowe. Jeżeli chodzi o umieralność okołoporodową noworodków, czyli od zera do szóstego dnia życia, w tej chwili kształtuje się ona na poziomie 6‰. Można odnotować stały i systematyczny spadek umieralności okołoporodowej. Jeżeli chodzi o umieralność niemowląt, od początku XXI wieku odnotowujemy spadek umieralności niemowląt do końca pierwszego roku życia.

Oceniam, że bardzo pozytywny wpływ na wymienione wskaźniki miało wdrożenie w Polsce tzw. trójstopniowej opieki perinatalnej w zakresie zarówno ginekologii i położnictwa, jak też neonatologii oraz wdrożenie standardu opieki okołoporodowej. Cały system opieki zdrowotnej w Polsce określony jest oczywiście we wszelkich aktach prawnych, z których najważniejszym jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, gwarantująca opiekę i ochronę państwa nad dzieckiem i kobietą ciężarną. Również przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przepisy rozporządzeń ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w różnych zakresach, i podstawowej opieki zdrowotnej, i opieki specjalistycznej, i opieki szpitalnej, i programów zdrowotnych dają możliwości pełnej realizacji zadań z zakresu opieki zdrowotnej nad dziećmi. Macie także państwo szczegółowo opisane, jak faktycznie wygląda opieka profilaktyczna, jeżeli chodzi o jej realizację w pierwszym okresie życia noworodka i niemowlaka oraz opiekę specjalistyczną i szpitalną. Należy tutaj wspomnieć, że wdrożony w Polsce system trójstopniowej opieki perinatalnej polega na tym, że oddziały noworodkowe są podzielone na trzy poziomy, na których bardzo szczegółowo są opisane wymagania zarówno dotyczące kadry, jak i wymogów organizacyjnych, technicznych, wymagania dotyczące wyposażenia, zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek w przypadku, kiedy świadczenia zdrowotne wobec dzieci są udzielane na pierwszym, drugim i trzecim poziomach referencyjności. Pozwala nam to wykorzystać świadczenia o najwyższym stopniu specjalizacji praktycznie wobec wszystkich dzieci, które są objęte patologiami wynikającymi z ciąży lub porodu. Skutkiem tego jest to, co zauważmy, czyli zmniejszająca się istotnie śmiertelność noworodków i niemowląt.

Bardzo istotnym programem, który pozytywnie wpływa na bardzo wysoką przeżywalność dzieci, jest również program szczepień ochronnych u dzieci zdrowych i u dzieci narażonych na zakażenie. Jeżeli chodzi o wcześniejsze, stosujemy praktycznie wszystkie rodzaje szczepień. Rokrocznie systematycznie dzieci są obejmowane coraz większą liczbą szczepień. Przypomnę, że od 2011 roku noworodki zostały objęte szczepieniami przeciwko gruźlicy i wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Od roku 2011 są objęte szczepieniami przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w systemie czterodawkowym. Od 2013 roku są objęte szczepieniem przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi.

W ocenie resortu skuteczność szczepień rzeczywiście pozwala na uchronienie populacji dzieci przed chorobami zakaźnymi.

Jeżeli chodzi o świadczenia gwarantowane zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz w lecznictwie szpitalnym, mamy pełną informację. Zgodnie z założeniami, noworodki powinny objęte wizytami patronażowymi zarówno przez lekarzy, jak i przez pielęgniarki. Macie tutaj państwo dane statystyczne, ile takich wizyt się odbyło. Wszystkie świadczenia, które zostały udzielone noworodkom w poszczególnych latach, są zarejestrowane w systemie. W roku 2014 odnotowano prawie 400 tys. takich świadczeń. Wynikają one przede wszystkim z powodu wcześniactwa, z powodu żółtaczk, z powodu zaburzeń w oddychaniu i ochronie płuc.

Istotnym elementem jest też rehabilitacja dzieci, które są zagrożone zaburzeniami wieku rozwojowego. Tutaj oczywiście najważniejsza jest szybka diagnoza i wczesna pomoc. Niestety, stwierdzamy, że w wielu sytuacjach pomoc i diagnoza są dokonywane zbyt późno, co ma konsekwencje w stanie zdrowia dziecka i później osoby dorosłej. Jeżeli chodzi o powody, można je analizować z punktu widzenia lekarza, ale też wynikają one z różnych przyczyn społecznych bądź nawet zaniedbań rodziców.

Równie istotnym elementem opieki nad noworodkami są też programy lekowe. Właściwie mówimy tutaj o jednym programie lekowym dotyczącym dzieci urodzonych przedwcześnie. Mówimy tu o wieku, o dzieciach, które urodziły się przed dwudziestym ósmym tygodniem ciąży. Do takich dzieci skierowany jest program lekowy „Profilaktyka zakażeń wirusem RS”. Program ten był realizowany w roku 2013 oraz roku 2014. Liczba pacjentów objętych programem wynosiła odpowiednio ponad 2 tys. dzieci i rośnie. Okazuje się on bardzo skuteczny. W związku z tym ministerstwo planuje nadal go realizować.

Jeżeli chodzi o programy zdrowotne skierowane do noworodków, możemy pochwalić się, że w Polsce jest też prowadzony program badań przesiewowych, który obligatoryjnie obejmuje wszystkie noworodki. Badania obejmują dwadzieścia trzy rodzaje chorób wrodzonych. Są plany, żeby rozszerzać badania o kolejne choroby. Skuteczność programu mierzona jest liczbą wykrytych chorób. Można powiedzieć, że w roku ubiegłym, przepraszam, w latach 2010-2014 wykryliśmy 1394 przypadki tego typu chorób. Program jest finansowany z budżetu państwa będącego w dyspozycji ministra zdrowia. Kosztował nas ponad 22.000 tys. zł. Chciałbym przypomnieć wszystkim państwu, że ogółem na programy profilaktyki zdrowotnej w roku bieżącym wydamy kwotę ponad 791.000 tys. zł.

Następnie przedłożyliśmy państwu kompletną informację o dostępności do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej. Z analizy nasuwa się następujący wniosek. Jeżeli chodzi o dostępność do świadczeń leczniczych, nie ma takiej sytuacji, żeby dzieci czekały czy to w przypadkach stabilnych, czy to w przypadkach pilnych. Zdarza się, że czekają na świadczenia w poradniach neonatologicznych w przypadkach stabilnych. Średni czas oczekiwania wynosi tutaj dziewięć dni.

Odnosząc się do zabezpieczenia świadczeń medycznych i opieki nad noworodkami, wcześniakami, możemy powiedzieć, że jeżeli chodzi o personel medyczny zarówno lekarski, jak i pielęgniarski, posiadamy go w kraju w odpowiedniej liczbie i z odpowiednimi kwalifikacjami. Rosnące liczby rezydentów, jak też specjalizacji w tej dziedzinie robionych przez pielęgniarki dają gwarancje, że opieka w tym zakresie będzie realizowana właściwie.

Z innych obszarów, które są niezwykle ważne dla stanu zdrowia dzieci, jako resort podejmujemy działania związane ze wspieraniem i ochroną karmienia piersią. Działania te dotyczą zarówno przeciwdziałania sytuacjom, kiedy reklamowane są inne formy karmienia dzieci niż piersią, karmienia substancjami zastępującymi mleko. Informujemy, promujemy, przygotowujemy komunikaty, wydajemy informatory. Karmienie piersią wspieramy w różny sposób po to, żeby do świadomości społecznej, do świadomości młodych matek i rodziców przebijało się, iż takie karmienie jest najzdrowsze i dla nich, i dla dzieci, daje największe szanse na to, żeby dziecko budowało swój organizm tak, żeby był zdrowy i silny.

Jeżeli chodzi o działania kontrolne, tutaj przedmiotem zainteresowania ministra zdrowia było postępowanie z dziećmi, które były bardzo nisko ocenione, czyli miały wynik cztery i poniżej w skali Apgar. Badaniem, kontrolą objęte były także przypadki

zgonów śródporodowych. Wyniki owych kontroli będą przedmiotem analiz ministra zdrowia. Ocena funkcjonowania opieki zdrowotnej na oddziałach ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych na pewno będzie przydatna do tego, żeby rekomendować ewentualne zmiany poprawiające jej skuteczność.

Krótko podsumowując, wyniki wdrażania programu świadczą o tym, że był to program przygotowany właściwie i skutecznie. W tym miejscu należą się wyrazy uznania zarówno dla konsultantów krajowych i wojewódzkich, jak i dla Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, ponieważ współpraca układa się właściwie. Wiele działań z obszaru opieki nad matką i dzieckiem, nad noworodkiem realizujemy wspólnie. Przynosi to określone efekty. Oczywiście, program będzie kontynuowany. To tyle, panie przewodniczący, jeżeli chodzi o informacje na temat opieki neonatologicznej.

