

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki (MZ 622)

I. Opis sytuacji problemowej

Wyjaśniając potrzebę nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia, Projektodawca wskazuje, iż wynika ona z reorganizacji systemu oświaty (likwidacja gimnazjów). W załącznikach do rozporządzenia, przy wskazywaniu czasokresów wykonywania testów przesiewowych i badań bilansowych, w tym badań przesiewowych stosowane jest nazewnictwo związane z dotychczasową organizacją systemu oświaty (np. klasa gimnazjum, klasa szkoły ponadgimnazjalnej). Z uwagi, iż powyższe może stwarzać problemy interpretacyjne przy realizacji świadczeń zasadne jest wprowadzenie terminologii określania czasokresów realizacji świadczeń odnoszących się do wieku dziecka, a nie etapu edukacji (klasy – szkoły).

W nowelizowanym rozporządzeniu wprowadzono badania diagnostyczne dedykowane dzieciom realizowane na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ): badanie poziomu stężenia ferrytyny oraz badanie poziomu witaminy D3.

Badanie poziomu ferrytyny jest wykorzystywane do diagnozowania niedoboru żelaza będącego najczęściej przyczyną anemii u niemowląt i małych dzieci. Wprowadzenie badania poziomu witaminy D jest istotne ze względu na powszechne niedobory witaminy D oraz wapnia w dzieci niemowląt i małych dzieci. Brak witaminy D wpływa m.in. niekorzystnie na rozwój kości oraz zwiększa w stopniu istotnym statystycznie ryzyko próchnicy zębów i zapaleń dziąseł u dzieci.

W rozporządzeniu poszerza się katalog badań diagnostycznych wykonywanych na zlecenie lekarza POZ o badania stosowane do wykrywania *Borrelia burgdorferi*: Przeciwciała IgG; Przeciwciała IgM; *Borrelia afzelli* Przeciwciała IgG oraz *Borrelia afzelli* Przeciwciała IgM oraz o badania diagnozujące zakłócenie pracy wątroby przez wirusa zapalenia wątroby typu C: Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgG oraz Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgM. W przypadku ukłucia przez kleszcze za pomocą ww. wprowadzanych badań diagnostycznych można wykryć obecność przeciwciał IgG oraz IgM, które zostały wyprodukowane przez układ odpornościowy jako odpowiedź na pojawienie się w organizmie bakterii z rodzaju *Borrelia*. Z uwagi na fakt, że leczenie boreliozy sprowadza się do antybiotykoterapii doustnej lekami, które mogą być zlecone przez lekarza POZ, nie jest zasadne kierowanie pacjenta do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w celu diagnozy i zlecenia antybiotykoterapii, gdyż w przypadku pacjentów z jednoznacznym obrazem klinicznym i serologicznym, zarówno badanie diagnostyczne, jak i leczenie farmakologiczne może prowadzić lekarz POZ. Skierowanie pacjenta na leczenie w AOS niesie za sobą opóźnienie w postawieniu diagnozy, postęp choroby wskutek braku leczenia i obniżenie efektu terapeutycznego, a w konsekwencji większe koszty leczenia choroby w wyższym stopniu zaawansowania i powikłań.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW typu C) jest chorobą wywołaną przez wirusa zapalenia wątroby typu C, w której dochodzi do zapalenia toczącego się w tkance wątroby, powodującego powstanie zmian martwiczo-zapalnych. W leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C ważne jest wczesne wykrycie zakażenia wirusem, a po jego wykryciu ustalenie terapii i rozpoczęcie leczenia w celu przeciwdziałania przejściu z ostrej fazy choroby w przewlekłą.

Orpha rejestr - Unia Europejska zaleca, aby we wszystkich państwach członkowskich rzadkie choroby były odpowiednio kodowane tak, aby można je było odnaleźć i zidentyfikować we wszystkich narodowych systemach opieki zdrowotnej, w związku z powyższym, w projektowanym rozporządzeniu dookreślono, iż świadczeniodawca udzielający świadczeń gwaranto-

wanych, w przypadku zdiagnozowania, potwierdzenia choroby rzadkiej jest obowiązany do wpisania rozpoznania o klasyfikację ORPHA-kod.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 759), która weszła w życie z dniem 1 lipca 2017 r., minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo ogłaszania, w drodze obwieszczenia, zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowanych przez odpowiednie stowarzyszenia, będące, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Mając na względzie przedmiotowe uprawnienie oraz konieczność implementowania zaleceń postępowania w rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach, wydawanych na podstawie art. 31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w projekcie rozporządzenia dodano w § 4 ust. 2 odnoszący się do stosowania przedmiotowych zaleceń.

