



Ministerstwo Zdrowia

Sekretarz Stanu

Jarosław Pinkas

MDP.073.1.2017.KT

Warszawa, 2017-01-09

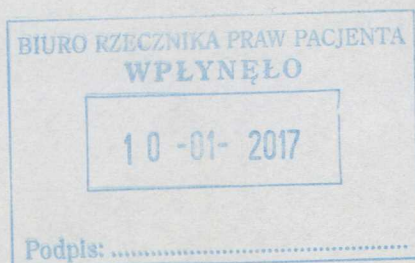
Pani

Krystyna Barbara Kozłowska

p.o. Rzecznika Praw Pacjenta

01-171 Warszawa

ul. Młynarska 46



w związku z pismem zawierającym prośbę o rozważenie możliwości podjęcia prac legislacyjnych zmierzających do ochrony praw pacjentów oddziałów neonatologicznych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Wszystkie dzieci w Polsce znajdują się pod szczególną ochroną prawną. Ochronę dzieci zapewnia ustawodawstwo krajowe jak i ratyfikowane przez Polskę umowy międzynarodowe. W najwyższym akcie prawnym Rzeczypospolitej Polskiej - Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.) dzieci zostały objęte ochroną państwa. Przepis art. 68 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Realizacją tego zobowiązania są przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2016. poz.1793).

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje zatem noworodkom, w tym urodzonym przedwcześnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za noworodka przedwcześnie urodzonego uważa się dziecko urodzone po ukończeniu 22 tygodnia



cięży, a przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży. Dzieci przedwcześnie urodzone - wcześniaki - mają zapewnioną kompleksową opiekę w oddziałach neonatologicznych, w tym również oddziałach intensywnej terapii nad noworodkiem. W Polsce realizowany jest system trójstopniowej opieki perinatalnej, który wywodzi się z wdrożonego już w 1995 r. „Programu poprawy opieki perinatalnej w Polsce”. Koncepcja Programu oparta była na utworzeniu trójstopniowego systemu opieki perinatalnej, spełniającego funkcje związane z zarządzaniem siecią współpracujących ze sobą ośrodków, leczeniem pacjentów, konsultacjami, przepływem informacji, utrzymaniem i koordynacją transportu matki i noworodka, a także działalnością edukacyjną. W wymienionym systemie zakres opieki został podzielony odpowiednio do poszczególnych poziomów referencyjnych. Zgodnie z tym:

- I poziom referencyjny - obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także zapewnia krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią,
- II poziom referencyjny - obejmuje opiekę nad patologią średniego stopnia,
- III poziom referencyjny - obejmuje opiekę nad najcięższą patologią.

Jednym z najważniejszych elementów funkcjonowania trójstopniowego systemu opieki perinatalnej w Polsce było utworzenie we wszystkich ośrodkach II poziomu opieki stanowisk intensywnej terapii, zaś w ośrodkach III poziomu oddziałów intensywnej terapii nad noworodkiem.

Z punktu widzenia opieki nad noworodkami urodzonymi przedwcześnie na szczególne omówienie zasługuje funkcjonowanie podmiotów o trzecim poziomie referencyjnym. Funkcje przewidziane dla opieki na III poziomie referencyjnym obejmują:

1. zapewnienie opieki perinatalnej matkom i noworodkom wszystkich stopni ryzyka przyjętych lub przekazanych z ośrodków niższego poziomu, w szczególności opiekę nad pacjentem z niewydolnością oddechową, niewydolnością krążenia, wymagających leczenia chirurgicznego, w tym o masie ciała poniżej 1250 g lub urodzonych przed 32 tygodniem ciąży,
2. stosowanie technik inwazyjnych,
3. wprowadzanie nowych technik leczenia,
4. prowadzenie i koordynację transportu specjalistycznego w obrębie regionu (karetka N). Ośrodek III poziomu referencyjnego prowadzi intensywną opiekę oraz opiekę pośrednią, a także diagnostykę i leczenie o najwyższym poziomie zaawansowania w ciążach wysokiego ryzyka i w okresie noworodkowym.