Jeżeli natomiast chodzi o standardy opieki nad pacjentką w ciąży powikłanej, materiał w dużej części zawiera te same informacje, które zawierała informacja na temat opieki neonatologicznej. Przede wszystkim chciałbym powiedzieć, że umieralność matek, zgony matek w związku z ciążą, porodem i położeniem są w Polsce przypadkami jednostkowymi. Macie tutaj państwo informację o tym, że w kolejnych latach zarejestrowano dosłownie jedenaście, kilkanaście, a w ostatnich latach po dziewięć i cztery zgony związane z szeroko rozumianym porodem. Oczywiście, wszystkie przypadki są analizowane. Macie też państwo informację o tym, jakie były przyczyny w poszczególnych przypadkach. Ważne są tutaj rekomendacje wynikające z przedstawionych informacji. Teraz, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, poproszę panią dyrektor Korbasińską, żeby zechciała precyzyjnie powiedzieć, jakie są rekomendacje dotyczące standardów opieki, jak w praktyce są one wdrażane i co z tego wynika. Dziękuję ślicznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani dyrektor. Proszę uprzejmie.

Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia Dagmara Korbasińska:

Dzień dobry państwu. Dagmara Korbasińska, dyrektor Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia.

Jeżeli chodzi o działania dotyczące standardów opieki nad pacjentką w ciąży powikłanej, podejmowane przez resort zdrowia prace w tym zakresie wynikają z oczekiwań społecznych oraz zgłoszeń kierowanych przez ekspertów i konsultantów wskazujących na konieczność i celowość uregulowania podobnych standardów w formie aktów prawnych. W tym zakresie pracujemy nad przygotowaniem rozwiązania prawnego, które w jakiś sposób uzupełniałoby funkcjonujący dotychczas standard opieki okołoporodowej, proponując szczególny zakres i katalog działań o charakterze profilaktycznym lub leczniczym, kierowany w sytuacji występowania powikłań w trakcie przebiegu przede wszystkim ciąży i porodu. Eksperci wykazali, iż najczęstszymi problemami, z jakimi borykamy się w tym zakresie, są występowanie w czasie ciąży nadciśnienia tętniczego, ryzyko pojawienia się porodu przedwczesnego, problemy w opiece w przypadku ciąży mnogiej, najczęściej ciąży bliźniaczej, ryzyko niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu w trakcie akcji porodowej oraz najcięższe powikłanie, które jest obciążone największym ryzykiem zgonu kobiety, czyli krwotok porodowy.

W tym zakresie współpraca pomiędzy ministrem zdrowia a konsultantem krajowym w dziedzinie perinatologii, jak również funkcjonującą przy nim grupą ekspertów zaowocowała tym, że został opracowany wstępny projekt aktu prawnego. W tej chwili jest ponownie poddawany ocenie eksperckiej i legislacyjnej tak, żeby mógł się stać formalnym aktem prawnym i przedmiotem dalszej pracy w resorcie ochrony zdrowia. Szczególne oczekiwanie ministra zdrowia jest takie, żeby poza częścią czysto medyczną program zawierał także wskazania dotyczące opieki nad kobietami w sytuacji niepowodzeń położniczych, czyli takich działań, które z punktu widzenia problemów natury psychicznej i emocjonalnej, jakie rodzą się po niepowodzeniach położniczych... Chodzi o to, żeby opieka zdrowotna nad kobietami po niepowodzeniach położniczych uwzględniała także i ten aspekt. Przede wszystkim chodzi tu o zapewnienie kobietom po niepowodzeniach odpowiednie miejsca pobytu oraz dodatkowego wsparcia psychologa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że to wszystko z państwa strony. W taki razie otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pan przewodniczący Orzechowski. Proszę uprzejmie.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo!

Kilka miesięcy temu wywołałem ów temat, żeby stanął na posiedzeniu Komisji, licząc na to, że przygotowywane od dłuższego czasu standardy opieki nad pacjentką w ciąży powikłanej kilkoma patologiami wreszcie się pojawiają. Co jakiś czas opinię publiczną bulwersują sytuacje, w których dochodzi do niepowodzeń położniczych. Standardy wytyczone przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne pod okiem konsultanta krajowego i prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego we współpracy z Ministerstwem Zdrowia stworzyłyby czytelny szlak postępowania, który mógłby nie tylko pomóc lekarzom, ale też pomóc w późniejszych postępowaniach. W dalszej części swojego opracowania zawarłicie państwo informacje dotyczące postępowania zgodnego z ustawą i uprawnieniami lekarzy i lekarzy dentyków według zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, który wymaga postępowania według aktualnej wiedzy medycznej, według standardów. Problem polega raczej na tym, że bez opisanego czytelnych standardów dalej będziemy borykać się z tym, że, z jednej strony, możemy bazować na wytycznych i standardach postępowania towarzystw międzynarodowych – najczęściej jest tutaj przywoływane albo towarzystwo amerykańskie, albo brytyjskie – albo też po prostu dalej będziemy się spierać na sali sądowej w bardzo trudnych sprawach. Wydaje mi się, że klarowność, jasność i prostota standardów, które są możliwe do wdrożenia, zaadoptowania pomogłyby w bardzo newralgicznym segmencie opieki, ponieważ jest to opieka nad matką w ciąży oraz nad matką i dzieckiem. Pomogłyby w przypadku kilku bardzo trudnych, często bardzo dramatycznie przebiegających schorzeń takich, jak: krwotok porodowy bądź okołoporodowy, niedotlenienie wewnątrzmaciczne, poród przedwczesny, ciąża bliźniacza bądź w ogóle ciąża mnoga, nadciśnienie tętnicze, kiedy konsekwencje są nie tylko dla zdrowia matki, ale też dla zdrowia i często życia dziecka z następstwem powikłań tego typu, że dziecko rodzi się z bardzo niską punktacją w skali Apgar. W konsekwencji przez wiele, wiele lat jest dzieckiem niepełnosprawnym albo po iluś miesiącach intensywnej terapii medycznej, w przypadku porodu przedwczesnego kosztującej dziesiątki, jeżeli nie setki tysięcy złotych, albo jest niepełnosprawne, albo umiera. Moje pytanie po długim wstępie jest krótkie. Kiedy? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo panu przewodniczącemu. Pani poseł Czeszejko-Sochacka, proszę uprzejmie.

Poseł Ewa Czeszejko-Sochacka (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Izbo!

Mam krótkie pytanie. Od dwóch lat prowadzony jest ministerialny program profilaktyki RSV, wypracowany po długich debatach w parlamencie. Wiadomo, że eksperci wskazują na jego zasadność, skuteczność i bezpieczeństwo. Tak jest. Polskie Towarzystwo Neonatologiczne postuluje rozszerzenie programu o dzieci z wadami serca. W tym samym czasie pojawiają się doniesienia w sprawie zagrożeń, że program nie będzie kontynuowany w jego aktualnej wersji. Moje pytanie do Ministerstwa Zdrowia jest następujące. Czy program profilaktyki RSV będzie kontynuowany i czy będzie rozszerzony o dzieci z wadami serca? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Ziętek, proszę.

Poseł Jerzy Ziętek (niez.):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze!

Jeżeli mogę prosić, najpierw wróć do historii – będzie więc troszkę dłużej – ale związanej z dzisiejszym tematem. Od kilku lat po dużych pracach – dziękujemy serdecznie Ministerstwu Zdrowia – mamy wreszcie w formie rozporządzenia...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, proszę troszeczkę bliżej mikrofon, żeby umożliwić stenografowanie.

Poseł Jerzy Ziętek (niez.):

Jasne. Trzymam w ręku rozporządzenie jako akt niższej rangi, ale jednak rozporządzenie dotyczące opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Jest to fantastyczna rzecz. Czekaliśmy na to. Jako stary położnik powiem, że nie da się napisać dobrego standardu opieki nad ciężarną, dlatego że każda ciąża jest inna. Walczymy o to, żeby były nie tylko standardy dotyczące ciąży, ale żeby w ogóle były standardy w medycynie, w onkologii, w kardiologii, itd. Mamy tutaj pewnego rodzaju wytyczne dotyczące ciąży fizjologicznej.

Notabene swego czasu pisałem interpelację do ministra zdrowia. Jeżeli w sumie jest to akt w formie rozporządzenia, to jak jest realizowany, jak jest kontrolowany w szpitalach? Uzyskałem dosyć enigmatyczną informację, że Ministerstwo Zdrowia praktycznie nie ma narzędzi, żeby kontrolować realizację rozporządzenia, ale jest konsultant krajowy, są konsultanci wojewódzcy. Na przykład w województwie śląskim mamy teraz nowego konsultanta do spraw opieki perinatalnej. W tej chwili bierze się on ostro za porodówki, za, powiedzmy sobie, porządek na porodówkach. Wydaje mi się, że jest to dobry system. To mamy.

Bardzo dziękuję za materiały. Dostałem je na gorąco. Jeżeli chodzi o zgon, umieralność, urodzenia, są dane za rok 2013. Brakuje danych za rok 2014. Chyba już są jakieś dane, dlatego że jest już prawie lipiec. A więc dane za rok 2014 powinny być już z połowy roku, przynajmniej jakieś cząstkowe.