W rozporządzeniu w załączniku nr 4 w części I w ust. 2 w pkt 6 wyrazy „doradztwo dla dyrektora” zastępuje się wyrazami „doradzanie dyrektorowi”, a w ust. 4 wyrazy „planu godzin lekcyjnych” zastępuje się wyrazami „planu zajęć lekcyjnych”. W załączniku nr 4 w części II, w lp. 1–6 w pkt 1 wyrazy „w tym określenie współczynnika” zastępuje się wyrazami „obliczenie wskaźnika”. Wprowadzane zmiany mają charakter językowy, stylistyczny. Celem zmian jest wprowadzenie adekwatnego określenia podejmowanych działań. Wprowadzane zmiany nie wpływają na koszty, zakres prac i obowiązków.

Jak wspomniano powyżej, nowelizacja przedmiotowego rozporządzenia związana jest z reformą systemu edukacji (polegającą m.in. na likwidacji gimnazjum i wprowadzeniu 8-letniej szkoły podstawowej, 4-letniego liceum oraz 5-letniego technikum) od dnia 1 września 2017 r.

W celu uniknięcia niejasności co do terminów świadczeń udzielanych przez lekarza oraz pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania (wizyty patronażowe, badania bilansowe, w tym testy przesiewowe) i prawidłowego ich rozliczania przez świadczeniodawców, wprowadza się terminy udzielania świadczeń uwzględniające tylko wiek dziecka, w miejsce dotychczasowego opisu uwzględniającego wiek dziecka, a następnie system edukacyjny.

Projektowane przepisy mają na celu umożliwienie świadczeniodawcom prawidłowe, terminowe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych badań lekarskich (bilans zdrowia), obejmujących ocenę rozwoju fizyczno-emocjonalnego oraz przeprowadzanie testów przesiewowych w celu wykrywania czynników ryzyka wystąpienia choroby.

Oczekiwanym efektem wprowadzanych regulacji będzie prawidłowe, terminowe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych badań lekarskich (bilans zdrowia) oraz przeprowadzanie testów przesiewowych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania.

Wprowadzenie do pakietu badań diagnostycznych wykonywanych na zlecenie lekarza POZ, badań stosowanych do określenia poziomu żelaza oraz witaminy D3 będzie umożliwiło zainteresowanym lekarzom wystawienie, w uzasadnionych medycznie przypadkach, skierowań na przedmiotowe badania, i w przypadku zdiagnozowania niedoborów żelaza lub witaminy D3 ustalenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego, którego celem będzie uzupełnienie niedoborów. Czego efektem będzie, w przypadku niedoboru witaminy D3, uregulowanie gospodarki wapniowo-fosforowej oraz prawidłowy rozwój kości lub w przypadku niedoboru żelaza, uzupełnienie braków minerału i zapobieganie anemii.

Możliwość zlecenia badań diagnostycznych ukierunkowanych na wykrywanie infekcji *Borrelia* sp. pozwoli lekarzom POZ na wczesne postawienie diagnozy oraz rozpoczęcie leczenia, co sprzyjać będzie zapobieganiu rozwojowi choroby i jej powikłaniom oraz obniży koszty leczenia. W leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C ważne jest wczesne wykrycie zakażenia wirusem, a po jego wykryciu ustalenie terapii i rozpoczęcie leczenia specjalistycznego w celu przeciwdziałania przejścia

z ostrej fazy choroby w przewlekłą, postępowanie takie obniża koszty leczenia, zwiększa szanse na powrót do zdrowia eliminując czynnik związany z oczekiwaniem na udzielenie świadczeń w AOS.

Zapewnienie dostępu do przedmiotowych badań jest uzasadnione również faktem, że możliwe jest wdrożenie leczenia już w ramach POZ, a to ogranicza koszty opieki specjalistycznej i pozwala na adekwatną alokację środków publicznych przeznaczanych na opiekę medyczną.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

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

1. Czy Pani/Pana zdaniem należy w szkołach wprowadzić badania diagnostyczne dedykowane dzieciom, realizowane na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	9	
Nie	0	
Nie mam zdania	1	

1.

