



KRAJOWE STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK MEDYCYNY SZKOLNEJ

Problemy w realizacji świadczeń pielęgniarki
szkolnej w zakresie profilaktycznej opieki
zdrowotnej udzielanej w środowisku
nauczania i wychowania

Szczecin 2012

Opracowanie:
Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej
70- 242 Szczecin
ul. Bogusława 30
tel. kontaktowy 91 4891 664

e-mail : poczta@kspms.org
<http://www.kspms.org>

Autorzy:

mgr **Małgorzata Wojciechowska** – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, Prezes Krajowego Stowarzyszenia Pielęgniarek Medycyny Szkolnej
tel. kom. 609 450 803

mgr **Małgorzata Piejak** - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, Wiceprezes Krajowego Stowarzyszenia Pielęgniarek Medycyny Szkolnej
tel. kom. 609 450 823

Spis treści

Wprowadzenie	1
I. Analiza ankiet wypełnionych przez podmioty realizujące świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej w środowisku nauczania i wychowania	5
I.1. Struktura podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne z zakresu pielęgniarki szkolnej.....	5
I.2. Struktura zatrudnienia pielęgniarek i higienistek szkolnych	
I.3. Trudności w realizacji świadczeń zdrowotnych sygnalizowane przez pielęgniarki i higienistki szkolne w placówkach specjalnych	7
I.4. Trudności w realizacji świadczeń zdrowotnych sygnalizowane przez pielęgniarki i higienistki szkolne w szkołach o małej liczbie uczniów (do 250 osób)	9
I.5. Odpłatności za użytkowanie gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej	14
II. Analiza zebranej informacji publicznej.....	19
III. Finansowanie świadczeń pielęgniarki szkolnej	21
IV. Propozycje zmian w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010r zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2010, nr 208, poz. 1376) – załącznik nr 4	27
V. Propozycje zmian w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009r w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U.2009, nr 139, poz.1133)	36
VI. Propozycje finansowania świadczeń pielęgniarki szkolnej	39
VII. Analiza realizacji Programu Rządowego na lata 2004-2006 w zakresie tworzenia i utrzymywania gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w szkołach	41
VIII. Wnioski	44
Akty normatywne i inne materiały źródłowe	47

Wprowadzenie

Obecny model profilaktycznej opieki zdrowotnej opracowany został z wykorzystaniem nowoczesnych założeń promocji zdrowia oraz strategii WHO „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. Przyjęto, że zdrowie uczniów zależy od wielu czynników pozamedycznych w tym zwłaszcza: statusu ekonomiczno – społecznego rodziny, wsparcia społecznego, środowiska fizycznego i społecznego w szkole i miejscu zamieszkania. Dlatego w ochronie i promocji zdrowia uczniów powinni uczestniczyć: rodzice, sami uczniowie, szkoła i pracownicy medyczni. Koncepcja ta, przeciwstawia się zakorzenionym w polskim społeczeństwie stereotypom, że za zdrowie populacji odpowiedzialna jest wyłącznie służba zdrowia.¹

Zgodnie z obowiązującymi przepisami profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami sprawowana jest przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki i pomocy przedlekarskiej. W przypadku braku na terenie szkoły gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej profilaktyczna opieka zdrowotna realizowana jest w innym miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zadania i warunki realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki i higienistki szkolnej określono w obowiązujących aktach prawnych stanowiących podstawę do zawierania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Jednakże przepisy prawa regulujące kwestie profilaktycznej opieki zdrowotnej udzielanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania nastrożają wiele trudności w ich realizacji.

Efektem tej sytuacji są płynące sygnały ze środowiska pielęgniarek szkolnych do Krajowego Stowarzyszenia Pielęgniarek Medycyny Szkolnej o narastających trudnościach w prowadzeniu własnych praktyk zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W związku z powyższym Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej przeprowadziło wnikliwą i wielopłaszczyznową analizę aktualnej sytuacji.

Celem niniejszej analizy jest:

1. Identyfikacja trudności w realizacji zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010r zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2010, nr 208, poz.1376) i

¹ *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami i działania niezbędne dla poprawy jej jakości*, Stanowisko Komitetu Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk Warszawa 2008

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009r w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U.2009, nr 139, poz.1133);

2. Przedstawienie propozycji zmian w aktualnie obowiązujących przepisach, organizacji i wykonywaniu świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki szkolne w środowisku nauczania i wychowania.