Oczywiście, jeżeli chodzi o patologię ciąży, sprawa jest bardzo poważna. Zresztą w mediach widzimy zdarzenia, wydarzenia w szpitalach dotyczące zgonów oraz właściwie braku opieki, niedostatecznej bądź wręcz złej opieki. Dziewięć razy wykonano ultrasonografię, a jednak nie stwierdzono, że dziecko nie ma nóżek, itd., itd. Tak dobrze tam nie jest. Z czym się borykamy w tej chwili? Jest przyrost urodzeń o 6 tys., ale na pewno nie jest to boom noworodkowy. Borykamy się przede wszystkim z wcześniactwem. Jak powiedział pan przewodniczący, w tej chwili właściwie jest to największy problem.

Co zauważyłem, jeżeli chodzi o nowy standard, na który czekamy, dotyczący ciąży powikłanej? Oczywiście, mógłbym się tutaj czepiać, dlatego że jeżeli chodzi o nadciśnienie tętnicze u kobiety w ciąży, są różnego rodzaju nadciśnienia. Porody przedwczesne. Nie mamy tutaj krwotoku w czasie ciąży. Krwotok w czasie ciąży z łożyska przodującego, przedwczesne odklejenie łożyska. Nie widzę tego w spisie. Nie jest to takie proste, jest napisane tylko pięć. Jest IUGR, czyli zatrzymanie rozwoju wewnątrzmacicznego. Są różnego rodzaju stany septyczne. Mimo wszystko jest jeszcze konflikt serologiczny. Patologii ciąży jest bardzo dużo. Musimy patrzeć na kobietę holistycznie. Kiedyś kobiety rodziły fizjologicznie. Dzieci były zdrowe, ponieważ było bardzo dużo porodów. W tej chwili rodzą kobiety chorujące, kobiety z różnego rodzaju schorzeniami. Są przyczyny patologii ciąży są ze strony matki i ze strony dziecka. Tak to dzielimy na dwie kategorie.

Oczekuję na standard z niepokojem oraz z drżeniem rąk. Koledzy uciekają z położnictwa. W Stanach Zjednoczonych lekarze uciekają z położnictwa, ponieważ jest to najbardziej stresujący zawód. Nawet nie jest to kardiologia. Cały czas kłóciłem się z panem profesorem Religą, że on zawsze leczy chorych ludzi, a my mamy zdrowe kobiety. Jest to niesamowite obciążenie nie tylko dla położnika, ale też dla anestezjologa. Niektórzy anestezjolodzy nie chcą znieczulać do cięcia, ponieważ znieczulają zdrową kobietę. W tej chwili mamy programy *in vitro* i chwała za to. Niestety, w związku z tym jest więcej cięć, ponieważ jest więcej porodów przedwczesnych, ale przede wszystkim ciąż wielopłodowych. Mam nadzieję, że troszkę się to zmieni. A więc tematów jest bardzo dużo.

Wracając do pana ministra Michalaka, który bardzo mocno walczy – chwała mu za to – żeby wreszcie w jednolitych dokumentach medycznych była książeczka zdrowia dziecka, cały czas mówię, że książeczka zdrowia dziecka jest bardzo potrzebna, jest niezbędna, ale jest to tylko część zwiędstwa. To, co się dzieje w ciąży, co jest monitorowane w ciąży, odzwierciedlenie tych wszystkich sytuacji będzie potem w książeczce zdrowia. Chodzi o to, co od razu zapiszemy dziecku. Nie ma możliwości monitorowania oraz

dobrej opieki perinatalogicznej, jeżeli nie mamy bardzo dobrej referencyjności szpitali. Niestety, tego nie ma. Poza tym nie ma karty przebiegu ciąży. Nie możemy mówić nawet o tym, żeby kontrolować standard opieki porodowej nad kobietą w ciąży fizjologicznej, jeżeli nie mamy karty przebiegu ciąży. Dlatego też nie możemy mówić o standardzie porodu powikłanego, generalnie ciąży powikłanej, jeżeli nie mamy karty przebiegu ciąży. W obecnych kartach przebiegu ciąży nawet nie ma miejsca, żeby zapisać, gdzie, kiedy pacjentka leżała na oddziale patologii ciąży i z jakiego powodu. Niemcy mają paszport. Być może jest to dobry kierunek. Jest to realizowane od wielu lat. Mój apel jest taki. Jest dokumentacja. Mówimy o informatyzacji w służbie zdrowia, o różnego rodzaju kartach, ale uważam, że nie będą one kompilowały. Jest to bardzo trudna praca. Podziwiam ekspertów, którzy budują standard opieki nad kobietą ciężarną. Jest to niebywała praca. Proszę popatrzeć, jeżeli coś się wydarzy, położnik od jest razu wzywany do prokuratury. Są tego konsekwencje. Karta przebiegu ciąży jest dokumentem prawnym. Sąd danej instancji każe sobie przedstawić kartę przebiegu ciąży, podobnie jak kardiogram. Nawet dziesięcio-, piętnastominutowy zapis kardiogramu potrafi obronić, ale też potrafi pogrążyć lekarza położnika. Przepraszam, że mówię tak emocjonalnie. Być może pan minister Michalak otwiera mi trochę drogę. Czekamy, wiemy, jakie są problemy z kartą przebiegu ciąży. Nie ma możliwości wprowadzenia standardów opieki okołoporodowej nad ciążą fizjologiczną i nad ciążą powikłaną, jeżeli nie mamy karty przebiegu ciąży, która wymusza pewne zachowania, zarówno kobiety w ciąży, jak i prowadzącego lekarza. Właśnie tam jest standard, dlatego że panie czasami przechodzą do innego lekarza. Kontynuacja opieki nad kobietą ciężarną jest konieczna.

Bardzo dziękuję za standard, który jest naprawdę cenny, wartościowy. Czekam z niecierpliwością, jak mówił pan przewodniczący, na standard dotyczący opieki nad ciężarną w ciąży powikłanej. Jednak dobrze by było, żeby od razu w owym standardzie weszła w życie nowa, jednolita karta przebiegu ciąży. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Orzechowski chce jeszcze dopowiedzieć słowo.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Tak, chciałbym uzupełnić słowa mojego fantastycznego kolegi-położnika, który już od wielu, wielu lat boryka się z położnictwem. Jeżeli trudno nam zaadaptować własne wzorce, chciałbym powiedzieć, że często jako do praktykującego położnika ginekologa trafiają do mnie pacjentki zza naszej wschodniej granicy. Są to Polki, jak również pacjentki z Wielkiej Brytanii czy Irlandii. Kwestię karty przebiegu ciąży rozwiązano tam bardzo różnie. Wielka Brytania i Irlandia mają raczej skoroszyt, ponieważ sytuacja jest tam... Pacjentki, które są tam prowadzone w ciąży, są w dużo gorszej sytuacji niż Polki, ponieważ w większości przypadków ciążę prowadzą położne. Za to mamy tam bardzo czytelne schematy. Pacjentka ma konkretny wywiad dotyczący schorzeń, dotyczący ryzyka, dotyczący wieku, dotyczący cukrzycy. Są tam konkretne postanowienia. Jeżeli pacjentka ma w wywiadzie rodzinnym cukrzycę pierwszego lub drugiego typu, to to, jeżeli ma to, to to. Mamy rozporządzenie ministra zdrowia określające, jakie badania powinny być wykonane w trakcie ciąży. Zdajecie sobie natomiast państwo doskonale sprawę, że dzisiaj karty ciąży są przeróżne. Najczęściej karty ciąży dyktowane są przez firmy zajmujące się suplementacją, witaminami bądź kwasem foliowym. Na kartach ciąży zarówno możemy znaleźć standardowe badania, które są przeprowadzane, jak i możemy ich nie znaleźć. Obecnie w Polsce istnieje program, którym objęte są pacjentki w ciąży, który jest pilotowany przez instytut hematologii, dotyczący badania przeciwciał przeciwpłytkowych. Badanie komercyjne jest bardzo drogie, w programie badanie jest bezpłatne. Do wypełnienia jest ankieta. Niezbędnym minimum wydaje się, żeby pacjentka miała jakiś wzór karty ciąży, który jest określony przez Ministerstwo Zdrowia, a nie żeby tak bardzo się to od siebie różniło.

Oddzielną kwestią jest kwestia naszych wymagań badań ultrasonograficznych w ciąży. Tutaj mamy pełen rozrzut od tego, czym ostatnio zajęło się Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, starając się ustalić pewne standardy, minima i kryteria, wydając wytyczne dotyczące badań ultrasonograficznych w ciąży. Dobrze by było, gdyby w stan-

dardzie opieki, w karcie przebiegu ciąży znalazły się wymagania, które są powszechnie stosowane w innych krajach, a które zawarte są również w naszych wytycznych dotyczących badań ultrasonograficznych, ponieważ ma to olbrzymi wpływ na to, co dzieje się dalej. Przypomnę dramatyczną historię jednej z pacjentek, chyba z województwa mazowieckiego, która była badana i konsultowana przez kilku lekarzy. Najprawdopodobniej wystąpił tam zespół taśm, w konsekwencji dziecko urodziło się z ubytkiem kończyn. Było tam kilka osób, które to badały. Przechodząc przez pewien standard i zaznaczając widziane, niewidziane albo po prostu nieobejrzone... można dać wytyczne, że jeżeli ktoś z bardzo różnych powodów – z powodu doświadczenia, często położenia płodu, często otyłości pacjentki – na danym etapie ciąży nie jest w stanie czegoś zobaczyć, przesyła pacjentkę do konsultacji.

