



Warszawa, dn. 22 września 2008 r.

RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Dziecka

Marek Michalak

ul. Śniadeckich 10, 00-656 Warszawa
tel.: 022 696 55 44, fax: 022 629 60 79

ZBIA/500 - 51/2008/EK

**Szanowna Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia**

Szanowna Pani Minister,

W ostatnich dniach odbyłem szereg spotkań ze środowiskiem lekarzy-pediatrów. Jednym z pilnych do rozwiązania spraw które mogą przyczynić się do podniesienia poziomu opieki nad dzieckiem jest poprawa dostępności do lekarza pediatry. Aktualne przepisy prawa – Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz.2135) stanowią, iż do lekarza pediatry należy uzyskać skierowanie od lekarza rodzinnego. Zakładając, że celem takiego rozwiązania było przekonanie, że lekarz rodzinny podejmie się leczenia małego pacjenta i dodatkowo zdobędzie wiedzę na temat stanu zdrowia całej rodziny, w tym dziecka, należy ocenić to pozytywnie.

Praktyka codzienna pokazuje, że nie jest to dobre rozwiązanie ze względu na poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych dziecka. A te potrzeby uznać należy za najważniejsze. Lekarz POZ nie zawsze jest dostępny dla chorego dziecka, sprawując opiekę nad całą rodziną (a element czasu w diagnostyce pediatrycznej odgrywa ogromną rolę), nie zawsze czuje się kompetentny w sprawowaniu specjalistycznej opieki nad dzieckiem lub czyni to w sposób wzbudzający niepokój rodziców.

W efekcie często opiekę nad dzieckiem sprawuje lekarz pediatrycznej Izby Przyjęć czy Nocnej Pomocy Lekarskiej. Jest to niekorzystne zjawisko zarówno dla systemu finansowania ochrony zdrowia, jak i dla dziecka, bowiem ten sposób opieki powoduje, że opieka nad dzieckiem jest „dyżurowa”, a nie ciągła i pełna. Niejednokrotnie dziecko musi być hospitalizowane, aby poszerzyć diagnostykę, która mogłaby być prowadzona przez pediatrę

w specjalistycznej poradni dla dzieci. Negatywnym efektem ubocznym „wymuszonej hospitalizacji” jest stres dziecka, narażenie go na niebezpieczeństwa wynikające z pobytu w szpitalu /m.in. możliwość zakażeń wewnątrzszpitalnych, rozłąka z rodzicami/.

Zatem dobrym rozwiązaniem byłaby możliwość uzyskania świadczenia pediatry w ramach **specjalistycznych poradni dziecięcych finansowanych przez NFZ, a nie wymagających skierowania do nich**. Pozwoli to na skrócenie drogi do efektywnej pomocy pediatrycznej, a przez to uzyskanie lepszych efektów leczenia.

Mając na względzie dobro dziecka i konieczność zapewnienia mu realizacji prawa do najlepszej opieki zdrowotnej, na mocy do art.10 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. Nr 6, poz. 69) uprzejmie proszę Panią Minister o podjęcie działań zmierzających do dokonania zmian w cytowanej na wstępie ustawie tak, by możliwe było uzyskanie świadczeń pediatrycznych bez skierowania od lekarza rodzinnego. Umożliwi to tworzenie Pediatrycznych Poradni Specjalistycznych i kontraktowanie usługi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Z wyrazami szacunku
Marek Szmichalski



MINISTER ZDROWIA

MZ-ZP-D-073-12311-1/WS/08

Warszawa,2008-11-05.....

Pan

Marek Michalak

Rzecznik Praw Dziecka

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 22 września 2008 r., znak: ZBIA/500-52/2008/FK zawierające prośbę o wprowadzenie zmian przepisów regulujących system opieki zdrowotnej, które umożliwiłyby kontraktowanie świadczeń specjalistycznej opieki pediatrycznej w podstawowej opiece zdrowotnej oraz tworzenie poradni pediatrycznych uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w Polsce realizowana jest w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027).

Zgodnie z przepisami ustawy, dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia, niezależnie od statusu socjalnego ich rodziców/opiekunów, mają zapewnioną bezpłatną opiekę zdrowotną, która obejmuje zapobieganie chorobom, wykrywanie chorób, leczenie, zapobieganie niepełnosprawności. Świadczenia zdrowotne finansowane są ze środków publicznych, będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), który zawiera umowy o udzielanie tych świadczeń ze świadczeniodawcami podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej, zarówno w publicznych, jak i niepublicznych placówkach opieki zdrowotnej.