Ośrodek taki koncentruje techniczne oraz merytoryczne możliwości realizacji świadczeń w dziedzinach takich jak: chirurgia dziecięca, genetyka, intensywne terapia kardiologiczna, kardiochirurgiczna i neurologiczna, okulistyka, techniki obrazowania, hematologia i inne.

Organizacja świadczeń musi zapewnić całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia. W oddziale musi być zatrudnionych:

- 1) minimum 3 lekarzy specjalistów w dziedzinie neonatologii, gdzie opieka 1 lekarza przypada na 20 łóżek noworodkowych,
- 2) 1 lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub pediatrii lub w trakcie specjalizacji z neonatologii na 3 stanowiska intensywnej terapii noworodka,
- 3) 1 lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub pediatrii lub w trakcie specjalizacji z neonatologii na 6 stanowisk opieki pośredniej,
- 4) równoważnik co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- 5) równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji,
- 6) równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego.

Oddział musi posiadać odpowiednie wyposażenie:

- a) respirator na każde stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- b) inkubator zamknięty lub otwarty na każde stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- c) co najmniej 6 strzykawkę z jednym torem infuzyjnym albo 3 - z dwoma torami infuzyjnymi, na każde stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- d) jednorazowy zestaw do odbarczania odmy płucnowej,
- e) jednorazowy zestaw do cewnikowania żyły pępkowej,
- f) lampa do fototerapii.

W lokalizacji musi być dostępny echokardiograf lub aparat USG z opcją kolorowego Dopplera. Pozostałe wymagania obejmują: co najmniej 20 łóżek noworodkowych; co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii noworodka; co najmniej 1 stanowisko intensywnej terapii noworodka na 250 noworodków leczonych rocznie; wydzielone stanowiska opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji; wydzielone stanowiska opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego.

Wskazane powyżej wymagania dotyczące zatrudnienia i wyposażenia świadczeniodawców w zależności od poziomu referencyjnego wykonywanych świadczeń zarówno w zakresie neonatologii jak i położnictwa zostały określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2016 poz. 694).

Noworodki urodzone przedwcześnie, po wypisie ze szpitala wymagają szczególnej specjalistycznej opieki, gdyż są bardziej narażone na choroby układu oddechowego, ośrodkowego układu nerwowego, chorób serca i oczu, a także wymagają konsultacji psychologa, neurologopedy czy fizjoterapeuty. Po wypisie noworodka ze szpitala opieka nad nim zależy od jego stanu zdrowia i indywidualnych potrzeb medycznych. Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje specjalistyczne świadczenie zdrowotne w postaci porady neonatologicznej w poradni neonatologicznej oraz w poradni zaburzeń i wad rozwojowych dzieci, funkcjonującej przy szpitalach.

Nie można zgodzić się ze stwierdzeniem zamieszczonym, w piśmie, iż ...*”wcześniak nie uzyska specjalistycznej pomocy w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej (poz.) nieposiadającej dostępu do niezbędnego sprzętu oraz personelu znającego potrzeby takiego dziecka”*. Należy tu wyjaśnić, że opieka zdrowotna nad dziećmi w poz sprawowana jest przez lekarzy posiadających do tego stosowne uprawnienia; które nie wykluczają z tej opieki populacji noworodków i niemowląt urodzonych przedwcześnie. Pamiętać również należy, że to rodzice wybierają sobie (poprzez wypełnienie deklaracji wyboru) lekarza, położną i pielęgniarkę w podstawowej opiece zdrowotnej. W zależności od stanu zdrowia dziecka, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może uzgodnić konsultację, niezbędną diagnostykę, czy ewentualne leczenie w poradni neonatologicznej III poziomu referencyjnego, bądź koniecznych poradni specjalistycznych.