Chodzi o to, żeby wyznaczony standard opieki, czyli minimum trzy krytyczne badania ultrasonograficzne w ciąży, badanie, które określamy jako badanie genetyczne bądź prenatalne pomiędzy jedenastym a czternastym tygodniem, badanie połówkowe pomiędzy ósmym a dwudziestym trzecim tygodniem ciąży i wreszcie badanie trzeciego trymestru, były zrealizowane na możliwie wysokim poziomie. Jeżeli dysponujemy sprzętem ultrasonograficznym, jeżeli mamy Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, które w tej kwestii wyznacza standardy, to idźmy w tym kierunku, żeby standardy były nie tylko przestrzegane, ale też żeby były zawarte w takim dokumencie jak karta ciąży, dlatego że będzie to wymuszało działania na obydwu stronach. Z jednej strony, po stronie pacjentki będzie to wymuszało zgłoszenie się w konkretnych terminach na konkretne wizyty. Opuszczenie danej wizyty będzie skutkowało tym, że dane badanie nie będzie mogło być wykonane, ponieważ nie można się cofnąć do pierwszego trymestru. Po stronie opiekujących się położników, bądź, być może, kiedyś położnych, będzie wymuszało konkretne postępowania dotyczące diagnostyki na danych etapach ciąży, konkretne badania, konkretne dalsze działania. Chodzi o to, żeby było to zebrane w jednej czytelnej karcie ciąży, dlatego że dzisiaj jest w różnych rekomendacjach. Część badań jest w rozporządzeniu ministra zdrowia, tylko trzeba to dobrze zebrać w jednym miejscu. Jeżeli myślimy o dobrym prowadzeniu pacjentek w ciąży, o dobrych efektach położniczych, wydaje się, że jest to możliwe do zrealizowania. Mamy przykłady w krajach ościennych, gdzie są wytyczne. W zakresie, w jakim posiadamy zasoby kadrowe i sprzętowe, możemy je zaadoptować.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan przewodniczący Hoc, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Nie będę mówił tak długo. Poruszę dwa tematy. Jestem bardzo ciekawy, czy pan minister, czy państwo odpowiedzą na moje pytania. Podejrzewam, że powinniście państwo odpowiedzieć. Mam taką nadzieję. Po pierwsze, wiadomo, że wskaźnikiem kondycji, jakości, wartości każdej służby zdrowia, ochrony zdrowia są trzy współczynniki – współczynnik umieralności, zgonów matki w czasie ciąży, porodu i położu, współczynnik umieralności okołoporodowej i umieralności noworodków oraz statystyczne przeżycie Polki, Polaka. Są to trzy wskaźniki, które decydują o stanie służby zdrowia, ochrony zdrowia. Jeżeli współczynniki te mamy dobre, możemy się chwalić, jeżeli nie, jesteśmy w ogonie. Ze współczynnikami tymi nie jest tak źle. Współczynnik umieralności okołoporodowej wynosi ponad 4‰, dokładnie 4,56‰. W porównaniu do wskaźników światowych nie jest zły, a nawet jest dobry.

Natomiast wskaźnik umieralności, zgonów matki w czasie ciąży, porodu i położu w ostatnim pięcioleciu wynosił 7‰. Można zatem powiedzieć, że na 1 tys. porodów... Nie wynosi 7‰? Taki jest. Podaliście 7‰. Ostatnio średnio wynosił 7‰. Rzeczywiście, w roku 2012 są cztery zgony położnicze, ale średnio jest to 7‰. Można więc powiedzieć, że na 1 tys. matek rodzących w Polsce średnio umiera siedem. Uważam, że to już jest problem.

Moje pytanie brzmi następująco. Podaliście państwo, że ciąże bliźniacze w ostatnich latach zwiększyły się do 2,6%. Jest to bardzo dużo. Wiadomo, że przy każdym zgonie jest szczegółowa analiza zgonu. Moje pytanie jest proste. Czy w ogóle zdarzało się, że były zgony kobiet, które były poddawane medycznej procedurze wspomaganie prokreacji,

czyli zgony kobiet poddanych procedurze *in vitro*? Tak samo w odniesieniu do umieralności okołoporodowej niemowląt. Czy macie państwo taką statystykę? Wyobrażam sobie, że macie. Czy było zaznaczone, że był to zgon dziecka poczętego metodą *in vitro*? Jest to jedno pytanie, pytanie bardzo szczegółowe, ale ponieważ zaznaczyliście, że w każdym przypadku prowadzicie super szczegółową analizę, myślę, że wiecie.

Drugie pytanie jest trochę bardziej społeczne. Chodzi o cięcia cesarskie. Są szpitale, gdzie cięcia cesarskie są dostępne powszechnie. W innych szpitalach jest tak, że zbiega się cała rodzina do oddziału, prosi, błaga, ponieważ kobieta nie może urodzić, a ordynator praktycznie jest tak ustawiony, że absolutnie nie ma żadnego cięcia cesarskiego. Moje pytanie brzmi, czy jest standard. Czy możliwe jest, żeby decydowała o tym kobieta? Czy na jej prośbę można wykonać cesarskie cięcie? Po drugie, odpłatność. Było dużo mówione o rodzeniu bez bólu. Czy dalej jest tak, że jeżeli ktoś ma cięcie cesarskie bez wskazań lekarskich, musi zapłacić? Czy tak jest oficjalnie?

Mam jeszcze trzecie pytanie, ale już nie chcę... Chodzi mi o nieszczone szczepienia. Może nie nieszczone – bardzo dobrze, że są, tylko że cały czas jesteśmy bombardowani przez niektóre środowiska mocno lobbujące, które wręcz wyzywają nas, posłów, od morderców. Chodzi o to, że respektujemy, promujemy szczepienia, szczególnie u wcześniaków. Według naszej wiedzy, powinny one być szczepione, ponieważ jest to inwestycja w zdrowie. Jest to innowacyjność i nowoczesność. Natomiast czasami dochodzimy do następującego wniosku. Nie wiem dokładnie, będę teraz mówił z pamięci, ale jeżeli w ciągu dwudziestu czterech miesięcy życia dziecko otrzymuje obowiązkowo osiemnaście szczepionek plus ewentualne zalecane nieobowiązkowe, to jako lekarz, jako człowiek, mogę podawać w wątpliwość, czy układ odpornościowy dziecka rzeczywiście jest na tyle przygotowany, na tyle modulowany, żeby w ciągu niespełna dwóch lat przyjąć osiemnaście obowiązkowych szczepionek. Chyba dodatkowo jedna jest pełnokomórkowa. Czy zastanawialiście się nad pewnymi modyfikacjami, nad pewnymi wzorcami, biorąc je z Zachodu? Niektóre szczepienia nie są tam kompatybilne z naszymi. Takie trzy tematy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z pań i panów posłów chciałby o coś zapytać? Bardzo proszę, pani poseł.

Posel Bożena Sławiak (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze!

Zaniepokoił mnie fakt, który jest podany na str. 26, dotyczący liczby pielęgniarek i położnych, które ukończyły szkolenia specjalistyczne. Lubuskie jest jedynym województwem, w którym w ogóle nie ma pielęgniarek, które ukończyły takie kursy. Czy może ktoś wie, jaka była tego przyczyna? Jest to fakt bardzo niepokojący. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Dopowiem, że od tego roku będzie tam akademie medyczna, a więc tym bardziej pytanie to jest zasadne. Czy jeszcze ktoś z państwa? Jeszcze zaproszeni goście. Zaraz udzielę głosu. Pozwólcie państwo, że na końcu sam zadam pytanie. Popieram pytania i sprawy, które zostały poruszone przez moje koleżanki i kolegów. Przy okazji chciałbym jednak dopytać o inne sprawy. Po pierwsze, o kwestię podawania kwasu foliowego. Jest to coś, co jest standardem i rzeczą poza dyskusją. Powiedzmy sobie jasno, że w dalszym ciągu w wielu przypadkach standard ten nie jest realizowany. Czy w związku z tym można by było podjąć jakieś działania, czy państwo planują jakieś działania, żeby był on dodawany do określonych produktów, które można nabywać w sklepach? Może w taki sposób realizować tę sprawę, ponieważ nie wszystkie pacjentki są pod pełną kontrolą ginekologiczną. Jeżeli są, zakładam, mam taką nadzieję, że ginekologowie o tym pamiętają, wspominają o tym. Jest to pierwsza sprawa.

Druga sprawa związana jest z częstością oraz pewną geografiją występowania wad. Od wielu lat mamy rejestr. Czy ministerstwo prowadzi albo ma zamiar prowadzić taką analizę nie tylko w oparciu o to, ale być może także w oparciu o rejestr chorób rzadkich. Oby taki był, gdyż pewnie to też by to wspomagało. Zapewne należałoby się zastano-

wić, z jakich względów na określonym terenie albo w jakich określonych sytuacjach, np. na terenach popowodziowych, w jakiś czas potem następuje wzrost występowania wad. Dlaczego? Dlatego że wówczas możemy znaleźć kolejny... Skoro mówimy i myślimy o ciąży powikłanej, mówimy o wadach, przeprowadzenie tego typu analiz da szansę na podjęcie jakichś środków zaradczych. Chciałem o to zapytać.

