



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(222)**

21. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 6 maja 2008 r.

VII kadencja

Rola i problemy pediatrii w systemie ochrony zdrowia

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Otwieram seminaryjne posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam państwa, witam panów senatorów, witam zaproszonych gości, wśród nich pana ministra Fronczaka z Ministerstwa Zdrowia. Wybaczą państwo, że zrezygnuję z indywidualnego powitania i tylko bardzo państwu podziękuję za przyjęcie zaproszenia na posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Proponuję następujący porządek. Najpierw wystąpiłby pan minister Fronczak, następnie pani profesor Chybicka, pan profesor Jerzy Bodalski, pan profesor Lukas. Następnie byłaby dyskusja – wiem, że są przygotowani mówcy, ale chciałbym, by ta część była trochę elastyczniejsza – i, jako piąta część, podsumowanie. Na końcu spotkania omówilibyśmy sprawę bieżącą.

Czy senatorowie mają jakieś uwagi co do porządku obrad? Nie słyszę uwag.

Uznaję, że porządek posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia został przyjęty.

Bardzo proszę pana ministra Fronczaka o zabranie głosu.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Adam Fronczak:

Dziękuję bardzo.

Szanowny Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Goście!

Bardzo mi miło, że mogę dzisiaj wystąpić przed państwem i uczestniczyć potem w dyskusji, ponieważ temat, którego państwo dotykacie, jest tematem bardzo istotnym, bardzo ważnym i myślę, że nigdy dość dyskusji na temat roli pediatrii w naszym kraju w opiece nad dziećmi.

Otóż ze swojej strony postaram się wprowadzić do materiału, który państwu przedstawiliśmy. Sam materiał jest opisany na wielu stronach. Ujęto w nim nasze zgodne z prawem stanowiska. Chciałbym skupić się na podstawach prawnych, w jakich funkcjonujemy w tej chwili w Polsce, żebyśmy nie zapomnieli, gdzie jesteśmy, w jakim momencie, jakim arsenalem prawnym dysponujemy, w jakim obszarze się poruszamy. To uważam za najważniejsze w moim wprowadzeniu, a sam materiał, tak jak mówię, został państwu dostarczony.

Otóż Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia wszystkim obywatelom, bez względu na ich sytuację materialną, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków

publicznych. Zgodnie z tym przepisem, każdy ma prawo do ochrony zdrowia niezależnie od swojej materialnej sytuacji. Władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku oraz są zobowiązane do zwalczania chorób epidemiologicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

Warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych. W rozdziale drugim wymienionej ustawy zostały określone zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zadania te obejmują tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu, finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Postanowienia art. 2 cytowanej ustawy nadają uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych świadczeniobiorcom, którzy nie ukończyli osiemnastego roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu. W przypadku świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni koszty udzielanych świadczeń pokrywane są z budżetu państwa. W pozostałych przypadkach świadczenia są finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z postanowieniami art. 15 ust. 1 ustawy, świadczeniobiorcy mają na zasadach określonych w ustawie prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

W art. 27 ust. 1 ustawy określone są świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób. Na podstawie upoważnień zawartych w art. 27 ust. 2 i 3 minister zdrowia wydał rozporządzenia regulujące zakres świadczeń profilaktycznych, adresowanych do kobiet w ciąży oraz dzieci i młodzieży. Rozporządzenie ministra zdrowia z 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane, określa zakres i terminy realizacji świadczeń profilaktycznych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży oraz w grupie dzieci do szóstego roku życia.

Rozporządzenie ministra zdrowia z 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, wydane w porozumieniu z ministrem edukacji narodowej, określa zasady opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki. W rozporządzeniu tym promocja zdrowia oraz edukacja zdrowotna zostały wymienione jako istotne elementy opieki zdrowotnej nad uczniami. Opiekę tę sprawują lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarka albo higienistka szkolna. Należy zaznaczyć, że pielęgniarka lub higienistka szkolna sprawuje opiekę nad uczniami w siedzibie szkoły, w tym bierze czynny udział w planowaniu, realizacji i ocenie szkolnego programu edukacji zdrowotnej oraz w podejmowaniu innych działań w zakresie promocji zdrowia.

Rola pediatrii w systemie ochrony zdrowia została określona przez ustawodawcę. W art. 5 pkt 13 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

określono, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest to w szczególności lekarz posiadający specjalizację co najmniej pierwszego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii lub posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, udzielający świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej albo, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł taką umowę.

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy i pielęgniarek ubezpieczenia zdrowotnego. Analogicznie świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych i lekarza dentysty spośród tych świadczeniodawców i lekarzy dentystów, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeni opieki zdrowotnej. Ponadto świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród tych, które zawarły umowę o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Jednakże prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorca uzyskuje na podstawie skierowania od lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty poprzez leczenie ambulatoryjne. W imieniu dzieci i młodzieży wyboru odpowiedniego świadczeniodawcy dokonują rodzice.

W przygotowanym na posiedzenie komisji materiale przedstawiliśmy szanownym paniom i panom senatorom oraz gościom zasady sprawowania opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej, programy polityki zdrowotnej, syntetyczną informację na temat specjalistycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, informację na temat liczby lekarzy pediatrów, informację o nadzorze merytorycznym oraz na końcu stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej w sprawie aktualnej sytuacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Przedstawianie tak szerokiego materiału zajęłoby bardzo dużo czasu, a ponieważ państwo dysponujecie tym materiałem nie będę go streszczać. Chciałem tylko przypomnieć o wszystkich regulacjach prawnych, które w tej chwili w Polsce obowiązują. W ramach obowiązującego prawa poruszamy się w takim, a nie innym systemie. Treść merytoryczna jest, tak jak powiedziałem, w udostępnionym materiale. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję za pokazanie nam fundamentów prawnych, na jakich funkcjonuje system.

Teraz bardzo proszę o zabranie głosu panią profesor Chybicką.

Kierownik Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Akademii Medycznej we Wrocławiu Alicja Chybicka:

Panie Senatorze! Szanowni Senatorowie! Szanowni Państwo! Panie Ministrze!

Przede wszystkim chcę bardzo gorąco podziękować w imieniu dzieci, ich rodziców oraz naszym, czyli sześciu tysięcy pediatrów, za zorganizowanie posiedzenia se-

nackiej Komisji Zdrowia poświęconego opiece nad dzieckiem. Mam przygotowane przez dzieci drobiazgi. Może, żeby nie tracić czasu, nie będę tego w tej chwili rozdać, tylko przekażę państwu, gdy skończę swoją prezentację, gdy będą mówili następni mówcy.

Szanowni Państwo, wróciłam niedawno z posiedzenia Europejskiej Akademii Pediatрії i posłużę się częściowo materiałami dotyczącymi opieki nad dzieckiem w Europie. Była nawet dyskusja na ten temat: co to jest dziecko? Otóż w różnych krajach określa się dziecko bardzo różnie. W końcu Europejczycy zgodzili się na definicję, że dziecko to jest człowiek od momentu urodzenia – była dyskusja, czy poczęcia czy urodzenia – aż do uzyskania pełnej dojrzałości fizycznej i psychicznej. W naszym kraju jest to osiemnaście lat, ale są kraje, gdzie jest to czternaście, piętnaście lat. Jest to bardzo różnie.

W październiku ubiegłego roku pod egidą Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego zawiązała się Federacja Polskich Towarzystw Pediatrycznych. Podobnie jak pan minister, choć nie tak doskonale, przygotowałam materiały na piśmie, aby nie zajmować dużo czasu. Powstała Federacja Polskich Towarzystw Pediatrycznych. Skład federacji oraz sprawozdanie z posiedzenia pierwszego i drugiego - bo spotkaliśmy się zaledwie dwa razy - jest w tych materiałach. Tu są wymienione wszystkie towarzystwa specjalistyczne, pediatryczne, sekcje specjalistyczne towarzystw dla dorosłych i trzy tysiące pediatrów z Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Jest to oczywiście forum do różnych działań, ale jest to również nieformalna unia, która ma na celu poprawę opieki medycznej nad dzieckiem w Polsce.

Polaków, dzieci, ubywa. Tu macie państwo dosyć stare dane. Ten trend został zupełnie odwrócony w ostatnich latach. W tej chwili mamy populację w granicach ośmiu milionów dzieci. W ostatnim czasie jest relatywnie coraz więcej rodzących się dzieci, co już odczuwa się na oddziałach ginekologicznych. Bywa, że kobiety nie mają gdzie urodzić. My pediatrzy obawiamy się, że bardzo szybko, z powodu zamykania oddziałów dziecięcych, tych prostych dziecięcych oddziałów, rozpoczną się problemy z hospitalizacją także dzieci. Co czwarte dziecko w naszym kraju żyje w ubóstwie.

Jakie problemy zasygnalizują? Każdy z tych problemów mógłby być przedmiotem oddzielnego posiedzenia. Siedzący po tamtej stronie stołu reprezentanci – profesowie, pediatrzy różnych specjalności – przygotowali się w poszczególnych tematach do tego, aby troszkę je przybliżyć.

Po pierwsze, podstawowa opieka zdrowotna nad dzieckiem, która, naszym zdaniem, pozostawia wiele do życzenia.

Po drugie, medycyna szkolna, która także pozostawia wiele do życzenia.

Po trzecie, zmiany organizacyjne w pediatrycznym lecznictwie zamkniętym, które idą absolutnie w złym kierunku. Jest marna obsada na tych oddziałach.

Kolejny temat to jest finansowanie procedur pediatrycznych, zarówno tych niskospecjalistycznych, jak również wysokospecjalistycznych, które jest złe.

Powiem parę słów o opóźnionych rozpoznaniach chorób, przede wszystkim chorób onkologicznych. Miała być pani profesor Perek, jednak rozchorowała się. Miała ona pokazać przykłady z województwa mazowieckiego. Zamykane są sanatoria dziecięce. Powiem na ten temat dwa słowa. Co będzie z rehabilitacją? Brakuje leków z zakresu onkologii na aktualnych listach refundacyjnych na 2008 r. O tym też miała mówić pani profesor Perek. Na temat szczepień będzie mówiła pani docent Jackowska. O celu operacyjnym i narodowym nie będę mówiła.

Opieka nad populacją wieku rozwojowego w Europie dzieli się na trzy grupy. Pierwsza to jest Primary Care – opieka podstawowa, czyli opieka nad dzieckiem zdrowym i ta pierwsza reakcja na nieprawidłowości, czyli niekoniecznie na chorobę. Na nieprawidłowości, zanim będzie choroba. Druga to Secondary Care. To jest leczenie choroby lekkiej w domu, w szpitalu i w oddziałach ogólnopediatrycznych. I trzecia grupa to jest Tertiary Care - specjalistyczna opieka nad populacją wieku rozwojowego.

Jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną nad dzieckiem, pokażę wyniki badań. Otrzymałem je od profesor Marii Woś z Katowic, która jest za granicą i nie mogła przyjechać. Są to programy profilaktyczne obejmujące sześć tysięcy sześćdziesiąt dwoje dzieci. Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób krążenia u gimnazjalistów – tysiąc dziewięćset dzieci. Program profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami drugich klas szkół podstawowych – dwa tysiące dzieci. Program profilaktyki próchnicy zębów uczniów klas drugich i piątych szkół podstawowych, a więc ośmiolatki, jedenastolatki – trzy tysiące pięćdziesiąt troje dzieci. Wyników nie będę omawiać, bo żeby omówić szczegółowo każdy z tych programów trzeba by pokazać ankietę. Ale proszę popatrzeć jak to wyszło. Wyszło niezbyt ciekawie. Dzieci mają nadwagę, są otyłe, mają podwyższone lipidy. Krótko mówiąc, małe dzieci, z drugiej, trzeciej klasy gimnazjum, mają duże zagrożenie zdrowotne. Palą papierosy, są mało aktywne fizycznie.

Kolejny program, czyli ten drugi. Wykazano 30% wad układu kostnowęzowego. To potwierdziło się w naszych śląskich badaniach. Wady układu moczowego, wady układu sercowo-naczyniowego, choroby skóry. To jest mały odsepek tego, co można by omawiać szczegółowo.

Program profilaktyki próchnicy u ośmiolatek. Tylko w dwóch grupach: tysiąc sześćset sześćdziesiąt sześćset dzieci, tysiąc trzysta osiemdziesiąt siedem. Jedenastolatki. 70% dzieci miało próchnicę. Zębki zostały zalakowane. Pragnę przypomnieć – wielkie miasto, Katowice.

Programy profilaktyczne urzędu miasta Wrocławia. Wrocław jest miastem zdrowym. Ma sieć szkół promujących zdrowie, o czym, myślę, powie pani Anna Szarycz, dyrektor wydziału. Na pewno jest liderem... Było mi bardzo przykro, kiedy lekarze rodzinni z naszego terenu mieli do mnie pretensje, że pokazujemy odchylenia od stanu prawidłowego w naszym regionie, podczas gdy on jest najlepszy. Jest najlepszy, bo ma zrobione te badania. Drugie są Katowice. Nie wiem, kto jeszcze zrobił tego typu ogląd sytuacji.

I teraz króciutko tylko o tych badaniach, bo żeby przedstawić wszystkie programy trzeba dużo czasu. Program pierwszy to jest program profilaktyki wad rozwojowych, realizowany od 1996 r. Przebadano dwadzieścia cztery tysiące dzieci. Około dwóch tysięcy dzieci rocznie. Proszę zobaczyć, jakie są odchylenia: wady postawy, klatki piersiowej, wady w zakresie ciała, osi przednio-tylnej. To wszystko się potwierdziło w naszych badaniach w programie onkologicznym. Od tego się właściwie zaczęło, że ja pokazałam wyniki naszego programu.

Program wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wyszedł podobnie jak w Katowicach, a może nawet, powiedzmy sobie, gorzej.

Kolejny program - edukacji zdrowotnej i profilaktyki uzależnień. O nim nie będę mówiła.

Program wczesnego wykrywania wad i schorzeń narządu wzroku i słuchu nie jest realizowany tak, jak to jest robione przez pielęgniarki w szkole – tablica Snellena i dzień dobry z odpowiedniej odległości. Tylko to są fachowe, specjalistyczne badania. One też wyszły niedobrze. Wykazano bardzo wiele zaburzeń słuchu, czyli niedosłuch, a także zaburzeń wzroku, które wymagały u dzieci korekty. Tutaj jest napisane, jakie działania podjęło miasto, ażeby to poprawić.

I program, którym miałam zaszczyt kierować... Zresztą mam zaszczyt koordynować wszystkie programy z punktu widzenia merytorycznego, które są w tej chwili realizowane. Program jest młodszy, działa od 2005 r. Podam tylko króciutko wyniki, które wzbudziły kontrowersje. Było dwudziestu lekarzy z kliniki onkologii i hematologii dziecięcej. W tej chwili przebadano łącznie już więcej dzieci. Ja pokazuję to opracowanie, które jest w komputerze, jako całość. Pięć tysięcy pięćset dwadzieścioro jeden dzieci w różnym wieku. Tyle wydaliśmy skierowań. Celem programu było poszukiwanie „jedynek” i „dwójek” chorób nowotworowych. Oczywiście mogę pokazać ankietę, mam ją tutaj również w wersji elektronicznej. Jest bardzo dokładna. Można by w ten sposób pokazać wszystkie narządy, jakie odchylenia od stanu prawidłowego u tych dzieci wykryliśmy. Nie wykryliśmy choroby nowotworowej, ale skierowaliśmy dzieci do obserwacji onkologicznej.

To, co wykazaliśmy, to zły stan ogólnopediatryczny. Tylko sto dziewięćdziesięcioro dzieci na pięć tysięcy pięćset dwadzieścioro jeden nie miało żadnych odchyśleń. To nie znaczy, że te dzieci były ciężko chore. One miały właśnie ową próchnicę. Pewnie tak jak w Katowicach – 70%. Nie pamiętam teraz wszystkich odsetek. W każdym razie dzieci miały różne defekty zdrowia. Tylko w stu dziewięćdziesięciu bardzo szczegółowych ankietach nie było odchyśleń od normy. Niewątpliwie to trzeba zmienić. Nigdy, przenigdy nie szukałam winnych tej sytuacji, o czym zaraz powiem.

Kolejna sprawa. Badania przesiewowe, które zrobiła Fundacja Ronalda McDonalda w naszym regionie. Badania były również robione na Ścianie Wschodniej i wyniki są porównywalne. Wykazano bardzo wiele odchyśleń od stanu prawidłowego. To z kolei dotyczyło grupy malutkich dzieci w wieku od ośmiu miesięcy do dziewięciu lat.

Wracam do sprawy Europejskiej Akademii Pediatрії i do tego, jak wygląda opieka nad dzieckiem w Europie. Była dyskusja na temat tego, co powinno być wskaźnikiem, miernikiem prawidłowej opieki zdrowotnej. Europejczycy uważają, że wcale nie wskaźnik umieralności niemowląt, bo do tego w ogóle nie należy dopuszczać. To, że jakiś kraj ma niski wskaźnik, a jest tam wiele dzieci, z uszkodzeniami, chorych... Ale nie wymyślili nic mądrego. Wymyślali za to takie rzeczy jak ilość przepisanych antybiotyków, mieli tu też na myśli dużą liczbę hospitalizacji dzieci.

Jaki jest system w Europie? Na trzydzieści cztery kraje w Europie, w GP, czyli General Pediatrics – sześć krajów; mieszane – szesnaście krajów, tylko pediatria – dwanaście krajów. Dyskusja pod tym względem była bardzo gorąca. System GP sprawdził się tylko w dwóch krajach: w Norwegii i Danii. Zarówno Norweżka, jak i Dania uważały, że system się sprawdził. W Anglii, pramatce GP, jest w tej chwili absolutny odwrót od tego systemu. Ten system tam się nie sprawdził. Nie sprawdził się również w innych krajach.

Niemcy pofatygowali się i zrobili takie badanie. Pokazuję przezrocza, które tam robiłam. Proszę zobaczyć, liczba hospitalizacji dzieci, które należą do systemu GP jest dużo wyższa. Koszt prowadzenia dziecka w tym systemie jest dużo wyższy

niż koszt prowadzenia dziecka przez pediatrę. Zaznaczam, to są badania, które wykonalni się Niemcy. Oczywiście jest to do zobaczenia w każdej chwili w większych szczegółach na stronach Europejskiej Akademii Pediatrii. No i oczywiście konkluzja tych badań jest taka, że to my pediatrzy musimy za dzieci walczyć, bo dzieci nie ubierzemy w rękawice...

Króciutko, jeśli chodzi o opiekę szkolną. Lekarzy w szkołach nie ma. Byli. Jaka była komuna, każdy wie. W większość spraw była zła, ale była doskonała opieka szkolna. Dziecko było raz w roku w szkole badane. Był gabinet, do którego mogło dziecko w każdej chwili pójść. Ja nie mówię, że do tego trzeba wrócić. Proszę tak tego nie rozumieć. Absolutnie. Ale czy są w tej chwili coroczne badania lekarskie każdego ucznia? Odpowiedź w naszym materiale brzmi: oczywiście nie. Niektóre dzieci nie były oglądane przez dwa lata, a jeśli były, to tylko z powodu jakiejś choroby, a nie w ramach profilaktyki. Rozmawiałam z panią profesor Barbarą Wojnarowską i Anną Oblacińską, które zajmują się medycyną w wieku szkolnego. Panie z Instytutu Matki i Dziecka przygotowały fantastyczne książeczki. Między innymi w 2007 r. ukazała się książeczka – mam ją tutaj – o nierówności w dostępie do opieki medycznej. W tych materiałach wykazały, że opieka medyczna nad dzieckiem w wieku szkolnym w małych wsiach i wioskach to jest w ogóle prawdziwy dramat. W miastach jest lepiej, ale również w miastach nie w każdej szkole jest pielęgniarka szkolna, a co tu dopiero mówić o opiece lekarskiej.

Na posiedzeniu komisji populacji wieku rozwojowego Polskiej Akademii Nauk była pani profesor Wojnarowska i zapytałam ją, jaka jest kontrola jakości pokazywanych przez nią danych. Bo wynika z nich, że niemal każde dziecko jest oglądane. Ja oglądałam tabele i włos mi dęba stanął. Nie wiadomo, skąd są dane dotyczące województwa dolnośląskiego. To nie jest sześć, to jest trzydzieści tysięcy dzieci. Tak samo wyszło w Katowicach. Tabele, które oglądałam, wyglądają po prostu fantastycznie. Wszystko jest dobrze. Dzieci mamy zdrowe. Populacja jest fantastyczna. Nie umiem odpowiedzieć, dlaczego tak jest. Zapytałam panią profesor, jaką ma kontrolę jakości. Czy to nie jest tak, że ktoś gdzieś odpajkowiec po prostu ankietę i ją wysyła? Czy ona wie, ile jest tam dzieci z popsutymi zębami? Powiedziała, że nigdy nie było takiej kontroli jakości.

Pytanie do rodziców. Jest bowiem taki argument, że rodzice muszą być przy badaniu dziecka, czego w ogóle w Unii Europejskiej nie ma. Ja się specjalnie o to zapytałam. Rodzice nie muszą być obecni przy badaniu dziecka. Jeśli podpiszą zgodę, a są prawnymi opiekunami dziecka, to taka zgoda wystarczy i dziecko spokojnie – zgodnie z polskim prawem, a także europejskim – można badać. Pytanie do rodziców: co wolą?

Siłą rzeczy – uderz w stół, nożyce się odezwą. Jest forum internetowe „Gazety Wrocław”, gdzie lekarze rodzinni napisali - mimo, że występuję w imieniu sześciu tysięcy pediatrów - że jestem ich wrogiem i że ich obraziłam. I na te wypowiedzi jest forum. Gdyby ktoś chciał zobaczyć, mam wydruk, mam wersję komputerową. Nie będę mówiła, co jest na tym forum. Jest tam pięćdziesiąt postów, gdzie jest odpowiedź na pytanie: co wolą ludzie i co ludzie by chcieli i jakby to widzieli? I to pozostawię bez komentarza.

Ważne są instytucje, które zajmują się sprawami dziecka. Mnie się wydaje, że ostatnio rzecznik praw dziecka... No, to w tej chwili się zmieni. Myślę, że pani Ewa Sowińska robiła, co mogła. Zrobiła niewiele.

Komórka zajmująca się sprawami matki i dziecka w Ministerstwie Zdrowia zawsze była dosyć mała. Kiedyś, dawno, był silny departament. Z tego, co wiem, to w tej chwili panie, które tam pracują i pani, którą tu widzimy, mają na pewno szalenie ciężką pracę i ciężki orzech do zgryzienia, bo opieka nad siedmioma milionami dzieci i tyloma problemami, to nie jest praca dla dwóch osób. No i inne instytucje...

Rehabilitacja. Nie będę mówiła o tym, co w ogóle się dzieje w rehabilitacji dziecięcej, bo to kolejny temat rzeka, który byłby do omówienia. Powiem jedno: na przykład jedyny ogólnopolski szpital rehabilitacyjny w Cermnej-Bukowinie koło Kudowy, który hospitalizował wszystkie dzieci po chorobie nowotworowej, nie dostał ani jednego świadczenia w kontrakcie na dzieci onkologiczne. Czyli po prostu te dzieci zostały tego pozbawione.

Całkowicie niewystarczające jest finansowanie opieki paliatywnej dla dzieci, o które walczy Tomasz Dangiel. Pochodzi ono głównie ze środków pozabudżetowych. Przy naszej klinice działa budżetowy oddział opieki paliatywnej. Mogę coś na ten temat powiedzieć.

Kolejna rzecz. Akurat tak się składa, że mam setkę dzieci - hemofilików pod swoją opieką. Prawdopodobnie w tej chwili zabraknie dla tych dzieci czynnika. W ogóle marzeniem, a standardem europejskim, jest czynnik w profilaktyce, a nie na żądanie, tak jak jest u nas w Polsce, jak dobrze idzie.

I teraz jeszcze profilaktyka. To oczywiście oświata, bo społeczeństwo na pewno niewiele wie. Tutaj tylko chcę pokazać, jak działają programy profilaktyczne. To dostałam od pani magister Jolanty Kotowskiej. W jakimkolwiek programie ludzie reagują tylko na imienne zaproszenia. Tu są dwa onkologiczne programy: jeden dotyczy raka piersi, a drugi badania mammograficznego. Jak państwo widzą, nic innego nie funkcjonuje. Na slajdzie jest jeden z naszych pacjentów.

Co możemy zrobić i co chcielibyśmy, żeby się zmieniło? Oczywiście, jeśli chodzi o edukację – dbałość o środowisko, zdrowy tryb życia dziecka. O szczepieniach powie pani docent Jackowska. No i bilanse. Pokażę tylko jedną rekomendację, ze Stanów. Proszę zobaczyć, ile jest bilansów. Nas w Polsce na to nie stać, ja to wiem. To są rekomendacje American Academy of Pediatrics, 2008. Proszę zobaczyć, jak gęsto Amerykanie swoje dzieci kontrolują, a też nie są zadowoleni.

Co my postulujemy? Po pierwsze, postulujemy, wzorem Europy, powrót znaczenia pediatrii w podstawowej opiece nad dzieckiem co najmniej do siódmego roku życia. To jest minimum. To oznacza obecność pediatry w każdej praktyce podstawowej, powrót lekarza pediatry do szkoły, przedszkola, żłobka. Oczywiście nie w wersji komunistycznej, lecz w celu badania każdego dziecka, w obecności lub za zgodą rodziców. To nie ma znaczenia. Naszym zdaniem jeden raz w roku niemal obligatoryjnie powinien być wykonany bilans pediatryczny, zgodnie zresztą ze standardami światowymi. Jak pokazałam, te bilanse są o wiele częstsze niż raz w roku. Wzmocnienie oddziałów pediatrycznych, a nie, że jest jedna pediatria na oddział, tak jak często się zdarza w regionie naszym i nie tylko w naszym. Rozwijanie i umacnianie wyspecjalizowanych centrów pediatrii. I na zakończenie – opóźnione rozpoznania w onkologii dziecięcej. Jedno na sześćset żywo urodzonych dzieci zachorowuje na nowotwór. Jest to pierwsza przyczyna śmierci wśród wszystkich chorób wieku rozwojowego. Nam się udaje wyleczyć 80% dzieci, ale pod warunkiem, że się szybko ten nowotwór rozpozna. Nikt, kto nie jest matką lub ojcem, nikt, komu jego dziecko nie umierało na rękach nie

jest w stanie zrozumieć, jakie to potworne uczucie. To tak jakby gasło wszelkie światło na ziemi, jakby kończył się świat, jakby nie było już niczego. To powiedziała matka dziecka, zresztą nie z nowotworem, tylko które umarło z powodu meningitu.

A ja, proszę państwa, przez trzydzieści trzy lata swojej pracy pochowałam tyle dzieci, ile widzicie państwo u stóp tego ołtarza światełek. Raz w roku we Wrocławiu jest msza za dzieci, które odeszły z Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej. Jest to w sumie za dużo dzieci. Myślę, że mogłoby ich być mniej. To są już tylko takie myśli, że przetrwałam te trzydzieści trzy lata może dlatego, że wierzę, że śmierć stanowi nowe narodziny, jest przejawem i manifestacją spotęgowanej siły wyższego życia, że jest jakby nagrodą życia. A ktokolwiek mówi, że się śmierci nie lęka, ten niewątpliwie kłamie. Ja widzę, jak moje dzieci boją się tej śmierci.

Zobaczcie na krzywe na wykresie. Na górze jest „jedyńka” i „dwójka”, na dole „trójka” i „czwórka”. I to jest w naszych rękach lekarskich, żeby rozpoznać „jedynekę” i „dwójkę”. Oczywiście, że przyczyny późnych rozpoznań są różne: bo jest mała częstość badań, różnorodność histologiczna, nietypowe wczesne objawy itd. O banalnych objawach mówić nie będę. Pokażę kwiatki, kwiatki bez komentarza. To jest oczywiście typowy naciek dziąseł, tak wygląda powiększony węzeł, to dziecko trzy miesiące latało od Annasza do Kajfasza – jest to sarkoma. Takie guzy dzieci potrafiły wyhodować. Proszę państwa, gdzie jest jakikolwiek sens opieki w szkole, w podstawowej opiece, czy też rodziców samych... Ja o tym będę jeszcze mówiła. I kolejne dzieciątko. To jest tłuszczak. I kolejne dzieciątko – sarkoma. I kolejne, i kolejne...

Przyczyna złożona – rodzice i dzieci, lekarze pierwszego kontaktu... Tu mam na myśli wszystkich: chirurgów, okulistów, laryngologów, zależnie od tego, gdzie dziecko pojawi się po raz pierwszy. Oczywiście lekarzy POZ, rodzinnych i pediatrów także. Bo oni też robią błędy. Chcę podkreślić jedno, bo wiem, że tutaj są przedstawiciele medycyny rodzinnej. Ja jestem naprawdę przyjacielem medycyny rodzinnej i nigdy w życiu robiąc te badania nie miałam na myśli, po pierwsze, aby kogokolwiek obrażać... Jeśli ktoś się poczuł jakimkolwiek moim wystąpieniem dotknięty, to przepraszam, ale zawsze dobro dziecka jest, było i będzie dla mnie najważniejsze i tylko to mam na celu.

I to tyle, co chciałam powiedzieć. Musimy wspólnie o wszystko walczyć. Być może przydałby się grant z Ministerstwa Zdrowia na badania profilaktyczne dzieci w całej Polsce. Oczywiście na wszystko są potrzebne pieniądze, o których w kółko myślimy.

Kto nie wie, co to jest – oświecę. Nalewało się wodę, podkładało ręce, a ta woda z dołu leciała. W czymś takim myłam w latach siedemdziesiątych ręce i pieniądze sprawiły, że tak już nie jest. Dzieci naprawdę mają prawo do dobrej opieki medycznej, do tego, żeby nawet w chorobie nowotworowej tak się uśmiechać. I to jest tyle, ile chciałam pokazać. Zawsze kończę swój wykład pokazaniem chłopca z Warszawy, który był po przeszczepie dwa miesiące podłączony do respiratora i według wszelkich znaków w książkach nie powinno go być na tym świecie, a żyje i ma się dobrze.

I to jest to, co chciałam powiedzieć. Przepraszam, bo może mówiłam ciut za długo i zrobiłam z tego pewnego rodzaju bałagan, ale aby omówić dokładnie każdy z tych punktów potrzeba naprawdę dużo czasu.

My pediatrzy, tu wszyscy siedzący, to jest reprezentacja i kwiat pediatrii. Oczywiście nie wszyscy mogli być. Zapraszamy każdego, kto chce się pochylić nad losem dziecka w Polsce. Bo, proszę państwa, w naszej opinii – sześciu tysięcy pediatrów z towarzystw specjalistycznych – nie jest dobrze. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę pana profesora Bodalskiego o uzupełniające wystąpienie.

Profesor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Jerzy Bodalski:

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Poczytuję sobie za ogromny zaszczyt i wyróżnienie móc, w tak znakomitym i dostojnym gronie, wziąć udział w debacie na temat roli pediatrii w systemie ochrony zdrowia w naszym kraju.

Pediatria jest działem medycyny klinicznej i teoretycznej, obejmującym okres życia człowieka od urodzenia do zakończenia okresu dojrzewania. Jako dyscyplina naukowa zajmuje się jedynym w historii życia człowieka okresem biologicznej destabilizacji. Każde dziecko dzisiaj nie jest takie, jakie było wczoraj i nie jest takie, jakie będzie jutro. Stąd inna nazwa pediatrii – medycyna wieku rozwojowego.

Wiedza o dziecku, o fizjologii i patologii jego rozwoju fizycznego i psychicznego, łącznie z zagadnieniami ten rozwój warunkującymi, jak biochemia, genetyka i immunologia, jest wiedzą ogromnie złożoną i trudną. Trudną na tyle, że w krajach wysoko rozwiniętych na niektórych uniwersytetach funkcjonują wydziały pediatrii, jak choćby Wydział Pediatrii Kolegium Medycyny Uniwersytetu na Florydzie. Starsi lekarze pewnie pamiętają, że takie wydziały pediatrii przez kilka lat działały również w naszym kraju, przy Akademii Medycznej w Warszawie i we Wrocławiu.

Polityka państwa w zakresie ochrony zdrowia rządów w poprzednich latach wykształciła osiem, a może dziesięć tysięcy lekarzy pediatrów, którym powierzono zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Uzyskanie specjalizacji II stopnia z pediatrii obejmowało sześć lat nauki i dwa egzaminy składane przed komisją państwową. Stworzono spójny system ochrony zdrowia dziecka, działający w oparciu o struktury administracji państwowej województw.

Przeprowadzona w naszym kraju w latach ostatnich reforma ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego i inne działania temu towarzyszące doprowadziła do totalnej degradacji systemu ochrony zdrowia populacji wieku rozwojowego w naszym kraju. Zlikwidowano wojewódzkie przychodnie matki i dziecka stanowiące administracyjne centra koordynacji działań na rzecz ochrony zdrowia dzieci i młodzieży.

Poprzez likwidację szkolnej służby zdrowia w szkołach i w przedszkolach doprowadzono do likwidacji dokumentowanych wskaźników rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży, profilaktycznych badań okresowych młodzieży szkolnej, dyspensaryzacji chorób, ewidencjonowania i systemowego prowadzenia szczepień ochronnych w placówkach oświatowych, likwidacji gabinetów stomatologicznych i profilaktyki przeciwpróchnicznej zębów u dzieci i młodzieży.

Poprzez likwidację poradni dla dzieci zdrowych zaniechano prowadzenia kontrolowanego rozwoju dzieci i młodzieży, a likwidując poradnie dla dzieci chorych, zrezygnowano z instytucjonalnego patronatu i nadzoru szpitalnych oddziałów dziecięcych nad lecnictwem ambulatoryjnym w terenie.

Spośród możliwych do przyjęcia rozwiązań alternatywnych, pozostających w zgodzie z funkcją lekarza rodzinnego i działających z powodzeniem na terenie wielu krajów europejskich, przyjęto opcję najgorszą – totalnej marginalizacji roli pediatry w opiece nad populacją wieku rozwojowego. Tę powinność oddano w ogromnie wciąż niedoskonałe ręce lekarza rodzinnego, pozostawiając kilka tysięcy zdeorientowanych pediatrów praktycznie bez formalnych możliwości uprawnia zawodu, do którego przez lata byli przygotowywani. Resort zdrowia do chwili obecnej nie zdefiniował w sposób wyraźny polityki państwa wobec zdegradowanej specjalności zawodowej i jasnej wizji roli pediatry w ochronie zdrowia narodu w latach przyszłych.

Jakie są implikacje tego stanu rzeczy? Ilościowo, według danych oficjalnych z roku 2005, w Polsce było pięć tysięcy siedemset piętnastu specjalistów z medycyny rodzinnej. Według mojej oceny, po to, by zaspokoić potrzeby systemu i pokryć w sposób racjonalny mapę Polski gabinetami lekarza rodzinnego powinno być ich w Polsce około dwudziestu tysięcy, czyli cztery razy więcej. Jakościowo są to bardzo dobrzy i ofiarnie pracujący lekarze, tylko w kontekście tego, o czym toczy się debata mają jedną wadę, mianowicie nie potrafią leczyć dzieci. Dyskusja nad tym, czy więcej na temat chorób dzieci wie lekarz pediatra, czy też lekarz rodzinny, wyszkolony krótką ścieżką na specjalistę od wszystkiego, jest bezprzedmiotowa.

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy jest problem opieki nad zdrowiem dzieci i młodzieży w Polsce, należy wziąć pod uwagę kilka podstawowych faktów. Po pierwsze, dane demograficzne populacji wieku rozwojowego. Ludność kraju, według ostatnich danych GUS z 2006 r., wyrażała się liczbą troszkę ponad trzydzieści osiem milionów obywateli, w tym dzieci i młodzieży było w Polsce siedem milionów sześćset tysięcy, co stanowiło około 20% populacji. Mówimy więc o co piątym Polaku.

Warto wiedzieć, że w tymże 2006 r. liczba dzieci i młodzieży w stosunku do 1980 r., to jest w okresie dwudziestu sześciu lat, zmniejszyła się o ponad dwa i pół miliona. Tyle patrzad do tyłu. Patrząc zaś do przodu, długoterminowe prognozy demograficzne wskazują, że liczba ludności polskiej w kolejnych dziesięcioleciach, to jest w latach 2010–2030, będzie sukcesywnie malała - w 2030 r. wyniesie trzydzieści pięć milionów, a liczba dzieci i młodzieży zmniejszy się niemal dwukrotnie w stosunku do 2002 r. i będzie wynosiła zaledwie 15% mieszkańców kraju. Te dane przytaczam nie tylko dlatego, by zwrócić uwagę na podstawowe znaczenie kondycji dzieci i młodzieży w budowie przyszłości narodu i państwa, o czym każdy powinien być przekonany, ale też dlatego, że w tej szczególnej sytuacji demograficznej ma to znaczenie bardziej niż podstawowe.

Kondycja fizyczna populacji wieku rozwojowego. Według raportu Komisji Europejskiej spośród krajów Unii Europejskiej polskie dzieci są najbardziej zagrożone ubóstwem. Co czwarte dziecko w Polsce żyje w biedzie lub na skraju ubóstwa. 8% rodzin w Polsce, w tym co czwarta rodzina wielodzietna, żyje poniżej minimum egzystencji. To sytuacja, w której nie wystarcza na zaspokojenie podstawowych podstaw, takich jak jedzenie, odzież i utrzymanie mieszkania, nie mówiąc o wydatkach na wypoczynek, edukację, czy kulturę.

Według danych z 2007 r. dzieci w Polsce poniżej piętnastego roku życia – proszę o uwagę – mają o 40% większe ryzyko zgonu niż ich rówieśnicy w innych krajach Unii Europejskiej. W województwie łódzkim co czwarte dziecko w wieku od zera do czternastu lat, to jest 25%, jest dotknięte chorobą przewlekłą, jak alergia, astma, choro-

by oczu. W województwach zachodniopomorskim, śląskim i podlaskim odsetek ten jest jeszcze wyższy i sięga 27%. Co dziesiąte dziecko w Polsce dotknięte jest takimi ułomnościami, które ograniczają jego aktywność w porównaniu z rówieśnikami, wymagają dodatkowego zaopatrzenia i korzystania ze specjalnej pomocy, jak aparat słuchowy, okulary, kula, itp.

Liczba dzieci w wieku do czternastu lat zakwalifikowanych do grupy osób niepełnosprawnych wzrosła z dziewięciu tysięcy osób w 1988 r. do stu trzydziestu pięciu tysięcy w 2002 r., to jest piętnastokrotnie w ciągu czternastu lat.

Przytoczone dane statystyczne pochodzą z oficjalnych źródeł i publikacji. Są one ogromnie niedoskonałe i niepełne głównie z tego powodu, że mało kto interesuje się bliższymi analizami dotyczącymi populacji wieku rozwojowego. Istnieją opracowania, które wybiórczo analizują problemy zdrowotne lokalnych populacji, pomijając w ogóle wiek rozwojowy, to jest od piętnastego roku życia.

Kondycja psychiczna populacji. Ta kondycja psychiczna populacji wieku rozwojowego w Polsce jest naturalną konsekwencją przemian ustrojowych i ekonomicznych w naszym kraju w ostatnich dziesięcioleciach, wygenerowaną przez bezrobocie i zubożenie społeczeństwa. Wygląda ona jeszcze gorzej niż kondycja somatyczna. Spośród długiej listy zjawisk społecznie patologicznych, oddziałujących na psychikę dzieci i młodzieży należy wymienić najczęstsze: przestępczość, pijaństwo i alkoholizm, narkomanię, prostytucję i patologię rodziny.

Kroniki policyjne odnotowują, że w ostatnich pięciu latach liczba przestępstw popełnianych przez osoby nieletnie stale rośnie. Pomimo spadku ogólnej liczby przestępstw procentowo coraz większy udział w nich mają właśnie nieletni. W 2005 r. popełnili oni siedemdziesiąt jeden tysięcy czynów karalnych, co stanowiło 5,1% ogólnej liczby przestępstw. Tylko w pierwszej połowie 2006 r. liczba ta wyniosła już czterdzieści dwa tysiące, a udział procentowy wzrósł do 6,6%. Popełniane przestępstwa miały charakter kryminalny i były to: zabójstwa, uszczerbek na zdrowiu, bójki i pobicia, zgwałcenia, kradzieże, kradzieże rozbójnicze, wymuszenia i rozboje. Listę tę uzupełniają przestępstwa narkotyczne. Wśród sprawców czynów karalnych w grupie wiekowej poniżej trzynastego roku życia anotowano tendencję wzrostową w stosunku do lat poprzednich.

Należy z całą mocą podkreślić, że zdrowie psychiczne jest nie mniej ważnym, a nawet ważniejszym elementem rozwoju człowieczeństwa niż zdrowie somatyczne.

Naprzeciw wszystkich omówionych problemów reforma zdrowia postawiła lekarza rodzinnego, nieprzygotowanego do sprawowania tej funkcji i nieświadomego rozmiaru zadań do wypełnienia, odsuwając w cień lekarza pediatrę.

Z tego pobieżnego przeglądu wyłania się smutny obraz sytuacji polskiego dziecka oraz ogrom problemów, które stoją przed społeczeństwem, by w poczuciu odpowiedzialności za los narodu i państwa zadbać o pokolenie, które w najbliższej przyszłości kreować będzie wizerunek Polski na świecie. Smutniejsza jednak od tej złej kondycji najmłodszego pokolenia Polaków jest okoliczność, że problemu tego prawie nikt nie dostrzega, a głos tych, którzy to widzą, nie jest w ogóle przez nikogo brany pod uwagę.

Raporty prasowe są porażające. Własne dzieci kisi się w beczkach po kapuście albo topi w Wiśle, kiedy są niepotrzebne i kiedy przeszkadzają. Możemy jeszcze nimi rzucać o podłogę, pozorując wypadanie z łóżeczka. Coraz częściej dzieci stają się ofia-

rami seksualnych dewiantów. Na rękach matki umiera dziecko, któremu odmówiono pomocy w szpitalu, bo nie miała jakiegoś kwitka, a pielęgniarki wyciągając z inkubatorów kilkusetgramowe wcześniaki, wkładają je sobie do kieszeni fartuchów, żeby urządzić sobie happening. Czy to wszystko nie stanowi dowodu przyzwolenia społecznego na pogardę dla wartości najwyższej, jaką biologia atawistycznie oddaje potomstwu gatunku?

Wysoka Komisjo! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo! Przed kilkoma dniami premier naszego rządu wygłosił orędzie do narodu, które dokładnie w połowie poświęcił problemom dziecka. Proszę łaskawie zauważyć, że nikt z komentatorów nie dostrzegł, iż był to pierwszy premier w powojennej historii Polski – wcześniejszych nie znam – który w orędziu skierowanym do Polaków wypowiedział słowo „dziecko” i zatrzymał się nad jego problemami. W komentarzach traktujących o orędziu premiera znalazłem opinię profesora Ireneusza Krzemińskiego z Uniwersytetu Warszawskiego. „O niczym specjalnie ważnym ani istotnym się nie dowiedzieliśmy” – powiedział profesor socjologii, przedstawiciel nauki o społeczeństwie. Czy to nie jest dowód klimatu społecznego wokół wartości najwyższej, jaką biologia atawistycznie oddaje potomstwu gatunku? Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo za to emocjonalne wystąpienie.

W tej chwili będzie się przygotowywał pan profesor Lukas, ale żeby pokazać inny kontekst, powiem o paru badaniach, które nieco zmieniają obraz tej sytuacji.

Po pierwsze, lata dziewięćdziesiąte i 2000 r. to ewidentny postęp w dziedzinach takich, jak długość życia, spadek umieralności niemowląt, a także radykalne zwiększenie liczby procedur wykonywanych w Polsce. Jest wręcz teza, że kryzysowi gospodarczemu, który rozłożył system socjalistyczny na łopatki, towarzyszył także kryzys populacyjny – radykalne pogorszenie wszelkich wskaźników zdrowotnych, fałszowanie choćby takich wskaźników, jak wskaźnik umieralności niemowląt, gdzie mieliśmy inne kryteria niż Europa, o czym państwo pamiętają.

Ja jako praktyk medycyny szkolnej, świeżo po ukończonych studiach, pamiętam czym były dyspensery i kto był pchany na tę, że tak powiem, pierwszą linię do szkół, żłobków i przedszkoli. Toteż wydaje mi się, że byłoby dobrze, gdybyśmy jednak nie idealizowali przeszłości, nie idealizowali przeszłości i trochę z tym modelem Siemaszki, pomalutku, decydowali jakoś rozwieść.

Dzisiaj jest pytanie o model. To nie jest tak, że ja jestem przeciwnikiem pediatrii, chociaż nie taję, że swojej synowej, która około dziesięć lat temu kończyła studia, odradzałem robienie pediatrii jako specjalizacji. Posłuchała mnie i tak naprawdę wylądowała jako lekarz rodzinny w ramach drugiej specjalizacji. I takich lekarzy, którzy mają pediatrię jako pierwszą specjalizację, a jako drugą lekarza rodzinnego jest wielu.

Nie możemy też odejść od tego, że kryzys, jaki dotyka cały system ochrony zdrowia, musi być postrzegany nie tylko w kontekście pediatrycznym. Popatrzcie, co się dzieje choćby z systemem szpitalnym. Tak że tutaj pediatria też jest jedną z takich poligonowych spraw. Między innymi tym się kierowałem, reagując na prośbę pana senatora Kraski, który chciał dzisiaj omawiać ten temat. Ale żeby ta rozmowa była rzeczowa, to jednak musimy stanąć na gruncie konkretnego. Gdy państwa europejskie ustalały w Alma Ata program zdrowia dla wszystkich i gdy zaczynały wdrażać procedury

profilaktyki i promocji zdrowia, my dalej budowaliśmy szpitale. Na progu uzyskanej suwerenności mieliśmy czterdzieści rozgrzebanych budów dużych szpitali w tak zwanych województwach, co na ogół polegało na tym, że była zbudowana stołówka, pralnia i kotłownia. W stanie surowym były korpusy budynków i do dzisiaj w niektórych miejscach jeszcze nie uporaliśmy się z tą schedą. Dlatego jest pytanie o jak najracjonalniejszą przebudowę tego systemu, i dzisiejsze spotkanie na temat pediatrii w systemie między innymi temu ma służyć.

Bardzo proszę teraz pana profesora Lukasa, a do spraw medycyny rodzinnej, o zabranie głosu.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Medycyny Rodzinnej
Witold Lukas:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Wysoki Senacie! Czcigodni Członkowie Towarzystw Pediatrycznych i Zaproszeni Goście!

Chcę jeszcze raz wyrazić moją radość, że możemy się tutaj spotkać z państwem i przedstawić stanowisko, które reprezentuję w imieniu środowiska lekarzy rodzinnych.

Chciałbym podziękować pani profesor Chybickiej, ponieważ doceniamy zaangażowanie pani profesor w rozwiązywanie problemów opieki zdrowotnej nad dziećmi w Polsce i te fragmenty wystąpienia pani profesor Chybickiej, które miały nawet wręcz dramatyczny tutaj akcent, doskonale rozumiemy.

Chciałbym dodać jeszcze jedno: statystyki, które posiadamy w tej chwili wskazują, że lekarzy rodzinnych w Polsce jest osiem tysięcy ośmuset pięćdziesięciu. Trochę więcej. Oczywiście racja jest, Panie Profesorze, że docelowo liczba dwudziestu tysięcy lekarzy, to jest ta liczba, do której dążymy w niebywale trudnych w tej chwili okolicznościach. Spada bowiem zainteresowanie nie tylko medycyną rodzinną, ale i innymi specjalnościami. Około 40% lekarzy rodzinnych posiada specjalizację z pediatrii. Ja osobiście również posiadam drugi stopień z pediatrii i dlatego ten problem jest mi szczególnie bliski. Pozostała grupa pracowników niepublicznych zakładów, czyli praktyk lekarza rodzinnego, nazwijmy to tak, instytucji lekarza rodzinnego najczęściej zatrudnia pediatrę w swoim zespole. Jeżeli jest internista, lekarz ogólny, to jeszcze zapraszają pediatrę do współpracy w swoim zespole. Sytuacja jest więc taka, że właściwie podstawowa opieka zdrowotna jest nasycona pediatrami, oczywiście nie w 100%, ale w znacznym stopniu. Chcę podkreślić, że jeżeli apelujemy o poprawę jakości opieki, to rzeczywiście apelujemy do nas wszystkich, do lekarzy rodzinnych, ale również i nas pediatrów to dotyczy.

Drugi wątek, jaki chciałbym tutaj podjąć. Mianowicie, Panie Profesorze, padło sformułowanie dotyczące szkolenia tak zwaną krótką ścieżką. Oczywiście, te czasy minęły. W tej chwili kształcenie lekarza rodzinnego w trybie rezydenturki zajmuje cztery lata, a w trybie dla lekarzy poza rezydenturą trzy lata. Jednak każdy z tych lekarzy najczęściej posiada już specjalizację czy to z interny, czy z innej specjalności. A zatem to kształcenie, sumarycznie rzecz biorąc, jest równie wyczerpujące, zakończone również państwowym egzaminem i to trójstopniowym. Jeżeli więc chodzi o tego typu aspekty, mówienie, że to są lekarze niedouczeni czy posiadający podejrzaną kwalifikację, to tu bym pozwolił sobie troszeczkę z tym polemizować.

Jest jeszcze jeden wątek. Spojrzenie na lekarza jako rodzinnego super specjalistę, znajdującego się na równi z pediatrą, na równi z psychiatrą czy powiedzmy z neurologiem na wszystkich problemach medycyny, jest tutaj nieporozumieniem. Przecież różnica polega na stopniu referencyjności. Lekarz rodzinny musi się znać na tym, co jest na pierwszym etapie kontaktu z pacjentem, czyli w tym zakresie powinien być mistrzem. Nie uzurpuje sobie jednak prawa, żeby być super specjalistą i wnikać w drugi i trzeci stopień referencyjności. To mówię, aby ustalić na samym wstępie, że ta dyskusja nie powinna może zmierzać w tym kierunku, że lekarz rodzinny uzurpuje sobie prawo do decydowania o wielu sprawach, do których on absolutnie nie ma takich kompetencji.

Teraz króciutko chcę jeszcze odnieść się do pewnych elementów, które uwzględniło Polskie Towarzystwo Pediatryczne, zajmując stanowisko wobec pewnych tez przygotowanych przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych.

Jeżeli można prosić o wyświetlenie następnych slajdów... To stanowisko mają państwo zawarte w tekście, czyli nie będziemy się tym szczegółowo zajmowali. Z częścią punktów, jeżeli chodzi o stanowisko kolegium, państwo zgadzają się. Punkt trzeci mówi, że przejmowanie od rodziców odpowiedzialności za zdrowie dzieci przez jakiegokolwiek struktury publiczne jest działaniem niecelowym, a czasem szkodliwym. Oczywiście jest pełna zgodność z państwa poglądami, że w przypadkach szczególnych, w rodzinach patologicznych musi interweniować państwo. Co do szkoły zaś... Jeżeli mógłbym prosić o przejście trzech, czterech przezroczy do przodu... Proszę państwa, przyznaję, że często zastanawiałem się w dyskusji z kolegami, co z tą szkołą. Czy rzeczywiście ta szkoła to było dobre rozwiązanie? Wielokrotnie w Kolegium Lekarzy Rodzinnych i w innych gremiach dyskutowaliśmy nad tym zagadnieniem. Uczestniczyłem nawet w przygotowaniu dokumentów. Byłem razem z panią profesor Wojnarowską w zespole, który zajmował się opracowaniem zasad higieny szkolnej w nowej rzeczywistości. Proszę państwa, zasadnicze problemy. Po pierwsze, jeżeli już o tym mówimy, skąd wziąć kadry do szkoły? Jak zapewnić dostępność lekarza w szkole? Od której godziny? Od godziny ósmej do szesnastej, do osiemnastej? Codziennie? I jeżeli coś się dzieje w szkole, to czy lekarz rzeczywiście tam wtedy będzie? Chodzi o wypadek czy jakąś interwencję. Jak zapewnić atrakcyjne wynagrodzenie, żeby w ogóle chciał być w tej szkole? Przecież będzie szukał innej posady, żeby jakoś rodzinę utrzymać. Jak wykorzystać jego czas pracy? Czy on rzeczywiście będzie od godziny ósmej do tej szesnastej badał po kolei wszystkie dzieci ze szkoły? Jak to zorganizować? Jak zapewnić ciągłość i kompleksowość opieki? W jaki sposób miałby on przekazywać informacje do podstawowej opieki zdrowotnej, do lekarza, który zajmuje się całą rodziną? Wyposażenie gabinetu, cały aparat towarzyszący, osprzęt, możliwości... To jest więc temat na chwilę obecną, nam się wydaje, nierealny. Pan przewodniczący senackiej komisji był łaskaw powiedzieć, że – ja to też obserwowałem w młodości – do szkół szli młodzi lekarze. Akcyjnie to wyglądało. Badania były robione tak, jak były robione. Informacje były przechowywane w tych szkołach. Ale jaki z tego był pożytek? Nie wiem. W każdym razie moim zdaniem należałoby ten problem bardzo szczegółowo przedyskutować i głęboko się nad tym zastanowić.

Wobec tego, dlaczego lekarz rodzinny. Pani profesor Chybicka przedstawiła tutaj pewne przykłady negatywne i że w innych krajach pediatria jest w podstawowej opiece zdrowotnej. Prawda. Ale system niemiecki, który pani profesor zacytowała, jest akurat

najmniej typowym systemem. Polska w ogóle się na nim nie wzorowała, bo to jest zupełnie inny system. To jest system niespójny z systemem skandynawskim. Gdy wprowadzano instytucję lekarza rodzinnego w Polsce, absolutnie nie brano pod uwagę systemu niemieckiego. Tam rzeczywiście są możliwe tego typu sytuacje. W Hiszpanii funkcjonuje lekarz rodzinny w praktykach. Zresztą tak jak i u nas – instytucja lekarza rodzinnego. Są tylko pewne problemy techniczne, ponieważ lekarz rodzinny nie jest w stanie zająć się innymi zadaniami, które wykonuje praktyka lekarza rodzinnego, ponieważ lekarz pediatra nie jest przygotowany, by zajmować się ludźmi starszymi itd., itd.

Lekarz rodzinny został w Polsce wprowadzony dlatego, że to miało być tańsze rozwiązanie. On miał być tym *gatekeeper*, rzecz można – odźwiernym. On miał po tej wstępnej selekcji, jak tu pan profesor podkreślił, wprowadzać pacjenta w system. Ta wstępna selekcja powinna być doskonała. On powinien dzieci, bo mówimy w tej chwili o dzieciach, kwalifikować dalej do leczenia albo pomagać na tym etapie, na którym jest w stanie pomóc. Czyli ciągłość opieki, współpraca z rodziną – to był ten drugi ważny argument.

Wszelchstronność opieki, to był trzeci argument. Koordynacja opieki, dominacja prewencji w zakresie czynności lekarza rodzinnego, jeżeli chodzi o dzieci, i wreszcie opieka w kontekście społeczności lokalnej. To są te pryncypia, które determinowały wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego w Polsce.

Wprowadzenie systemu dostępności opieki w określonych godzinach dokonało pewnej rewolucji w Polsce. Jest to w tej chwili, jeżeli chodzi o POZ, pewna wyspa. W specjalistyce nie mamy takiego systemu rejestracji na godziny. W większości praktyk lekarzy rodzinnych – być może są jakieś wyjątki, gdzie od czasu do czasu może coś tam się dzieje – jest to rejestracja na godziny. A zatem jest to dostępność na żądanie rodziców, opiekunów, na żądanie pacjentów. Nie mówię też o tym wątku, który może się pojawiać na Mazowszu, w Warszawie, ponieważ warszawska medycyna rodzinna jest dosyć specyficzna i uwarunkowana jeszcze innymi rozwiązaniami, o których nie będę w tej chwili mówił.

Ciągłość opieki. Mamy tutaj luki. Brak przepływu informacji z różnych szczebli – pierwszego, drugiego, trzeciego. W jedną i w drugą stronę. To pozostawia wiele do życzenia, jest wiele do zrobienia.

I wreszcie, jeżeli chodzi o takie aspekty, jak działalność, dominacja prewencji, to tu podnosiły się różne głosy odnośnie szczepień dzieci. Jeżeli mógłbym prosić o pokazanie mapy. To są dane głównego inspektora sanitarnego. Realizacja szczepień jest bardzo duża – 95–97%. A więc to jest akurat kontrolowane bardzo precyzyjnie przez służby sanepidu. Wszystkie praktyki lekarzy rodzinnych są kontrolowane prawie co miesiąc. I to nie jest jakaś sztuczna dokumentacja, tylko to jest rzeczywiście sprawdzalna i realizowana rzecz.

Przez różne centra wojewódzkie są również prowadzone statystyki odnośnie do schorzeń, problemów wykrywanych w podstawowej opiece zdrowotnej. Na prezentowanym slajdzie są przedstawione szczepienia według roczników. Tego typu zestawienia są dostępne w wielu województwach.

Sprawa regulacji prawnej to jest następny problem, który należałoby mówić. Może powrócić do centralizacji tego typu danych. To jest bardzo ważne.

Współpraca z pediatrami medycyny rodzinnej. A więc opublikowaliśmy wspólnie rekomendacje na przykład dotyczące witaminy D3 i zapobieganiu krzywicy. W tej chwili są wdrożone zalecenia żywieniowe, jeżeli chodzi o dzieci.

Dalej, jeżeli chodzi o realizację kształcenia ustawicznego, to w ramach Akademii Kształcenia Ustawicznego „Lancet”, która w wielu miastach Polski co miesiąc ma wiele spotkań, jest realizowany moduł pediatriczny. Zapraszani są wybitni specjaliści pediatrizy do prowadzenia szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. To jest od lat. To nie jest od dziś, tylko od wielu lat.

I wreszcie, proszę państwa, namacalnym dowodem naszej współpracy są podręczniki, w których rozdziały dotyczące medycyny rodzinnej opracowali wybitni pediatrizy. To są znane nazwiska i można to sprawdzić. Wiele takich podręczników wydano w ostatnich latach, opublikowano artykuły naukowe.

A zatem, kończąc, moja propozycja w imieniu środowiska lekarzy rodzinnych jest taka, że należałoby jednak zjednoczyć nasze siły i razem pewne rzeczy rozwiązywać. Sądzę, że jesteśmy sobie bardzo potrzebni. I dlatego przede wszystkim trzeba byłoby przyjrzeć się, rzeczywiście, badaniom profilaktycznym, zarówno w zakresie dokumentacji tych badań, jak i rozwiązań systemowych. Dam przykład – wady rozwojowe. Jeżeli są wady postawy – o tym tutaj ktoś mówił – to zrobimy szczelny system, żeby dziecko mogło być kierowane z POZ do właściwej rehabilitacji, żeby to było kontrolowane i żeby były zbadane efekty końcowe. Zrobimy taki system od początku do końca. Nie wystarczy przesłać dzieci i stwierdzić, że któreś ma skoliozę, ale trzeba do końca tę sprawę załatwić. Jak to ma wyglądać? Jaka ma być kontrola? Ja daję tylko przykłady wspólnych zamierzeń, które warto by zrobić.

Drugim ważnym wspólnym zadaniem jest chociażby przygotowanie i pilnowanie zasad antybiotykoterapii. Wdrożenie programów, które by kontrolowały zwłaszcza stosowanie antybiotyków u dzieci od zero do szóstego roku życia – to jest ważne – oraz programy wzmagające czujność onkologiczną. Ukłon w stronę pani profesor Chybickiej. Nie ma takich programów przesiewowych. Zresztą w pediatrii jest to prawie nieosiągalne. Wiem, że pan profesor Kowalczyk próbuje wprowadzić jakiś jeden program, ale przynajmniej trzeba wzmacniać tę czujność onkologiczną lekarzy POZ. Mógłbym tu podawać jeszcze inne przykłady, ale sądzę, że to są rozważania już na poziomie grup roboczych pediatrów i – jeżeli zechcą ich zaprosić – lekarzy rodzinnych. Jesteśmy otwarci na współpracę i dziękuję bardzo za oddanie mi głosu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

W tej chwili otwieram dyskusję. Bardzo proszę o zgłaszanie się do dyskusji. Bardzo proszę, pan senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie!

Myślałem, że znajdę odpowiedź na pytanie jako ten, który jest w terenie od siedemnastu lat dyrektorem jeszcze nadal SPZOZ. Możemy dyskutować tutaj jeszcze kilkanaście godzin. Nie widząc jednak płatnika na tej sali, to oczywiście – pan minister przyjmie, zapisze, odpowie i na tym się skończy. Jako, jak powiedziałem, praktyk, dyrektor jeszcze SPZOZ, wielospecjalistycznego szpitala, chciałbym znać odpowiedź.

Jestem zbulwersowany tym, co powiedział przed chwilą pan profesor. A powiem zaraz dlaczego.

Po pierwsze – kadra. Ja w tej chwili mam dalej ósemkę pediatrów, którzy pracują w powiecie o liczbie ponad dwustu tysięcy mieszkańców. Większość to są byli pediatrzy na emeryturze, którzy de facto przychodzą na dyżury. W większości, ale nie tylko.

Druga sprawa – procedury. Znowu pytanie do płaćnika. Procedury pediatryczne i internistyczne, zwłaszcza te pierwsze, są naprawdę mało opłacalne, przede wszystkim dla mnie jako dyrektora SPZOZ.

Następna sprawa. Panie Profesorze, nie tylko chodzi o pediatrię, chodzi też o to miejsce, gdzie pan ma internistów. Proszę przyjść do każdego szpitalnego oddziału ratunkowego, a w tym przypadku na izbę przyjęć pediatryczną, po południu i zobaczy pan, co się dzieje. Zobaczy pan jaka jest jakość opieki. Ja nie mówię, że wszystkich pediatrów, że wszystkich internistów czy ewentualnie lekarzy POZ. Zobaczy pan, co się dzieje i jakie to jest kosztowne, bo w większości szpitalne oddziały ratunkowe są już powoli zamykane, bo się nie kalkuluje na podstawie tego ryczałtu, który mamy. To się nie opłaca.

Jest bardzo wąska dziedzina – neonatologia. To mówię też jako ordynator oddziału ginekologiczno-położniczego, gdzie pracujemy w systemie dziennym, mając ileś tam tysięcy porodów. Na dzisiaj nie ma chętnych do specjalizowania się. Oczywiście nie tylko w pediatrii. Tam już w ogóle nic nie ma. Nie ma nic. Oczywiście, można przyjąć taki model, że jednostka wojewódzka albo kliniczna będzie miała nadzór. No, ja przepraszam, ale wcześniaki rodzą się też w takim szpitalu, gdzie jest ponad tysiąc porodów.

Kolejna sprawa. Otworzyliśmy oddziały. Nie wszystkie oddziały pediatryczne, już nie mówię o onkologicznych i położniczych, mają takie warunki, bo w większości są to szpitale, które mają sześćdziesiąt czy więcej lat. Dzisiaj jest to czasami problem, żeby na oddziale pediatrycznym z dzieckiem była matka. Odbywa się to kosztem pewnych ruchów łóżek na sali chorych. Jeżeli jeszcze dziecko jest duże to zdarza się, że dziecko czasami siedzi, a matka leży, odpoczywa. Są też takie absurdy. Już nie mówię o rozliczeniu później mediów, gdy trzeba wziąć ewentualnie parę groszy za podgrzaną wodę. Nie będę tego komentował.

Są jeszcze wąskie dziedziny i później jest problem, kto ma leczyć, jak ma leczyć, kto ma przyjmować. Chociażby chirurgia dziecięca, gdzie mamy duże problemy. Czy ewentualnie ma to leczyć mój zespół chirurgiczny, gdzie mam ludzi po rehabilitacji, czy ewentualnie konsultant wojewódzki, który jest jedyny w danym województwie, a on ma oddział i też ma procedury, i też ma pewne do wyrobienia punkty. Inaczej bowiem to my mu przecież – już nie mówię o przypadkach wyrostków czy innych u tych małych dzieci – nie podsyłamy tych małych pacjentów. Ja już nie mówię o znieczuleniu, o problemach, które są później na oddziałach specjalistycznych z dziećmi w przedziale wieku od zera do trzech lat, gdzie anestezjolodzy mają takie czy inne zastrzeżenia, jeżeli chodzi już o prowadzenie tych dzieciaków.

Chcę prosić państwa o jedną rzecz – o współpracę. Model opieki jest taki, że na pewno na dziś nie ma możliwości powrotu do sytuacji sprzed paru lat. Ale myślę, że na pewnym etapie prac ktoś o czymś nie pomyślał. Trudno mówić, że lekarz POZ, zwłaszcza ten, który jest pediatrą, zabezpieczy to, co ewentualnie do tej pory zabezpieczali pediatrzy. Oczywiście jest jeden punkt wspólny, który obserwuję. Tym wspólnym punktem są organizowane przez dilerów jakichś leków spotkania, na których oczywiście są wszyscy moi pediatrzy, ci z POZ, i ci z oddziałów szpitalnych.

I teraz chcę zapytać, czy myślenie ma pójść w tym kierunku, jaki się teraz proponuje. To jest oczywiście myślenie europejskie. Jak powiedziałem, jestem ginekologiem

położnikiem, nie jedynym na tej sali. A więc, czy mamy otworzyć w tej chwili możliwość rodzenia w domu przy pomocy położnej, która odbierze ten poród, bez stresów, fizjologicznie itd.? Z tym się nie zgadzam jako położnik ginekolog. Czy ewentualnie tak mamy postąpić też z pediatrią? Ale dopóki nie będzie na tej sali, Panie Przewodniczący, płatnika, to możemy sobie poopowiadać. Ja rozumiem, że tutaj jest tyle mądrych głów. Przepraszam, że swoją skromną osobą zająłem państwu trochę czasu. Nie zgadzam się z takim postawieniem tematu. Chyba że chodzi o to, żeby, przepraszam panie i panów, którzy reprezentujecie towarzystwo właśnie pediatrów, powiedzieć wam, żeście się nagadali, ale nic się nie zmieni. A przecież nie o to chodzi. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ja tylko chcę zapytać, czy jest przedstawiciel płatnika, bo miał być dyrektor z Narodowego Funduszu Zdrowia.

(Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia Jerzy Figat: Jest płatnik. Przyszedłem w zastępstwie prezesa Grabowskiego, który był zaproszony, ale niestety w tej chwili są dosyć intensywne prace zespołu kończące zebranie...)

Rozumiem. To tak pocieszająco dla pana senatora Krajczego, że mamy i płatnika...

(Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia Jerzy Figat: Też ginekolog położnik.)

No dobrze. Przy organizowaniu tego typu seminariów staramy się o to, żeby były wszystkie zainteresowane strony. W związku z tym wracamy do dyskusji. Ponieważ wywoływany był przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia, czy pan w tym momencie chce zabrać głos czy trochę później?

(Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia Jerzy Figat: Ja myślę, że na pewno będą jeszcze jakieś pytania.)

Dobrze, to jeszcze poczekamy.

Bardzo proszę, po kolei. Zgłosił się pan senator Kraska. Logika posiedzeń komisji jest taka, że senatorowie mają tutaj chody i gdy się zgłaszają, to będą musieli być dopuszczeni do głosu.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący, za te chody.

Na początek chciałbym jeszcze raz podziękować panu przewodniczącemu, że wywołał ten temat, że doprowadził do dzisiejszego spotkania, aczkolwiek jestem zdziwiony, że tylu pediatrów, i to mężczyzn, dzisiaj się pojawiło. Zawsze pediatrzy kojarzą mi się z kobietami...

Proszę państwa, słuchając wystąpień uderza mnie takie troszeczkę podwójne widzenie. Pani profesor Chylicka przedstawiła nam właściwie dramatyczną sytuację, jaka dotyczy w ochronie zdrowia najmłodszej populacji, czyli dzieci. Pan profesor Lukas wręcz odwrotnie, że jest wszystko fajnie i wspaniale. W materiałach, które dostaliśmy od pana ministra jest opinia konsultanta do spraw medycyny rodzinnej. Szukałem co prawda opinii konsultanta do spraw pediatrii, ale nie znalazłem, czyli...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Opinia pana ministra jest na końcu.)

Ale jest właśnie chyba tylko w zakresie medycyny rodzinnej.

Myślę, że jedna strona ma rację i druga strona ma rację. Że w pewnym momencie zostało wylane dziecko z kąpielą, ponieważ w naszym kraju opieka nad najmłodszym człowiekiem w tej chwili, nie ukrywam, że kuleje. Myślę, że to się wszystko, niestety, rozbija jak zwykle o finanse. Lekarze rodzinni bowiem, myślę, nie są zainteresowani, żeby otaczać tych najmłodszych aż tak wielką profilaktyką, ponieważ lekarz rodzinny dostaje pieniądze na tak zwaną głowę. Nie jest mu płacone za wykonaną procedurę. On więc nie jest zainteresowany, żeby pracować nad całą populacją, bo nie ma motywacji finansowej.

Niejednokrotnie spotykamy się z tym, że lekarze rodzinni, tak jak powiedział pan profesor, są pediatrami. Zadaję więc pytanie, dlaczego jest tak źle. Wielu lekarzy rodzinnych to są pediatrzy, mają więc specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia, czyli właściwie są przygotowani do opieki nad dziećmi, a, jak przedstawiła pani profesor, ta profilaktyka właściwie leży i jest dramatyczna sytuacja.

Czy nie warto by było się jednak troszeczkę przyjrzeć – czy to ministerstwo, czy Narodowy Fundusz Zdrowia – żeby tę nieliczną co prawda, już wymierającą myślę, grupę pediatrów... Z tego, co wiem, do robienia specjalizacji z pediatrii garnie się coraz mniej osób, ponieważ nie widzą dla siebie perspektywy. Czy nie połączyć jednak pracy lekarza rodzinnego ze specjalizacją pediatrii, która naprawdę niejednokrotnie pomogłaby temu lekarzowi? Jako praktyk nieraz spotykam się z sytuacją, kiedy lekarz rodzinny praktycznie nie bada dziecka, ponieważ on mówi, że on się dziecka nie dotknie i od razu kieruje czy na oddział pediatriczny, czy, jeśli chodzi o moją specjalizację, na oddział chirurgiczny. On mówi, że dzieci nie będzie badał. Dla mnie to jest zupełnie niepojęte i dziwne.

Czy na przykład nie warto by było, żeby do pediatri można było się dostać bez skierowania? Czyli żeby matka czy ojciec mogliby mieć wybór, żeby nie musieli iść do lekarza pierwszego kontaktu z tym dzieckiem, a mogli zgłosić się do pediatri. Czy nie można by wprowadzić takiego systemu?

Myślę, że dzisiejsza dyskusja jest o tyle ważna, że rozpocznie w naszym kraju dyskusję na temat ochrony najmłodszego człowieka, jakim jest dziecko. Myślę, że dzisiaj konkretnych wniosków nie ustalimy, bo to nie jest to miejsce i czas, ale myślę, że obecność tylu słów pediatrii na tej sali dowodzi tego, że...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Medycyny rodzinnej.)

Są też i medycyny rodzinnej. Te dwie specjalizacje powinny w jakiś sposób dojść do porozumienia i wypracować taki model, który by służył nam wszystkim. Nie tylko dorosłym, ale szczególnie dzieciom. Dziękuję bardzo.

(Senator Stanisław Karczewski: Można?)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Przepraszam bardzo, Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, że w tej chwili zabieram głos, ale będę musiał wcześniej wyjść, a chcę podzielić się z państwem swoimi wrażeniami i swoimi odczuciami. Mam żonę pediatrę i śledzę sytuację już od

dwudziestu kilku lat, a właściwie od trzydziestu. Mam też swoje obserwacje, a ponieważ już muszę wyjść, to chciałbym w tym momencie zabrać głos.

Na pewno jesteśmy w trudnym okresie przejściowym dla pediatrii i w zakresie opieki nad dzieckiem. Poruszano tutaj problem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza rodzinnego, lekarza, który stoi w bramce – *gatekeeper*. Na pewno w tej chwili oni puszczają za dużo goli, jeśli można tak obrazowo powiedzieć. Dużo spraw pediatrycznych pozostaje do rozwiązania i właściwie nie wiadomo gdzie - czy w tym SOR, czy w izbie przyjęć pediatrycznej. Tak to praktycznie wygląda.

Przed chwilą nawet pytałem pana ministra, czy istnieją jeszcze, a wiem, że nie istnieją, specjalistyczne poradnie pediatryczne. Ich nie ma, prawda? Wszystko zostało przesunięte na poziom podstawowej opieki zdrowotnej i później właściwie jest już tylko i wyłącznie szpital, bądź pomoc z SOR. Tak wygląda to w praktyce. Nie ma jakiejś pośredniej formy pomocy dzieciom. Tego brakuje. Wydaje mi się, że na to trzeba zwrócić uwagę, bo ten dystans między POZ a szpitalem pozbawia nas tego, co wszyscy mamy. Prawda? Bo mamy poradnię chirurgiczną, poradnię ginekologiczną itd., itd. I za to jest płacone, i to funkcjonuje. Lepiej, gorzej, ale funkcjonuje. Tutaj tego brakuje i to jest element, na który trzeba zwrócić uwagę. I to jest chyba bardzo istotne.

Na pewno nie ma już powrotu do lekarza szkolnego. Sam jako młody lekarz, powiem szczerze, że badać uczyłem się chyba na dzieciach. Myślę więc, że to był taki eksperyment niezbyt udany i niedobry.

Zwrócę się jeszcze z apelem do ministerstwa. Wydaje mi się, że ważnym elementem w kształceniu lekarza jest staż. Jeśli państwo zlikwidujecie ten staż - a wszyscy tu pracujący lekarze mieliśmy staż na pediatrii, to było kilka miesięcy, kiedy każdy mógł się tej pediatrii chociaż trochę nauczyć – to naprawdę będzie to z olbrzymią szkodą dla polskich dzieci, dla medycyny. Moim zdaniem jest to ogromny błąd. Będzie to odczuwalne w zakresie pediatrii, jak również w zakresie pomocy dzieciom.

Panie Profesorze, bardzo się cieszę, że pan profesor dostrzegł troskę pana premiera w zakresie pediatrii i w zakresie pomocy dzieciom. Muszę jednak panu powiedzieć, że nie zauważył pan działań poprzedniego premiera i poprzedniego rządu, który bardzo dużo zrobił dla dzieci. Pierwsza ustawa uchwalona przez poprzedni rząd dotyczyła dożywiania dzieci. To był nie tylko symbol, ale to był gest. To nie były słowa, ale były czyny. Tak że bardzo bym prosił również zwrócić uwagę na to, że poprzedni minister zdrowia o pediatrii, chociaż sam jest chirurgiem i kardiochirurgiem, mówił bardzo dużo i też chciał dużo zmienić w zakresie pediatrii. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

**Łódzki Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pediatrii
Jerzy Stańczyk:**

Jestem konsultantem dla województwa łódzkiego, a jednocześnie dyrektorem szpitala uniwersyteckiego pediatrycznego w Łodzi.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chcę zwrócić uwagę państwa na pewne aspekty dotyczące funkcjonowania szpitala, na to, o czym pan senator był łaskaw już powiedzieć, ale również na pewne

problemy dotyczące populacji w Łodzi. Otóż to, co jest bardzo niepokojące, to jest sprawa redukcji łóżek pediatrycznych w poszczególnych województwach. Myślę, że to dotyczy nie tylko województwa łódzkiego, ale również innych województw. Chcę państwu powiedzieć, że w ciągu sześciu lat w województwie łódzkim zlikwidowano 33% łóżek pediatrycznych, a w Łodzi aż 54%. To spowodowało sytuację, że na początku tego roku musieliśmy wysyłać dzieci z Łodzi do szpitali w Bełchatowie, w Piotrkowie, w Skierniewicach. Nie było możliwości hospitalizowania tych dzieci w szpitalach łódzkich, a mamy praktycznie dwa szpitale – Instytut Pediatrii i Centrum Zdrowia Matki Polki. Jaka jest przyczyna tego, że łóżek pediatrycznych jest coraz mniej nie tylko w dużych miastach, ale również w miastach powiatowych? To, o czym mówił pan dyrektor, pan senator, mianowicie przyczyny ekonomiczne. Otóż procedury pediatryczne wycenione są tak nisko, że dyrektorzy szpitali nie są zainteresowani tym, żeby utrzymywać łóżka pediatryczne. Te łóżka bowiem przynoszą straty. W związku z tym łóżka pediatryczne są restrukturyzowane i na ich miejsca powstają łóżka, które przynoszą szpitalowi konkretne pieniądze. Z tym problemem zwracaliśmy się już wielokrotnie do Funduszu, ale do tej pory nie został on załatwiony. I to nie dotyczy tylko pediatrii, ale to również chirurgii dziecięcej, laryngologii dziecięcej czy okulistyki.

To, co również jest bardzo niepokojące, to niedobór kadry pediatrów w oddziałach szpitalnych. To, co sygnalizowała już pani profesor, że jest wiele oddziałów, gdzie jest ordynator i jeden asystent na trzydzieści łóżek. W związku z tym, że najczęściej lekarze pracujący w oddziałach pediatrycznych to są kobiety i często już w wieku przedemerytalnym, ordynatorzy mają po dziesięć, dwanaście, czasami czternaście dyżurów w ciągu miesiąca, bo nikt na tych oddziałach dyżurować nie chce. Koledzy, którzy pracowali na oddziałach pediatrycznych odeszli do POZ, bo tam zarabiają dwa albo trzy razy więcej niż w szpitalach na oddziałach pediatrycznych. To powoduje, że za chwilę część oddziałów pediatrycznych zostanie zamknięta. Nie z tego powodu, że dyrektorzy nie chcą utrzymać tych oddziałów, tylko po prostu nie będzie pediatrów. Dlaczego tak się dzieje? Między innymi dlatego, że nie ma chętnych do robienia specjalizacji. Chętni są praktycznie tylko w dużych miastach, w dużych ośrodkach, tam, gdzie są kliniki pediatryczne i gdzie koledzy dostają etaty akademickie, bo tam mogą na miejscu robić specjalizację. Ale ja rozmawiając z ordynatorami w szpitalach powiatowych, widzę, co się dzieje. Tam oczywiście byliby chętni, tylko proszę sobie wyobrazić, że taka osoba, która chce robić specjalizację w szpitalu w Łowiczu ma dojeżdżać na tę specjalizację do Łodzi przez sześć lat w godzinach 8.00–16.00. Jest to praktycznie niemożliwe. Jeżeli ta sytuacja nie ulegnie zmianie, to za chwilę będziemy mieli absolutny kryzys. W tej chwili bowiem większość pediatrów to są ludzie powyżej pięćdziesiątego czy pięćdziesiątego piątego roku życia. Jest luka pokoleniowa, czyli krótko mówiąc za chwilę problem sam się rozwiąże, bo pediatrów nie będzie.

Następna sprawa to jest sprawa regulacji kosztów pobytu matki z dzieckiem w szpitalu, to, o czym mówił pan dyrektor. Pan profesor Religa, minister zdrowia, trzy lata temu w Łodzi obiecał nam, że ten problem załatwi w takim sensie, że Narodowy Fundusz Zdrowia będzie pokrywał koszty pobytu matki na oddziale. Do tej pory tego nikt nie robi i te koszty obciążają szpital.

Następna sprawa to jest sprawa szpitalnych oddziałów ratunkowych. Musi się zmienić system finansowania tych oddziałów. Jeżeli nie będzie płacone za procedurę to... Proszę państwa, u mnie w szpitalu codziennie przyjmujemy około stu pacjentów.

To są pacjenci, którzy nie zostali załatwieni przez lekarzy rodzinnych i zostali skierowani do SOR. Dostajemy za to grosze, bo to jest płacone ryczałtowo.

Ostatnia sprawa – wprowadzenie do systemu specjalistycznej opieki pediatrycznej, czyli poradni specjalistycznych, to, co pan senator był łaskaw powiedzieć. Jeżeli tego nie będzie, a to funkcjonuje w wielu krajach, to będzie luka. Czyli będzie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i oddział szpitalny albo SOR szpitalny. To jest katastrofa dla szpitali pediatrycznych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę. Tylko, Szanowni Państwo, ograniczamy teraz czas wystąpienia do czterech minut.

Bardzo proszę.

**Lubuski Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pediatrii
Marian Krawczyński:**

Chciałbym się zatrzymać, bardzo krótko oczywiście, przy problemach związanych głównie ze zdrowiem populacji szkolnej. Jest to problem bardziej prewencyjny, mniej może leczniczy, bo uważa się, że ta populacja jest populacją najzdrowszą w przekroju całości naszego życia. Niemniej ma wiele problemów zdrowotnych, które można ująć ogólnie tak, że co trzecie dziecko jest obciążone jakimś przewlekłym problemem zdrowotnym. Nie będę ich omawiał, bo oczywiście nie ma na to czasu.

Chciałbym zwrócić uwagę, że szczególne potrzeby dotyczą zdrowia i poradnictwa psychosocjomedycznego. Są to na przykład problematyka nasilających się w ostatnim czasie zaburzeń psychosomatycznych, uzależnień, problemów związanych z inicjacją seksualną, również konsekwencji biopsychicznych z tego wynikających, zaburzeń nerwicowych, zaburzeń zachowania i w konsekwencji różnych zachowań społecznych. I tu nie chcę do tego wracać, chciałbym jednak powiedzieć, że główne zagrożenia wynikają szczególnie z wadliwego stylu życia i zachowań antyzdrowotnych, niestety nadal w wielu środowiskach nieracjonalnego żywienia, obniżającej się aktywności fizycznej w szkole i w domu oraz uzależnień, o których wspominałem. Dla przykładu, żeby nie być gołosłownym... Podam chociaż jeden przykład z danych Narodowego Programu Zdrowia, który zakończył się w 2005 r. Obecnie mamy kolejną edycję. Tam było osiemnaście celów operacyjnych, w tym większość dotyczyła głównie dzieci i młodzieży. Chciałbym zwrócić uwagę na dwa. Mianowicie, pierwszy problem to jest kwestia zmniejszenia zmian struktury spożycia alkoholu. Według danych sprawozdawczych – sprawozdania są wprowadzić trochę, powiedziałbym, poufne – spożycie piwa wzrosło dwukrotnie, a średnia spożycia na głowę mieszkańca stuprocentowego alkoholu wynosi 8,02 l. Stuprocentowego. A ponieważ spożycie piwa wzrosło dwukrotnie, to samo piwo zajmuje połowę tej normy, czyli 4 l. Z kolei to spożycie dwukrotnie wzrosło w przypadku młodzieży. Wśród piętnastoletniej, szesnastoletniej młodzieży odsetek pijących piwo sięga od 46 do 69%.

Druga kwestia – rozpowszechnienie palenia tytoniu. Chciałbym zwrócić uwagę, że w grupie piętnastoletnich dziewcząt – niestety, dziewczęta w tym przodują – odsetek palących wzrósł z 16 do 28%. Nie mówię już o narażeniu na bierne palenie w warunkach domowych.

Kadra pediatryczna. Oczywiście, luka pokoleniowa w pediatrii. To nie jest tak, że to nam zagraża, ona już istnieje. Nie wracam do sprawy.

Ciągłość i wszechstronność opieki, o której mówił pan profesor Lukas, zwłaszcza na rzecz populacji szkolnej. Jak najbardziej jestem za tym, ażeby ta współpraca była kontynuowana, bo to jest jedyna droga do rozwiązania problemu. Ale jak może być rozwiązany ten problem, skoro w szkole pracuje osamotniona pielęgniarka, która nie ma kontaktu z lekarzem rodzinnym? Nie ma dlatego, bo lekarz rodzinny jest zajęty chorym dzieckiem, nie ma czasu na prewencję, nie ma motywacji do podejmowania działalności prewencyjnej. W związku z tym hasło, że łatwiej zapobiegać niż leczyć jest praktycznie rzecz biorąc pustym sloganem.

Nie chcę już mówić o innych problemach. Chciałbym może tylko, kończąc, zaproponować pewne wnioski.

Oparcie systemu opieki profilaktycznej i czynnego poradnictwa, które musi być konsekwencją badań profilaktycznych, wyłącznie na wykwalifikowanych pielęgniarkach nie rozwiąże wielu zasadniczych problemów młodzieży, zwłaszcza psychosocjomedycznych. Konieczny jest aktywny współudział lekarza, lekarza rodzinnego. Koncepcja udziału właśnie lekarza rodzinnego w tym podstawowym ogniwie opieki profilaktycznej w obecnym systemie ma szansę powodzenia – i to podkreślam – jedynie przy wydzieleniu środków na profilaktykę, ponieważ tego nie ma. Jest ogólna pula. Na prewencję nie starcza nie tylko finansów, ale i czasu.

Niezależnie od przyjętego systemu organizacyjnego, jeśli próbowalibyśmy go modyfikować, to sądzę, że podobnie jak w innych dziedzinach, należy rozważyć trójstopniowość opieki. A więc pierwszy stopień – *screening*, pielęgniarka środowiskowa w szkole. Drugi etap – być może częściowy powrót do modelu poradni specjalistycznych medycyny szkolnej, jeśli takie mamy szanse reaktywować. I tam byłaby szansa, żeby pomóc tym dzieciom, które mają problemy zdrowotne. Trzeci etap – oddziały kliniczne, indywidualna diagnostyka.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Proszę pomalutku kończyć.)

Już, ostatni punkt.

Biorąc pod uwagę, że model organizacyjny opieki profilaktyczno-leczniczej nad dziećmi i młodzieżą jest niedostatecznie efektywny i nie mamy właściwie obiektywnej skali, aktualnej informacji o obiektywnych zagrożeniach zdrowotnych dla populacji, sądzę, że potrzebą chwili jest przygotowanie programu badawczego na temat: Polskie dzieci i młodzież 2010. Zdrowie fizyczne i psychospołeczne. Tak widziałbym program, który byłby realizowany wielośrodkowo i interdyscyplinarnie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pani Szarycz, bardzo proszę.

**Dyrektor Wydziału Zdrowia
w Urzędzie Miejskim we Wrocławiu
Anna Szarycz:**

Przysłuchuję się państwa dyskusji i narzuca mi się jeden wniosek. Ten spór, który się toczy, oczywiście pozytywny, jest spowodowany brakiem działań systemowych,

czyli tym, czym zajmuje się w innych krajach zdrowie publiczne. Zdrowie publiczne monitoruje zdrowie populacji, diagnozuje, prognozuje i wprowadza rozwiązania systemowe.

We Wrocławiu, próbując poradzić sobie z problemem zarówno w populacji dzieci, już od tych najmłodszych, jak również w populacji osób starszych, zawiazaliśmy porozumienie pomiędzy prezydentem miasta, marszałkiem województwa, urzędem, wojewodą dolnośląskim i rektorem akademii medycznej, które nazywa się Instytut Zdrowia Publicznego. Nasze wspólne działania nakierowane są właśnie na to, aby zdiagnozować sytuację zdrowia populacji. Oczywiście jest nam trudno, bo łatwiej by było, gdybyśmy mieli program narodowy, czy żeby diagnoza krajowa była wytyczną do działań na przykład samorządu.

Próbowałam policzyć bardzo szybko programy, które oferuje Wrocław właśnie populacji dzieci i młodzieży, ale również rodzin. Wydajemy co roku około 28 milionów zł, włącznie z opieką żłobkową. Oferujemy również dzieciom w wielu przedszkolnym i szkolnym sieć szkół promujących zdrowie, gdzie mamy przeróżne programy profilaktyczno-edukacyjne. Nie będę ich tutaj wszystkich wyliczała. Jest ich bardzo dużo. Ale naszym podstawowym problemem jest baza, na której moglibyśmy się oprzeć. Baza obiektywna. Dlaczego? Programy czy wyniki badań, zacytowane tutaj przez moich przedmówców, są oczywiście wszystkie bardzo cenne, ale one nie są skoordynowane. My również wydajemy jako samorząd mnóstwo złotych publicznych na to, aby zdiagnozować poszczególne problemy dzieci w różnym wieku. Ale to nie wystarczy, bo bazę, którą zdecydowaliśmy się stworzyć we Wrocławiu, chcielibyśmy porównać z innymi regionami. Rozumiem, że nie wszystkie samorządy mogą sobie pozwolić na takie działania, szczególnie te mniejsze. A, rzeczywiście, wprowadzenie systemu zdrowia publicznego monitorującego zdrowie populacji byłoby rozwiązaniem na szczeblu krajowym. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Zwróćcie państwo uwagę, że zaczynamy powtarzać argumenty. Dobrze by było, żeby iść troszeczkę do przodu i kończyć swoje krótkie wystąpienia wnioskiem.

Bardzo proszę.

**Zachodniopomorski Konsultant Wojewódzki
w Dziedzinie Pediatrii
Mieczysław Walczak:**

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Chcę przede wszystkim podziękować za dzisiejsze spotkanie.

Tak się akurat składa, że Zachodniopomorskie to jest województwo, które graniczy z Niemcami, gdzie model opieki jest zupełnie inny. Do dzieci bowiem mają dostęp wyłącznie pediatrzy. W tych krajach, gdzie wprowadzono model opieki, w którym dziećmi opiekuje się lekarz rodzinny, na przykład w Anglii, też wycofują się z tego. A Polska brała przykład z Anglii.

Stoimy przed kilkoma dylematami, które mają miejsce w skali całego kraju i w skali województwa również. Myślę, że działania akcyjne, typu programy profilak-

tyczne, niczego nie rozwiązują. Dlatego, że ich nie będzie miał kto wykonywać. U nas w województwie jest tego typu sytuacja, że jest obecnie stu trzydziestu ośmiu lekarzy pediatrów zatrudnionych w oddziałach pediatrycznych – i podstawowych ogólnopediatrycznych, i specjalistycznych - oraz stu osiemdziesięciu sześciu w lecznictwie podstawowym, w praktykach lekarza rodzinnego. Ale kształci się obecnie trzydziestu siedmiu lekarzy na pięćdziesięciu czterech miejscach rezydenckich. Jedna trzecia miejsc rezydenckich jest niewykorzystana. Żeby zachować dotychczasową kadrę potrzeba pięćdziesięciu lat. W tej chwili lekarze w wieku przedemerytalnym, albo w emerytalnym wieku są już zatrudnieni w oddziałach. Tak jak w wielu innych miejscach są to pojedynczy lekarze w szpitalach terenowych, w szpitalach powiatowych. W związku z powyższym wydaje mi się, że to jest ostatnia chwila podjęcia działań legislacyjnych, zmierzających do przyjęcia takiego działania, aby powrócił do lecznictwa podstawowego lekarz pediatra i zajmował się dziećmi, albo chociaż utworzenia na szczeblu powiatów, a jeszcze lepiej gmin, poradni pediatrycznych. Jeżeli ich nie będzie – nie będzie pediatrów. W tej chwili jeden pediatra rozpoczyna specjalizację.

Dodatkowo jeszcze bezpośrednio graniczymy z Niemcami. Myślę, że tak jak w tej chwili jest problem położnictwa – chodzi o Schwedt - to niebawem będzie taki sam problem dotyczący pediatrii. Pozostaną nam oddziały pediatryczne w pięciu czy sześciu miastach. Innych nie będzie. Matka z dzieckiem będzie dojeżdżać 100 do 200 km do oddziału pediatrycznego. Jeżeli nie będzie poradni pediatrycznych całe tereny przygraniczne będą trafiały do Niemiec. Ja myślę, że to jest problem zasadniczy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wytwarza się konkluzja dotycząca powołania ośrodka referencyjnego, w którym zatrudnieni byłiby pediatrzy, a który by przyjmował ludzi... To się już powtarza. Ja ten wniosek sobie gdzieś zapisałem. Idźmy dalej.

Proszę bardzo.

Dolnośląski Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pediatrii Aleksandra Lewandowicz-Uszyńska:

Reprezentuję jednocześnie akademię medyczną, klinikę immunologii wieku rozwojowego oraz sekcję immunologii Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej.

Szanowni Państwo!

Przez wiele lat wiedzieliśmy, że Dolny Śląsk ma wręcz za dużo łóżek szpitalnych. W tej chwili sytuacja drastycznie się zmieniła, przede wszystkim w pediatrii. Sytuacja jest o tyle dramatyczna, że zamykane są oddziały szpitalne bez wiedzy, bez konsultacji z konsultantem do spraw pediatrii. Należy sobie postawić pytanie, jak samorządy terytorialne będą w stanie zabezpieczyć równość w dostępie do świadczeń medycznych społeczeństwu, zwłaszcza jeżeli miasto jest położone w trudnym terenie geograficznym, w okresie zimy niedostępne jest dla karetki. Niestety, takie miejsca, takie sytuacje u nas się zdarzyły i zdarzyły się takie sytuacje, gdzie oddział posiadał dobrze wykwalifikowaną kadrę, gdzie byli pediatrzy.

Inne bolączki to rzeczywiście brak pediatrów. Na Dolnym Śląsku średnia wieku pediatrów to pięćdziesiąt sześć lat i niestety obserwujemy stałą ucieczkę pediatrów.

W związku z tym już nam brakuje pediatrów w oddziałach szpitalnych poza Wrocławiem. Proszę państwa, jeżeli Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie dobrze płacił za procedury pediatryczne, jeżeli nie powstaną dobrze wycenione tak zwane procedury jednego dnia lub jeżeli nie będzie finansowania oddziałów dziennych – utrzymanie oddziału dziennego jest rzeczywiście wielokrotnie tańsze, gdyż odpadają koszty noclegowe, koszty hotelowe – to w pediatrii rzeczywiście rozegra się niebawem dramat.

Bardzo istotne jest, aby tam, gdzie istnieje w szpitalach powiatowych dobra kadra, jeżeli ona jeszcze jest, te oddziały mogły kształcić w pediatrii. Oczywiście, tam gdzie lekarz musi odbywać specjalizację w oddziałach referencyjnych, specjalistycznych – trafia do akademii medycznej, ale dajmy szansę, aby w dużych miastach, w dużych szpitalach powiatowych również ta nauka mogła się toczyć. Jeżeli nie znajdziemy środków finansowych – mimo iż te środki w tej chwili wzrosły – aby wesprzeć rezydentury tam, gdzie brakuje lekarzy, to oczywiście nikt nie będzie sięgał po tak trudną, odpowiedzialną specjalność medyczną.

Chciałabym poruszyć jeszcze jeden kontekst. Tak jak jestem immunologiem pediatrą, tak jak zawsze śmialiśmy się w czasie studiów z czarnych myśli neurologa, kiedy brakuje witaminy B12, w takiej roli postrzegają się immunolodzy, kiedy brakuje preparatów immunoglobulin dla pacjentów, wymagających dożywotniej substytucji preparatami immunoglobulin, bądź to dożylnymi czy też podskórnymi, które są w tej chwili na rynku dostępne. Cały czas borykamy się z sytuacjami, i one co jakiś czas się zdarzają, kiedy brakuje ich na rynku. Jest to nadal w Polsce problem nie rozwiązany i cały czas jest to dla lekarzy ogromnie stresogenna sytuacja.

Odpowiadając, jako już ostatni punkt, panu profesorowi Lukasowi, chcę powiedzieć, że we Wrocławiu współpracujemy bardzo blisko z panią profesorem Chybicką, ze Związkiem Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców. Od grudnia przygotowujemy standardy w prowadzeniu profilaktyki, bilansowania, prowadzeniu grup dyspanseryjnych, ale także i czujności onkologicznej. Jesteśmy w trakcie opracowywania wytycznych, które pomogą nam w opiece pediatrom pracującym na pierwszej linii ognia, lekarzom rodzinnym, ale także specjalistom, którzy pracują na drugim i trzecim stopniu referencyjnym. Czekamy i myślimy, że uda nam się to sfinalizować i będzie to z korzyścią dla całego regionu. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan minister Fronczak chciał zabrać głos w tej części dyskusji.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Adam Fronczak:**

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

Bardzo dobrze, że toczy się ta debata, ponieważ zawsze z takich spotkań wpływają jakieś wnioski i można pójść o krok czy więcej do przodu. Myślę, że tak się dzisiaj stanie. Tym niemniej uważam, że z ramienia administracji rządowej jestem państwu winien kilka wyjaśnień, ponieważ państwo reprezentujecie często wąskie specjalności, jesteście tutaj zarówno wybitnymi administratorami, jak i wybitnymi naukow-

cam, lekarzami, i każdy ze swojego punktu widzenia ma troszeczkę inny ogląd pediatrii. Widzi te problemy na swoim terytorium. Dlatego to, co powiem dotyczy absolutnie skali całego kraju. Chciałbym, żebyśmy jednak podnieśli tę debatę na poziom myślenia ogólnonarodowego.

Bilanse, szczepienia, choroby przewlekłe są monitorowane i ewidencjonowane. Skończmy z mitem, który się gdzieś przebija, że nie ma ewidencji, że nie wiadomo, że się nie szczepi, itd., itd. Poziom szczepień w Polsce jest na poziomie 96–100%, w zależności od rodzaju szczepienia. To jest fakt, to jest monitorowane, na to są dokumenty. GUS prowadzi taką statystykę. Tutaj temat wydaje się absolutnie do dyskusji – co dalej? Jest nowe rozporządzenie ministra na temat, jak państwo wiecie, pneumokoków, meningokoków i ten temat będzie rozwijany jeśli chodzi o poszerzanie kalendarza.

Następna sprawa, która, uważam, jest też bardzo istotna. Otóż rządowy program „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania” funkcjonuje od trzech lat, od 2004 r. Merytoryczny monitoring i ocenę rządowego programu o tym tytule, który wymieniłem, prowadzi na zlecenie ministra zdrowia Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, jedna z wiodących instytucji w zakresie pediatrii. Dokonywana corocznie od trzech lat ewaluacja realizacji tego programu wskazuje, że jakość i dostępność profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami systematycznie poprawia się. Odsyłam państwa już do źródłowych materiałów.

Liczba programów polityki zdrowotnej, które są realizowane i z których państwo korzystacie często jako osoby prowadzące czy oddziały, czy szpitale jest naprawdę pokaźna i trzeba to chociaż wymienić: program szczepień – prawie 62 miliony zł; „Program Badań Przesiewowych Noworodków” – prawie 10 milionów zł; „Narodowy program leczenia hemofilii na lata 2005–2011” w samym roku 2007 – 117 milionów zł; „Samowystarczalność Polski w zakresie zaopatrzenia w bezpieczną krew, jej składniki i produkty krwiopochodne na lata 2005–2008” – prawie 28 milionów zł; „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” – to dotyczy i dorosłych, matek i dzieci – prawie 100 milionów zł program. W ramach „Narodowego programu profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego na lata 2006–2008” zaplanowano działania skierowane na edukację między innymi dzieci i młodzieży w szkołach na temat metod prewencji i zachowań prozdrowotnych, zwiększenia aktywności fizycznej, zdrowej diety, walki z hipercholesterolem, uzależnienia od tytoniu – to, o czym mówiła pani profesor, to o czym mówił pan profesor Krawczyński, konsultant z województwa lubuskiego – edukacji dzieci i młodzieży w szkołach przez kontynuację, rozszerzanie projektu „Szansa dla Młodego Serca” i wiele innych działań.

W tym momencie musimy sobie też powiedzieć na tej sali, że medycyna ma ograniczony wpływ na zdrowie. 15% według tego, co mówimy, niektórzy mówią 10–15% mamy wpływu na zdrowie. Zachowania prozdrowotne, kształcenie właściwego modelu, budowanie zdrowego młodego człowieka to jest to, co nie zależy już tylko od pediatrów, od lekarzy rodzinnych, to zależy od całego złożonego systemu, w którym funkcjonujemy. To jest bardzo ważne i pamiętajmy o tym, że sami pediatrzy nie rozwiążą problemu dzieci.

Program, o którym mówiłem, to jest koszt prawie 63 milionów zł. Nie chcę wymieniać dalszych spraw. Chcę się jednak odnieść również do elementów stażu

i specjalizacji, ponieważ to się przewijało w wystąpieniach chyba pana profesora Stańczyka i jeszcze innych osób. Otóż w krajach Unii Europejskiej... To jest materiał, pokazuję jego grubość i jednocześnie jakość, przygotowany na posiedzenie sejmowej Komisji Zdrowia, która będzie zajmować się sprawami staży i specjalizacji lekarzy w najbliższym czasie. To jest roboczy materiał, który lada moment trafi do Sejmu. Może więc nie powinienem go upubliczniać, ale nie widzę nic zdrożnego w tym, że przekażę państwu taką wiedzę, iż większość krajów Unii Europejskiej już dawno temu zniosła staże. Niemcy, na które państwo się tutaj powołujecie jako modelowy kraj, stażu nie mają. Po sześciu latach kończy się studia. Stworzono tak zwany moduł praktycznej nauki zawodu na szóstym roku i przeniesiono zadania, które są realizowane na stażu na szósty rok. W związku z tym lekarz kończy naukę i idzie do pracy.

My pracujemy nad taką formułą. Oczywiście nie od razu, liczymy, że za kilka lat taka formuła będzie mogła być wdrożona przy właściwym wyposażeniu w narzędzia akademii medycznych, uniwersytetów medycznych, ponieważ rozszerzenie tego programu o pewne praktyczne elementy jest możliwe na roku szóstym.

W Polsce kształcenie trwa wybitnie długo i to nie jest zgodne z żadnymi normami i dyrektywami Unii Europejskiej. Według norm Unii Europejskiej po czterech, pięciu latach po studiach powinniśmy mieć porządnie wykształconych specjalistów. My mamy w specjalizacjach głównych po siedmiu latach, jak dobrze pójdzie. Jak państwo wiecie, to zostało tak sprytnie skonstruowane, że lekarz po stażu rejestruje się jako bezrobotny, co jest po prostu tragikomiczne. Pobiera pieniądze z Funduszu Pracy jako bezrobotny, a brakuje lekarzy. Prawda? Czyli dążymy do tego, żeby nie było czegoś tak upokarzającego, jak rejestrowanie w Funduszu Pracy i tworzenie tak zwanej sztucznej puli bezrobotnych. Ci lekarze powinni jak najszybciej być w systemie. W związku z tym planujemy i jest opracowany, również w tym materiale przedstawiony w zarysie, program modułowej specjalizacji, gdzie, jeśli chodzi o specjalizacje szczegółowe, byłyby one drugim elementem modułu. Czyli pierwszy moduł powiedzmy około dwóch, trzech lat – to jest jeszcze w dyskusji – i drugi moduł, już tych wąskich specjalizacji, najdłużej na dwa lata. W związku z tym jesteśmy w stanie dać szansę, że trzydziestoparoletni lekarze w sile wieku będą mogli naprawdę aktywnie pracować, a nie około czterdziestoletni, gdy wreszcie skończą naukę, bo niektórzy robią tę specjalizację z przerwami. Tak że to jest, myślę, bardzo istotne, żebyście państwo wiedzieli w tym momencie, że te prace trwają. One będą kontynuowane i miejmy nadzieję, że z sukcesem będziemy mogli je zakończyć.

I na koniec przykra sprawa. W tym materiale jest mowa o trzech postępowaniach kwalifikacyjnych dotyczących wszystkich specjalizacji. Jeśli chodzi o pediatrię, trzy ostatnie postępowania kwalifikacyjne to był okres grudzień 2007 r. – 31 stycznia 2008 r. Dwadzieścia pięć rezydentur z pediatrii, proszę państwa, zwrócono. Nie było chętnych. To jest fakt.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Tak, ale w tym momencie trzeba stworzyć takie warunki zachęty, żeby ci chcieli się specjalizować. Gdy pan profesor Stańczyk mówi, że ktoś z Łowicza nie będzie dojeżdżał, no to jest jeden z argumentów. A fakt bardzo długiego okresu specjalizacji też w jakiś sposób daje nam tutaj informację, że trzeba coś z tym zrobić. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest zbieżność poglądów, jak widzę, między ministerstwem a środowiskiem państwa, naszym środowiskiem, że coś z tym trzeba zrobić.

Bardzo proszę, pani się zgłaszała.

Wiceprezes

Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Agnieszka Jankowska-Zduńczyk:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Panowie Senatorowie i pozostali goście!

Nazywam się Agnieszka Jankowska-Zduńczyk. Jestem wiceprezesem Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych.

Bardzo, bardzo dziękuję panu przewodniczącemu i pani profesor Chybickiej, przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, za zaproszenie nas zarówno na to spotkanie, jak i poprzednie.

Panie Przewodniczący!

Chciałabym zabrać głos głównie po to, żeby poinformować panią profesor, pana przewodniczącego i pozostałych państwa o działaniach Kolegium Lekarzy Rodzinnych już po spotkaniach z państwa środowiskiem i po podjęciu tematów dotyczących opieki nad dziećmi.

Kolegium Lekarzy Rodzinnych wydelegowało przedstawicieli do zespołu roboczego, którego zadaniem będzie opracowanie merytorycznych podstaw do poprawy opieki nad dziećmi. List z prośbą o podjęcie podobnych działań wystosowaliśmy do pani profesor, lada dzień pewnie pani profesor go dostanie.

Panie Przewodniczący, jako członek Kolegium Lekarzy Rodzinnych zobowiązuję się do tego, żeby informować pana o postępie prac.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Bardzo proszę, teraz pan. Później pani zabierze głos. Raz, dwa, trzy... Następnie pan przewodniczący.

Podlaski Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pediatrii

Maciej Kaczmarek:

Profesor Maciej Kaczmarek. Jestem konsultantem wojewódzkim województwa podlaskiego.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Moje krótkie uwagi będę adresował do przedstawiciela ministerstwa, do pana ministra, i do przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia.

Nawiążę do tego, co powiedział pan profesor Stańczyk, że oddziały dziecięce, w których w tej chwili dziecko jest hospitalizowane razem z opiekunem, są w Polsce w ogóle do tego nieprzygotowane. To nie jest tylko „fenomen” województwa podlaskiego, lecz większości szpitali w Polsce. I chodzi nie tylko o obciążenie kosztami eks-

ploatacyjnymi, tak jak powiedział pan dyrektor, lecz także o zatłoczenie, infekcje wewnętrzne i ciągłe konflikty rodziców z personelem medycznym: „mnie się należy”, „ja potrzebuję mieć łóżko, wygodną salę”, nie wpuszcza się innych chorych. Tak sytuacja była dwa dni temu u mnie w szpitalu.

Proszę Państwa! Panie Ministrze! Te sprawy reguluje Karta Praw Pacjenta i Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu, gdzie jest zapisane, że osoba przebywająca w szpitalu ma prawo do opieki pielęgnacyjnej przez bliską osobę lub przez inną wskazaną osobę. Status opiekuna chorego dziecka w szpitalu od 1990 r., kiedy wpuszczono rodziców do szpitala, do dziś nie został uregulowany. I chodzi nie tylko o to, że tego pobytu nie finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia, lecz także, że nie ma regulacji prawnych, które były zgłaszane...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pan minister nie ma już czasu...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Zostają inne osoby z ministerstwa. Przepraszam, ale...)

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Są przedstawiciele.)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Zostają dwie osoby z ministerstwa.)

Od 1990 r. nie ma...

**Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego
Teresa Jackowska:**

Szkoda bardzo, bo też chciałam odnieść się do tych 60 milionów zł na szczepienia. To są pieniądze na program szczepień obowiązkowych, ale ich nie wystarczy w tym roku, Panie Ministrze, nie wystarczy tych pieniędzy. Proszę zobaczyć jak wygląda kalendarz szczepień.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Proszę się nie obawiać, wystarczy.)

**Podlaski Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pediatrii
Maciej Kaczmarek:**

Druga sprawa, proszę państwa, to problem hospitalizacji zdrowego dziecka ze wskazań społecznych. Obecnie, mimo dużego zagrożenia ze strony rodziny patologicznej, szerzącego się alkoholizmu, narkomanii, przemocy, molestowania seksualnego, procedury nie uwzględniają w kontraktach NFZ zabrania z tego powodu dziecka do oddziału dziecięcego. Takiego pobytu nie można rozliczyć, bo jest to dziecko zdrowe. Kieruję to do przedstawiciela NFZ. Podam przykład takiej sytuacji z wczoraj. Onet.pl podał informację o dziecku błąkającym się na dworcu lotniczym. I zostało ono zabrane do oddziału dziecięcego.

Problemem opieki lecznictwa zamkniętego, przynajmniej na Białostoczyźnie, proszę państwa, jest likwidacja dziecięcych oddziałów obserwacyjno-zakaźnych. Dwa takie oddziały były w Łomży i Suwałkach. W tej chwili nastąpiła inkorporacja do oddziałów obserwacyjno-zakaźnych dorosłych. Jaki jest skutek, można było przewidzieć.

Pogorszyła się jakość opieki medycznej nad hospitalizowanymi dziećmi, dlatego że personel medyczny nie ma doświadczenia w leczeniu chorób zakaźnych wieku dziecięcego. Mówi się o posocznicy. Akurat 11 kwietnia dowiedziałem się z Telewizji Białystok i z innych mass mediów, że dziesięciomiesięczna Weronika, u której lekarze zdiagnozowali sepsę, została zakażona właśnie w takim oddziale obserwacyjno-zakaźnym, dlatego że zlikwidowano oddział obserwacyjno-zakaźny dziecięcy, a kadrę stanowią lekarze zakaźnicy dorosłych. Tak więc chodzi o nadzór specjalistyczny nad oddziałami obserwacyjno-zakaźnymi dziecięcymi. I to jest apel do pana ministra i do konsultanta krajowego. Tam jest grupa chorych dzieci pozbawiona specjalistycznego nadzoru z zakresu pediatrii. Podlegają nadzorowi konsultantów chorób zakaźnych wieku dorosłego, którzy nie mają wystarczającego doświadczenia w zakresie pediatrii i nie rozumieją specyfiki wiekowej tych chorób.

Inne problemy opieki zdrowotnej to brak odpowiedniego zabezpieczenia w oddziałach dziecięcych w przypadku hospitalizacji młodzieży z upojeniem alkoholowym, zatruciem lekami, środkami narkotycznymi, po próbach samobójczych. Ten ciężar dźwigają oddziały dziecięce. Bo gdzie jest właściwe miejsce hospitalizacji tych chorych? Na pewno nie rozwiązują tego problemu oddziały dziecięcej psychiatrii. Kontrakty NFZ nie odpowiadają na to pytanie. Podobny problem jest z chorymi na *anorexia nervosa* i bulimię.

Innym problemem, proszę państwa, są dorastające dzieci, u których rozpoznano choroby przewlekłe w wieku rozwojowym, kończące osiemnaście lat. To są dzieci z mukowizcydozą, to są dzieci z chorobą trzewną, z nieswoistymi zapaleniami jelit. One panicznie boją się przechodzenia do opieki dorosłej. U mnie jest jeszcze taki problem, że mali pacjenci chorzy na mukowiscydozę są hospitalizowani z dorosłymi. I to, proszę państwa, destrukcyjnie na nich działa, dlatego że patrzą jak chorzy w terminalnym stanie odchodzą.

Jeśli chodzi o opiekę zdrowotną podstawową, myślę, że nie będę poruszał tych spraw, bo widzę te same problemy.

Rażące braki widzimy w przygotowaniu zawodowym lekarzy rodzinnych w zakresie pediatrii. Nie wynika to z naszego złego stosunku do nich. Wadliwy system szkolenia podyplomowego, nakazowo-rozdzielczy system Ministerstwa Zdrowia to odpowiedź na pytanie pana ministra, dlaczego nie ma specjalizacji z pediatrii. Kadra pediatryczna się starzeje, brakuje chętnych do specjalizacji, tylko dlatego że są czynniki zniechęcające, czyli wymogi kwalifikacyjne, bardzo trudny jest egzamin testowy, nie mają znaczenia predyspozycje kandydata, komisja kwalifikacyjna nie ma żadnego wpływu na postępowanie konkursowe.

Ostatnie zdanie, Panie Przewodniczący. Niewłaściwe są proporcje w przydziale miejsc szkoleniowych na korzyść medycy rodzinnej. Na Białostocczyźnie ta proporcja wynosi 1:10, to znaczy, że na dziesięciu lekarzy medycy rodzinnej jest jeden pediatra. Pięcioletni system kształcenia specjalizacyjnego zagraża zastępowalności kadry aktualnie pracującej przez młodszych pediatrów, zarówno na poziomie oddziałów dziecięcych, jak w POZ. Czemu służy taka polityka?

Ministerstwo Zdrowia podjęło niekorzystną dla pacjentów decyzję w sprawie zasad leczenia dietetycznego dzieci z ciężką alergią wielopokarmową. Przykład ostatniej decyzji: wprowadzono preparat, którego nikt w Polsce nie zna i którego nie opiniowali eksperci. Mimo to ministerstwo go wprowadziło i to jeszcze na import doce-

lowy, a więc procedura sprowadzenia takiego preparatu żywieniowego trwa ponad miesiąc.

Zgodnie z wymogami kontraktowymi Narodowego Funduszu Zdrowia dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów w zespole świadczącym usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Prosiłbym już może o konkluzję.)

...powinien pracować jeden lekarz, i na pewno rodzinny. Bezpieczeństwo ciągłości leczenia pacjentów narusza likwidacja poradni specjalistycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który wymaga szczegółowej specjalizacji, czego oczywiście szybko nie można zrobić. Poza tym, procedury w katalogu świadczeń NFZ są niedoszacowane, o czym była już mowa. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, teraz pani. Potem pan przewodniczący Radziwiłł.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Teresa Jackowska:

Teresa Jackowska. Jestem wiceprzewodniczącą Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i przewodniczącą Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Dlaczego tak się przedstawiam, zaraz powiem. Jestem również kierownikiem Kliniki Pediatrii w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego.

Mam mówić o czymś innym i zostawiam sobie na to dwie minuty. W pierwszej kolejności muszę jednak ustosunkować się do tego, co powiedział pan profesor Lukas. Wypowiedź ta wynikała z tego, że jest on akademikiem, a nie praktykiem. Pan dyrektor zaś jest wyraźnie praktykiem i wie, jak wygląda medycyna...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, mówię: lekarzem praktykiem, a nie: senatorem. Widać, jak to wygląda z punktu widzenia powiatu.

Najpierw wypowiem się jako kierownik Kliniki Pediatrii w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Część z państwa nie wie, jak to wygląda. Pan senator powiedział o swojej synowej. Były dwie ścieżki kształcenia i medycyna rodzinna wygląda jak wygląda, dlatego że bardzo dużo pediatrów musiało – właśnie o tym powiedział pan profesor – zrobić specjalizację z medycyny rodzinnej. Nie chciało, lecz musiało, bo wiedzieli, że w innym wypadku nie podpisze się z nimi kontraktu. Ja kształcę z medycyny rodzinnej super ludzi, bardzo zdolnych i ambitnych, którzy w swoim czteroletnim, Panie Profesorze, programie specjalizacji z medycyny rodzinnej po studiach mają dwadzieścia cztery tygodnie pediatrii. Pozostawiam to bez komentarza. Dla porównania: specjalizacja z pediatrii trwa pięć lat. W ciągu tych dwudziestu czterech tygodni oni muszą wziąć urlop wypoczynkowy, bo później mają inne cząstkowe urlopy. Następnie dwa lata pracują w poradni; mówię o stażu w pediatrii w ramach szpitala. Ci lekarze zobowiązali mnie na forum Kolegium Lekarzy Rodzinnych do przekazania informacji, że powinien być pediatra w rejonie. Im się odpowiada, cytuję: jesteście sfrustrowani. Oni uważają, że pediatra powinien być w rejonie; oni praktykują. Ja pracuję w Warszawie i wiem, że zdarza się, że dziecko przyjmuje pato-

morfolog. Jeżeli ktoś z państwa nie wie, wyjaśniam, że patomorfolog to lekarz od sekcji zwłok, a nie od leczenia dzieci.

Na Bródnie do nocnej pomocy lekarskiej przychodzi się na godzinę. Uważam, że to jest bardzo dobry system. Pacjent przychodzi na godzinę. W tej chwili, potwierdza to pan profesor Wysocki z Poznania, aktualny rektor, nocne pomoce lekarskie po prostu pękają w szwach, dlatego że dzieci nie mogą się dostać do rejonu.

Oczywiście ja zapraszałam koleżankę, wtedy przewodniczącą oddziału mazowieckiego, i zapraszam też lekarzy rodzinnych, którzy dużo częściej uczestniczą w moich posiedzeniach organizowanych w Warszawie.

Teraz chciałabym poruszyć problem legislacyjny. Bardzo szkoda, że pan minister wyszedł, ale te sprawy były w materiałach.

Oprócz tego, że jestem w Polskim Towarzystwie Pediatrycznym, jestem również w Polskim Towarzystwie Wakcynologicznym. Zarządzeniem ministra zdrowia z 5 stycznia 2007 r. powołany został pediatryczny zespół ekspertów, który miał opracować zmiany w kalendarzu szczepień. Zrobił to, opracował, będzie to wydane. I właściwie wprowadziliśmy tylko dwie główne zmiany na ten rok. Po pierwsze, refundację szczepień przeciwko inwazyjnej chorobie pneumokokowej w grupach ryzyka, a po drugie, refundację szczepień przeciwko ospie wietrznej, również w grupach ryzyka. To były dwie zmiany, które wymagały nakładów finansowych. Były też dwie inne zmiany, o których państwo macie informację, niewymagające nakładów finansowych. Do 30 marca musi się ukazać program szczepień ochronnych. On się ukazał 20 marca całkowicie niezmieniony, czyli nasze postulaty w ogóle nie zostały zauważone. Te 62 miliony zł, o których powiedział pan minister, na zrealizowanie tak zwanego obowiązkowego kalendarza szczepień ochronnych, to jest bardzo niedoszacowana kwota. Nie wiem, czy państwo wiedzą, że w Polsce są dwa kalendarze szczepień: obowiązkowe szczepienia, czyli bezpłatne, refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia czy przez Ministerstwo Zdrowia, bo to są te pieniądze, i szczepienia zalecane.

W związku z tym postulujemy jako towarzystwo pediatryczne, towarzystwo wakcynologiczne, żeby doustna szczepionka przeciwko polio została zniesiona. Dzięki temu byłyby pieniądze, żeby wprowadzić zmiany legislacyjne. Jesteśmy świadomi, że ze względu na ograniczony budżet ministra zdrowia na ten rok nie było można zrealizować tych postulatów. I dlatego zaproponowaliśmy zniesienie tej doustnej szczepionki. Właśnie to umożliwi szybkie wprowadzenie tych zmian, aby część programów szczepień ochronnych była refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. To, że pokazuje się tak zwaną wyszczepialność – to jest brzydkie słowo – świadczy tylko o tym, że w naszym społeczeństwie od wielu lat prowadzi się szczepienia, na które trzeba się zgłosić, rodzice nawet się dziwią, że nie dostali wezwania. A ten program szczepień ochronnych - nie chcę powiedzieć, że zdecydowanie obowiązkowy, czyli bezpłatny - odbiega od stosowanego nie tylko w bogatych krajach Unii Europejskiej. Mogą to państwo zobaczyć na każdej stronie internetowej Unii Europejskiej. Ten kalendarz szczepień odbiega także od stosowanego u naszych sąsiadów, którzy później od nas przystąpili do Unii: na Słowacji, w Czechach i na Węgrzech. Czyli z jednej strony jest nierówność wobec prawa, bo około 30% rodziców płaci za szczepionki, a z drugiej strony stawia się lekarza w bardzo trudnej sytuacji. Ponieważ on pracuje w publicznej służbie zdrowia, musi i powinien, taki ma obowiązek, zalecać szczepienia, które są w programie szczepień zalecanych. Chodzi bowiem o zagrożenie życia.

A co rodzic zrobi, to już jego sprawa. I dlatego, jako Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Wakcynologiczne, wnioskujemy o niezwłoczne rozpoczęcie prac nad przygotowaniem zmian przepisów w projekcie nowej ustawy o zakażeniach i chorobach zakaźnych, tak aby szczepienia ochronne w Polsce mogły być finansowane lub współfinansowane także z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Narodowy Fundusz Zdrowia, finansując profilaktykę u dzieci, powinien być zainteresowany obniżeniem wydatków związanych z leczeniem chorób, którym można zapobiegać poprzez masowe szczepienia ochronne. A to, co pani profesor Chybicka czytała, to był cytat z matki, której dziecko umiera nie na chorobę nowotworową, której też możemy zapobiegać, ale tak, że mamy obok dostępną szczepionkę w aptece, tylko na chorobę meningokokową, czyli na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. W Polsce w XXI wieku to jest wstyd.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo
Pan prezes Radziwiłł, bardzo proszę.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję.
Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Przede wszystkim, chciałbym bardzo mocno poprzeć wiele głosów państwa konsultantów dotyczących problemów pediatrii szpitalnej. Wydaje się, że to są wstydliwe sprawy, wymagające z całą pewnością zmiany nastawienia państwa do ochrony zdrowia w ogóle, w szczególności do opieki nad małymi dziećmi, wymagające przede wszystkim zwiększenia nakładów finansowych, a także różnych regulacji, których brak w tym systemie powoduje, że opieka szpitalna nad małymi dziećmi nie wygląda najlepiej.

Chciałbym się skupić przez chwilę nad tej sprawie podstawowej opieki zdrowotnej, która budzi najwięcej kontrowersji i emocji, a być może jest do załatwienia właśnie w takim gronie, które tutaj dyskutuje z niewielką pomocą legislatorów, w tym także państwa senatorów. Zanim jednak do tego dojdę, chciałbym sprostować kilka informacji tu podanych. Po pierwsze, w centralnym rejestrze lekarzy na dzisiaj jest dziewięć tysięcy czterystu sześćdziesięciu trzech lekarzy rodzinnych, specjalistów medycyny rodzinnej. Tak więc liczby podawane w czasie dyskusji nie są do końca aktualne na dzisiaj i to chciałbym wyjaśnić. Jest więc dziewięć tysięcy czterystu sześćdziesięciu trzech lekarzy rodzinnych. Jeśli chodzi o liczbę pediatrów, to ogólnie lekarzy zajmujących się pediatrią czy mających specjalność pediatryczną jest prawie piętnaście tysięcy, ale wśród nich tylko sześć tysięcy trzystu czterdziestu ma drugi stopień specjalizacji, osiem tysięcy pięćset siedemdziesięciu dziewięciu – pierwszy stopień specjalizacji. Według dzisiejszych kryteriów, ci lekarze zatrzymali się w swoim rozwoju zawodowym. Na ogół są to starsi lekarze, osoby, które nie kontynuowały swojego wykształcenia, po prostu zatrzymały się w rozwoju zawodowym. To tyle, jeżeli chodzi o te dane.

Chciałbym również dokonać pewnego sprostowania, jeżeli chodzi o hasło GP, czyli General Practitioner i Unię Europejską oraz jak to wygląda w Polsce i innych krajach. Otóż chciałbym zwrócić uwagę na to, że pierwotnie brytyjski system lekarza ogólnego, mówiąc po polsku, czyli GP, tak zwanego General Practitioner, w pewnym

sensie odchodzi do historii i nie warto go przywoływać w Polsce, dlatego że on w ogóle nie ma u nas miejsca.

Pani Profesor, chciałbym zwrócić uwagę, że w tej chwili w całej Unii Europejskiej promuje się specjalizację z medycyny rodzinnej. A to nie jest to samo co medycyna ogólna. Do medycyny ogólnej także w Wielkiej Brytanii trafiali lekarze, którzy, że tak powiem, nie załapali się na specjalizację, lekarze bez specjalizacji, którzy byli przyuczani do pracy w ogólnej praktyce. To jest zupełnie co innego. Na razie takie rozwiązanie obowiązuje w Unii Europejskiej przejściowo. Rozwiązaniem promowanym we wszystkich nowoczesnych krajach Unii Europejskiej i poza nią jest specjalizacja z medycyny rodzinnej. Nie należy mieszać pojęcia lekarza rodzinnego z pojęciem lekarza ogólnego, bo to jest coś innego, inna jakość, inne rozwiązanie. Wydaje się, że w ogóle filozofia medycyny rodzinnej, o której wspominał tu pan profesor Lukas, jest nieco inna niż medycyny ogólnej czy praktyki ogólnej, mówiąc językiem dyrektywy lekarskiej.

Aha, jeszcze jedna sprawa - kwestia obecności rodziców przy badaniu dziecka. No niestety, nie jest to przepis oryginalnie polski. Żyjemy w takich czasach, że nie ma i prawdopodobnie nie będzie powrotu do jakichkolwiek czynności lekarskich bez udziału rodzica, opiekuna. Żyjemy w czasach, które wydają się straszne, bo co dzień jesteśmy bombardowani różnego rodzaju strasznymi informacjami dotyczącymi relacji dorośli – dzieci. I niestety wydaje się, że z tego powodu nie ma mowy o tym, żeby w ogóle wyobrazić sobie taką sytuację, w której dzieci w jakimkolwiek wieku podlegałyby jakimkolwiek czynnościom lekarskim bez obecności rodziców i ich zgody na każdą czynność, zarówno diagnostyczną, jak i leczniczą, chyba że w stanie nagłości, ale to jest zupełnie inna sprawa. Taki jest przepis, on obowiązuje w całej Unii Europejskiej, chociaż nie jest to przepis ogólny unijny, po prostu tak to wygląda.

Teraz kilka refleksji dotyczących rozwiązań, nad którymi warto byłoby się zastanowić, właśnie w tym obszarze podstawowej opieki zdrowotnej. To jest proces ciągły, on nigdy nie był zamknięty. Wydaje się, że warto się nad tym zastanawiać. A propos przedstawicieli CMKP, które jest odpowiedzialne za programy, za powracanie do myślenia o programie. Wydaje się, że program medycyny rodzinnej, specjalizacji z medycyny rodzinnej powinien podlegać analizie również pod tym kątem, czy uwzględnia wystarczająco pediatrię, czy nie. Z tych ogólnych refleksji, które tu usłyszeliśmy, można wywnioskować, że niewystarczająco ją uwzględnia. Oczywiście trzeba się zastanowić, czy w tym programie można coś skasować. Ale jest jeszcze inny pomysł i ja bym powiedział, że jeżeli chodzi o rozwiązania światowe, to jest tendencja do wydłużenia tej specjalizacji, przynajmniej w sensie czasowym. Dzisiaj cztery lata czy pięć lat to jest minimum, ogólnoswiatowy standard, proponowany przez różne organizacje zajmujące się medycyną rodzinną na świecie. I w związku z tym może warto do tego wrócić, chociaż oczywiście to budzi pewien niepokój, te specjalizacje długotrwałe już dzisiaj budzą lęk i lekarze nie chcą ich robić. Tę kwestię trzeba bardzo ostrożnie wyważyć, ale myślę, że warto się nad tym zastanowić. Jeżeli doszłoby do wydłużenia tej specjalizacji, to na pewno pediatria powinna być jednym z elementów.

Druga sprawa to jest kwestia pediatrii i specjalizacji z pediatrii. Ten proces czy dyskusja na temat relacji lekarze rodzinni – lekarze pediatrizy w POZ trwa od dłuższego czasu. I przypominam sobie, że kilka lat temu toczyła się dyskusja - sam w niej uczestniczyłem - czy przypadkiem w Polsce nie brakuje specjalizacji z pediatrii ambulatoryjnej,

z pediatrii rodzinnej. Przypominam o tym zwłaszcza w związku z proponowanymi zmianami dotyczącymi modułowego zdobywania specjalizacji w przyszłości. Zwrócono tu uwagę, że dzisiaj pediatria, program pediatrii obejmuje w zasadzie przygotowanie lekarza szpitalnego, lekarza bardzo monotematycznego, lekarza, który ma pracować w klinice jako specjalista pediatra, a nie zajmować się małą chirurgią, psychiatrią, laryngologią i innymi dziedzinami, którymi z definicji zajmuje się lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. A zatem dzisiejszy lekarz pediatra, taki świeżo upieczony, bo nie mówię o tych, którzy pracują w POZ od dawna, zasadniczo nie jest przygotowany do roli lekarza pierwszego kontaktu. Mimo że na chorobach dziecięcych zna się bardzo dobrze, to jednak nie na wszystkim, co jest kontrakcie lekarza POZ, zna się w wystarczającym stopniu. Wobec tego jest pytanie, czy lekarz pediatra, który miałby trafiać do POZ, nie powinien być kształcony nieco inaczej niż ten, który ma trafić do pracy w szpitalu.

Następna sprawa to jest kwestia kontraktowania. Jaka powinna być rola lekarza pediatrii w POZ? Wydaje się, było tu kilka głosów w tej sprawie i ja się też pod tym podpisuję, że lekarz specjalista pediatra powinien być jako drugi stopień dostępu, ale dostępny bez skierowania lekarza rodzinnego. Wydaje się, że to mogłoby...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...tak jest.

...pogodzić różne opcje. I teraz jest kolejny znak zapytania. Czy w systemie nie mogłoby być lekarza specjalisty pediatrii, który byłby konsultantem lekarza pierwszego kontaktu, aczkolwiek dostępny, tak jak niektórzy specjaliści, bez skierowania? To jest kwestia podpisania po prostu odpowiednich kontraktów.

I wreszcie, jeżeli chodzi o pomysły likwidacji stażu lekarskiego, szczególnie kiedy wszyscy lekarze, nie tylko zresztą rodinni, ale w ogóle lekarze, przechodzą jednak pewne szkolenie pediatryczne, nawet ci, którzy w przyszłości nie będą zajmować się bezpośrednio dziećmi czy tylko dziećmi. Podpisuję się pod stwierdzeniami tych z państwa, którzy uważają, że szkoda w ogóle to rozważać. Pan minister, nieobecny już, powiedział, że są kraje, w których nie ma stażu. Trzeba jednak pamiętać, że to musi być budowane od samego początku, od szkolenia przez całe studia, nie można tego zrobić z dnia na dzień, a już na pewno nie od 1 stycznia przyszłego roku, jak usłyszeliśmy. To jest w ogóle wykluczone. Był tu przytoczony przykład Niemiec, ale oni likwidowali staż około dziesięciu lat, całkowicie przebudowując program studiów. I tylko w taki sposób można to zrobić. Oczywiście zawsze jest problem jak długo powinno trwać to szkolenie.

I chyba ostatnia sprawa, czyli kwestia, powiedziałbym, tej niewydolności POZ, o której między innymi pan senator Krajczy mówił, kilka innych osób także, w sensie obsługi pacjentów, nie tylko małych pacjentów, nie tylko dzieci, ale w ogóle. Trzeba zwrócić uwagę na to, jak wygląda system kontraktowania, który jest, moim zdaniem, po prostu anachroniczny. Powoduje on, że lekarze, przede wszystkim lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, nie mają czasu. Stawka kapitacyjna jest tak niska, że oni muszą nabrać na listę, że tak powiem, tylu pacjentów, ilu w innych krajach by nie zaakceptowano. Są kraje, w których lekarz rodzinny może utrzymać się z ośmiuset pacjentów na liście. W Polsce to w ogóle nie do pojęcia. Oczywiście przenosi się to na brak czasu. Już nie mówię o innych mechanizmach racjonalnego przerzucania kosztów. Wydaje się, że przyszedł już czas, żeby pomyśleć o innych formach wynagradzania lekarza POZ, przynajmniej za niektóre procedury. Chodzi o to, żeby płacono za procedury, za uczestnictwo w programach, co już kiedyś było i nie wiadomo, dlaczego z tego zrezygnowano, w tym

także za tak zwane jednorodne grupy pacjentów w POZ, na przykład za dzieci dyspanse-ryjne, grupy dyspanseryjne. Prawdopodobnie zachęciłoby to lekarza do bardziej inten-sywnego zajmowania się tymi dziećmi, a nie tylko do odpajkowania sprawy.

I jeszcze sprostowanie. Była tu mowa o krótkiej ścieżce dla medycyny rodzin-nej. Chciałbym tylko wyjaśnić, że ta krótka ścieżka, w której sam uczestniczyłem, bo tak się składa, że jestem lekarzem rodzinnym, była krótka nie dlatego, że specjalizację dostawał każdy chętny, jak ktoś mógłby zrozumieć. Ona była tylko dla tych, którzy już mieli inną specjalizację, to była możliwość dorobienia tego, czego brakowało do spe-cjalizacji z medycyny rodzinnej. I to nie ma nic wspólnego z drogą na skróty w sensie szkolenia. Tak że wydaje się, że czynienie zarzutu lekarzom rodzinnym, że zdobyli tę specjalność, nie odbywając szkolenia w pełnym wymiarze, jest po prostu nieporozu-mieniem. Zresztą dzisiaj wśród lekarzy rodzinnych, którzy zdobywają tę specjalizację, praktycznie rzecz biorąc takich, którzy mają już inną, prawie nie ma, to są wyjątki. Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze. Dziękuję.

Ponieważ czas posiedzenia komisji pomalutku się kończy, chciałbym zapytać, kto jeszcze chce zabrać głos.

Bardzo proszę, może teraz pan. Po dwóch panach, którzy się zgłosili, na końcu głos zabierze przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia.

Proszę o niepowtarzanie tez, które się tu przewijają.

**Starszy Asystent
na Oddziale Dziecięcym
w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie
Artur Mazur:**

Artur Mazur, klinika chorób dzieci w Rzeszowie.

Tematem naszego spotkania była potrzeba wyodrębnienia polityki na rzecz dzieci. W postulatach Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego było przeprowadzenie pewnego audytu równości w celu upewnienia się, czy sektor zdrowia, programując i realizując politykę zdrowotną, nie zaniedbuje potrzeb dzieci i młodzieży.

Na początku naszej dyskusji pan minister powoływał się na Konwencję o Pra-wach Dziecka. Art. 24 tej konwencji mówi, że dzieci mają prawo do najwyższego po-ziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób.

Wszyscy na tej sali zgodzimy się, że grupą lekarzy najlepiej przygotowaną do opieki nad dziećmi i młodzieżą są jednak pediatrzy, gdy chodzi o zrównanie praw mat-ki i dziecka do najlepszej opieki zdrowotnej. I dlatego naszym głównym postulatem jest utworzenie specjalistycznych poradni pediatrycznych mających umowę z NFZ, z których będzie można skorzystać bez skierowania.

Osobną sprawą jest też przeprowadzenie takich zmian legislacyjnych, które przywracałyby właściwy nadzór nad stanem opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem. Obecnie mają to robić centra zdrowia publicznego, ale według mojej informacji nie mają podstaw prawnych do przeprowadzenia takich kontroli. Opierają się na własnych statutach bądź zaleceniach wojewody. Nie ma też opracowania prawnego, z którego

wynika, kto ma sprawować nadzór merytoryczny i kontrolę nad prowadzeniem opieki nad dzieckiem w poradniach medycyny rodzinnej. Na przykład, jeśli konsultant pediatryczny ma jakieś wątpliwości co do jakości opieki pediatrycznej w podstawowej opiece zdrowotnej, nie może nic zrobić, bo słyszy: my mamy własnego konsultanta, odcepcie się od nas. Tak to wygląda. I dlatego trzeba przeprowadzić takie zmiany legislacyjne, dzięki którym będzie można połączyć te dwie sprawy, będzie można połączyć nadzór nad jakością opieki zdrowotnej nad dziećmi, sprawowanej zarówno przez konsultantów bądź centra zdrowia publicznego z zakresu medycyny rodzinnej, jak i konsultantów pediatrycznych.

Mówiliśmy o różnych programach i konieczności opracowania narodowego programu zdrowia dla dzieci i młodzieży, który jest jakby nakazem chwili. Chcę tylko powiedzieć, że te programy, o których pan minister przed wyjściem mówił, niosą pewne zagrożenie. Nie wyobrażam sobie, żeby realizowały je pielęgniarki w szkołach. Chcę państwu uświadomić, że to, iż pielęgniarka jest w szkole, nie znaczy, że ona jest codziennie. Z reguły w szkole pielęgniarka jest dwa razy w tygodniu. To jest średnia w Polsce, tak to wygląda. Pan minister mówił o zaleceniach dietetycznych, którymi ma się zająć pielęgniarka bądź lekarz. Większość lekarzy w naszym kraju nie zna, niestety, podstaw dietetycznych. Co więcej, nie ma również uregulowań prawnych w sprawie osób, które mają uczyć dietetyki i kto może być dietetykiem. W tej chwili każdy, kto założy firmę „porady dietetyczne”, jest dietetykiem.

Chciałbym powiedzieć, przychylając się do wystąpienia pana profesora Krawczyńskiego, że nakazem chwili jest też uchwalenie ustawy o medycynie szkolnej. To nieprawda, że nie ma faktów świadczących o tym, że taka medycyna przynosi efekty. Mam tu dowód - książeczkę zdrowia ucznia z Austrii. Każdy uczeń ma tam swego rodzaju paszport, w którym znajduje się kalendarz szczepień w wieku szkolnym, gdzie są wpisywane wszystkie przeprowadzone badania profilaktyczne w kierunku chorób cywilizacyjnych i pomiary czynnościowe. A podstawowym lekarzem, który to robi, jest lekarz szkolny.

Myślę, że to nasze spotkanie ma na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej nad dzieckiem, ale głównym celem, i chciałem, żebyśmy z takim przeświadczeniem wyszli, jest to, żeby lekarz pediatra był na drugim stopniu...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: ...preferencyjnego systemu organizacji...) ...systemu opieki zdrowotnej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Panie Profesorze, bardzo proszę. To ostatni mówca. Potem zabierze głos przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia i ja będę konkludował.

**Profesor
w Klinice Pediatrii w Studium Kliniczno-Dydaktycznym
w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego
Jacek Grygalewicz:**

Nazywam się Grygalewicz, reprezentuję Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Jednocześnie byłem tu przewidziany jako referent omawiający sytuację w województwie mazowieckim.

Ze względu na to...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Proszę poprzedniego mówcę o wyłączenie mikrofonu.)

Ponieważ dopiero co ukazał się raport przedstawiony przez dyrektora Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego, oceniający opiekę zdrowotną nad matką i dzieckiem w województwie mazowieckim, i jest on dostępny, nawet nie ośmieliłem się przesłać go na piśmie jako materiał na dzisiejszą konferencję. To jest moje wytłumaczenie. Niemniej chciałbym zakończyć sprawę województwa mazowieckiego i naszych postulatów pięcioma punktami.

Przede wszystkim, nadal jesteśmy zdania, że brakuje nam zorganizowanego nadzoru merytorycznego nad jakością diagnostyczno-leczniczych działań lekarzy zajmujących się dziećmi w placówkach opieki podstawowej. Brakuje też rozwiązań likwidujących ograniczenia w dostępie matek z dziećmi do pediatrii i, proszę państwa, do badań pomocniczych na poziomie POZ. Od nich się ucieka, kierując pacjentów do nas, do izby przyjęć. Poza tym, nie ma rzeczowego zainteresowania ze strony władz resortu książeczką zdrowia dziecka. Nie ma też systemu prowadzenia obserwacji epidemiologicznych dotyczących populacji wieku rozwojowego. Brakuje także systemowych rozwiązań problemów uzależnień wśród dzieci i młodzieży.

A teraz krótki styk z kolegami z medycyny rodzinnej, Panie Profesorze. Otóż w dziesiątą rocznicę istnienia medycyny rodzinnej w Polsce, kiedy miałem przyjemność uczestniczyć w konferencji związanej z tym jubileuszem, ówczesny przewodniczący Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego skierował list intencyjny do przewodniczącego Kolegium Lekarzy Rodzinnych, pana doktora Windaka. Dziś chyba jeszcze bardziej mogę nazwać go intencyjnym. Może się już zdezaktualizował, ale trzy zdania z niego przeczytałem. Chcieliśmy współpracować z medycyną rodzinną, Pani Profesor. Pani też nie zna zapewne tego listu. A napisaliśmy tak: Polskie środowisko pediatryczne powitało przedstawicieli medycyny rodzinnej jak długo oczekiwanych sojuszników. Wprowadzenie tej specjalności oznacza, że pediatrzy przestali być osamotnieni w konsekwentnym traktowaniu pacjenta i jego rodziny jako podmiotów ściśle powiązanych w zdrowiu i w chorobie. Podstawę naturalnego sojuszu stanowił fakt, że działania pediatrów w profilaktyce i w edukacji zdrowotnej zawsze dotyczą zarówno dziecka, jak i, w różnym zakresie, jego matki, ojca lub rodzeństwa. Wiedza o stanie zdrowia, zachowaniach zdrowotnych i sytuacji społeczno-ekonomicznej rodzin jest pediatrom niezbędna dla właściwej oceny wpływu środowiska rodzinnego na rozwój i zdrowie dzieci. Pediatrzy są zdania – już wtedy byli – że systemowe objęcie rodziny opieką lekarza wykształconego nie tylko w dziedzinie naprawczej – bo to jest worek bez dna – ale również w zakresie szeroko pojętej profilaktyki i promocji zdrowia umożliwiło tak potrzebną w podstawowej opiece zdrowotnej współpracę medycyny rodzinnej z medycyną wieku rozwojowego. Do nowoczesnej organizacji pracy w placówkach medycyny rodzinnej – bo o tym słyszeliśmy wtedy dużo – szerokich umiejętności i wiedzy o zdrowiu publicznym lekarzy rodzinnych pediatrzy gotowi są zawsze dołączyć swoją wiedzę o odrębnościach wieku rozwojowego i związanej z nimi specyfice działań profilaktycznych i leczniczych. Opieka nad rozwojem i zdrowiem dzieci stanowi bowiem szczególnie ważną część starań o zdrowie rodziny i jej prawidłowe funkcjonowanie.

To jest główna część, myśl tego listu. Nie dostaliśmy na to odpowiedzi i dalsze lata wykazały, że nie tak łatwo jest nawiązać współpracę i pójść w jednym kierunku, jeśli tak można powiedzieć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia o odniesienie się do tego wszystkiego. A poprzednika proszę o wyłączenie mikrofonu, wtedy będziemy lepiej się słyszeli.

**Główny Specjalista
w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Jerzy Figat:**

Dzień dobry.

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowne Panie i Panowie Senatorowie! Państwo Goście!

Nazywam się Jerzy Figat. Jestem przedstawicielem centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

Problemów poruszanych dzisiaj było tak wiele, że pozwolicie państwo, iż skoncentruję się tylko na odpowiedzi na pytania dotyczące bezpośrednio płatnika. Chociaż ciśnie mi się na usta powiedzenie czegoś bardzo oczywistego: pediatria od wieków, przynajmniej od dwudziestu ośmiu lat, odkąd jestem lekarzem, była jedną z czterech podstawowych specjalizacji. Nie wiem, co się stało, że w pewnych obszarach przestała nią być. Bardzo mnie to dziwi. Myślę, że przyjdzie czas, i to już niedługo, że to się zmieni, przynajmniej w jednym z rodzajów świadczeń zdrowotnych, jakie jest zobowiązany wykonywać Narodowy Fundusz Zdrowia z racji ustawy. Mówię tutaj o hospitalizacji, o szpitalnictwie jako takim.

Może odpowiem na pierwsze pytanie, które był łaskaw zadać pan senator. Przytoczę, może niedosłownie, pana stwierdzenie, że procedury pediatryczne Narodowego Funduszu Zdrowia są mało opłacane. Płatnik zgadza się z tym z tym stwierdzeniem, jeżeli tak można powiedzieć, i żeby to poprawić, zostanie wprowadzony, mamy nadzieję, między innymi właśnie ten nowy system, o którym się coraz więcej mówi. Różnie się mówi, są dobre i złe opinie na ten temat. Myślę, że w przypadku pediatrii to będzie dobra opinia. I teraz może chociaż dwa zdania na ten temat. Szanowni Państwo, spotkaliśmy się z kilkudziesięcioma konsultantami krajowymi z różnych dziedzin medycyny, różnych specjalności. Większość z tych konsultantów była kilkakrotnie na spotkaniach w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia bądź pracownicy centrali byli zapraszani na spotkania ze środowiskiem i konsultantami wojewódzkimi oraz z konsultantem krajowym w różnych miejscach. Spotkanie z konsultantem krajowym do spraw pediatrii było zaś tylko jedno. Dotychczasowy katalog świadczeń szpitalnych, o którym państwo na pewno wszystko wiecie, niestety niezbyt dowartościował tę dziedzinę, zarówno ilościowo, jak i jakościowo. Mam tu na myśli cenę tych procedur, świadczeń. Myślę, że jedną z przyczyn niedoszacowania tej dziedziny była może niezbyt dobra współpraca między środowiskiem a płatnikiem. Mieliśmy nadzieję, to znaczy, mamy nadzieję, że to się zmieni w przyszłości, czyli ta współpraca będzie znacznie szersza, częstsza, a przede wszystkim będzie owocowała dobrze wycenionymi świadczeniami wykonywanymi we wszystkich szpitalach w naszym kraju, w których leczą się mali pacjenci.

W tym systemie, który mamy nadzieję wejdzie w życie w połowie tego roku, pediatria została potraktowana szczególnie. Jest w nim uwzględniona znacznie większa liczba grup jednorodnych pacjentów niż w dotychczasowym katalogu. Poza tym, jeśli chodzi o wiele grup jednorodnych pacjentów w pediatrii, będzie istniała możliwość wykonywania procedur zabiegowych, które nie są wykonywane, od bardzo rozległych, skomplikowanych, kompleksowych, poprzez duże, średnie, aż do tych małych. Będzie pole działania dla pediatrów, a także lekarzy dziedzin pochodnych od pediatrii, czyli hematologów, gastroenterologów dziecięcych, chirurgów dziecięcych, wszystkich lekarzy, którzy leczą dzieci, specjalistów od leczenia dzieci. Ci wszyscy specjaliści będą mieli naprawdę znacznie więcej możliwości leczenia dzięki wejściu w życie tego systemu niż mają w systemie obecnie obowiązującym. Mógłbym oczywiście przytaczać duże liczby, wielkie sumy, ale nie ma na to czasu. Na podstawie symulacji finansowych dokonanych przez dział finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia mogę powiedzieć, że środki na pediatrię, mówię oczywiście o lecznictwie zamkniętym, wzrosną globalnie w stosunku do tego, co jest, około 20%. Myślę, że jak na początek, nie jest to mało.

Oczekujemy oczywiście aktywnego udziału środowiska pediatrycznego, począwszy od konsultanta krajowego, poprzez konsultantów wojewódzkich, żeby ten system, który ma wejść w życie, się rozwijał. Proszę mieć świadomość, że to, co ma się zacząć teraz, w połowie tego roku, to jest początek. To nie jest system zamknięty, to jest system otwarty, zwłaszcza w pierwszym okresie jego funkcjonowania. Otwarty tym bardziej na te środowiska specjalizacyjne, które nie zostały zagospodarowane, jeśli tak można powiedzieć, finansowo. Podczas prac nad tworzeniem tego systemu okazało się, że są specjalności przeszacowane, jeżeli tak można powiedzieć kolokwialnie, a inne niedoszacowane. Wśród tych niedoszacowanych niestety znalazła się pediatria. A kiedy mówię, że ta kwota wzrośnie około 20%, tak naprawdę oznacza to większy procent wzrostu, ponieważ najpierw musieliśmy dorównać do średniej. Około 20% wzrostu to jest powyżej średniej, a nie kwoty wynikającej z niedoszacowania obecnie funkcjonującego katalogu świadczeń szpitalnych.

Oczywiście państwo poruszyliście jeszcze problemy jednostkowe, jak problem szpitalnych oddziałów ratunkowych, które są mało opłacalne z powodu niskiej stawki ryczałtowej. Usłyszeliśmy także zdanie, że w szpitalnym oddziale ratunkowym powinno się płacić za wykonywane procedury, a nie jakiś tam zryczałtowany dzienny koszt funkcjonowania. Pragnę państwu przypomnieć, podać jedną z niewielu liczb. Dobowy ryczałt dla szpitalnego oddziału ratunkowego wynoszący 5 tysięcy zł to mało czy dużo? Mało dla tych szpitalnych oddziałów ratunkowych, które pracują naprawdę dużo. Żebyśmy jako Narodowy Fundusz Zdrowia mogli mieć pełną wiedzę na ten temat i mogli płacić za pracę, jeżeli będziemy jeszcze istnieć, w następnym etapie prac chcemy zająć się dwoma bardzo ważnymi problemami. Po pierwsze, właśnie szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, czyli płaceniem za wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez dany oddział szpitalny, a nie ryczałtowo. Po drugie – to jest bardzo ważny projekt, który w przyszłości powinien być zrealizowany – systemem jednorodnych grup pacjentów w lecznictwie otwartym jako takim, zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w obszarze, o którym powiedział pan prezes Radziwiłł. Czyli chodzi o płacenie za świadczenia jednorodnych grup pacjentów w POZ i w pediatrii. Jeśli chodzi o pediatrię, kiedy usłyszałem te liczby tygodni i lat specjalizowania się

z medycyny rodzinnej, wyszło mi, że jest na to dwieście osiem tygodni, w tym dwadzieścia cztery tygodnie są dla pediatrii. Wchodzi na to, że jest to 12%. A jeżeli pediatria jest jedną z czterech podstawowych specjalności, to jeszcze trochę brakuje. Ja to odnoszę właśnie do poważnego potraktowania przez płatnika tego obszaru działania, tak naprawdę najważniejszego. Wszystkie dzieci będą później pracowały dla nas wszystkich, jak tu siedzimy, a żeby mogły pracować, to muszą być zdrowe, musimy się nimi bardzo dobrze zająć. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze. Dziękuję bardzo. Bardzo proszę o wyłączenie mikrofonu.

Szanowni Państwo!

Zwykle posiedzenia seminaryjne zostawiają pewne poczucie niedosytu, ale mimo wszystko spróbuję konkludować. Powiem w ten sposób. Nie ulega wątpliwości, iż istnieje ogromny niepokój o jakość opieki medycznej nad małym pacjentem. Biorąc pod uwagę zasadę pomocniczości, czyli tego, co jest potrzebne małemu dziecku, zwłaszcza małemu dziecku, z tego, co tu usłyszeliśmy wynika, że byliśmy dosyć zgodni co do tego, że koniecznością jest uruchomienie zaplecza specjalistycznego dla lekarzy pierwszego kontaktu. Przywróciłoby ono pewną równowagę, jaka została zachwiana przy wprowadzaniu medycyny rodzinnej, ponieważ nie dostrzeżono wtedy, że lekarz pierwszego kontaktu potrzebuje... Jest potrzebne ogniwo pośrednie między szpitalnym oddziałem pediatrycznym a lekarzem pierwszego kontaktu.

Nie ulega też wątpliwości, według mnie, że pewne działania, których oczekujemy, związane z promocją zdrowia, z profilaktyką, nie są specjalnie ważne dla Narodowego Funduszu Zdrowia. I musi znaleźć się dla wykonujących świadczenia w POZ odpowiedź na pytanie, co zrobić, żeby one były ważne.

Poza tym jestem głęboko przekonany, że lekarze rodzeni są przeciążeni. To znaczy, jeśli w Szwecji jest maksimum półtora tysiąca, a u nas dwa i pół tysiąca pacjentów na jednego lekarza, żeby on mógł przeżyć, to musimy zdawać sobie sprawę z tego, że to się dzieje kosztem jakości i zadań, które są z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego istotne. Być może to jest jedna z przyczyn, dla których nawet tych 40% pediatrów wśród lekarzy rodzinnych nie bierze się za coś, co z punktu widzenia potrzeb małego człowieka jest tak istotne. Dane, jakimi dysponujemy, są zatrważające, nawet te, które mówią o poziomie zdrowia w dużych aglomeracjach, gdzie dostęp do opieki zdrowotnej jest przecież łatwy. Dotyczy to również miasta Wrocław, które od kilkunastu lat prowadzi najliczniejszą w Polsce sieć szkół promujących zdrowie, w tej chwili ponad sto szkół, oraz sieć przedszkoli i żłobków promujących zdrowie. Jeśli chodzi o żłobki, w gruncie rzeczy przede wszystkim szkoli się rodziców, by nabierali dobrych nawyków z korzyścią dla siebie i swoich dzieci.

Ciągle jeszcze umyka gdzieś jeden szalenie ważny problem, o którym próbowała powiedzieć pani dyrektor Szarycz, dotyczący zdrowia publicznego jako pewnego działu medycyny słabo obecnej i w działaniach prawnych, i w finansowaniu. Niektóre kraje mają ustawy o zdrowiu publicznym i wydaje się, że te osobne ścieżki są lepiej tworzone, rozróżnia się je wyraźnie.

Trzeba powiedzieć, że wszyscy państwo referenci, zwłaszcza reprezentujący pediatrię, podnosili sprawy, które muszą boleć każdego człowieka odpowiedzialnego za zdrowie w naszym kraju. Dostrzeżmy jednak też, że musimy w jakiejś mierze, i jest to

postulowane... Bo chcę przypomnieć, że w „Zdrowiu 21” mówi się, że państwa są odpowiedzialne za budowanie systemów opartych na modelu medycyny rodzinnej. Pierwszym ogniwem musi być lekarz rodzinny i musimy się z tym zgodzić, jest to rekomendacja WHO z końca XX wieku. Musimy w ramach tego systemu zadbać o jakość świadczeń pediatrycznych, o uruchomienie jakiegoś nadzoru nad jakością świadczeń pediatrycznych także w rejonie. I te elementy będziemy próbowali zapisać.

Chciałbym wszystkim państwu uczestniczącym w tym seminaryjnym posiedzeniu bardzo podziękować. Mam nadzieję, że to spotkanie w jakiejś mierze przyczyni się do budowania modelu świadczeń, który w Polsce jest w powijkach. Poprzednio mieliśmy spotkanie dotyczące programów wczesnej interwencji, w których chodzi o dzieci dopiero narodzone, objęcie ich kompleksową opieką rehabilitacyjną. Ten program miał bardzo dobre efekty, był finansowany z ministerstwa, trochę się rozsypał na poziomie Narodowego Funduszu Zdrowia. Mamy ogromne problemy także z innymi działaniami związanymi z funkcjonowaniem naszego modelu i dlatego ciągle jest potrzebna dyskusja, która trochę wyprzedzi działania legislacyjne.

Jeszcze raz chciałbym serdecznie podziękować pani profesor Chybickiej, która organizowała tę stronę pediatryczną, oraz panu profesorowi za te wstępne referaty. A wszystkim państwu za udział, także panu profesorowi Lukasowi, dzielnie broniącemu tej medycyny, która jest najmłodszym dzieckiem w naszym systemie, a za którą chyba trochę tęskniliśmy, praktykując w ambulatoryjnej opiece. Obyśmy uruchomili pewien proces doskonalenia, bo instytucja musi się doskonalić, musimy uczyć się na swoich błędach. I oby dzisiejsze wytknięcie braków systemowych przyczyniło się do naprawy tego systemu. Jeszcze raz wszystkim państwu dziękuję za uwagę.

Teraz krótka przerwa. Potem senatorowie spotkają się na kilka minut na omówienie spraw bieżących.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Króciutko sprawy bieżące.

Proszę państwa, jest trochę korespondencji, którą otrzymała komisja, będę na nią odpowiadał.

Chciałbym, żebyście państwo wiedzieli, iż przedłuża się oczekiwanie na decyzję ekspertów Agencji Oceny Technologii Medycznej. To dotyczy pacjentów cierpiących na związane z wiekiem zwyrodnienie płamki...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. Chodzi o Lucentis, którego nie rejestrują. Zwrócono się w tej sprawie do nas, do senackiej Komisji Zdrowia, myślę, że powinniśmy poprzeć starania tego towarzystwa. Jeśli państwo pozwolą, to w państwa imieniu przygotuję takie wystąpienie.

Tu jest tak: „W odpowiedzi na nasze stanowisko na temat wczesnej wielospecjalistycznej, kompleksowej, skorelowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością, minister zdrowia, a w jej imieniu pan Fronczak, podtrzymywali stanowisko zgłoszone podczas komisji. Ono było dla nas dobre...”

Były uwagi dotyczące odwołania pana dyrektora Jacyny ze stanowiska w Mazowieckiej Kasie Chorych. Prezes Narodowego Funduszu podtrzymał swoje stanowi-

sko, uważając, że były pewne nieprawidłowości, które uzasadniały to merytoryczne podjęcie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Oczywiście, bardzo proszę, to jest do wglądu, każda z tych rzeczy, które komisja otrzymuje, jest do wglądu.

I wreszcie ostatnia sprawa, proszę państwa, ona dzisiaj się pojawiła, sprawa stażu. Prezes Radziwiłł przekazał nam informację, iż 4 kwietnia Naczelna Rada Lekarska opowiedziała się przeciwko zlikwidowaniu stażu w takim szybkim trybie. To są te sprawy, które do nas napłynęły.

Czy mają państwo jakieś sprawy do nas?

Bardzo proszę, pan senator Waldemar Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Przewodniczący, Panie i Panowie, po posiedzeniu komisji zapraszam do pokoju...

(Głos z sali: Do naszego pokoju, nr 269.)

...nr 269, na kawę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę, senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Chciałabym z pewnym wyprzedzeniem przypomnieć, że 14 maja o godzinie 10.30 odbędzie się otwarcie wystawy poświęconej profesorowi Stanisławowi Konopce, założycielowi, pierwszemu dyrektorowi Głównej Biblioteki Lekarskiej. I mam prośbę do kolegów z Platformy, żeby tak zaplanowali spotkanie klubu, aby o 10.30 mogli przyjść na otwarcie tej wystawy. Bardzo mi na tym zależy i bardzo proszę o to. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan senator Klimowicz, którego witamy na posiedzeniu komisji. Jak widzicie, komisja została wzmocniona, bardzo się cieszymy z tej obecności.

Bardzo proszę, Panie Senatorze.

Senator Paweł Klimowicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Chciałabym szczególnie podziękować panu przewodniczącemu za to, że zorganizował dzisiejszą konferencję. Bardzo dużo się tu dowiedziałem. Nasunął mi się też pewien pomysł, taka refleksja, że dobrze by było, gdybyśmy podyskutowali w przyszłości nad kondycją wysokospecjalistycznych ośrodków właśnie pediatrycznych. Jestem senatorem z Krakowa i leży mi na sercu szczególnie sprawa Prokocimia. Może ja się zwrócę na piśmie do pana przewodniczącego i określę dokładnie, o co mi chodzi.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę. Oczywiście przyjmujemy wszelkie sugestie i elastycznie przechodzimy do trybu, do tematyki, jaką podejmujemy na komisji.

Czy są jeszcze jakieś sprawy?

Bardzo proszę, pan Norbert Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Panie Przewodniczący!

Chciałbym zasygnalizować pewną rzecz i, jeżeli można, chciałbym, żebyśmy zajęli się tą sprawą w tym roku. Oczywiście nie chodzi o to, żeby poświęcić temu tematowi, o którym za chwilę powiem, całe nasze posiedzenie komisji, ale ewentualnie jakąś jego część. Chodzi mianowicie o rzecz następującą. W naszym kraju jest obecnie boom na kształcenie fizjoterapeutów. Rocznie ma być ich kształconych piętnaście tysięcy. Ale to jeszcze nie jest problem. Szkół wyższych, które kształcą w tym kierunku, jest u nas w kraju sto sześćdziesiąt, ale tylko pięćdziesiąt parę ma akredytację Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Ja sam wystąpiłem do pani minister z pytaniem, czy to monitoruje. Chodzi o jedną rzecz: co z absolwentami, którzy kończą ten kierunek na uczelniach niemających akredytacji? To nie jest moje zdanie, że to jest problem - jest to zdanie pana profesora Śliwińskiego ze Zgorzelca - krajowego konsultanta do spraw fizjoterapii. Ten problem ma później konsekwencje. Chodzi między innymi o to, że pojawiają się różnego rodzaju, powiedzmy, uzdrowiacze, którzy leczą, chociażby pacjentów nowotworowych, poprzez nastawienie kręgów czy jakieś masaże, itd. I dlatego chciałbym, jeżeli byłoby to możliwe, żeby podjąć, chociaż częściowo, właśnie temat fizjoterapii polskiej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Szanowni Państwo, przyjmujemy, spróbujemy się tym zająć.

Czy jeszcze są jakieś sprawy? Jeśli nie, to dziękuję bardzo i zapraszamy do sali nr 269.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 10)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851