



# WOJEWODA MAŁOPOLSKI

WP-I.960.7.2013

Kraków, dnia 9.05.2013 r.

**Szanowny Pan  
Sławomir Neumann  
Sekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia**

W odpowiedzi na pismo znak MZ-O2G-70-31131-10/EK/13, informuję, że po przeanalizowaniu projektu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz projektu zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, po uwzględnieniu opinii Konsultantów Wojewódzkich w ochronie zdrowia, przesyłam następujące uwagi.

## **I. Projekt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.**

1. Wątpliwość budzi zapis §4 ust. 2 dotyczący pokrywania przez świadczeniodawcę 40% kosztów opłaty za transport. Problem dotyczyć może osób „zdolnych do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby” lecz z głębokimi zaburzeniami psychicznymi, które w znacznej większości nie będą mogły uregulować należności z powodu ubóstwa oraz braku umiejętności oceny swoich potrzeb.
2. **W załączniku nr 1 „Wykaz świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”** proponuję:
  - a) część II „Warunki realizacji wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych” oraz część III „Warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych” - usunięcie zapisu o konieczności pomiaru ciśnienia tętniczego krwi w wieku 12 miesięcy oraz 2 lat. Wykonywanie tego pomiaru powinno być ograniczone do dzieci, u których istnieją wskazania medyczne, w tym podejrzenie nieprawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi. Tym bardziej, że istniejące normy wartości prawidłowych ciśnienia u małych dzieci posiadają ograniczoną rzetelność oraz trafność.
  - b) część III, w odniesieniu do dzieci:
    - między 1-4 tyg. życia - wprowadzenie punktu: Ocena podaży witamin K, D w zależności od sposobu karmienia (naturalne/mieszankami),
    - między 2-6 miesiącem życia - wprowadzenie punktu: Ocena sposobu karmienia naturalnego/mieszankami z potrzebą urozmaicenia diety o niewielką podaż glutenu,
    - powyżej 13 roku życia zwrócenie uwagi na używki w ramach poradnictwa w sprawie stylu życia,
    - powyżej 16 roku życia - zwrócenie uwagi na świadomość i edukację seksualną.
  - c) część IV „Świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej” - proponuję włączenie do wykazu możliwość wykonywania badań:
    - grupy krwi: ABO i Rh(D) oraz screening na obecność przeciwciał odpornościowych – wynik trwały w postaci Karty identyfikacyjnej grupy krwi,

która zastąpiła wpis grupy krwi do dowodu osobistego. Badanie jest niezbędne do zamówienia krwi w przypadku planowych zabiegów operacyjnych związanych ze znaczną utratą krwi, w leczeniu niedokrwistości wtórnej - np. w chorobach nowotworowych oraz w przypadku nagłej konieczności leczenia krwią - krwotoki po urazach. Wcześniejsze badanie grupy krwi zlecone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ma również istotne znaczenie dla pacjentów immunizowanych - przebytą ciążą, poprzednimi transfuzjami, dla których dobór właściwej krwi do przetoczenia wymaga czasu, którego może zabraknąć przy nagłej konieczności leczenia krwią - np. wypadek komunikacyjny.