2. Czy Pani/Pana zdaniem, ze względu na częste zmiany organizacji kształcenia, należy w wytycznych wprowadzać terminy udzielania świadczeń uwzględniające tylko wiek dziecka, w miejsce dotychczasowego opisu uwzględniającego wiek dziecka oraz system edukacyjny?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	5	
Nie mam zdania	2	

3. Czy Pani/Pana zdaniem należy w szkołach wprowadzać konieczność przeprowadzania testów przesiewowych w celu wykrywania czynników ryzyka wystąpienia choroby?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	8	
Nie	0	
Nie mam zdania	2	

4. Czy Pani/Pana zdaniem należy do systemu opieki zdrowotnej nad uczniami wprowadzić badania poziomu witaminy D, co jest istotne ze względu na powszechne niedobory witaminy D oraz wapnia w diecie?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	
Nie	0	
Nie mam zdania	4	

Pytania otwarte:

1. Jakie Pani/Pana zdaniem należy wprowadzić dodatkowe działania w ramach opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach?
2. Jakie tematy z zakresu profilaktyki zdrowotnej powinny znaleźć się na liście tematów poruszanych z uczniami w ramach opieki zdrowotnej w szkole?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Opinia Ars Vivendi

Zgodnie z deklaracjami Projektodawcy, przedmiotowy projekt będzie miał wpływ na prawidłowe, terminowe udzielanie profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży, a w tym wykrywanie potencjalnych zagrożeń i problemów zdrowotnych oraz podejmowanie działań zaradczych na początkowym etapie pojawiania się problemów zdrowotnych, co w konsekwencji prowadzić będzie do zapobiegania pogłębieniom się stanów chorobowych. Regulacje wprowadzone przedmiotowym projektem pozwolą na wcześniejsze diagnozowanie i podję-

cie leczenia boreliozy i wirusowego zapalenia wątroby C, co sprzyjać będzie zachowaniu zdrowia.

Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia planuje, że przy ocenie efektów wdrożenia rozporządzenia, oceniana będzie liczba świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza POZ, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania przed oraz po wprowadzeniu zmiany. W przypadku badań diagnostycznych stosowanych w leczeniu boreliozy wskaźnikiem efektywności będzie liczba skierowań wystawionych przez lekarzy POZ na leczenie specjalistyczne boreliozy w poradniach chorób zakaźnych, przed wprowadzeniem przedmiotowych badań do świadczeń diagnostycznych z zakresu POZ, przewiduje się, że liczba skierowań winna spaść. Zaś liczba skierowań wystawionych przez lekarza POZ do poradni chorób zakaźnych z rozpoznaniem wirusowego zapalenia wątroby typu C może wzrosnąć.

Należy zwrócić uwagę, że opieka zdrowotna nad uczniami w szkole powinna być zgodna m.in. z następującymi wytycznymi NFZ:

- Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w szkole sprawuje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna, zwykle w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, znajdującym się na terenie szkoły.

Świadczenia pielęgniarki/higienistki szkolnej obejmują:

- świadczenia profilaktyczne, w tym wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych u dzieci w wieku szkolnym, w terminach badań bilansowych
- świadczenia grupowej profilaktyki fluorkowej u dzieci klas I-VI szkoły podstawowej,
- kierowanie postępowaniem przesiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów
- czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi oraz sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością

- udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów, zatruc,
- doradztwo dla dyrektora szkoły zgodnie z posiadanymi kompetencjami
- udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej

Pielęgniarka szkolna opiekuje się dziećmi i młodzieżą szkolną do ukończenia ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej. Dzieci realizujące obowiązek rocznego przygotowania przedszkolnego na terenie szkolnym, są objęte opieką zdrowotną przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną.

Pielęgniarka albo higienistka szkolna m.in. wykonuje i interpretuje testy przesiewowe, które pozwalają w porę wykryć nieprawidłowości w zakresie:

rozwoju fizycznego, układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej, zniekształceń statycznych kończyn dolnych; zezą); ostrości wzroku; widzenia barw; słuchu; ciśnienia tętniczego krwi.

Ponadto, wykonując testy przesiewowe, pielęgniarka szkolna ocenia ucznia w kierunku zaburzeń statyki ciała oraz wad wymowy.

Profilaktyczne badania lekarskie (bilanse zdrowia) dzieci i młodzieży szkolnej do ukończenia 19 –go roku życia, a także obowiązkowe szczepienia ochronne, wykonują lekarze, do których osoby te złożyły deklarację wyboru.

Dziecko chore przewlekłe lub niepełnosprawne w szkole

Dziecko chorujące przewlekłe lub niepełnosprawne - wymagające na co dzień określonych zabiegów wykonywanych w szkole - znajduje się również pod opieką pielęgniarki szkolnej. Na podstawie zlecenia lekarskiego i w kontakcie z lekarzem POZ ucznia, pielęgniarka szkolna,

zgodnie z posiadanymi kompetencjami, realizuje zabiegi i procedury medyczne konieczne do wykonania u ucznia podczas jego pobytu w szkole.

Pomoc w nagłych sytuacjach w szkole

W sytuacjach nagłych, jeśli stan zdrowia dziecka wymaga natychmiastowej interwencji lekarskiej, nauczyciel, dyrektor szkoły lub pielęgniarka zobowiązani są do podjęcia działań pomocy przedmedycznej w zakresie posiadanych umiejętności oraz wezwania karetki pogotowia ratunkowego. Jednocześnie obowiązkiem tych osób jest zawiadomienie rodziców lub opiekunów prawnych.