W systemie ochrony zdrowia opiekę zdrowotną nad dziećmi (w tym profilaktyczną opiekę zdrowotną) sprawuje właściwy dla dziecka lekarz podstawowej opieki zdrowotnej/ lekarz rodzinny (zgodnie z deklaracją wyboru złożoną przez jego rodziców/opiekunów) – w miejscu określonym umową z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Wieloletni proces kształcenia specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz doskonalenie programów specjalizacji wpłynęły na adekwatne do potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej przygotowanie lekarzy rodzinnych do sprawowania opieki nad powierzoną im populacją dzieci i młodzieży. Program specjalizacji z medycyny rodzinnej w szerokim zakresie ujmuje bowiem wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne, dotyczące populacji wieku rozwojowego, które musi opanować specjalizujący się lekarz. Wielu lekarzy rodzinnych ustawicznie podnosi swoją wiedzę poprzez kształcenie ustawiczne realizowane w różnych formach (konferencje naukowe, szkolenia, sympozja, kursy). Należy podkreślić, że w związku z wejściem w życie reformy ochrony zdrowia, wielu pediatrów uzyskało dodatkowo specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej i sprawują oni opiekę nad ubezpieczonymi, jako lekarze rodzinni. Według Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, grupa ta stanowi około 40% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Nie ulega jednak wątpliwości, że ci lekarze rodzinni, którzy posiadają specjalizację z pediatrii, są najlepiej przygotowani merytorycznie do sprawowania opieki nad dziećmi w podstawowej opiece zdrowotnej. Lekarze rodzinni, którzy nie posiadają specjalizacji z pediatrii, w przypadkach diagnostycznie trudnych, korzystają z konsultacji lekarzy specjalistów zatrudnionych w placówkach ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816), lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027), planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą w zakresie udzielanych przez niego świadczeń opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych i domowych, w tym podejmuje m.in. działania na rzecz rozpoznawania chorób. W przypadku zdiagnozowania jednostki chorobowej, której leczenie wymaga postępowania specjalistycznego - wskazuje właściwy kierunek leczenia. Wstępna diagnoza lekarza POZ umożliwia z jednej strony bliższe określenie problemu zdrowotnego pacjenta, jak również ustalenia kategorii medycznej, do której świadczeniobiorca się kwalifikuje. Zgodnie bowiem z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni się kierować świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661), lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), dokonuje

kwalifikacji świadczeniobiorcy do kategorii „przypadek pilny”(jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia czy znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia) lub „przypadek stabilny” (tj. inny niż stan nagły i przypadek pilny). Powyższe ma znaczenie dla pacjenta, ponieważ świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii „przypadek stabilny”.

Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna – wbrew wyrażonej przez Pana Rzecznika opinii, iż *lekarz POZ nie zawsze jest dostępny dla chorego dziecka* – realizowane są również w godzinach nocnych oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, co pozwala w krótkim czasie ocenić stan zdrowia świadczeniobiorcy i podjąć właściwe działania. Natomiast świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem kolejek oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy.

System specjalistycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą obejmuje świadczenia specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, realizowane przez publiczne i niepubliczne placówki opieki zdrowotnej dla dzieci. Świadczenia te finansowane ze środków publicznych udzielane są na podstawie skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Skierowanie nie jest wymagane do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez: ginekologa i położnika, dentysty, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry, dla osób chorych na gruźlicę oraz w przypadku osób zakażonych wirusem HIV.

W opinii Pana Jacka Grabowskiego, Zastępcy Prezesa ds. Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, NFZ na mocy obowiązujących przepisów prawa odrębnie finansuje świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Odnosząc się do zamieszczonej w piśmie Pana Rzecznika propozycji stworzenia możliwości uzyskania świadczenia lekarza pediatry w ramach specjalistycznych poradni pediatrycznych na poziomie POZ, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a nie wymagających do nich skierowania uprzejmie informuję, że problem ten był tematem spotkania

przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, w dniu 30 maja 2008 r. Zgodnie z informacją uzyskaną od Pana Jacka Grabowskiego, Zastępcy Prezesa ds. Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, ze strony NFZ zadeklarowano gotowość rozwiązania problemu. Warunkiem koniecznym podjęcia działań w tym zakresie jest uzyskanie szczegółowego projektu dotyczącego zasad realizacji tych świadczeń, z uwzględnieniem problemów takich, jak: zapewnienie kadry lekarskiej o wysokich kwalifikacjach, czy uniknięcie ryzyka podwójnego finansowania tych samych pediatrycznych świadczeń (dostęp bez skierowania od lekarza rodzinnego). Na podwójne finansowanie ze środków publicznych takich samych świadczeń, zwracali bowiem wielokrotnie uwagę przedstawiciele Najwyższej Izby Kontroli.

Przedstawiając powyższe należy stwierdzić, że tworzenie specjalistycznych poradni dziecięcych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (z dostępem bez skierowania od lekarza rodzinnego) wymaga wnikliwego dalszego wyjaśnienia, szczegółowych analiz dotyczących wielkości populacji wymagającej dodatkowych konsultacji ogólnopediatrycznych, opracowania zakresu świadczeń realizowanych w tych poradniach oraz ewentualnych zmian legislacyjnych. Nie może to jednak zaburzać wypracowanej równowagi w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad dziećmi oraz odpowiedzialności za realizację świadczeń zdrowotnych takich, jak: profilaktyczne badania lekarskie („bilanse zdrowia”), obowiązkowe szczepienia ochronne, badania przesiewowe itp). Po uzyskaniu powyższych informacji, możliwe będzie podjęcie ostatecznej decyzji.

Kończąc, pragnę zapewnić Pana Rzecznika, że wszystkie zgłaszane postulaty i propozycje zmian w organizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi, są szczegółowo analizowane w trakcie prac podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Jednocześnie pragnę serdecznie podziękować za zaangażowanie w działania mające na celu poprawę opieki zdrowotnej nad populacją w wicku rozwojowym.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Mariola Dwornikowska