

**Opinia do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie
zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych
z zakresu leczenia szpitalnego (MZ 589)**

I. Opis sytuacji problemowej - zakres i cel projektu regulacyjnego

Niniejsza opinia dotyczy projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 28.11.17r., stanowiącego wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1938 i 211). Dnia 3 sierpnia 2017r. zostało wprowadzone rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1565), które od dnia 1 stycznia 2018r. wprowadza możliwość finansowania za środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), świadczenia „Podanie immunoglobuliny anty-RhD pacjentce RhD-ujemnej”.

¹Do dnia 31 grudnia 2017r., regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa (RCKiK) realizują w takim samym trybie jak dotychczas, zaopatrywanie podmiotów leczniczych w produkt krwiopochodny: immunoglobulinę anty-RhD, zgodnie z zadaniem wskazanym w art. 27 ust. 1 pkt. 8 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017r. poz. 1371). Po 1 stycznia całe świadczenie będzie można rozliczyć w ramach produktów NFZ a to oznacza, że szpitale będą mogły zaopatrywać się w lek w dowolnym miejscu. Immunoglobulina anty-RhD jest wydawana do podmiotów leczniczych na imienne zapotrzebowanie, zgodnie z zaleceniami zawartymi w dokumencie „Zasady stosowania immunoglobuliny anty-RhD w profilaktyce konfliktu matczyno-płodnego w zakresie antygenu D z układu Rh”, opracowanego przez konsultantów krajowych. Zgodnie ze zmianą, środki finansowe dotychczas zagwarantowane w budżecie państwa w części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia będą przeznaczane na sfinansowanie zakupu immunoglobuliny anty-RhD w celu zabezpieczenia pacjentek RhD ujemnych ze wskazaniem bezwzględny do jej podania.

Ponieważ w magazynach regionalnych centrów krwiodawstwa znajdują się zapasy tego leku, po dniu 1 stycznia 2018r. czyli rzekomej dacie rozpoczęcia finansowania przez NFZ świadczenia „Podanie immunoglobuliny anty-RhD pacjentce RhD-ujemnej”, mając na uwadze racjonalne i gospodarne wykorzystanie środków publicznych, należy umożliwić

¹ Dane zaczerpnięte z uzasadnienia projektu rozporządzenia oraz Oceny Skutków Regulacji (OSR)

świadczeniodawcom realizującym przedmiotowe świadczenie kontynuowanie korzystania z bezpłatnego wydawania na imienne zapotrzebowanie immunoglobuliny anty-RhD, do wyczerpania zapasów. Biorąc pod uwagę to, że rozliczanie omawianego świadczenia przez NFZ jest planowane w ramach produktu z katalogu świadczeń do sumowania, nie ma obaw o podwójne finansowanie za środków NFZ i budżetu państwa jednocześnie. Świadczeniodawcy będą więc mogli w początkowym okresie zakupić produkty lecznicze i rozliczyć je z NFZ lub otrzymać je bezpłatnie od regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Opiniowane rozporządzenie w największym stopniu wpływa na świadczeniodawców realizujących świadczenia gwarantowane z zakresu położnego i ginekologii, poprzez zmianę na mocy, której będą oni mogli zakupić produkty lecznicze i rozliczyć je z Narodowym Funduszem Zdrowia lub otrzymać je bezpłatnie od Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Będzie miało ono również wpływ właśnie na Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, poprzez umożliwienie spożytkowania stanów magazynowych immunoglobuliny anty-RhD.

Zmiana ma na celu zapewnienie racjonalnego i gospodarnego wykorzystania środków publicznych i wprowadza rozwiązania, które wpłyną pozytywnie na zdrowie ludzi, poprzez zapewnienie dostępności i utrzymanie świadczeń na odpowiednim poziomie. Nie przewiduje ona wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczości, nie ma mieć również wpływu na rynek pracy.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Przy przygotowaniu ekspertyzy głównymi metodami pozyskania informacji i danych były:

1. Analiza desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, ocen skutków regulacji, stron internetowych administracji zdrowotnej RP, portali tematycznych,
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich (rezultaty zostały przedstawione poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami ze strony Ministerstwa Zdrowia i organizacji pacjenckich,
4. Spożytkowanie wiedzy i dorobku własnego.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje w sprawie opiniowanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego przeprowadzane były jako wywiady bezpośrednie lub telefoniczne z

przedstawicielami wybranych organizacji pacjenckich z całego kraju (ze względu na ogólnokrajowy charakter regulacji).