I na koniec. Jest sytuacja, o której media dosyć często mówią. Oczywiście, podchodzę do tego z pewną rezerwą, ponieważ przypadki nieprawidłowe są jednak przypadkami skrajnymi. Myślę, że standardy są pozytywne. Jednak mamy do czynienia z taką sytuacją, o której przed chwilą ktoś już mówił, chociaż może w nieco innym kontekście. Albo nie stosuje się cięcia – były spektakularne przykłady, chociażby rodziny znanego sportowca – albo też cięcia są wykonywane relatywnie często. Jest to pytanie być może nie tyle do ministerstwa, co bardziej do pana profesora albo ekspertów, którzy przyszedli z panem ministrem. Czy będziecie państwo starali się może nie tyle narzucać pewne standardy, co przynajmniej także z pomocą Narodowego Funduszu Zdrowia kontrolować sprawę również pod tym kątem? Może jest to tylko moje wrażenie. Niemniej rzeczywiście odnoszę wrażenie, że poza przyjęciem do wiadomości, poza doraźnymi kontrolami nic się w tej sprawie nie dzieje. W obrębie jednego województwa bywa bardzo różnie. Powiedzmy sobie jasno: na ogół w zależności od tego – ktoś już o tym wspominał – jaki pogląd w tej sprawie ma ordynator danego oddziału, tak to w praktyce wygląda. Oczywiście, mamy Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i to przede wszystkim ono powinno tutaj zadziałać, ale impuls w tej sprawie ze strony ministerstwa z pewnością byłby pożądany. To tyle z mojej strony.

Widziałem jeszcze dwa zgłoszenia. Bardzo proszę. Później pani na końcu, która też się zgłaszała. Bardzo proszę.

Wojewódzki konsultant w dziedzinie neonatologii w Małopolsce Ryszard Lauterbach:

Panie przewodniczący, szanowna Komisjo!

Nazywam się Ryszard Lauterbach. Jestem kierownikiem Kliniki Neonatologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jestem również wojewódzkim specjalistą w dziedzinie neonatologii w Małopolsce.

Chciałbym odnieść się do dwóch, a może trzech tematów poruszonych w ostatnim zdaniu przez pana przewodniczącego. Pierwsza sprawa to sprawa jedyne go programu lekowego dotyczącego profilaktyki wirusa RS. Program ten jest realizowany nie od dwóch, ale od sześciu lat. Jako neonatolodzy widzimy bardzo wyraźną korzyść działania programu. Przede wszystkim nastąpiło drastyczne zmniejszenie się infekcji u niemowląt spowodowanych właśnie tym wirusem. Prawdopodobnie immunoprofilaktyka pozwala zmniejszać częstość zachorowań, a w związku z tym zmniejsza również źródła. Małe dziecko może stanowić istotne zagrożenie dla otoczenia. Ponadto na przestrzeni kilku lat obserwuję przebieg infekcji wewnątrzodziałowych spowodowanych wirusem. Otóż, od trzech lat nie ma już tego typu problemów, co też dobitnie świadczy o zdecydowanie mniejszym zagrożeniu populacji wcześniaków, które zawsze były źródłem infekcji powodowanych przez wirusa RS. Co więcej, przez ostatnie sześć lat na oddziale nie zmarło żadne dziecko z powodu zakażeń wywołanych wirusem RS. Przed wieloma laty zakażenia te przebiegały drastycznie. Powodowały uszkodzenie płuc, powodowały stosowanie wielu drenów do klatki piersiowej. Niestety, kończyły się dramatycznie. W momencie, kiedy wprowadzono profilaktykę, nie notujemy tego typu dramatycznych przebiegów choroby u małych i niedojrzałych dzieci.

Od dwóch lat udało się zmodyfikować kryteria włączenia do programu lekowego. Są one proste, jasne i przejrzyste. Jeden dzień nie decyduje o tym, że ktoś jest włączony albo wyłączony z programu. Jest to niezwykle ważny i cenny program, który powinien funkcjonować jeszcze przez najbliższe wiele lat, ponieważ tak naprawdę liczba wcześniactwa nie zmienia się, utrzymuje się na tym samym poziomie. Zwiększa się natomiast przeżywalność, a zatem na oddziałach neonatologii, na oddziałach intensywnej terapii mamy coraz więcej pacjentów, którzy przeżywają, którzy są leczeni przez dwa, trzy, cztery miesiące. Potem wychodzą do domu i są narażeni na zakażenie wirusem RS. Jeżeli bierzemy pod uwagę średni koszt leczenia pacjenta urodzonego poniżej dwudziestego

ósmego tygodnia ciąży, jest to suma około 100-150 tys. zł. Jeżeli do tego dodamy średni koszt profilaktyki, który, jak obliczono w 2014 roku, wynosi około 6900 tys. zł, to jest to nieistotny finansowo, natomiast bardzo istotny merytorycznie dodatek do naszej działalności, którą wcześniej skutecznie realizowaliśmy na oddziałach intensywnej terapii.

Teraz dwa krótkie słowa na temat standardów. Chciałbym poinformować szanowną Komisję, że w marcu tego roku neonatolodzy, środowisko neonatologiczne opracowało standardy. Mamy pierwsze w Polsce standardy opieki medycznej nad noworodkiem. Wyprzedzamy pod tym względem kilka innych specjalności. Zdecydowanie ułatwia nam to działalność na wszystkich poziomach opieki referencyjnej.

I jeszcze dwa słowa na temat cięć cesarskich. Jako neonatolodzy uświadamiamy przede wszystkim naszym kolegom położnikom szkodliwość niewynikającego ze wskazań medycznych, swobodnego kwalifikowania do cięć cesarskich. Dzieci, które rodzą się przez cięcie cesarskie, po pierwsze, trzy razy częściej są narażone na zachorowanie na astmę, kilka razy więcej mają zwiększone ryzyko otyłości. Przede wszystkim są problemy z karmieniem ich piersią, ponieważ cięcie cesarskie jest tym czynnikiem, który odpowiednio nie stymuluje prolaktyny do produkcji pokarmu. W konsekwencji jest brak karmienia, wzrost otyłości, wzrost nadwagi, również wzrost zachorowania na choroby nowotworowe, kilkukrotny wzrost zachorowania na chorobę, którą nazywamy nagłą śmiercią łóżeczkową. Jest wiele innych negatywnych ubocznych skutków niekarmienia pokarmem naturalnym własnej matki. Dlatego neonatolodzy czują potrzebę walki ze swobodnymi wskazaniami do cięcia cesarskiego. Staramy się je ograniczać we współpracy z położnikami. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani na końcu, proszę uprzejmie.

Przedstawicielka Federacji Porozumienie Zielonogórskiego Joanna Zabielska-Cieciuch:

Joanna Zabielska-Cieciuch, Federacja Porozumienie Zielonogórskie.

Chciałabym zaapelować do Ministerstwa Zdrowia o przygotowanie jednakowej w całej Polsce procedury dotyczącej zgłaszania noworodków do przychodni. W różnych regionach wygląda to różnie. W jednych miejscowościach szpitale dzwonią i zgłaszają, że mama z dzieciątkiem jest wypisywana. W innych regionach, np. w Wielkopolsce, dzwonią do położnych. Często lekarze o tym, że jest noworodek, dowiadują się wtedy, kiedy rodzice po trzech, czterech, pięciu tygodniach dopominają się wizyty patronażowej. Naprawdę, jest bardzo różnie. Dobrze, kiedy dzieje się dobrze. Jednak w ciągu ostatnich dwóch lat odkryłam proceder propagowany przez ruchy antyszczepionkowe, o których wspominał pan poseł. Polega on na tym, że dzieci w ogóle nie są zapisywane przez rodziców do żadnego lekarza, do żadnej pielęgniarki ani do żadnej położnej. O jednym przypadku dowiedziałam się zupełnie przypadkowo. Starsze dziecko jest zapisane, natomiast młodsze dwuletnie nie jest zapisane do żadnej przychodni. Kilkoro takich dzieci znalazłam w swoim środowisku. Mama powiedziała mi, że nie wyraża zgody na szczepienia. Nie stać jej na płacenie mandatów po 1 tys. zł. Dlatego w środowiskach tych poczta pantoflową roznosi się hasło, żeby dziecka w ogóle nie zapisywać do przychodni. Myślę, że w tej chwili nie wiemy, ile takich dzieci jest w Polsce. Nie są one wykazywane w żadnych statystykach. Są pozbawione opieki. Akurat wspomniana mama na moje pytanie, co zrobiła z dwuletnim dzieckiem, ponieważ to niemożliwe, żeby nie chorowało, nie gorączkowało, nie miało infekcji, odpowiedziała, że korzystała z prywatnych wizyt. Z jednej strony, możemy powiedzieć, że to wola rodzica, ale myślę, że system powiadamiania przychodni powinien być unormowany i ujednolicony. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Jak rozumiem, jeszcze dwa zgłoszenia. Proszę bardzo, pan poseł.