W okresie noworodkowym opiekę nad wcześniakiem sprawuje (w miarę możliwości kadrowych w kraju) neonatolog. Noworodkiem jest dziecko do ukończenia 28. dnia życia. Biorąc pod uwagę, że według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za noworodka przedwcześnie urodzonego uważa się dziecko urodzone po ukończeniu 22. tygodnia ciąży, a przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży, okres noworodkowy dla tych dzieci kończy się po ukończeniu 5. Miesiąca życia (tzw. wiek skorygowany dla wcześniaków). Dziećmi urodzonymi przedwcześnie mogą i zajmują się również pediatrzy w każdym okresie życia po opuszczeniu przez nie oddziału noworodkowego. Neonatolog co do

zasady nie powinien zatem zajmować się dzieckiem urodzonym przedwcześnie dłużej niż do 6. miesiąca życia. W wybranych przypadkach może być oczywiście uzasadnione kontynuowanie opieki nad niemowlęciem w tej samej poradni do ukończenia przez nie 12. miesiąca życia, Dyskusyjna jest jednak zasadność przedłużenia tej opieki powyżej 1. roku życia. Leczenie dziecka z rozpoznanymi dysfunkcjami lub ich podejrzeniem powinno być kontynuowane w poradniach specjalistycznych o odpowiednich profilach. Natomiast w przypadku konieczności usprawnienia dziecka w zakresie rehabilitacji leczniczej kontraktowana jest rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym oraz rehabilitacja słuchu, mowy i wzroku skierowana do dzieci od 0 do 7. roku życia. Przedmiotowe świadczenia obejmują - oprócz rehabilitacji - także specjalistyczne, interdyscyplinarne konsultacje lekarskie mające na celu bieżącą ocenę rozwoju psychoruchowego dziecka.

Odnosząc się do problemu list kolejkowych, to należy stwierdzić, że w Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, w których opieka zdrowotna oparta jest na powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego, występują problemy z dostępnością do części świadczeń opieki zdrowotnej, zwykle tych o wysokim koszcie jednostkowym, wymagających zaangażowania profesjonalnej kadry medycznej i specjalistycznej aparatury. Celem ustanowienia list kolejkowych jest zapewnienie równego traktowania wszystkich świadczeniobiorców oraz sprawiedliwego i niedyskryminującego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Odnosząc się do problemu ustalania kolejności dostępu, należy stwierdzić, że ustalone są następujące kategorie medyczne w obszarze prowadzenia list oczekujących:

- 1) przypadek nagły - istnieje konieczność natychmiastowego udzielenia świadczenia, a pacjenci przyjmowani są niezwłocznie - przed pacjentami oczekującymi w ramach listy;
- 2) przypadek pilny - istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. Pacjenci o tej kategorii muszą być przyjęci według kolejności zapisów, przed pacjentami z kategorii „przypadek stabilny”.
- 3) przypadek stabilny - pacjenci, którzy nie znajdują się w stanie nagłym i nie zostali zaliczeni do przypadków pilnych. Pacjenci o tej kategorii muszą być przyjmowani według kolejności zgłoszenia, po wszystkich pacjentach z kategorii „przypadek pilny”

Z powyższego wynika, że dzieci wymagające pomocy specjalistycznej w przypadkach nagłych przyjmowane są niezwłocznie, przed pacjentami oczekującymi w ramach listy. Dzieci wymagające pomocy specjalistycznej w przypadkach pilnych przyjmowane są niezwłocznie przed pacjentami z kategorii „przypadek stabilny”. Należy podkreślić, że do Ministerstwa Zdrowia nie wpływają skargi rodziców wcześniaków na niewłaściwą opiekę nad tymi dziećmi.

W swoim piśmie Pani Rzecznik zauważa konieczność wprowadzenia jednolitych standardów w przedmiocie opieki neonatologicznej. Dążąc do ujednoczenia zasad postępowania w opiece nad noworodkiem i wychodząc naprzeciw oczekiwaniom polskich neonatologów, a także spełniając ich prośby kierowane do Zarządu Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i członków Neonatologicznego Nadzoru Krajowego, zostały opracowane i rozpowszechnione wśród neonatologów „Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce - zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego”. Zawiera ono 28 zaleceń obejmujących wytyczne w zakresie zasad postępowania klinicznego i opieki nad noworodkiem. Zalecenia te zostały opracowane przez zespoły eksperckie pracujące pod kierunkiem samodzielnych pracowników.

Mała masa urodzeniowa, a także przedwczesne urodzenie są głównymi czynnikami ryzyka niepowodzeń w okresie perinatalnym oraz nieprawidłowego rozwoju w przyszłości. Stąd też, właściwą opiekę nad wcześniakami Ministerstwo Zdrowia postrzega jako bardzo ważny element polityki zdrowotnej. Tym niemniej, w ujęciu perspektywicznym ważniejszym wydaje się być taki kierunek polityki zdrowotnej (w tym promocja zdrowia), który umożliwi systematyczne obniżanie się liczby porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków z małą masą urodzeniową. W związku z tym podejmowane są prace mające na celu poprawę jakości opieki okołoporodowej. W tym celu, wdrożony został mocą rozporządzenia Ministra Zdrowia standard postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Standard ten został opracowany z uwzględnieniem wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), medycyny opartej na dowodach naukowych oraz doświadczeń polskich w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, został też dostosowany do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Rzeczypospolitej Polskiej i prawodawstwa polskiego,

ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta. Standard określa poszczególne elementy opieki medycznej podczas porodu fizjologicznego i połogu, gdziekolwiek ma on miejsce. Uwzględnia zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania; katalog czynników ryzyka, w przypadku których należy rozważać szczególny zakres opieki medycznej; opisuje postępowanie podczas wszystkich okresów porodu oraz sposób postępowania z noworodkiem. Działania te mają zapewnić dobry stan zdrowia matki i dziecka, przy możliwie jak najniższym poziomie interwencji medycznej z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa.

Ponadto, od dnia 2 czerwca 2016 r. obowiązują także standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych. Należy bowiem zaznaczyć, że ciąża - mimo iż jest stanem naturalnym, fizjologicznym - może wiązać się z wystąpieniem powikłań zagrażających życiu i zdrowiu, zarówno matki, jak i jej dziecka. Do zwiększonego ryzyka dochodzi w sytuacjach, gdy u matki już w okresie przedciążowym występują przewlekłe choroby układowe, a jej organizm nie jest przygotowany na dodatkowe „obciążenie”, jakim jest rozwijający się płód. Z drugiej strony zaburzenia w procesie zagnieżdżenia zarodka i tworzenia się łożyska mogą być przyczyną późniejszego niedotlenienia i nieprawidłowego wzrastania płodu, ale również prowadzić do przedwczesnego zakończenia ciąży oraz wystąpienia nadciśnienia tętniczego u ciężarnej. Mając na uwadze fakt, że wcześniactwo wywołane jest jednym bądź szeregiem zdarzeń, które mają miejsce podczas ciąży, za istotne uznano unormowanie poszczególnych elementów opieki medycznej udzielanej w sytuacji stwierdzenia najczęściej występujących powikłań.

Zakłada się, że przyjęcie standardów wpłynie istotnie na obniżenie wskaźników umieralności okołoporodowej matek i ich potomstwa. Wprowadzenie standaryzacji opieki perinatalnej w najczęstszych i najcięższych powikłaniach zmniejszy również częstość występowania powikłań mających konsekwencje zdrowotne zarówno w okresie ciąży jak i w późniejszym życiu kobiety i jej dziecka, w tym także do ograniczenia porodów przedwczesnych.