A. Rezultat wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami z organizacji pacjenckich

1. Czy Pana/Pani zdaniem rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 28.11.17r. i regulacja na mocy, której szpitale będą mogły zaopatrywać się w immunoglobulinę anti-RhD w dowolnym miejscu, przyniosą pozytywne rezultaty?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	5
Nie	1
Nie mam zdania	2

B. Konsultacje na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji, jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pan/Pani zgadza się ze stwierdzeniem, że mając na uwadze racjonalne i gospodarne wykorzystanie środków publicznych, należy umożliwić świadczeniodawcom realizującym przedmiotowe świadczenie kontynuowanie korzystania z bezpłatnego wydawania na imienne zapotrzebowanie immunoglobuliny anti-RhD, do wyczerpania zapasów?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	6
Nie	0
Nie mam zdania	1

2. Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że leczenie konfliktu serologicznego przy podawaniu ludzkich immunoglobulin anti-RhD jest

metodą skuteczniejszą oraz bardziej zaawansowaną technologicznie niż popularne wewnątrzmaciczne przetaczanie krwi?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	6
Nie	0
Nie mam zdania	2

3. Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że Kobieta, która otrzymała w czasie ciąży immunoglobulinę anty-RhD, powinna otrzymać powtórnie odpowiednią dawkę preparatu po urodzeniu dziecka Rh-dodatniego?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	7
Nie	0
Nie mam zdania	0

4. Czy uważa Pan/Pani, że w przypadku powtarzających się krwawień podczas ciąży, kobieta ciężarna powinna zdecydować się na podanie dawki immunoglobuliny w standardowej dawce co 6 tygodni?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	5
Nie	2
Nie mam zdania	1

Pytania otwarte

1. Jak Pan/Pani ogólnie ocenia zmiany, jakie wprowadza rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie zmieniający rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 28.11.17r.? Czy chciał/a by Pan/Pani nanieś jakieś poprawki, uwagi, komentarze bądź wprowadzić zmiany?
2. Czy Pan/Pani zgadza się ze stwierdzeniem, że wejście w życie opiniowanego projektu przełoży się pozytywnie na zdrowie ludzi, zapewnienie dostępu do leku (immunoglobuliny anty-RhD) oraz odpowiednią jakość świadczeń?
3. Czy uważa Pan/Pani, że kobiety narażone na powstanie konfliktu serologicznego, powinny decydować się na zastosowanie profilaktyki przedciążowej, polegającą na podaniu immunoglobulin w 28-30 tygodniu ciąży, aby zabezpieczyć przed reakcją na ewentualne przecieki, które znacząco rosną w III trymestrze ciąży?
4. Czy uważa Pan/Pani, że konflikt serologiczny jest istotnym problemem i niezbędne jest realizowanie jego profilaktyki oraz leczenia na możliwie jak najwyższym poziomie, a lek w postaci immunoglobuliny anty-RhD powinien być ogólnie dostępny dla kobiet ciężarnych które go potrzebują?

IV. Stanowisko eksperckie

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie zmieniający rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 28.11.17r. wprowadza zmianę polegającą na możliwości finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia świadczenia „Podanie immunoglobuliny anty-RhD pacjentce RhD-ujemnej”. Obecnie lek ten wydawany jest na imienne zapotrzebowanie, zgodnie z zaleceniami przedstawionymi w dokumencie „Zasady stosowania immunoglobuliny anty-RhD w profilaktyce konfliktu matczyno-płodowego w zakresie antygeny D z układu Rh”. Środki na ten cel są zagwarantowane w budżecie Ministra Zdrowia. Ponieważ jednak w magazynach regionalnych centrów krwiodawstwa znajdują się zapasy tego leku, biorąc pod uwagę racjonalne i gospodarne wykorzystanie środków publicznych, resort chce, by do wyczerpania zapasów szpitale mogły dalej korzystać z bezpłatnego wydawania go na imienne zapotrzebowanie.