Poseł Jerzy Ziętek (niez.):

A propos karty przebiegu ciąży, proszę uprzejmie. Nie wiem, co się stało, dlatego że w województwie śląskim w urzędzie wojewódzkim mamy chyba jedyny w kraju wydział nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej. Wszędzie są to wydziały zdrowia. Jest

zatem jedyny. Wysłaliśmy do Ministerstwa Zdrowia propozycję karty przebiegu ciąży. Nie wiem, co się z nią dzieje.

A propos szczepień – jestem za szczepieniami, dlatego że w naszym zespole onkologicznym mówimy o tzw. higienie genomu, pół na pół, czy nowotwór atakuje jako pierwszy czy obniża się odporność. Właściwie jest jedno i drugie. Szczepienia oprócz innej profilaktyki zdrowotnej pozwalają właśnie na higienę genomu i nawet pewnego rodzaju zabezpieczenie się przed nowotworami. Przecież w tej chwili, jeżeli chodzi o onkologię, wprowadzamy immunoterapię. To wszystko razem się łączy.

Jeżeli chodzi o cięcia cesarskie, przyznam, że będzie jeszcze jeden kongres, jeszcze drugi kongres, jeszcze dziesiąty kongres, jeszcze piętnasty kongres. Cały czas na kongresach rozmawiamy na temat cięć cesarskich. Pamiętam, kiedy do położnictwa wprowadzało się kardiokografię, momentalnie – trzy destylacje i cięcia – wzrost cięć cesarskich był makabrycznie duży. Mam dwoje dzieci po cięciach. Nasze kochane położne potrafią sobie poradzić z dziećmi, które są po cięciach cesarskich i doprowadzić do szybkiego karmienia. W ogóle jestem za karmieniem naturalnym. Zresztą robiliśmy dużą akcję. Liczba cięć cesarskich faktycznie się zwiększa. Cały czas dyskutujemy, nawzajem się pilnujemy, analizujemy. Część położników jest przeciwko cięciom na żądanie, część jest za. Niebezpieczeństwo jest tutaj takie, że jeżeli cięcie zrobi się za późno, jak mówiłem, wtedy położnik łąduje w prokuraturze. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Orzechowski, proszę.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Wróć do słów pana profesora dotyczących konsekwencji cięć cesarskich dla noworodków. Myślę, że w dobie, kiedy cięcia cesarskie, czyli duża operacja położnicza, została sparafrazowana do tzw. cesarki, dobrze by było... Często na pierwszej wizycie położniczej pacjentka zadaje pytanie wprost: „Czy będę miała cesarkę?”. Próba tłumaczenia jej, że jest to duża operacja położnicza ze wskazań czysto położniczych, nie przynosi efektu. Być może ujęcie tego z drugiej strony, czyli ze strony konsekwencji dla dziecka, ze strony tego, z czym mama będzie się borykać – mówił o tym pan profesor – świadomość tego, akcja informacyjna spowoduje, że pacjentki, jeżeli nie będzie wskazań medycznych, częściej będą wybierały drogę porodu naturalnego. Jest to zupełnie inne ujęcie. Obserwuję pacjentki, które przeszły porody w Wielkiej Brytanii lub Irlandii. Tam położne informują, że poród może trwać dłużej. U nas po kilku godzinach porodu zaczynają się bardzo nerwowe ruchy, co zapewne ma związek z mniejszą dostępnością znieczuleń zewnątrzoponowych. Wynika to z tego, że nie mamy takiej liczby kadry anestezjologicznej.

Najgorsze, co się stało, jeżeli chodzi o aspekt cięć na życzenie, to strywalizowanie konsekwencji. Z jednej strony, położnicy w dobry sposób starają się tłumaczyć, że ryzyko związane z krwotokiem położniczym zarówno dla matki, jak i dla dziecka jest dużo wyższe w momencie porodu drogą cięcia cesarskiego niż w przypadku porodu naturalnego. Mam wrażenie, że nie ma też dobrej, czytelnej informacji, jakie są długofalowe skutki dla dziecka. Być może mamy powinny być poinformowane w czytelny sposób. Być może taka informacja mogłaby się znaleźć w jakiejś części wspomnianej karty opieki położniczej, czyli karty ciąży. Mogłoby to doprowadzić do tego, że cięć na żądanie, cięć wymuszanych na położnikach, ponieważ mamy dosyć dramatyczne sytuacje: „Jeżeli nie zrobicie cięcia, pozwiemy was”... Wiadomo, że nie wszystkie porody kończą się sukcesem. Uważam, że bardzo ważny był głos pana profesora. Jeżeli w ramach jakichś wytycznych, czy też na jakichś stronach, czy też w jakiś inny sposób można by to było w czytelny sposób rozpropagować tak, żeby docierało do pacjentek w ciąży, byłoby super. Poproszę ewentualnie o pisemną odpowiedź z jakimiś danymi literaturowymi albo zebranymi. Mogę to rozpoznać w swoim własnym zakresie działalności wśród pacjentek, które na pierwszej wizycie położniczej pytają o to, czy będą miały cesarkę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim oddam pani głos, jeszcze pan przewodniczący Hoc. Proszę bardzo. Proszę już krótko.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Zacząłem mówić o cięciach, szczerze mówiąc, sprowokowałem dyskusję. Oczywiście, w pełni zgadzam się z panem profesorem i z panem przewodniczącym Orzechowskim, ale, właśnie jest pewne „ale”. Po pierwsze, fajnie by było, gdyby pacjentka rzeczywiście miała informację oraz tłumaczenie. Byłoby pięknie, ale tak nie jest, panie profesorze, panie przewodniczący Orzechowski. Tak nie jest. Pacjentki przychodzą i mają podłączany tokograf bądź inne urządzenie. Szczerze mówiąc, tyle widziały lekarza... Jak nieprawda? Jesteśmy w biurach poselskich. Wpływają skargi. Mówię dokładnie. Gdyby pacjentka miała dokładnie wytłumaczone, gdyby miała poczucie bezpieczeństwa, dobrego bezpieczeństwa, gdyby siedziała przy niej pielęgniarka, położna, gdyby od czasu do czasu przychodził lekarz, nie mówię, że co piętnaście minut czy co pół godziny, tylko od czasu do czasu, a lekarz najczęściej przychodzi wtedy, kiedy położna zaczyna krzyknąć...

Posel Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, na tym etapie naprawdę muszę zaprotestować.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dobrze. Druga sprawa. Gdyby rzeczywiście tak było, że to polscy lekarze są tak wyedukowani i tak wszystko wiedzący... Ale kiedy popatrzymy na zagranicę, to tam procent cięć cesarskich jest w olbrzymim stopniu większy niż w Polsce. Co to znaczy? Czy tam umiera więcej niemowląt? Nie, mają lepszy wskaźnik umieralności. Czy umiera więcej matek? Nie, mniej. Czy dzieci są bardziej chore? Nie. A więc trzeba to brać spokojnie. Oczywiście, zdaję sobie sprawę, że jest to medyczne, że jest to naukowe, że jest to potwierdzone pewnymi badaniami, tylko, że jak patrzę, w praktyce ma się to nijak do owych działań. Zdaję sobie sprawę, że mówię prowokacyjnie, ale celowo trochę przejawiam, ponieważ widzę problem. Jestem lekarzem, ale najczęściej przychodzą do mnie pacjentki i pytają, dlaczego muszą wyjeżdżać. Przyjeżdża bardzo dużo turystek. Mówią, że nie rodzą w swoim mieście. Dlaczego? Dlatego, że gdyby tam poszły, umarłyby ze strachu. Jadą rodzić gdzie indziej. A więc jest problem czy go nie ma? Jest problem.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Właśnie zaraz będziemy ów problem rozstrzygać. Zanim oddam pani głos, chciałbym powiedzieć w obronie polskich lekarzy, że oczywiście anomalie zdarzają się wszędzie. Generalnie myślę, że mamy świetnych, aczkolwiek być może niedoinwestowanych lekarzy. A co do statystyk, wiadomo, jak bywa ze statystyką. Czasami ważne jest, jakie dane wkłada się do statystyki. Mówię to na podstawie tego, co słyszę odnośnie do różnych statystyk zachodnich. Proszę uprzejmie. Proszę się przedstawić i zabrać głos.

Kierownik Oddziału Patologii Ciąży I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Dorota Bomba-Opoń:

Dorota Bomba-Opoń. Jestem ginekologiem położnikiem, ale też perinatologiem. Pracuję w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. W klinice Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prowadzę oddział związany z położnictwem, perinatologią, patologią ciąży. Jestem też członkiem zespołu ekspertów, który przygotowywał dokument dotyczący patologii ciąży.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam. Od razu powiem, że to nie są głosy z porodówki.

Kierownik Oddziału Patologii Ciąży I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Dorota Bomba-Opoń:

Na gorąco zacznę od cesarskich cięć, żeby państwu troszeczkę uświadomić sytuację. Być może nie do końca zdajemy sobie sprawę, jak to wygląda w Europie. Europa jest podzielona na północ i południe. Na północy odsetek cięć cesarskich wynosi mniej więcej 15%. 30% porodów odbywa się tam w domu. Do większości porodów lekarz w ogóle nie dochodzi. Jest tam inna kultura, są inne pacjentki. Odsetek otyłości jest jeden z najniższych. Jest inne środowisko, jest mniej wad, jest mniejsza zachorowalność. Jest znikomy odsetek porodów przedwczesnych. Można powiedzieć, że przede wszystkim jest to inna populacja ludzi, inny sposób życia. Na południu Europy odsetek cięć cesarskich

jest rzędu 30-40%. My również się do tego zaliczamy. Odsetek ten dramatycznie rośnie. Jest to medycyna oparta na lekarzach. Ciąże i porody prowadzone są przez lekarzy. Mam świeże dane, dlatego że dopiero wróciłam z europejskiego kongresu dotyczącego porodu. Zwraca się uwagę na to, że tam, gdzie wchodzi lekarze, kobiety bardziej nastawione są pod kątem zabiegowym.

Dużym problemem na całym świecie jest to, że mamy do czynienia z tzw. problemem pierwszego porodu. Od 2009 roku większość towarzystw na świecie rekomendowała, iż u pacjentek po cięciu cesarskim poród drogami natury wymaga chęci i zgody pacjentki. W związku z tym obecnie pacjentka po cięciu cesarskim ma prawie zagwarantowane cięcie cesarskie. Na świecie rzeczywiście tworzy to olbrzymi wzrost. Jeżeli chodzi o odsetek cięć cesarskich, jest to kula śniegowa. Cały czas wszyscy są skupieni na pierwszym porodzie, jak to zrobić, żeby pacjentka urodziła drogami natury. Musimy sobie uświadomić, że obecnie na całym świecie zauważa się wydłużanie czasu trwania porodu. Co druga pacjentka na sali porodowej jest to pacjentka indukowana. W związku z tym są to porody indukowane, które dłużej trwają, rzadziej kończą się sukcesem, częściej są znieczulenia. Znieczulenie daje pacjentce komfort, ale też wydłuża czas trwania porodu i zwiększa ryzyko nieustalenia główki płodu i braku postępu porodu.

Jakie są przyczyny indukcji? Przede wszystkim powikłania ciąży. Kobiety, które u nas rodzą, są coraz grubsze, coraz starsze, coraz bardziej schorowane. Mamy najgrubsze nastolatki w Europie. W związku z tym będziemy mieli coraz więcej otyłych kobiet w wieku rozrodczym. Są to kobiety, które przenaszają ciążę, którym poród nie idzie, gdyż anestezjologowie boją się znieczulać. Oczywiście, możemy wpływać na lekarzy, możemy wpływać na różne standardy, natomiast nie zmienimy naszej populacji, nie przeniesiemy się do Skandynawii. Niestety, patrząc na słońce, idziemy w kierunku Europy Południowej.

Wydaje mi się natomiast, że pewien krok rzeczywiście będzie stanowiła standaryzacja w patologii ciąży. Jak panowie mówią, teraz lekarze są zastraszeni, boją się, skoro w czołowych gazetach piszą: „Kiedy wchodzisz na porodówkę, krzycz, że chcesz cięcie”. Media są przeciwko nam. Myślę, że standaryzacja postępowania, standaryzacja monitorowania ciąży może sprzyjać temu, że, po pierwsze, wcześniej wprowadzimy profilaktykę i mniej będzie powikłań, a po drugie, damy lekarzowi możliwość obrony w sądzie. Jeżeli będzie to dokument prawny, lekarz powie: „Działałem zgodnie z wytycznymi, nie dlatego, że mąż kazał, nie dlatego, że pacjentka krzyczała, tylko postępowałem zgodnie z wytycznymi”. Myślę, że ma to ogromne znaczenie.

Przejdę teraz do standardów. Pan poseł mówił na temat tego, że pewne rzeczy nie zostały ujęte. One są ujęte. Jeżeli mamy łożysko przodujące czy przedwczesne oddzielenie łożyska, to są krwotoki porodowe. Algorytm postępowania obejmuje też takie patologie. Oczywiście, wybraliśmy najczęstsze patologie, ponieważ trudno opisać wszystkie. Wybraliśmy te, które dotyczą największej liczby pacjentek ciężarnych, te, które rzeczywiście wiążą się z tym, jakie teraz mamy pacjentki. Mamy pacjentki otyłe, z nadciśnieniem, z cukrzycą. Kolejną grupę stanowią pacjentki coraz starsze. Wiek, podobnie jak rozród wspomagany, są czynnikami ryzyka ciąży mnogiej, więc ciąż wielopłodowych mamy coraz więcej. Bardzo się cieszymy z naszych wskaźników umieralności okołoporodowej, ale do łyżki miodu, która dotyczy umieralności noworodków, niestety, trzeba dolożyć łyżkę dziegciu, która dotyczy umieralności przedporodowej. Jeżeli chodzi o współczynnik 6‰ umieralności okołoporodowej, dwie trzecie stanowi umieralność przedporodowa. Oczywiście, część jest z powodu wad letalnych, ale części powikłań można uniknąć. Są to ciąż bliźniacze jednokosmówkowe, gdzie dochodzi do zgonów. Są to przede wszystkim hipotrofie i zahamowania wzrastania wewnątrzmacicznego płodu. Są to stany przedrzucawkowe. W standardach właśnie takie stany chcemy objąć opieką, chcemy zestandaryzować, jak lekarz ma postępować, kiedy ma rozpoznawać, gdzie ma pacjentkę skierować. Oczywiście, do ośrodka specjalistycznego. Na dzień dzisiejszy uważamy, że ciąża jednokosmówkowa absolutnie nie powinna być prowadzona w podstawowej opiece, ponieważ w podstawowej opiece nie ma możliwości monitorowania takiej ciąży, między innymi, jeżeli chodzi o ultrasonografię.

Odniosę się może jeszcze do wad płodu, ponieważ jest to temat bardzo medialny. Nie jest to największy problem położniczy. Największym problemem jest to, co wymieniłam,

czyli zahamowanie wzrastania wewnątrzmacicznego płodu, makrosomie płodu, inne powikłania, nadciśnienie. Na wady płodu tak naprawdę możemy wpływać w niewielkim stopniu. Oczywiście, ideałem byłaby profilaktyka kwasem foliowym, ale nie zapominajmy, że trzy czwarte ciąży w Polsce są to ciążę nieplanowane. Jest pytanie, czy foliowanie żywności rzeczywiście przyniesie skutek. Trudno powiedzieć, dlatego, że, np. przy otyłości, która jednak stanowi najczęstszą przyczynę wad płodu, suplementacja kwasem foliowym w ogóle nie pomaga, ponieważ takie kobiety mają zaburzony metabolizm kwasu foliowego. Nawet zwiększenie dawki tutaj nie pomaga. Jest więc pytanie, czy foliując żywność, możemy na to wpływać. Poza tym jest ryzyko. Patrząc na takie kraje, jak szczególnie Indie, gdzie spożycie kwasu foliowego jest ogromne, okazuje się, że borykają się z powikłaniami związanymi z przedawkowaniem kwasu foliowego. To też wpływa na rozwój dziecka, na hipotrofię, na cukrzycę, na różne zaburzenia, które występują. Myślę więc, że musimy tutaj wypośrodkować. Oczywiście, edukacja pacjentek, edukacja przede wszystkim dzieci i młodzieży. Myślę, że w szkołach już się to odbywa. Świadomość ma znaczenie, ale nie ukrywajmy, że poradzimy sobie z problemem. Profilaktyka i standaryzacja może na to wpływać, ale na pewno nie wyeliminuje całych problemów.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan profesor, bardzo proszę. Pan profesor jeszcze się zgłaszał.

Wojewódzki konsultant w dziedzinie neonatologii w Małopolsce Ryszard Lauterbach:

Krótko. Proszę państwa, w São Paulo w Brazylii częstość cięć cesarskich mamy na poziomie 85%, a w Holandii – na poziomie 13%. W Holandii spokojnie możemy spacerować po ulicach wieczorem, późnym wieczorem. Natomiast w São Paulo nikomu nie radziłbym wychodzić na ulicę po zmroku. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, proszę o uzupełnienie odpowiedzi. Sporo odpowiedzi już padło, ale głównie chodzi o sprawy, które poruszyli pan przewodniczący Orzechowski i pan poseł Ziętek. Mam wrażenie, że szczególnie tutaj brakowało odpowiedzi. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Cezary Cieślukowski:

Może ustosunkuję się bardziej od strony proceduralnej, jak wygląda zaawansowanie prac w Ministerstwie Zdrowia. Mam ze sobą projekt standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie okołoporodowej opieki położniczej. Prace zostały wszczęte w listopadzie ubiegłego roku na zlecenie kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Zespół, w pracach którego pani doktor brała udział, pod kierownictwem pana profesora Wielgosia, który jest konsultantem krajowym w zakresie perinatologii, opracował standardy we współpracy z Ministerstwem Zdrowia. Planujemy, żeby były one rozpatrzone przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia jak najszybciej, oczywiście, zaraz po tym, jak będziemy mieć nowego kierownika ministerstwa. Pierwsza prezentacja byłaby jeszcze w miesiącu czerwcu. Ma to być jeden z tych standardów, które, obok anestezjologii i ciąży fizjologicznej, będą wprowadzone w formie rozporządzenia ministra zdrowia. A więc będzie to dokument, który będzie mocno umocowany w naszym prawodawstwie.

Jeżeli chodzi o następne elementy, czyli kartę przebiegu ciąży i kartę zdrowia dziecka, to zakończyły się prace nad zmianą ustawy o prawach pacjenta. Daje nam ona delegację do tego, żeby minister zdrowia w formie rozporządzenia ustalił treść owych kart i wdrożył je do stosowania. Pan doktor mówił o karcie śląskiej. Przy konstruowaniu karty wykorzystywany był model karty śląskiej. To, że dotarła ona do ministerstwa, też jest ważne, ponieważ korzystamy z gotowych wzorów.

Jeżeli chodzi o pytanie pani poseł Czeszejko-Sochackiej odnośnie do kontynuowania programu związanego ze zwalczaniem wirusa RS, odpowiedź jest taka, że program będzie kontynuowany. Rekomendacje, które przedstawił pan profesor, Ministerstwo Zdrowia oczywiście podziela. W części, o którą pani posłanka pytała, dotyczącej wrodzonych wad serca zostało skierowane pytanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o to, czy zasadne jest rozszerzenie stosowania przeciwciał również w przy-

padku chorób serca u wcześniaków. Po otrzymaniu odpowiedzi będziemy podejmowali decyzję, czy objąć ową procedurą tę właśnie grupę, czy jej nie obejmować.

Było pytanie pana posła Hoca odnośnie do cesarskiego cięcia. Jedno zdanie, co tutaj można zaradzić. Jak tłumaczył, wyjaśniał pan profesor Radowski, generalnie cały trójstopniowy system opieki perinatalnej, neonatologicznej, daje nam możliwość, wskazuje na to, żeby na pierwszym poziomie referencyjnym urodziny w zasadzie odbywały się przede wszystkim wtedy, kiedy nie zachodzą żadne powikłania ani patologie. Właściwie 90% urodzeń powinno być siłami natury. W przypadku, kiedy rzeczywiście sygnalizowane jest zjawisko jakiejś patologii, powinno to trafiać na drugi albo trzeci stopień referencyjności. Jeżeli tak się nie dzieje, powinno to być kontrolowane. Tam, gdzie wskaźniki są przekraczane, powinno to być przedmiotem kontroli i analizy, dlatego tak się dzieje. Powinny być podejmowane decyzje co do ewentualnego zawieszenia kontraktu. Wskazywane też były inne narzędzia, a mianowicie takie, że liczba cesarskich cięć wzrosła w związku z wyższą wyceną cesarskiego cięcia w stosunku do opieki po porodzie naturalnym. To także należy brać pod uwagę i ewentualnie zastanowić się nad obniżeniem wyceny bądź zrównaniem wyceny tych dwóch procedur.

Jeżeli chodzi o zgłaszanie noworodków do podstawowej opieki zdrowotnej, planujemy to wprowadzić jako pewną ujednoliczoną procedurę do naszego standardu opieki okołoporodowej w ciąży fizjologicznej. W tej chwili prace nad zmianą standardu są bardzo zaawansowane. Jesteśmy już po konsultacjach społecznych. Prawdopodobnie w najbliższym czasie będzie to przedstawiane do zatwierdzenia przez kierownictwo resortu.

Jeżeli chodzi o dane odnośnie do umieralności dzieci poczętych metodą *in vitro* i zgonów matek, które były zapładniane metodą *in vitro*, nie mam przy sobie takich danych, panie posle, ale zobowiązę panią dyrektora... Rozumiem. Rzeczywiście, jest to bardzo ciekawy materiał, jak się to ma w stosunku do ogółu populacji. Jest to rzecz bardzo ciekawa.

Były to główne pytania. Jeżeli ktoś z państwa chciałby coś uzupełnić, proszę bardzo.

Dyrektor departamentu Ministerstwa Zdrowia Dagmara Korbaśńska:

Jeszcze była kwestia szczepień. Było też pytanie, dlaczego w województwie lubuskim nie szkoła się pielęgniarki. W przypadku pielęgniarek kwestia szkolenia podyplomowego nie jest rozwiązana tak jednoznacznie, jak w przypadku lekarzy. Nie łączy się to z uzyskiwaniem dodatkowych kompetencji. Chciałabym zwrócić uwagę, że jeżeli chodzi o województwo lubuskie oraz większość oddziałów wysokiego stopnia referencji, świadczenia w tym zakresie w większości przypadków są zapewniane w województwach ościennych. Dlatego nie ma tam nacisku, żeby pielęgniarki uzyskiwały specjalizacje w tym zakresie. Przy czym różnica tutaj jest taka, że specjalizacja jest najwyższym etapem szkolenia pielęgniarki. W międzyczasie mogą one kończyć kursy kwalifikacyjne bądź kursy specjalistyczne dające im poszczególne umiejętności i kompetencje. System kształcenia pielęgniarek jest w trzech stopniach. W tej chwili minister zdrowia pracuje nad wspieraniem możliwości kształcenia przy wykorzystaniu funduszy norweskich albo szwajcarskich – przepraszam, nie chcę kłamać, ale to nie mój departament – środków strukturalnych. Minister chce wspierać kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Nasz interes jest taki, żeby położne były kształcone przede wszystkim w zakresie opieki laktacyjnej, ponieważ jest to bardzo istotny element.

Jeżeli chodzi o liczbę szczepień ochronnych podawanych dzieciom, to w pierwszym roku życia tych szczepień ochronnych... Chorób, przeciwko którym dziecko jest uodparniane w pierwszym roku życia, jest sześć. Szczepień jest faktycznie dużo, dlatego, że w naszym kalendarzu szczepień ochronnych nie stosujemy preparatów wielowalentnych poza szczepieniem trójwalentnym. Pragnę natomiast zapewnić pana posła, że w przypadku szczepień przeciwko krztuścowi przy szczepieniu stosowany jest acelularny komponent krztuśca bezkomórkowy. W przypadku szczepienia u dzieci z problemami immunologicznymi, u dzieci przedwcześnie urodzonych, u dzieci z niską masą urodzeniową dzieciom tym w Polsce proponowane jest szczepienie acelularnym komponentem krztuśca. Jednocześnie w tym roku po raz pierwszy do szczepień ochronnych zakupiliśmy pięciowalentną szczepionkę właśnie dla tych dzieci.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Ale Zachód do owego sześciopaku czy też pięciopaku ponoć odnosi się bardzo, bardzo krytycznie.

Dyrektor departamentu Ministerstwa Zdrowia Dagmara Korbańska:

Do acelularnego komponentu krztuśca do pewnego stopnia, tak. Okazuje się, że acelularny komponent krztuśca w dalszym czasie daje mniejszą odpowiedź immunologiczną. My natomiast mamy taką sytuację, że większość populacji mamy wyszczepioną pełnokomórkowym krztuścem.

Posel Czesław Hoc (PiS):

W Polsce jest trójwalentna.

Dyrektor departamentu Ministerstwa Zdrowia Dagmara Korbańska:

W większości w Polsce stosujemy trójwalentną szczepionkę bez acelularnego komponentu krztuśca. Natomiast do tej pory był stosowany acelularny komponent krztuśca trójwalentny z acelularnym komponentem krztuśca. W tej chwili tak naprawdę ze względu na problemy z produkcją szczepionki dzieciom przedwcześnie urodzonym zaproponowaliśmy szczepionkę pięciowalentną. Poziom zaszczepienia całej populacji pełnokomórkową szczepionką powoduje, że odporność w naszej populacji jest wyższa niż w innych krajach. Tym samym jeżeli nawet u dzieci z większymi problemami immunologicznymi stosujemy acelularny komponent, to i tak ich zagrożenie na zachorowanie jest niższe.

Posel Czesław Hoc (PiS):

A tiomersal? A rtęć?

Dyrektor departamentu Ministerstwa Zdrowia Dagmara Korbańska:

Tiomersal, panie pośle, to nie jest rtęć tylko pochodna rtęci. Przepraszam, sól kuchenna zawiera chlor, który jest trujący, ale sama w sobie jako związek chemiczny nie jest trująca. Jeżeli chodzi o zawartość tiomersalu w szczepionkach, to, zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia, zostało to wycofane z produkcji. Tylko jedna szczepionka w tej chwili wykazuje, że ma śladowe ilości tiomersalu, które są wynikiem brudzenia. Są to pochodne tego, że w trakcie przygotowania, konserwowania produktów, które są wykorzystywane do produkcji szczepionek, był używany tiomersal. Mogą więc pojawić się tam śladowe ilości tiomersalu. W ostatnim czasie nie zakupujemy do naszego kalendarza szczepień ochronnych szczepionek zawierających tiomersal. Takie są wyniki przetargów.

Przewodniczący poseł Czesław Czechyra (PO):

Dziękuję bardzo panu ministrowi wraz z zespołem za przygotowanie materiału. Koleżankom posłankom, kolegom posłom i zaproszonym gościom dziękuję za udział w głębokiej i ciekawej dyskusji.

Zamykam posiedzenie Komisji.