

Sz. P. Minister Zdrowia

Prof. Marian Zembala

Ul. Miodowa 15

Warszawa

Warszawa, 16.10.15

**Dotyczy: KONSULTACJI SPOŁECZNYCH PROJEKTU STANDARDÓW POSTĘPOWANIA
MEDYCZNEGO PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU
PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ**

Szanowny Panie Ministrze,

Środowiska lekarzy, pielęgniarek, dietetyków oraz rodziców, zabiegające wspólnie o udostępnienie kobietom w ciąży i rodzicom dzieci w wieku 1-3 r.ż. porad żywieniowych finansowanych przez NFZ w pełni doceniają mające odzwierciedlenie w projekcie Standardów opieki profilaktycznej starania resortu zdrowia w zakresie poprawy dostępu do edukacji rodziców z zakresu żywienia, karmienia piersią, opieki stomatologicznej oraz zapisy wskazujące na obowiązek komunikowania się z rodzicami oraz lepszą współpracę personelu realizującego opiekę profilaktyczną w POZ. Na potrzebę dokonania takich zmian rodzice wskazywali w badaniu dotyczącym jakości opieki profilaktycznej nad dziećmi w POZ¹. Na szczególne docenienie zasługuje fakt ujęcia podczas każdej z wizyt patronażowych czy przesiewowych edukacji rodziców z zakresu karmienia piersią a później żywienia, promocji zdrowego stylu życia i profilaktyki otyłości realizowanej przez lekarza. Standardy w proponowanym kształcie zawierają podczas badań w 12mcy życia element edukacji żywieniowej służącej profilaktyce otyłości, zbieżny z międzynarodowymi rozwiązaniami i

dobrymi praktykami stosowanymi w innych krajach, co uważamy za bardzo dobry i zasługujący na wsparcie kierunek zmian.

Nowelizacja standardów jest dobrą okazją do **uporządkowania aspektu edukacji żywieniowej oraz wprowadzenia wytycznych dotyczących wykonywania podczas badań profilaktycznych badań przesiewowych w kierunku zaburzeń odżywiania u dzieci a także wdrożenia zasad referowania dzieci z rozpoznanymi zaburzeniami odżywiania do dalszej opieki. Istnieją dobre wzory organizacji tej opieki pod postacią dawnych poradni zaburzeń odżywiania.** Jedynie połowa dzieci w Polsce ma prawidłową masę ciała. Nowelizowane standardy powinny uwzględniać kryteria rozpoznania niedoboru i nadmiaru masy ciała i zasady postępowania w tych przypadkach. **Standardy powinny wprowadzać pojęcia screeningu oraz pierwotnej i wtórnej profilaktyki otyłości wobec skali problemu otyłości i tempa jego narastania w populacji dzieci.**

Naszą troskę wzbudza fakt, że nawet najlepsze standardy, jeśli nie będą realizowane, pozostaną w dalszym ciągu bez wpływu na poprawę jakości opieki zdrowotnej nad dziećmi. W świetle cytowanego wyżej badania rodziców¹, głównym problemem obecnie nie jest brak standardów opieki profilaktycznej tylko niski poziom ich przestrzegania przez realizatorów tej opieki. NFZ opublikował we wrześniu 2013 roku dane, z których wynika, że spośród 4,6 mln wizyt bilansowych, które powinny się odbyć w populacji dzieci do 18 roku życia w 2012 roku odbyło się zaledwie 1,287 mln takich wizyt, co stanowi 28% realizacji obowiązującego standardu². Według danych zebranych od rodziców¹ porada patronażowa lekarza POZ w okresie pierwszych dwu tygodni życia odbyła się zaledwie w przypadku 61% dzieci, a do 33% dzieci nie dotarł lekarz POZ. Położna POZ odwiedziła 37% respondentów zgodnie z obowiązującym standardem opieki czyli odbywając 4-6 wizyt w pierwszych dwu miesiącach życia. Do 8% dzieci położna nie dotarła na wizytę. Pielęgniarka nie odbyła wizyt u ponad 70% dzieci. Przynajmniej jedną wizytę domową pielęgniarki zgłosiło zaledwie 26% rodziców. Około 10% dzieci w Polsce znajduje się poza nadzorem opieki profilaktycznej w POZ. Rodzice nie przestrzegają kalendarza wizyt profilaktycznych czy szczepień ochronnych dzieci, a personel POZ nie przypomina im o tych terminach. Personel POZ nie wspiera skutecznie