- przeciwciał anty-HCV (poza antygenem HBs), w celu wyłonienia z grupy „zdrowych” pacjentów chorych na wzw typu C. Do tej pory na dużą skalę badaniom na obecność przeciwciał anty-HCV, poddawani są w Polsce wyłącznie krwiodawcy i liczba zdyskwalifikowanych z tego powodu kandydatów na krwiodawców, świadczy o dużym niedoszacowaniu zakażeń wzw typu C w polskiej populacji. Wprowadzenie tego badania do panelu badań lekarza pozwoli na wcześniejsze skierowanie do specjalisty i podjęcie skutecznego leczenia.
  - oceny toksyny *Clostridium dif.* do badań stolca (wykonywanego u dzieci i osób w wieku starszym),
- d) ponadto, w części IV:
- pkt 1 podpunkt 5 – zapis „poziom hemoglobiny glikowanej HbA1c”, proponuję zamienić na „odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c”. Powszechnie używaną wartością nie jest stężenie (poziom) hemoglobiny glikowanej tylko jej odsetek w zmierzonej (osobno) hemoglobinie całkowitej (jednostką jest procent lub mmol/mol). Jednocześnie, wskazane wydaje się umieszczenie tego badania w oznaczeniach immunochemicznych, a nie hematologicznych, jak wpisano w projekcie.
  - pkt 2 „Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi”, wydaje się, że nie ma uzasadnienia do ograniczania wykonywania wymienionych w tym punkcie badań tylko do surowicy krwi, skoro wszystkie mogą być wykonane również w osoczu. Proponowałbym zmianę treści tego punktu na: „Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy lub osoczu krwi”.
  - pkt 2 j.w., podpunkt 9 - test doustnego obciążenia glukozą. Jest to test czynnościowy, w którym oznaczanym parametrem jest stężenie glukozy. W związku z tym, proponuję połączenie go z treścią pkt 8 i zmianę dotychczasowego zapisu na: „glukoza, w tym test obciążenia glukozą” lub wyodrębnienie jako osobnego punktu.
- 2. W załączniku nr 2 „Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej,**
- a) część II „Warunki realizacji wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych” proponuję:
- pkt 2 dla wieku od 3-4 miesięcy życia. zmianę zapisu podpunktu 2 na: „rozpoznanie problemów zdrowotnych i społecznych rodziny - w razie stwierdzenia nieprawidłowości, ustalenie planu działań, mającego na celu częstsze wizyty patronażowe, instruktażowe”. Propozycja wynika z postępowania pielęgniarstwa podczas wizyty patronażowej, która w pierwszej kolejności musi rozpoznać środowisko rodzinne dziecka, aby stwierdzić, że występują nieprawidłowości, określić je i uwzględnić w planie pielęgnowania.
  - pkt 3 dla wieku 9 miesięcy życia, wykreślenie podpunktu 4, w sytuacji, jeśli będą uwzględnione zmiany proponowane w punkcie 2. Po rozpoznaniu problemów zdrowotnych i społecznych dziecka w 3 miesiącu życia, kolejna wizyta patronażowa w środowisku tego dziecka nie powinna mieć miejsca dopiero

- za 6 miesięcy, lecz zdecydowanie wcześniej (w zależności od indywidualnego planu pielęgnacji i określonych etapów jego realizacji).
- pkt 7 - badania przesiewowe dzieci 5-letnich, proponuję przekazać pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania, ponieważ dzieci w tym wieku coraz częściej objęte są opieką medyczną w szkole, do której uczęszczają (klasa „0”).
- b) część III „Warunki realizacji świadczeń w ramach profilaktyki gruźlicy”, wskazane wydaje się ponowne zweryfikowanie osób objętych programem profilaktyki gruźlicy, pod kątem posiadania uprawnień do świadczeń medycznych w tym zakresie, związanych z ubezpieczeniem,
- c) część IV „Warunki realizacji świadczeń pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej”, w związku z treścią art. 5 pkt 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), proponuję:
- ograniczenie listy kwalifikacji dla pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej do pielęgniarstwa, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego środowiskowo-rodzinnego, a ponadto legitymuje się 3-letnim stażem pracy w zawodzie. Wynika to z potrzeby zapewnienia na tym stanowisku pielęgniarki wykwalifikowanej i przygotowanej do pracy z rodziną.
  - odstąpienie od wprowadzania do systemu kolejnej osoby tj. pielęgniarki współpracującej, która w praktyce sprawowałaby opiekę jedynie w sposób incydentalny.
3. **W załączniku nr 4 „Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania”** proponuję:
- a) część II „Warunki realizacji testów” pkt 1, dopisanie dzieci 5-letnich, które są już uczniami klasy 0. W sytuacji niżu demograficznego, pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania mają coraz mniej uczniów pod opieką, a dodatkowa grupa dzieci, która stopniowo wchodzi do systemu oświaty nie jest obecnie objęta opieką pielęgniarską w szkole, w tym również badaniami przesiewowymi.
  - b) części III pkt 2.1 odnoszący się do wymaganej dostępności personelu, w podpunkcie 3 proponuję dopisanie słów „w środowisku wiejskim”, aby zapis nie budził wątpliwości przy przeliczaniu zalecanej liczby uczniów na jedną pielęgniarkę.
5. **W załączniku nr 5 „Warunki realizacji świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej”**, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- a) w pkt 1 „Wymagane kwalifikacje”, wątpliwość budzi brak wytycznych, że powinien być dostępny również lekarz pediatra lub inny lekarz posiadający doświadczenie z dziećmi np. w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z pediatrii (po 2 roku rezydentury),
  - b) ponadto, w odniesieniu do wymogów wyposażenia sprzętowego, proszę o rozważanie przedłużenia możliwości działania świadczeniodawców realizujących świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, którzy nie będą posiadali rejestratora rozmów telefonicznych, do dnia 31 grudnia 2013 r. Aktualnie określony termin 1 września 2013 r., może być zbyt krótki biorąc pod uwagę fakt, że rozporządzenie jest w fazie konsultacji.
- II. Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, po zasięgnięciu m.in. opinii Konsultantów i służb Marszałka Województwa Małopolskiego, pozostawiam bez uwag.**

Jerzy Miller