Zgodnie z zapewnieniami, wejście w życie opiniowanego projektu ma się przełożyć pozytywnie na zdrowie ludzi, zapewnienie dostępu do leku oraz odpowiednią jakość świadczeń. By bliżej przyjrzeć się tematyce zmian które mają zostać wprowadzone, należało by w pierwszej kolejności zrozumieć czym jest immunoglobulina anty-RhD i w jakich okolicznościach jest stosowana.

Z definicji, immunoglobuliny (nazywane również przeciwciałami), to białka surowicy oraz płynów ustrojowych, syntetyzowane przez komórki układu immunologicznego. Jako jeden z elementów układu odpornościowego, chronią organizm przed infekcjami wirusowymi oraz bakteryjnymi. Ich głównym zadaniem jest wiązanie antygenów, co uruchamia szereg procesów stanowiących linię obrony organizmu przed patogenami. Przy podziale immunoglobuliny, wyróżniamy dwa rodzaje cząsteczek: IgA1, które występują we krwi głównie jako monomery, oraz IgA2, dimeryczne (powstałe z połączenia się dwóch monomerów, takich samych cząsteczek prostych), które produkowane są na powierzchni błony śluzowej i dobrze pełnią funkcję obronną. Immunoglobuliny można również podzielić na 5 klas: IgA, IgE, IgM, IgG oraz IgD. Badanie immunoglobuliny to częste badanie wykonywane u osób cierpiących na zaburzenia odporności lub nadmierne reakcje alergiczne. Jest to jedna z podstawowych metod diagnostycznych.

W kontekście opiniowanego projektu rozporządzenia, na bliższą uwagę zasługują immunoglobuliny z klasy IgG, gdyż to do nich właśnie zaliczamy immunoglobulinę anti-RhD. Są one produkowane w późniejszej fazie zakażenia, stanowią około 75% wszystkich immunoglobulin znajdujących się w surowicy krwi. Główne cele IgG to zwalczanie wirusów oraz bakterii. Zapobiega odpowiedzi immunologicznej u kobiet w przypadku niezgodności grup krwi pod względem czynnika Rh między matką Rh- a płodem Rh+.

Każdy człowiek dziedziczy grupę krwi albo Rh+, albo Rh-. Wszystkie ciężarne kobiety poddawane są testowi na zgodność Rh na początku ciąży. Jeżeli wynik wskazuje na dodatnie Rh lub gdy matka i ojciec dziecka mają ujemny czynnik Rh, nie ma powodów do niepokoju. W sytuacji kiedy matka ma Rh-, a ojciec Rh+, kobieta jest narażona na pojawienie się problemów związanych z konfliktem serologicznym i ciąża musi zostać poddana nadzorowi położniczemu. Lecz czym tak naprawdę jest konflikt serologiczny?

Konflikt serologiczny jest zaburzeniem dotyczącym głównie kobiet z grupą krwi Rh- posiadającą dzieci z mężczyzną, którego grupa krwi to Rh+. Zjawisko to wywołuje chorobę hemolityczną płodu lub noworodka. Organizm matki odbiera własne dziecko jako coś obcego i wytwarza przeciwciała, które niszczą czerwone krwinki płodu. Prowadzi to do niedokrwistości i wielu innych poważnych powikłań. Występuje on stosunkowo rzadko, dotyczy raptem 2–3 na 1000 kobiet w ciąży.