Dokumentacja medyczna ucznia

Dziecko ma prowadzoną w szkole kartę zdrowia ucznia. Prowadzi ją pielęgniarka/ higienistka szkolna na zasadach określonych w przepisach o dokumentacji medycznej.

W karcie zdrowia ucznia wpisywane są informacje na temat pomiaru wysokości i masy ciała ucznia, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, badania ostrości wzroku i słuchu oraz wykonywanych testów przesiewowych do wykrywania zezów i zaburzeń układu ruchu (skoliozy, kifozy piersiowej, koślawości kolan, stóp płasko-koślawych). W karcie zdrowia ucznia wpisywane są również informacje na temat przebytych chorób, problemów zdrowotnych, szkolnych, społecznych i kwalifikacji do wychowania fizycznego, a także obserwacje pielęgniarki i wywiady środowiskowe. Rodzic ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej dziecka, a także do odpisów i kopii, na zasadach ogólnych.

Jeśli uczeń zmienia szkołę, jego dokumentację medyczną przekazują nowej szkole opiekunowie prawni lub faktyczni. Po zakończeniu edukacji, pielęgniarka lub higienistka szkolna przekazują indywidualną dokumentację medyczną ucznia lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, pod którego opieką uczeń się znajduje.

Zdaniem środowisk pacjenckich, spore niedomagania w opiece zdrowotnej nad uczniami w szkole nie tyle wynikają z niewłaściwych regulacji ale z niesprawnie działającego systemu kontroli wdrożenia, w szczególności ww. wytycznych. Niestety, w Polsce, mimo wielu starań, nie ma odrębnego przedmiotu - edukacja zdrowotna. Europie przedmiot taki istnieje w niewielu krajach (m.in. w Czechach, Finlandii, Irlandii), dominuje włączenie treści dotyczących zdrowia, dbałości o nie oraz wybranych zaburzeń i chorób do różnych przedmiotów.

Jednak dla zapewnienia skuteczności edukacji zdrowotnej nie wystarczy „przerobić” z uczniami treści zapisanych w podstawie programowej. Często, ze względu na przeładowane programy nauczania i brak przygotowania nauczycieli, wiele z nich nie jest podejmowanych. Niezbędne jest zapewnienie odpowiednich warunków i działania organizacyjne, aby była spójność między tym, czego uczniowie uczą się na lekcjach, a tym, co widzą wokół siebie i co mogą praktykować w czasie pobytu w szkole.

Jak wskazują eksperci, do czynników wspierających realizację edukacji zdrowotnej w szkole należą:

- Całościowe podejście do zdrowia w szkole – uznanie, że zdrowie jest jednym z „filarów” ogólnej polityki szkoły, jej programu, organizacji, obowiązujących przepisów.
- Tworzenie sprzyjającego zdrowiu środowiska fizycznego i społecznego, m.in. przez poprawę warunków sanitarnych i bezpieczeństwa, tworzenie pozytywnego klimatu społecznego, umożliwienie uczniom praktykowania zachowań sprzyjających zdrowiu (np. odpowiednie posiłki szkolne, organizacja przerw międzylekcyjnych, warunki do utrzymania higieny osobistej). inwestowanie w rozwój kompetencji nauczycieli do realizacji edukacji zdrowotnej oraz doskonalenie ich umiejętności osobistych i społecznych.
- Pozyskanie do realizacji edukacji zdrowotnej pracowników administracji, stołówki i obsługi, którzy tworzą własny system oddziaływania i wzorce zachowań dla uczniów.
- Współdziałanie nauczycieli: z rodzicami uczniów – uzgadnianie z nimi treści edukacji (zwłaszcza tematów drażliwych, kontrowersyjnych), stwarzanie im możliwości wyrażania opinii, zachęcanie rodziców posiadających odpowiednie przygotowanie do prowadzenia

niektórych zajęć w klasie, wspólne organizowanie imprez i kampanii o tematyce zdrowia. Należy uświadamiać rodzicom, że od nich zależy „transfer” wiedzy i umiejętności zdobytych przez dziecko wszkole do codziennego życia,

- Współdziałanie z pielęgniarką szkolną, ze społecznością lokalną – pozyskiwanie do współpracy znaczących osób i organizacji, wspólne organizowanie kampanii i akcji informacyjnych.

Dopiero uwzględnienie i skoordynowane wdrożenie ww czynników, zdaniem środowisk pacjenckich może przynieść poprawę jakościową opieki zdrowotnej nad uczniami, w tym w zakresie wskazanym w przedmiotowym rozporządzeniu.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu