



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Dziecka
Marek Michalak

Warszawa, 03 marca 2017 roku

ZSS.422.11.2017.EK

Pani
Beata Szydło
Prezes Rady Ministrów

w związku ze zmianami proponowanymi przez Ministra Zdrowia w organizacji podstawowej opieki zdrowotnej pragnę zwrócić uwagę Pani Premier na negatywne konsekwencje ich wdrożenia dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych dzieci.

Zaproponowane w projekcie ustawy rozwiązania określają, że lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej może być lekarz posiadający specjalizację z medycyny rodzinnej bądź odbywa szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie i lekarz posiadający specjalizację II stopnia z medycyny ogólnej. Lekarz ze specjalizacją w dziedzinie pediatrii będzie mógł pracować jako lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie przepisów przejściowych ustawy jedynie do 2025 r.

Należy przypomnieć, że lekarz pediatra został włączony do podstawowej opieki zdrowotnej w 2013 r. Nastąpiło to na skutek splotu wielu ważnych przyczyn i okoliczności uzasadniających przyjęcie takiego rozwiązania. Przypominając je należy wymienić najważniejsze: rodzice chorych dzieci poszukiwali dostępu do pediatry, który był im oferowany jedynie odpłatnie. Liczna grupa rodziców zgłaszała się z chorym dzieckiem na szpitalne oddziały ratunkowe lub izby przyjęć szpitali. Lekarze zatrudnieni w nocnej pomocy lekarskiej często kierowali chore dzieci do szpitala, nie podejmując działań o charakterze doraźnej pomocy lub i tak proponowali rodzicom konsultacje pediatry. Ponieważ utrudniony dostęp do pediatry prowadził w efekcie do pogorszenia zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych chorego dziecka, w skrajnych sytuacjach do jego zgonu, wprowadzono rozwiązania, które aktualnie obowiązują. Pogląd, by pediatra mógł udzielać świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej zgłaszany były także przez



samych pediatrów i organizacje zawodowe lekarzy o uznanym autorytecie, np. Polskie Towarzystwo Pediatryczne.

Na potrzebę włączenia pediatrii do zespołu podstawowej opieki zdrowotnej Rzecznik Praw Dziecka zwracał uwagę od wielu lat¹. Pierwszy apel w sprawie organizacji opieki medycznej nad populacją wieku rozwojowego skierowałem do Ministra Zdrowia 21 kwietnia 2010 r. Wskazywałem, że z częściowych badań epidemiologicznych wynika, iż u 20% dzieci rozpoznano przewlekłe choroby, okresowo leczone w placówkach stacjonarnych. Dzieci te, w okresie poprawy ich stanu zdrowia, wymagają objęcia opieką pediatrii w miejscu swego zamieszkania.

Należy przypomnieć oczywisty argument, że dziecko jest specyficznym pacjentem i jego organizm, zanim osiągnie dojrzałość, przechodzi przez wiele etapów rozwojowych, charakteryzujących się odmiennymi potrzebami zdrowotnymi. Również dynamika choroby dziecka jest często odmienna od przebiegu schorzenia u człowieka dorosłego. Dlatego trafne odczytanie potencjalnych zagrożeń zdrowotnych dziecka wymaga predyspozycji i umiejętności nawiązywania skutecznego z nim kontaktu.

Biorąc powyższe pod uwagę, lekarz pediatra i lekarz medycyny rodzinnej w podstawowej opiece zdrowotnej mają ważne zadania, które wymuszają – w najlepszym tego słowa znaczeniu – współpracę, gwarantującą dostępność dziecka do właściwej pomocy medycznej, najbliżej jego miejsca zamieszkania.

Należy również wskazać na inne, potencjalne konsekwencje wyłączenia pediatrii z podstawowej opieki zdrowotnej. Prowadzone obecnie w resorcie zdrowia działania zmierzające do zreformowania systemu ochrony zdrowia w oparciu o tzw. mapy szpitali, bez względu na oczekiwania twórców, mogą spowodować zmniejszenie się liczby szpitali bądź restrukturyzację placówek. Już obecnie można wskazać przykład podejmowania takich działań - zamiar połączenia Chorzowskiego Centrum Pediatrii i Onkologii z Zespołem Szpitali Miejskich w Chorzowie. Ich efektem będzie wykorzystanie dotychczasowego potencjału pediatrycznego dla ogółu pacjentów bądź likwidacja oddziałów pediatrycznych, jako oddziałów przynoszących straty finansowe placówkom medycznym.

Ważnym aspektem mniejszej dostępności wszystkich dzieci do pediatrii jest także, być może nieświadome, preferowanie rodzin o wyższym statusie finansowym. Rodziny

¹ ZSS/500/2/2012/EK; ZSS/500/8/2013/EK; ZSS.422.2016.EK; ZSS.422.51.2016.EK

lepiej sytuowane szybciej uzyskają pomoc medyczną pediatri, gdyż posiadają możliwości wykorzystania dostępnych środków finansowych.