Ludzka krew nie zawsze jest taka sama, u niektórych występuje antygen D a u innych nie. Istnieje możliwość że nienarodzone dziecko dziedziczy go po ojcu, kiedy matka go nie posiada – dzieje się tak w 60% przypadków kiedy to u matki występuje Rh- a u ojca Rh+. Jak organizm matki orientuje się, że we krwi płodu jest nowa, nieznaną cząstką traktuje ją jako intruza i w defensywie wytwarza przeciwciała mające na celu jego zniszczenie. Organizm Matki dowiaduje się o takim fakcie dopiero w momencie kiedy jej krew zetknie się z krwią płodu. W przypadku kiedy mamy do czynienia z pierwszą ciążą, zagrożenie dla dziecka jest bardzo małe gdyż organizm matki zwyczajnie nie ma czasu na atak. Nawet jeżeli uda się wytworzyć przeciwciała to z reguły na początku są one bardzo słabe i nie potrafią pokonać bariery łożyskowej. Dopiero 1,5 do 6 miesięcy później produkowane są przeciwciała silniejsze, które mogą przechodzić przez łożysko. Pozostają one w organizmie matki i jeśli podczas kolejnej ciąży przenikną przez łożysko do krwiobiegu płodu, zaatakują jego czerwone krwinki. Zjawisko to może powodować u płodu bardzo poważną anemię, żółtaczkę czy

obumarciu. W każdej ciąży dochodzi do niewielkiego przechodzenia komórek płodu przez łożysko. Taka mikrotransfuzja płodowo-maciczna zazwyczaj utrzymuje się na stałym, niewielkim poziomie podczas całego okresu trwania ciąży – nie przekracza objętości 0,1ml. Aby powstały przeciwciała, do organizmu matki musi się przedostać przynajmniej 0,2ml krwi płodowej. Najczęściej dochodzi do tego podczas porodu, poronienia, odklejenia się łożyska, krwotoków, cesarskiego cięcia, ciąży pozamacicznej, zabiegów wewnątrzmacicznych, wykonywanych w celach diagnostycznych lub leczniczych, a także pod koniec ciąży, krótko przed porodem. Przenikanie przeciwciał anty Rh nasila się po 16 - 18 tygodniach ciąży, a największe jest w III trymestrze, dlatego każdą ciążę konfliktową powinno zakończyć się w 37 - 38 tygodniu jej trwania. Dzisiejsza medycyna stwarza jednak możliwości pozwalające poradzić sobie z tym problemem. Najlepszym sposobem by zapobiec konfliktowi serologicznemu jest prawidłowa profilaktyka – i tutaj przechodzimy do sedna sprawy, kwestii, która w kontekście opiniowanego rozporządzenia interesuje nas najbardziej. W przypadku konfliktu serologicznego profilaktyka polega na podaniu wszystkim kobietom z krwią Rh- zastrzyku z immunoglobuliną anty D, określaną również jako anty-RhD. Jest to naturalny produkt wytwarzany z krwi, który zapobiega powstaniu w ciele matki groźnych dla dziecka przeciwciał. Dzięki jego podaniu, w razie przedostania się krwinek płodowych do jej organizmu, zwiążą się one z obcymi antygenami. Nie pozwoli to na zetknięcie się erytrocytów dziecka z układem odpornościowym matki, który pozostanie nieaktywny. Szacuje się, że skuteczność takiej profilaktyki jest skuteczna w 96-98%. Można powiedzieć więc, że ta metoda bardzo skutecznie pozwala zażegnać potencjalne problemy związane z pojawieniem się konfliktu serologicznego, u osób które są tym schorzeniem potencjalnie zagrożone. W Polsce zazwyczaj immunoglobulinę podaje się tylko jeden raz - po porodzie (do 72 godzin od narodzin dziecka). Należy też ją podać przy każdym podejrzeniu przecieku płodu do krwi matki, w ciągu pierwszych 72 godzin. W ostatnim czasie coraz częściej stosuje się profilaktykę śródciażową, polegającą na podaniu immunoglobulin w 28-30 tygodniu ciąży, aby zabezpieczyć przed reakcją na ewentualne przecieki, które znacząco rosną w III trymestrze.