Minister Zdrowia podejmuje działania mające na celu poprawę stanu zdrowia noworodków, w tym urodzonych przedwcześnie, poprzez zlikwidowanie powikłań okresu noworodkowego, również w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej. W 2015 r. Minister Zdrowia realizował Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014-2017. W ramach tego programu zostało wykonanych łącznie 286 zabiegów, które realizowane były w 3 ośrodkach krajowych (koordynowanych w ramach Programu). Całkowita wartość zrealizowanej umowy w minionym roku wyniosła 1 426 002,34 zł, z przyznanych na realizację środków publicznych w kwocie 1 433 600 zł. Zastosowanie diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej pozwala ograniczyć liczbę powikłań i następstw wad rozwojowych, wpływa na poprawę wewnątrzmacicznego stanu płodu, wydłużenie czasu trwania ciąży oraz na rodzenie się noworodków w lepszym stanie ogólnym. Poprawa stanu zdrowia noworodków - poprzez zlikwidowanie powikłań okresu noworodkowego - powoduje również skrócenie czasu pobytu noworodków w oddziałach intensywnej terapii noworodkowej. Program stanowi kontynuację poprzednich edycji realizowanych w latach 2006 – 2008, a następnie w latach 2009 - 2013 pn.: Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków. Głównym założeniem w nowej edycji programu jest realizacja kompleksowej diagnostyki i terapii płodu z wykorzystaniem wszystkich możliwości tak, aby najbardziej istotnym kryterium prawidłowości prowadzonej strategii diagnostyczno-leczniczej i wskaźnikiem jakości terapii było zabranie do domu zdrowego dziecka (home taken baby - HBT). Realizacja w 2015 roku III edycji Programu na lata 2014-2017 była związana z kontynuacją wykonywania celów głównych Programu tj.:

1. zastosowania diagnostyki i wewnątrzmacicznej terapii płodu, która stwarza nowy system opieki nad ciężarną i płodem,
2. poprawy stanu zdrowia noworodków poprzez zlikwidowanie powikłań okresu noworodkowego.

W założeniach Programu realizowanych w 2015 r. należy zwrócić uwagę na realizowaną:

1. poprawę dostępności do leczenia wewnątrzmacicznego,
2. możliwość wykonania zabiegów wewnątrzmacicznych u kobiet ciężarnych z rozpoznanymi wadami rozwojowymi i chorobami płodu,
3. optymalizację opieki przedporodowej, porodowej i poporodowej.

Ponadto, w 2015 roku przewidziano m.in. zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej w patologiach, nierealizowanych w poprzednich edycjach i wykonanie nowych zabiegów, których większość realizowano dotychczas za granicą. Przewidziano również koordynację zabiegów w krajowych ośrodkach. Dodatkowo, zgodnie z aktualnie obowiązującym obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych dla dzieci przedwcześnie urodzonych (wiek ciążowy < 28 tygodni), które nie ukończyły pierwszego roku życia dostępny jest program lekowy „Profilaktyka zakażeń wirusem RS”. Kryteria udziału w programie nie określają dolnej granicy wieku, a kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii w porozumieniu z konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji, przekazanej przez lekarza prowadzącego.

Przedstawiając powyższe, chcę zapewnić, że obecnie podejmowane są liczne działania mające na celu poprawę opieki nad najmłodszymi pacjentami, której organizacja wydaje się wystarczająca do efektywnej realizacji postawionych przed nią zadań. Wszelkie zmiany w sposobie organizacji opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza nad najmłodszymi pacjentami, muszą być bowiem podejmowane ze szczególną rozwagą i uwzględnieniem głosu wszystkich środowisk tę opiekę sprawujących. W tym przypadku, potencjalne zmiany wymagałyby pogłębionych wielostronnych dyskusji i uzgodnień przede wszystkim ze środowiskiem neonatologicznym, jak również pediatrycznym, aby zapewnić noworodkom, w tym przedwcześnie urodzonym, zarówno w pierwszych chwilach po urodzeniu, jak i w dalszych latach życia świadczenia zgodne z ich potrzebami zdrowotnymi oraz udzielane w sposób spójny i kompletny.

Z wyznaczenia *Przelece*

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Jarosław Pinkas

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Młeki i Dziecicya
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

MDP.073.1.2017



367300 2017-01-10 02 POLECONA

Rzecznik Praw Pacjenta
ul. Mlynarska 46
01-171 Warszawa

PRIORYTET

354510