Jednocześnie z ogromnym niepokojem o zdrowie najmłodszych Polaków obserwuję działania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej przywoływana jako „AOTMiT”), która w grudniu 2016 r. dokonała analizy kosztów dla świadczeń realizowanych w ramach wybranych grup z obszaru chorób serca, chorób układu kostno-stawowego oraz opieki nad noworodkami. Agencja oceniła, że spośród 35 grup poddanych wycenie, aż 20 taryf powinno zostać obniżonych, w zależności od grupy od 2 do 60 procent.

Na powyższy problem uwagę Rzecznika Praw Dziecka zwrócił Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”. Ta i inne duże placówki lecznicze w kraju, oferujące dzieciom leczenie wysokospecjalistyczne, ponoszą wysokie koszty finansowe swej działalności. Najbardziej dotkliwe obniżki świadczeń realizowanych w IPCZD dotyczą wrodzonych wad serca – obniżenie taryfy o 46%, ciężkiej patologii noworodka > 30 dni – obniżenie taryfy o 27%, noworodka wymagającego intensywnej terapii – obniżenie taryfy o 60%, noworodka wymagającego szczególnej opieki – obniżenie taryfy o 41%, noworodka wymagającego wzmożonego nadzoru – obniżenie taryfy o 38%, kompleksowych zabiegów chirurgii noworodka i niemowlęcia – obniżenie taryfy o 32%, średnich zabiegów chirurgii noworodka i niemowlęcia – obniżenie taryfy o 52%. Należy w tym miejscu zwrócić szczególną uwagę na to, że wymienione powyżej świadczenia wykonywane są w szpitalach publicznych, których jedynym źródłem dochodu jest kontrakt z NFZ i nie są wykonywane w szpitalach niepublicznych.

Moje głębokie przeświadczenie o zależności między odpowiednio wysokimi środkami finansowymi przeznaczonymi na leczenie i efektywnym leczeniem dzieci znalazło swój wyraz w wielokrotnie zgłaszanych postulatach o konieczności dokonania zmian w sposobie i poziomie finansowania opieki nad najmłodszymi pacjentami. Odnoszę jednak wrażenie, że myślenie o prawach najmłodszych pacjentów zostało wyparte zimnym kalkulowaniem budżetu. Obniżenie taryf doprowadzi do istotnych trudności finansowania działalności placówek leczniczych potencjalnie zagrażającej zdrowiu i życiu dzieci będących pod ich opieką. Może być przyczyną np. ograniczenia czasu pobytu dziecka w szpitalu bądź zmian kadrowych. Obecna propozycja AOTMiT, nie wprowadza wyłącznie korekty do rozliczeń świadczeń najkorzystniej wycenionych, lecz sprowadza ich wycenę do poziomu niedofinansowania. Utrzymanie taryf zgodnych z aktualną propozycją AOTMiT spowoduje istotne pogłębienie straty finansowej najważniejszych polskich szpitali pediatrycznych.

Konwencja o prawach dziecka, której Polska jest inicjatorem i sygnatariuszem w art. 24 wskazuje, że *Państwa – Strony uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej*. Zasadna jest refleksja nad współczesnym odczytywaniem tego zapisu i dokonanie rzetelnej oceny, czy proponowane rozwiązania zmierzają do zapewnienia dzieciom poziomu dostępności do świadczeń zdrowotnych odpowiadającym nowoczesnym standardom medycznym.

Na zapewnienie osiągalności i równego dostępu do wysokiej jakości podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej dla wszystkich dzieci zwraca także uwagę Komitet Praw Dziecka ONZ w *Uwagach końcowych do połączonych trzeciego i czwartego sprawozdania okresowego Polski*.

W opinii Rzecznika Praw Dziecka, niezbędne jest umieszczenie lekarza pediatry w zespole POZ, adekwatna wycena kosztów realizacji świadczeń pediatrycznych oraz wnikliwa ocena rozmieszczenia specjalistycznych pediatrycznych placówek leczniczych. Konieczne jest również uwzględnienie w przepisach o tzw. sieci szpitali dodatkowego elementu wskazującego jednoznacznie o zapewnieniu finansowania profilu pediatria we wszystkich podmiotach, które realizowały dotychczas świadczenie.

Powyższe zapewni gwarancję dostępu i finansowania świadczeń zdrowotnych z zakresu pediatrii bez względu na pozostałe elementy zmian w sieci szpitali, a jednocześnie nie naruszy zasadniczej koncepcji nowelizacji podstawowej opieki zdrowotnej.

Mając na względzie dobro dzieci i konieczność zapewnienia im zdrowotnego bezpieczeństwa, powołując się na upoważnienie Rzecznika Praw Dziecka do podejmowania działań w interesie dzieci określone przepisami art. 3 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. z 2015 r. poz. 2086, z późn. zm.), zwracam się do Pani Premier o osobiste zaangażowanie i wnikliwą analizę przedstawionej problematyki oraz pilne podjęcie działań, które zabezpieczą dobro najmłodszych Polaków.

Wojciech Szlachetka
Michał Szlachetka