Przy leczeniu konfliktu serologicznego stosuje się również metodę wewnątrzmacicznego przetaczania krwi. Do transfuzji używa się krwinek pozbawionych antygeny D, obojętnych na atak przeciwciał. Po 3-4 transfuzjach płód funkcjonuje w sposób odpowiedni. Jego własne erytrocyty zostały już zniszczone, a ponieważ ma wiele nowych, jego organizm nie produkuje kolejnych. Leczenie tą metodą trwa aż do czasu kiedy nienarodzone dziecko osiągnie dojrzałość do życia poza organizmem matki, około 35-37 tygodnia ciąży. Po porodzie noworodek nadal jest leczony, w zależności od nasilenia choroby hemolitycznej, za pomocą fototerapii lub transfuzji. W latach ubiegłych metoda ta była bardzo popularna. Leczenie konfliktu serologicznego przy podawaniu ludzkich immunoglobulin poza faktem, że jest metodą bardzo skuteczną i nowoczesną, jest również bardzo kosztowne i nie każdy mógł sobie na to pozwolić.

		MAMA	
		Rh+	Rh-
D Z I E C K O	Rh+	BRAK KONFLIKTU	KONFLIKT
	Rh-	BRAK KONFLIKTU	BRAK KONFLIKTU

²W dokumencie „Zalecenia dotyczące stosowania immunoglobuliny anti-RhD w profilaktyce konfliktu matczyno-płodowego w zakresie antygenu D z układu Rh”, który obowiązuje od dnia 18 grudnia 2015, znajdziemy zalecenia w sprawie stosowania immunoglobuliny anti-RhD w kontekście konfliktu serologicznego. Po przestudiowaniu jego treści, możemy się dowiedzieć, że:

Immunoglobulinę anti-RhD należy podać kobietom Rh- domięśniowo w czasie nieprzekraczającym 72 godzin w przypadkach:

1. Urodzenia dziecka Rh+:

-poród fizjologiczny - dawka 150µg

-poród patologiczny (cesarskie cięcie, poród martwego płodu itp.) – dawka 300µg

2. Po poronieniu samoistnym, przerwaniu ciąży, usunięciu ciąży pozamacicznej, inwazyjnej diagnostyce prenatalnej, w przypadku zagrażającego poronienia, przedwczesnego porodu przebiegającego z krwawieniem dróg rodnych oraz po wykonaniu obrotu zewnętrznego płodu:

-do 20 tygodnia ciąży, dawka 50µg

-po 20 tygodniu ciąży, dawka 150µg

² Dane zaczerpnięte z treści dokumentu „Zalecenia dotyczące stosowania immunoglobuliny anti-RhD w profilaktyce konfliktu matczyno-płodowego w zakresie antygenu D z układu Rh”

W sytuacji, kiedy spotykamy się z kompletnym poronieniem samoistnym do 12 tygodnia ciąży, które przebiegło bez znaczących dolegliwości bólowych, nie podaje się immunoglobuliny anti-RhD. W przypadku powtarzających się krwawień podczas ciąży, należy zastanowić się nad przyjmowaniem immunoglobuliny w dawce standardowej, raz na 6 tygodni. Kiedy immunoglobulina anti-RhD nie została podana w okresie do 72 godzin, należy ją zastosować niezwłocznie, jednak nie później niż do 10 dni od czasu narażenia na immunizację.

Serologiczne badania kwalifikacyjne, należy wykonać przed podaniem immunoglobuliny anti-RhD u kobiety ciężarnej, po poronieniu bądź porodzie. Zaliczają się do nich: określenie grupy krwi i antygeny RhD, badanie na obecność przeciwciał odpornościowych do krwinek czerwonych (w przypadku gdy stosowana była profilaktyka śródciążowa), określenie antygeny RhD we krwi dziecka.

Kobieta jest kwalifikowana do podania immunoglobuliny anti-RhD, w sytuacji w której posiada ona RhD ujemną i nie wykryto u niej przeciwciał anti-RhD, a jej dziecko jest RhD dodatnie (ten warunek musi zostać spełniony, w przypadku kiedy krew dziecka jest dostępna).

Wprowadzona zostaje profilaktyka śródciążowa, polegająca na podaniu immunoglobuliny anti-RhD w dawce 300µg w 28-30 tygodniu ciąży. Zastosowanie profilaktyki śródciążowej nie zwalnia z podania immunoglobuliny anti-RhD po porodzie.

W przypadku podejrzenia masywnego przecieku płodowo-matczynego dawkę immunoglobuliny ustala się indywidualnie. Kiedy preparat zawierający określoną dawkę immunoglobuliny jest niedostępny, dopuszcza się zastosowanie większej dawki. Informacja o podaniu immunoglobuliny anti-RhD w czasie ciąży oraz po jej zakończeniu powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjentki. W przypadku niepodania leku, należy wskazać przyczynę dyskwalifikacji.

Konsultacje przeprowadzone w sprawie opiniowanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 28.11.17r. przeprowadzane były jako wywiady bezpośrednie lub telefoniczne z przedstawicielami wybranych organizacji pacjenckich z całego kraju. Ich wyniki obrazują nam odczucia osób trzecich na omawiany projekt rozporządzenia. Rezultaty jakie zostały otrzymane ukazują, że projekt wprowadza zmiany dobre. Na pytanie o to czy regulacja na mocy, której szpitale będą mogły zaopatrywać się w immunoglobulinę anti-RhD w dowolnym miejscu, przyniosą pozytywne rezultaty, znacząca większość respondentów odpowiedziała twierdząco. To jedynie ukazują jak pozytywną jest zmiana zaproponowana w opiniowanym projekcie. W sprawie tego, czy mając na uwadze racjonalne i gospodarne wykorzystanie środków publicznych, należy umożliwić świadczeniodawcom realizującym przedmiotowe świadczenie kontynuowanie korzystania z bezpłatnego wydawania na imienne zapotrzebowanie immunoglobuliny anti-RhD, do wyczerpania zapasów, również większość udzielonych odpowiedzi brzmiała „tak”. Nie można mieć wątpliwości, że pomysł ten jest pozytywny. Przy pytaniu o to, czy leczenie konfliktu serologicznego przy podawaniu ludzkich immunoglobulin anti-RhD jest metodą skuteczniejszą oraz bardziej zaawansowaną technologicznie niż popularne wewnątrzmaciczne przetaczanie krwi, również znacząca większość osób poparła to założenie, i odpowiedziała w

sposób twierdzący. W przypadku zapytania to czy kobieta, która otrzymała w czasie ciąży immunoglobulinę anti-RhD, powinna otrzymać powtórnie odpowiednią dawkę preparatu po urodzeniu dziecka Rh-dodatniego, 100% osób biorących udział w badaniu odpowiedziało „tak”. Nie od dziś wiadomo, że zastosowanie profilaktyki śródciążowej nie zwalnia z podania immunoglobuliny anti-RhD po porodzie. Ponad połowa pytaných osób uważa również, że w przypadku powtarzających się krwawień podczas ciąży, kobieta ciężarna powinna zdecydować się na podanie dawki immunoglobuliny w standardowej dawce co 6 tygodni. Wyniki przeprowadzonego badania są bardzo jednostronne a po ich analizie możemy jedynie zauważyć, że opiniowane rozporządzenie wprowadza zmiany istotne, a sam problem konfliktu serologicznego oraz jego leczenie i profilaktyka to tematy aktualne i ważne.

Podsumowując projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie zmieniający rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 28.11.17r. można powiedzieć, że wprowadza on bardzo pozytywne zmiany, a całość odbierana jest w sposób jak najbardziej pozytywny. Bez wątplenia wejście w życie opiniowanego projektu przetoży się w sposób pozytywny na zdrowie ludzi, zapewnienie dostępu do leku oraz odpowiednią jakością świadczeń. Konflikt serologiczny jest istotnym problemem, a jego leczenie oraz co ważniejsze odpowiednia profilaktyka powinna odbywać się na możliwie jak najwyższym poziomie. Kwestia ta bezpośrednio wpływa na zdrowie zarówno dziecka jak i matki, to między innymi czynni ją tak ważną.

Opinię przygotował:
Miroslaw Zieliński
Ekspert projektu