rodziców w przestrzeganiu zaleceń służących zdrowiu dziecka ani nie pełni funkcji kontrolnych nad przestrzeganiem przez rodziców zaleceń dbania o zdrowie dziecka. Edukację w zakresie żywienia realizowaną obecnie przez lekarza POZ otrzymuje zawsze lub często 38% rodziców natomiast 45% rodziców otrzymuje tę edukację rzadko lub nigdy¹. Lekarze zwracają rodzicom uwagę na żywienie dzieci w przypadku niedoboru masy ciała, natomiast nadwagę i otyłość dziecka traktują jako problem bardziej estetyczny niż zdrowotny.

Nawet najlepszy standard nie da efektów pod postacią dobrej opieki profilaktycznej jeśli nie będzie realizowany przez personel medyczny. Zmiana w obszarze standardów powinna więc uwzględniać narzędzia prawne skutecznie egzekwujące jego realizację przez personel medyczny. Kluczem do realizacji standardu w praktyce jest zmiana modelu finansowania opieki profilaktycznej w POZ. Obecne finansowanie oparte na stawce kapitałowej premiuje nie liczbę wizyt personelu medycznego czy jakość opieki a jedynie fakt zarejestrowania dziecka do lekarza czy pielęgniarki POZ. Znacznie lepszą ocenę pracy wystawili rodzice w badaniu kwestionariuszowym pracy położnej¹. To ona jest łącznikiem między systemem opieki prenatalnej i opieki nad noworodkiem. Przychodzi do domu rodziców 4-6 razy w okresie pierwszych 6ciu tygodni życia i zwykle umawia swoje wizyty. Jest źródłem wiedzy o karmieniu piersią, która jest wiedzą najbardziej przez rodziców ugruntowaną. Ten przykład wskazuje wyraźnie, że **mieszany system finansowania opieki profilaktycznej, który dotyczy położnych, wspiera częstość i jakość kontaktów personelu medycznego z rodzicami i przekłada się na lepszy nadzór nad noworodkiem i edukację dla rodziców. Równoległe więc z poprawą standardów należy dążyć do wprowadzenia mechanizmów finansowania motywujących personel medyczny do ich przestrzegania.** Jest naszym zdaniem mało prawdopodobne, że obecne, unowocześnione i rozbudowane, wymagające więcej czasu lekarza podczas wizyty standardy opieki profilaktycznej będą realizowane przez lekarzy POZ w ramach tej samej co dotychczas stawki kapitałowej.

Uważamy, że wobec finansowania POZ w mechanizmie stawki kapitałowej, jedynie wyodrębnienie, dokładne określenie standardu i osobne finansowanie porad żywieniowych zagwarantuje, że będą one realizowane a zróżnicowanie wysokości finansowania w oparciu o opinię rodzica sprawi, że będą realizowane rzetelnie.

Projekt standardów opieki zakłada, że głównym źródłem wiedzy dla rodziców na temat karmienia piersią, żywienia, zdrowego stylu życia czy profilaktyki otyłości a także problemu cyberprzemocy czy poradnictwa zawodowego pozostaje wyłącznie lekarz. W świetle badań rodziców $\frac{3}{4}$ dzieci w POZ znajduje się pod opieką lekarza pediatry a $\frac{1}{4}$ lekarza rodzinnego¹. Tymczasem opiekę profilaktyczną oraz edukację zdrowotną nad dziećmi zdrowymi w wielu krajach realizuje głównie personel medyczny, rezerwując czas lekarza dla dzieci chorych i wymagających specjalistycznej konsultacji czy interwencji. Lekarz w polskich warunkach nie będzie w stanie zrealizować samodzielnie obecnie obowiązującego i tym bardziej znacznie rozbudowanego, nowego standardu opieki profilaktycznej. Opieka profilaktyczna nad dziećmi zdrowymi oraz edukacja zdrowotna powinna być w znacznie większym stopniu realizowana przez personel medyczny pracujący w POZ we współpracy z lekarzem. Dotyczy to przede wszystkim porad żywieniowych, laktacyjnych, edukacji z zakresu zdrowego stylu życia czy profilaktyki otyłości. Porady takie jako czasochłonne powinny być realizowane przede wszystkim przez pielęgniarki, położne, dietetyków lub edukatorów zdrowotnych. Obciążanie wyłącznie lekarza tymi zadaniami sprawi, że jak dotychczas będą one realizowane wobec wielu innych zadań lekarza bez troski o poświęcenie im należnego czasu i uwagi a potencjał personelu medycznego POZ pozostanie w dalszym ciągu niewykorzystany. **Zmiana tradycyjnego podziału zadań związanych z edukacją zdrowotną i profilaktyką i powierzenie tych obowiązków pielęgniarkom, położnym czy dietetykom jest kluczem do skutecznej realizacji tych zadań i leży w interesie samych lekarzy ale przede wszystkim rodziców i dzieci.**

W nawiązaniu do powyższych wyjaśnień zwracamy się do Pana Ministra z prośbą o uwzględnienie w nowelizowanych standardach opieki profilaktycznej nad dziećmi

następujących zapisów dotyczących poprawy dostępu rodziców do edukacji z zakresu żywienia oraz wprowadzenia screeningu zaburzeń odżywiania:

- 1. Wprowadzenia dodatkowego świadczenia w standardach opieki profilaktycznej oraz w koszyku świadczeń gwarantowanych w formie odrębnie wycenionej porady żywieniowej, realizowanej przez lekarza, pielęgniarkę pediatryczną i dietetyka jednorazowo dla każdej kobiety w ciąży w opiece AOS oraz dla rodziców dziecka w wieku 1-3 lata w POZ w ramach pierwotnej profilaktyki otyłości.** Porada taka powinna obejmować ocenę stanu odżywienia, masy ciała oraz wzrostu dokonaną przez pielęgniarkę, poradę żywieniową z użyciem narzędzi edukacyjnych oraz oprogramowania komputerowego realizowaną przez dietetyka posiadającego dyplom ukończenia studiów oraz kursów w zakresie żywienia dzieci oraz diagnozę i wydanie przez lekarza zaleceń lub skierowanie do dalszej opieki w poradni zaburzeń odżywiania. Grupa konsultantów krajowych z różnych dziedzin, ekspertów, towarzystw naukowych i pozarządowych, lekarzy, pielęgniarek, położnych, dietetyków oraz rodziców skupionych wokół inicjatywy Głodni Zmian (www.facebook.pl/glodnizmian) uznała, że **jedynie wyodrębnienie w koszyku świadczeń porady żywieniowej realizowanej w ramach pierwotnej profilaktyki otyłości oraz jej osobna wycena sprawi, że świadczenie to będzie realizowane, będzie dla rodziców dostępne, będą mieli wpływ na jego jakość i odniosą z niego praktyczną korzyść.**
- 2. Standardy opieki profilaktycznej powinny także określać zasady realizacji badań przesiewowych w kierunku rozpoznania nieprawidłowej masy ciała u dzieci, obejmujące kryteria rozpoznawania niedoboru lub nadmiaru masy ciała oraz zasady referowania dzieci z nieprawidłową masą ciała do poradni zaburzeń odżywiania.** Zapewnienie rodzicom dostępu do fachowego interdyscyplinarnego zespołu lekarz-pielęgniarka pediatryczna-dietetyk w tych poradniach, a tym samym do rzetelnej i profesjonalnej wiedzy na temat żywienia dziecka, powinno stać się na wzór innych krajów UE nowym elementem opieki pediatrycznej. **Należy do standardu opieki**

profilaktycznej wprowadzić poza przynajmniej jedną poradą dietetyczną w okresie ciąży i do 3go roku życia dziecka także dodatkowe porady żywieniowe w ramach wtórnej profilaktyki otyłości dla rodzin, w których przynajmniej jeden członek rodziny jest otyły lub ma nadwagę.

3. Finansowanie świadczeń w POZ powinno uwzględniać aspekty motywowania personelu medycznego do zgodnej ze standardami i wysokiej jakości opieki nad dziećmi poprzez wdrożenie systemu finansowania mieszanego, opartego o stawkę kapitacyjną ale również mechanizmy o charakterze fee for visit a docelowo fee for outcome. W takim mechanizmie powinny być finansowane porady z zakresu pierwotnej i wtórnej profilaktyki otyłości.
4. Powinien ulec zmianie tradycyjny podział zadań i obowiązków między lekarzem i personelem medycznym POZ w kierunku powierzenia temu personelowi większej liczby zadań związanych z opieką nad dziećmi zdrowymi, profilaktyką, edukacją zdrowotną i żywieniową rodziców. Ze zmianą podziału odpowiedzialności powinien się wiązać system szkoleń dla personelu medycznego przygotowujący do nowych zadań oraz zmiana zasad finansowania opieki profilaktycznej w kierunku systemu mieszanego. Profilaktyka i edukacja zdrowotna powinna stać się obowiązkiem realizowanym w znacznie większym stopniu przez pielęgniarki.

Ponadto, w związku z wynikami badania rodziców oraz licznymi sygnałami wskazującymi pożądane kierunki zmian w opiece profilaktycznej wnioskujemy o wprowadzenie do standardów opieki profilaktycznej innych niezwiązanych bezpośrednio z edukacją żywieniową czy skreningiem zaburzeń odżywiania zapisów, które wpłyną na poprawę jakości w tym segmencie opieki:

5. Powinny zostać wprowadzone do standardów istotne zmiany w organizacji opieki profilaktycznej, zwiększające poziom kontroli systemu nad wszystkimi dziećmi od dnia ich urodzenia oraz nad terminowością realizacji kalendarza wizyt profilaktycznych i szczeień ochronnych przez rodziców a także poprawiające koordynację i integrację

opieki prenatalnej, okołoporodowej i noworodkowej. Fakt urodzenia dziecka powinien być zgłaszany do POZ przez szpital a dokumentacja opieki nad kobietą w ciąży powinna zostać zintegrowana z dokumentacją opieki okołoporodowej oraz dokumentacją medyczną dziecka w jedną całość.

6. Odpowiednie mechanizmy powinny zwiększyć odpowiedzialność POZ za terminowość realizacji kalendarza wizyt profilaktycznych i szczepień ochronnych przez rodziców. Do standardów opieki profilaktycznej należałoby wprowadzić narzędzia oceny jakości świadczeń, motywujące personel medyczny do zwrócenia uwagi na najistotniejsze dla zdrowia publicznego parametry jakości opieki nad dziećmi. Obecnie gromadzone dane zawarte w kwestionariuszu MZ-11³ umożliwiają już teraz wprowadzenie następujących parametrów oceny jakości opieki profilaktycznej oraz uzależnienie zasad finansowania tego segmentu od jakości tej opieki:

- Wskaźnik przeprowadzonych przez lekarza wizyt patronażowych w stosunku do podlegających
- Wskaźnik przeprowadzonych przez położną wizyt patronażowych w stosunku do podlegających
- Wskaźnik przeprowadzonych profilaktycznych badań lekarskich w stosunku do podlegających
- Wskaźnik profilaktycznych badań stomatologicznych
- Wskaźnik przeprowadzonych przez pielęgniarkę POZ testów przesiewowych w stosunku do podlegających
- Wskaźnik przeprowadzonych przez pielęgniarkę POZ programów edukacji zdrowotnej dotyczącej zidentyfikowanych i udokumentowanych problemów zdrowotnych dziecka i deficytów wiedzy zdrowotnej opiekunów oraz udokumentowanej ocenę skuteczności.
- Wskaźnik przeprowadzonych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania testów przesiewowych w stosunku do podlegających

- Wskaźnik przeprowadzonych przez pielęgniarkę POZ, pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania programów edukacji zdrowotnej dotyczącej zasad odżywiania dziecka w stosunku do zidentyfikowanych deficytów wiedzy wśród opiekunów.
- wskaźnik dzieci karmionych piersią – odsetek dzieci karmionych piersią w porównaniu z liczbą dzieci będących pod opieką poradni POZ w wieku do 12 mcy
- wskaźnik wykonanych szczepień ochronnych:
 - odsetek dzieci, u których wykonano obowiązkowe szczepienia ochronne, w porównaniu z liczbą dzieci podlegających tym szczepieniom;
 - odsetek dzieci, u których szczepienia ochronne wykonano zgodnie z programem szczepień ochronnych, w porównaniu z liczbą dzieci podlegających tym szczepieniom;
- wskaźnik dzieci z otyłością, niedożywieniem i zaburzeniami odżywiania – odsetek dzieci z tymi rozpoznaniem wg klasyfikacji ICD10 w porównaniu z liczbą dzieci podlegających opiece;
- wskaźnik dzieci z prawidłową masą ciała w porównaniu do liczby dzieci objętych opieką POZ.

Jako dodatkowy parametr oceny jakości opieki profilaktycznej należy wprowadzić ocenę jakości opieki profilaktycznej dokonaną przez rodziców. Parametry oceny jakości opieki powinny mieć wpływ na wysokość finansowania przez NFZ opieki profilaktycznej nad dzieckiem realizowanej w POZ.

7. Na wzór tzw. becikowego, motywującego kobiety w ciąży do wczesnej opieki prenatalnej, należy rozważyć wprowadzenie mechanizmów uzależniających wypłatę zasiłku macierzyńskiego od odbywania regularnych wizyt profilaktycznych i szczepień ochronnych dziecka.
8. Warto, wzorem państw wysokorozwiniętych, wprowadzić proste testy przesiewowe, które umożliwią wczesne wykrycie nieprawidłowości rozwoju psychoruchowego. Należałoby wprost wskazać badania które pozwolą na wczesną identyfikację

zaburzeń rozwoju mowy a także autyzmu i innych chorób neurorozwojowych małych dzieci i pozwolą na wczesne skierowanie ich do ośrodków wczesnej interwencji.

9. W sekcji II wyposażenie gabinetu Lp. 1 - 3 kolumna pkt 6 - należy doprecyzować jakie siatki i tabele stosować. Proponujemy zapis: "... siatki centylowe WHO dla dzieci do 3 r.ż. oraz siatki OLA /OLAF dla dzieci starszych..."
10. W sekcji V Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi do ukończenia 5 roku życia realizowana przez pielęgniarkę
 - do każdego rocznika w kolumnie 3 dodać ostatnie punkty:
"... a) Identyfikacja problemów zdrowotnych dziecka, deficytów opieki i deficytów wiedzy rodziców/opiekunów"
„... b) Edukacja zdrowotna dotycząca zidentyfikowanych i udokumentowanych problemów zdrowotnych dziecka i deficytów wiedzy zdrowotnej opiekunów oraz udokumentowaną ocenę skuteczności edukacji.....".
 - w każdym roczniku w kolumnie 3 w pkt.1 dotyczącym testów przesiewowych do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego- należy wskazać „...i przeprowadzenie oceny rozwoju na siatkach centylowych WHO dla dzieci do 3 r.ż i OLA/OLAF dla dzieci starszych.”.
11. W sekcji VI Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym realizowana przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną
 - w każdym roczniku w kolumnie 3 w pkt.1 dotyczącym testów przesiewowych do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego- należy wskazać „...i przeprowadzenie oceny rozwoju na siatkach centylowych OLA/OLAF”.

Modyfikacja standardów opieki profilaktycznej nad dziećmi jest niezwykle ważnym procesem, który ma szansę uwzględnić nowe wyzwania, jakie stają dziś przed zdrowiem publicznym. Te wyzwania to - w przypadku populacji dziecięcej - przede wszystkim narastająca skala otyłości dzieci, ruch antyszczepionkowy, a także zalew nierzetelnej informacji na temat pielęgnacji i żywienia dzieci. Zmiana zapisów w standardach jest

cenną okazją nie tylko do wprowadzenia do nich zmian ale także do głębszej analizy dlaczego dotychczasowe standardy nie były w pełni realizowane i do wprowadzenia mechanizmów zabezpieczających skuteczne ich realizowanie w przyszłości.

Dziękując Panu Ministrowi za działania nowelizujące dotychczasowe standardy, zwracamy się jednocześnie z prośbą o uwzględnienie w projekcie standardów opieki profilaktycznej uwag zgłoszonych wspólnie przez środowiska lekarzy, pielęgniarek, dietetyków i rodziców, działających wspólnie na rzecz poprawy jakości opieki profilaktycznej nad dziećmi.

Z poważaniem,

Piśmiennictwo:

1. Borek, Ewa i inni. 2014. Profilaktyka pediatryczna w Polsce z perspektywy rodziców małych dzieci. Warszawa: Fundacja MY Pacjenci, dostępny na: http://mypacjenci.org/images/raporty/Raport_profilaktyka_pediatryczna_Rodzice_dla_Zdrowia.pdf.
2. Bilanse zdrowia dzieci w podstawowej opiece zdrowotnej, Konferencja prasowa Centrala NFZ, wrzesień 2013 www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/.../2013_09_16_poz_bilanse.pdf
3. Kwestionariusz MZ-11; Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, dostępny na: http://www.csioz.gov.pl/src/files/mz/MZ-11_2013.pdf.