Analizę aktualnej sytuacji w środowisku pielęgniarek szkolnych przeprowadzono w następujący sposób:

1. Opracowano formularz ankiety, a dane w nim zawarte dotyczyły przekazania następujących informacji:
 - Strukturze podmiotów realizujących świadczenia pielęgniarki szkolnej;
 - Personelu udzielającego profilaktycznych świadczeń zdrowotnych pielęgniarki szkolnej;
 - Zezwoleniu Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia na odstępstwa od wymagań określonych w rozporządzeniu;
 - Schemacie dostosowania godzin pracy pielęgniarki/higienistki szkolnej w placówce oświatowej;
 - Odpłatności i jej wysokości za użytkowanie gabinetów i pomocy przedlekarskiej;
 - Odległości, które musi pokonać pielęgniarka w jednym dniu między placówkami.
2. Korzystając z uprzywilejowania ogólnopolskiej sieci Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych ankiety rozesłano do podmiotów realizujących świadczenia pielęgniarki szkolnej.
3. Świadczeniodawcy zwrotną informację przekazywali poprzez swoje Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych, albo bezpośrednio do Krajowego Stowarzyszenia Pielęgniarek Medycyny Szkolnej.
4. Na podstawie ustawy z dnia 06 września 2001r o dostępie do informacji publicznej Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej zwróciło się również z prośbą do:
 - Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie informacji czy na terenie województwa we wszystkich placówkach szkolnych zabezpieczone są świadczenia z zakresu pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania?
 - Wojewódzkich Kuratorów Oświaty o uzyskanie następujących informacji:
 - ✓ czy na terenie województwa we wszystkich placówkach szkolnych zabezpieczone są świadczenia zdrowotne przez pielęgniarkę szkolną? Jeżeli, nie to w ilu placówkach brak ww. zabezpieczenia?

- ✓ w ilu szkołach dyrektorzy pobierają opłaty od pielęgniarek szkolnych:
 - z tytułu użyczenia gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej;
 - z tytułu czynszu za wynajem gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej;
 - z tytułu podatku od nieruchomości.
- ✓ w ilu placówkach szkolnych brak jest gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej?

Metoda komunikacji była realizowana zarówno formą poczty elektronicznej jak i tradycyjną (listową).

Omawiane w poniższym opracowaniu zagadnienia dotyczą spraw ogólnopolskich, a wszystkie analizy i wyliczenia procentowe są opracowane na podstawie danych zawartych w ankietach i obejmują tylko populację ankietowanych podmiotów.

Nazwa województwa	Indywidualne praktyki pielęgniarskie	Zakłady pielęgniarskie	Grupowe praktyki pielęgniarskie	Inne podmioty
Dolnośląskie	26	-	-	2
Kujawsko-Pomorskie	12	2	-	7
Lubelskie	1	2	2	1
Lubuskie	-	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	4
Małopolskie	2	6	2	-
Mazowieckie	1	2	2	-
Opolskie	-	3	8	1
Podkarpackie	17	-	3	3
Podlaskie	-	5	2	17
Pomorskie	27	11	3	9
Śląskie	-	10	6	1
Świętokrzyskie	-	1	1	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	-
Wielkopolskie	23	20	5	3
Zachodniopomorskie	19	12	1	2

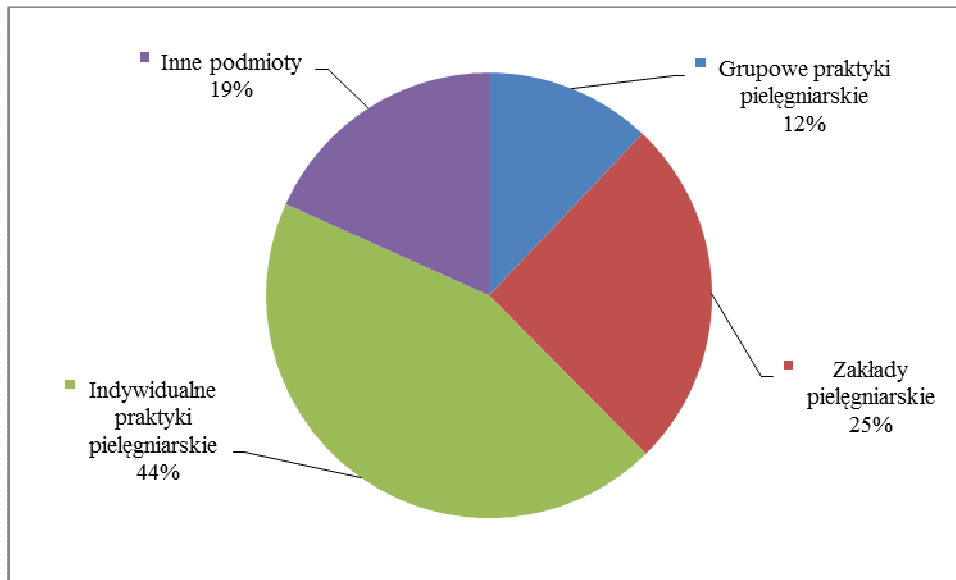
Tabela 1. Ilość i rodzaj ankietowanych podmiotów wykonujących świadczenia pielęgniarki szkolnej poszczególnych środowisku nauczania poszczególnych wychowania w poszczególnych województwach

Różnorodność ankietowanych podmiotów oraz dodatkowe informacje pozyskane z Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia i Kuratoriów Oświaty pozwoliły na zidentyfikowanie faktycznych trudnościach w realizacji świadczeń pielęgniarstwa szkolnego w środowisku nauczania i wychowania w aspekcie ogólnopolskim.

Można domniemywać, że wyniki analizy przedstawione w niniejszym opracowaniu odzwierciedlają sytuację w większości podmiotów realizujących świadczenia pielęgniarstwa i higienistki szkolnego w środowisku nauczania i wychowania.

I. Analiza ankiet wypełnionych przez podmioty realizujące świadczenia pielęgniarstwa lub higienistyki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania wychowania

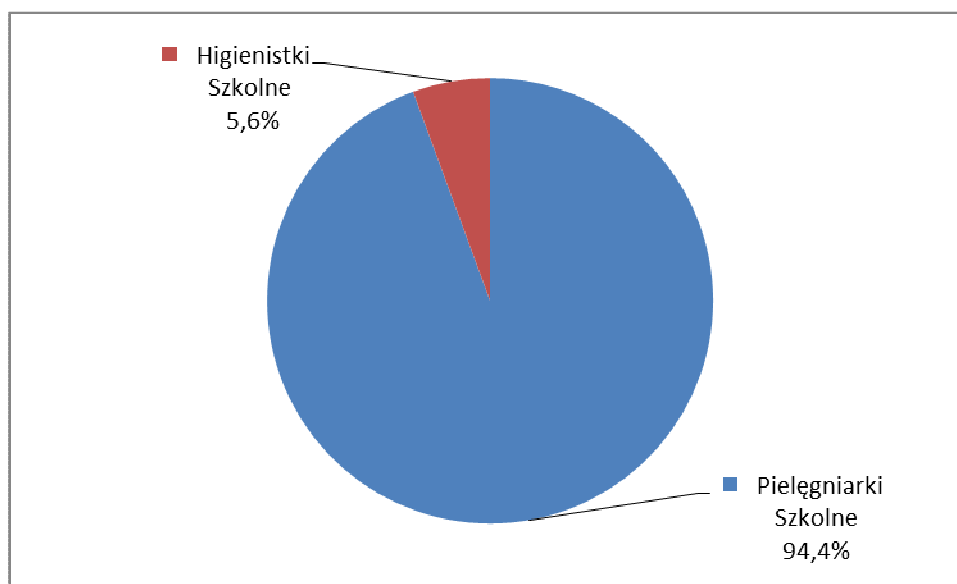
I.1 Struktura podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne z zakresu pielęgniarstwa szkolnej



Rys.1 Podział procentowy podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne z zakresu pielęgniarstwa szkolnej

W badaniu ankietowym wzięły udział pielęgniarki i higienistki szkolne pracujące w różnych podmiotach udzielających świadczenia zdrowotne w środowisku nauczania i wychowania. Wśród badanych podmiotów profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami sprawowana jest w **44%** przez pielęgniarstwa praktyki zawodowe, w **37%** podmioty lecznicze prowadzone przez pielęgniarki, najmniejszą grupę badanych bo **19%** stanowiły pielęgniarki zatrudnione w innych podmiotach głównie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz praktykach lekarza poz (rys.1).

I.2 Struktura zatrudnienie pielęgniarek i higienistek szkolnych.



Rys. 2. Odsetek zatrudnienia pielęgniarek i higienistek szkolnych.

Z powyższego materiału wynika, że profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami sprawuje **94,4 %** pielęgniarek szkolnych i **5,6%** higienistek szkolnych.

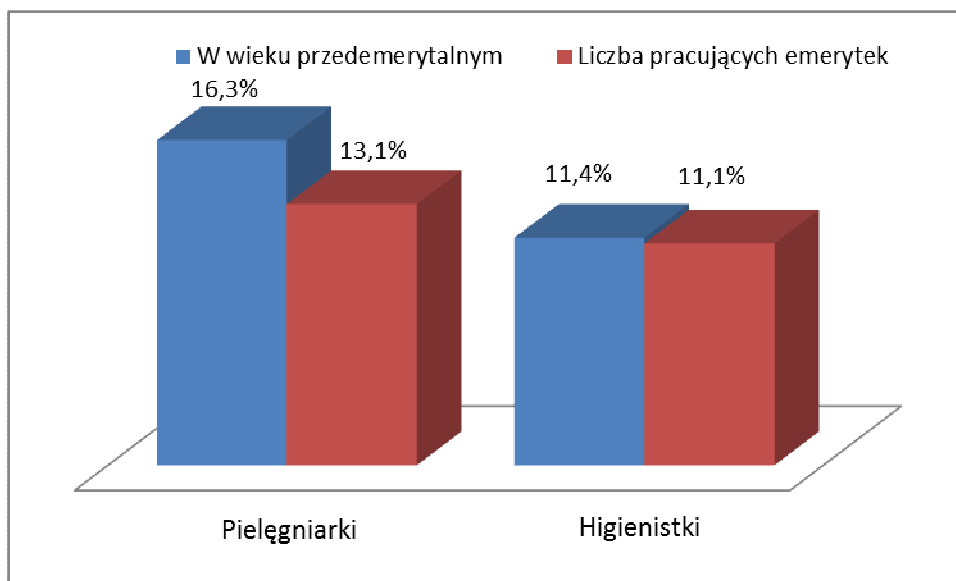
W **90%** szkół świadczenia zdrowotne wykonuje dobrze przygotowana i stabilna kadra pielęgniarska - **70 %** pielęgniarek szkolnych pracuje w szkole ponad 10 lat.² Zatem jest to doświadczona kadra, która jest pasjonatem wykonywanego zawodu i pracy na rzecz młodego pokolenia, jakim są uczniowie.

Z przeprowadzonej analizy wynika, iż za kilka lat może dojść do sytuacji braku zabezpieczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami z uwagi na:

- Wysoki odsetek pracujących pielęgniarek w wieku przedemerytalnym;
- Wysoki odsetek pracujących emerytowanych pielęgniarek;
- Wysoki odsetek pracujących higienistek szkolnych w wieku przedemerytalnym;
- Wysoki odsetek pracujących emerytowanych higienistek szkolnych.

Szczegóły przedstawia rys.3.

² *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami i działania niezbędne dla poprawy jej jakości*, Stanowisko Komitetu Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk Warszawa 2008



Rys.3. Odsetek pielęgniarek i higienistek szkolnych w wieku przedemerytalnym i pracujących emerytek

Jednocześnie należy zauważyć, że młoda kadra pielęgniarska posiadająca niezbędne kwalifikacje nie chętnie podejmuje pracę w środowisku nauczania i wychowania, a nieliczne rezygnują po paru miesiącach ze względu na niskie wynagrodzenie. Natomiast w przypadku higienistek szkolnych w chwili obecnej nie prowadzi się kształcenia przygotowującego do pracy w tym zawodzie.

I.3 Trudności w realizacji świadczeń zdrowotnych sygnalizowane przez pielęgniarki i higienistki szkolne w placówkach specjalnych

Z powodu trudności z realizacją gwarantowanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami, świadczeniodawcy zwracali się z prośbą do Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia o akceptację odstępstw od zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, dotyczących opieki pielęgniarskiej w szkołach specjalnych. Rysunek nr 4 przedstawia, że aż **84,1%** świadczeniodawców nie jest w stanie realizować świadczenia w oparciu o zapisy ww. rozporządzenia.

Zapisy te doprowadzają do absurdalnych sytuacji wymuszając dodatkowe zatrudnianie pielęgniarek proporcjonalnie do liczby uczniów w placówkach oświatowo wychowawczych np: do placówki z typem uczniów C uczęszcza 100 uczniów, a wskaźniki etatu przeliczeniowego zawarte w tabelach wymuszają zatrudnienie trzech pielęgniarek. Wiąże się to z koniecznością stworzenia dodatkowo dwóch stanowisk pracy dla pielęgniarek

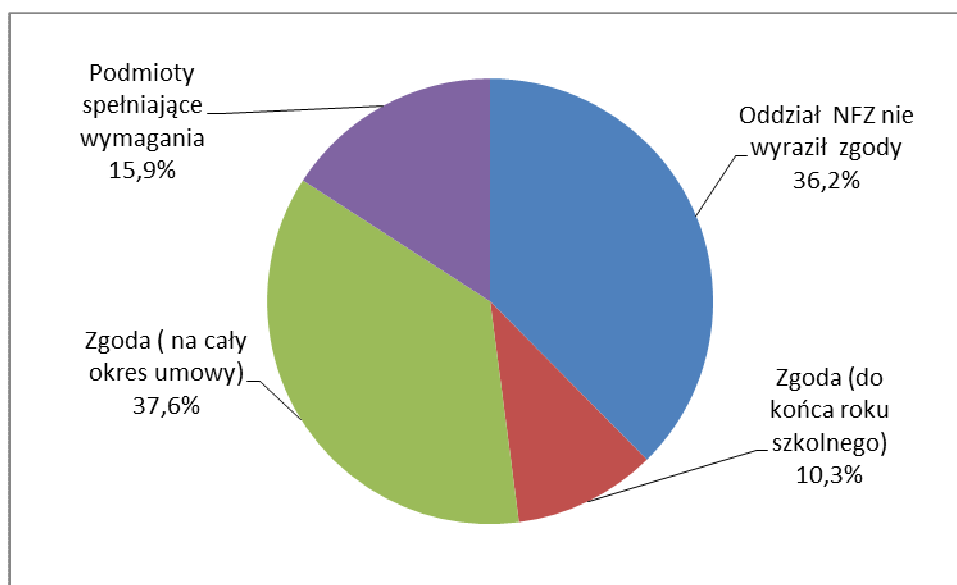
w pomieszczeniu o powierzchni 12m² wykonujących obowiązki w tym samym czasie lub utworzenia dodatkowo dwóch nowych gabinetów. Biorąc pod uwagę realność, w omawianym przypadku wystarczy jeden etat pielęgniarki.

Zdajemy sobie sprawę, że zamysłem ustawodawcy było takie działanie, aby zwiększyć dostępność do pielęgniarki szkolnej szczególnie w szkołach specjalnych. Jednakże okazało się, że dobre chęci wyprzedziły działania formalne, które powinny doprowadzić do praktycznego przygotowania tych szkół w zakresie powierzchni lokalowej.

Na dzień dzisiejszy Narodowy Fundusz Zdrowia wymusza działania w zakresie ustawowej dostępności, ale nie zwraca uwagi, że dwie (trzy) pielęgniarki muszą pracować w tym samym czasie w tym samym małym gabinecie.

Z wieloletniego doświadczenia pracy w szkole specjalnej uważamy, że jedna pielęgniarka może realizować wszystkie zadania na nią nałożone bez obniżania jakości tych świadczeń i ograniczania jej dostępności.

Ponadto do stworzenia nowych etatów potrzebne są środki finansowe, tymczasem obecny poziom finansowania nie zabezpiecza tego.



Rys.4. Odsetek wyrażonych zezwoleń przez Wojewódzkie Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia na odstępstwa od liczby uczniów w placówkach specjalnych na jeden etat przeliczeniowy

W wyniku analizy **37,6 %** świadczeniodawców uzyskało zgodę na odstępstwa w zakresie etatu przeliczeniowego na cały okres obowiązywania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, natomiast **10,3 %** tylko do końca roku szkolnego 2011/2012.

15,9 % podmiotów nie występowało z wnioskiem do Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia o wyrażenie zgody na odstępstwa od liczby uczniów na jeden etat przeliczeniowy gdyż nie było takiej potrzeby.

36,2 % świadczeniodawców nie otrzymało zgody na odstępstwa.

W tej sytuacji świadczenia realizowane są w następujący sposób:

Przykładowo w placówce szkolnej posiadającej 90 uczniów typu C opieką objęto 30 uczniów a na pozostałych 60 uczniów Narodowy Fundusz Zdrowia sugeruje dyrekcji placówek nawiązać współpracę z dwoma kolejnymi pielęgniarkami.

Pytanie brzmi: jak pielęgniarka ma rozdzielić uczniów, którym ma udzielać opieki, a którym nie udzielać. Co w sytuacji gdy dyrektor placówki nie może znaleźć dodatkowych pielęgniarek (np. placówka położona w małej miejscowości)?

W rzeczywistości jest tak, że pielęgniarka i tak obejmuje opieką wszystkich uczniów.

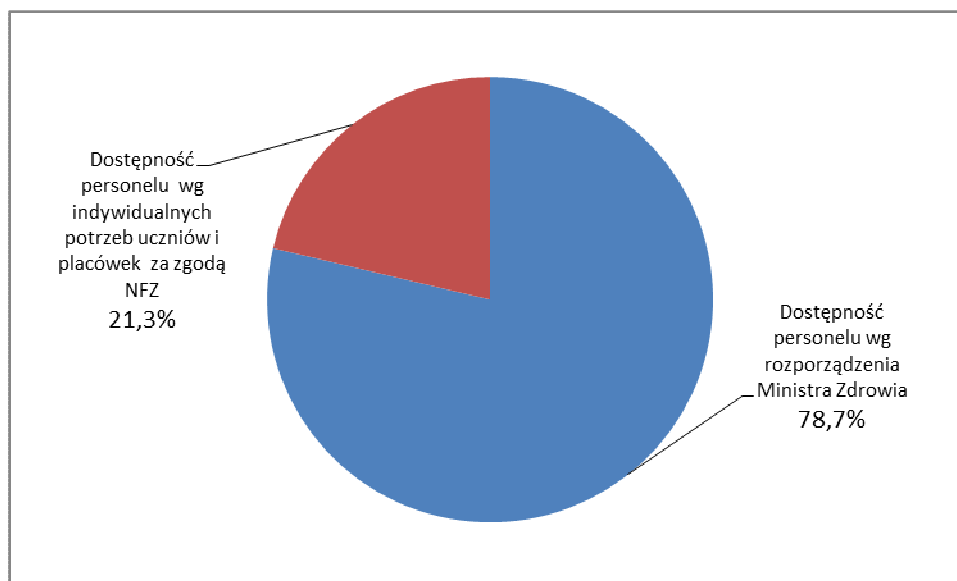
W ten sposób wymusza się opiekę nad uczniami z poza listy aktywnej przedstawianej, co miesiąc do Narodowego Funduszu Zdrowia, bez ponoszenia przez Narodowy Funduszu Zdrowia środków finansowych.

I.4 Trudności w realizacji świadczeń zdrowotnych sygnalizowane przez pielęgniarki i higienistki szkolne w szkołach o małej liczbie uczniów (do 250 osób).

Podobna sytuacja występuje w szkołach o zmniejszonych stanach osobowych uczniów gdzie zgodnie z przepisami pielęgniarka powinna świadczyć usługi nie mniej niż jeden raz w tygodniu, nie mniej niż przez cztery godziny dziennie przy populacji do 250 uczniów.

21,3 % sygnalizuje, że dostępność godzinową pracy pielęgniarki dostosowała do indywidualnych potrzeb placówki oraz potrzeb uczniów, w której wykonywane są świadczenia na podstawie uzyskanej zgody na odstępstwa od rozporządzenia Ministra Zdrowia z Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

78,7 % świadczeniodawców dostosowało godziny pracy personelu do zapisów rozporządzenia, ale wiążą się z tym duże problemy w zakresie funkcjonowania podmiotów pielęgniarskich.



Rys.5. Dostosowanie dostępności pielęgniarki w placówce szkolnej.

Analizie zostały poddane trudności, które występują w związku z realizacją zapisów rozporządzenia w zakresie dostępności, a dotyczą one między innymi przemieszczania się pielęgniarek/higienistek szkolnych do następnej placówki szkolnej w ciągu dnia.

36,7 % świadczeniodawców zwraca uwagę na koszty związane z dotarciem do następnej placówki (koszty zakupu biletów lub koszty związane z eksploatacją własnego środka lokomocji).

20,4 % podmiotów wykonujących świadczenia sygnalizuje w ankiecie brak jakiegokolwiek możliwości dojazdu do następnej placówki.

14,5 % świadczeniodawców, aby dotrzeć do następnej lokalizacji musi korzystać z własnego środka lokomocji.

14,2% korzysta z komunikacji lokalnej.

Występujące trudności w realizacji świadczeń	Odsetek podmiotów sygnalizujących trudności
Koszty dojazdu	36,7 %
Brak komunikacji lokalnej w godzinach przemieszczania się do następnej placówki	20,4 %
Konieczność posiadania własnego auta	14,5 %
Korzystanie z komunikacji lokalnej	14,2 %
Pokonywanie dużych odległości	10,4 %
Opóźnienia komunikacji lokalnej	3,8 %

Tabela 2. Występujące trudności w realizacji świadczeń

Ważną kwestią, są spóźnienia w dotarciu do następnej placówki wynikające z wyżej opisanych trudności. Wskazuje to **3,8%** ankietowanych.

Przemieszczanie się pielęgniarek/higienistek szkolnych w ciągu dnia do następnej placówki generuje wiele niepokojących zjawisk, które mają wpływ na dostępność do świadczeń w środowisku nauczania i wychowania. Obrazują to dane zamieszczone w tabeli 3.

Najważniejsze to:

27,7 % ankietowanych wskazywało, że pielęgniarki z powodu zdarzeń losowych (np. oczekiwanie na przybycie rodziców, przyjazd pogotowia ratunkowego lub opóźnienia środków komunikacji lokalnej) nie może dotrzeć do następnej placówki na wyznaczoną godzinę w harmonogramie pracy.

20,6% sygnalizuje narastający stres wynikający z wyżej opisanej sytuacji.

7,8% potwierdza niezadowolenie i konflikty z dyrektorami placówek wynikające z opisywanych sytuacji.

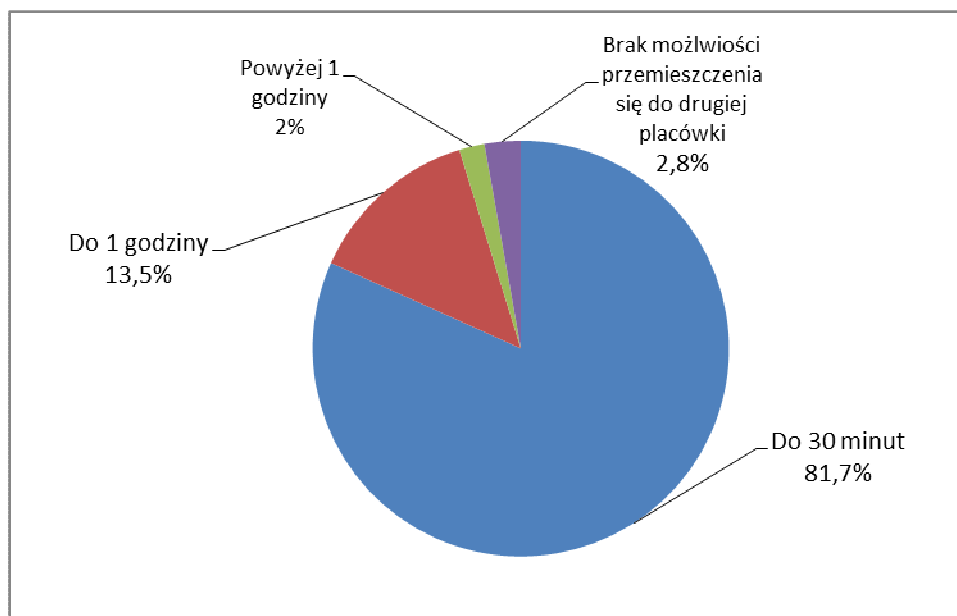
21,3% sygnalizuje, że biorąc też pod uwagę rozkład zajęć lekcyjnych, sposób i czas przemieszczania się w ciągu dnia do następnej placówki, zachodzą sytuacje, że w kolejnej szkole skończyły się już zajęcia lekcyjne.

4,3% potwierdza swoją absencję chorobową z powodu przeziębień wynikających z przemieszczania się (oczekiwanie na autobus, pociąg itp.), która do tej pory występowała w mniejszym zakresie.

Opis kategorii	Odsetek podmiotów sygnalizujący zaistniałe zjawisko
Niepunktualne przybycie do następnej placówki niezależne od pielęgniarki np. opóźnienia komunikacyjne, zdarzenia losowe	27,7 %
Dezorganizacja pracy pielęgniarki (pośpiech, aby ze wszystkim zdążyć, stres związany z godziną rozpoczęcia pracy w następnej placówce)	20,6 %
Krótki czas zajęć w szkole do godz. 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	21,3 %
Konflikty z dyrektorami, pracownikami szkoły - brak zrozumienia	7,8 %
Trudności w skonstruowaniu harmonogramu pracy personelu	5,7 %
Absencja chorobowa pielęgniarek/higienistek	4,3 %
Rezygnacja pielęgniarek z pracy	2,8 %
Przewożenie sprzętu i dokumentacji do placówek	2,1 %
Duże trudności w zorganizowaniu i przeprowadzeniu fluoryzacji zębów po przemieszczeniu się do drugiej placówki(np. pora obiadowa)	0,7 %

Tabela 3. Występowanie niepokojących zjawisk

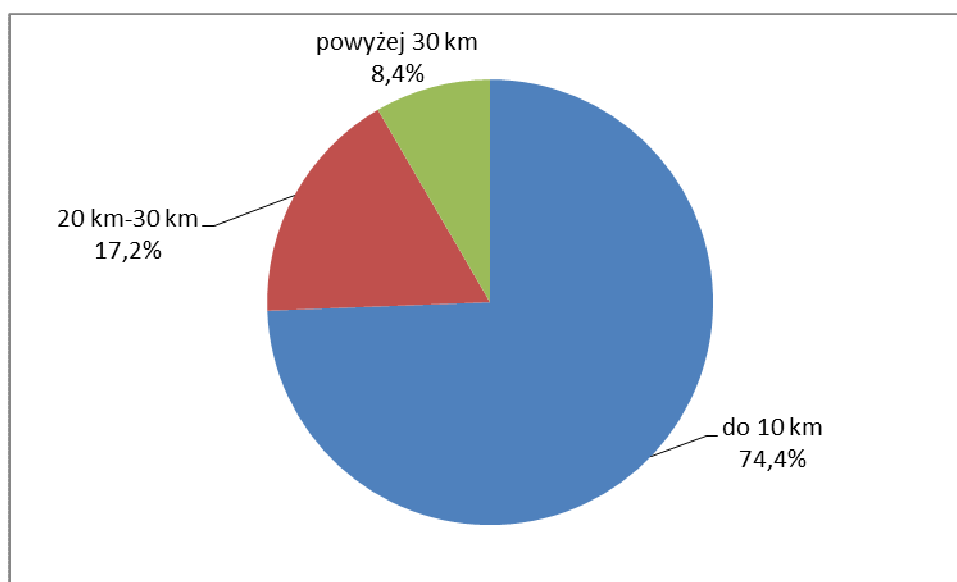
Jak już było wspomniane, zgodnie z zapisami rozporządzenia załącznik Nr 4 część III pkt.2.2, 2.3, 2.4 określa dostępność pielęgniarki na poziomie nie mniej niż 4 godziny, zatem pielęgniarka po upływie tych godzin musi przemieścić się do następnej placówki tracąc przy tym czas, który mógłby być przeznaczony na udzielanie świadczeń zdrowotnych uczniom. Dlatego analizie poddano odległości pokonywane przez pielęgniarki oraz czas poświęcony na dojazd do kolejnej szkoły.



Rys. 6. Czas poświęcony na dojazd do następnej placówki.

Wynika z tego, że **2,8 %** pielęgniarek nie ma możliwości dostać się do drugiej placówki, a **15,5%** poświęca 1 godzinę i więcej na dojazd.

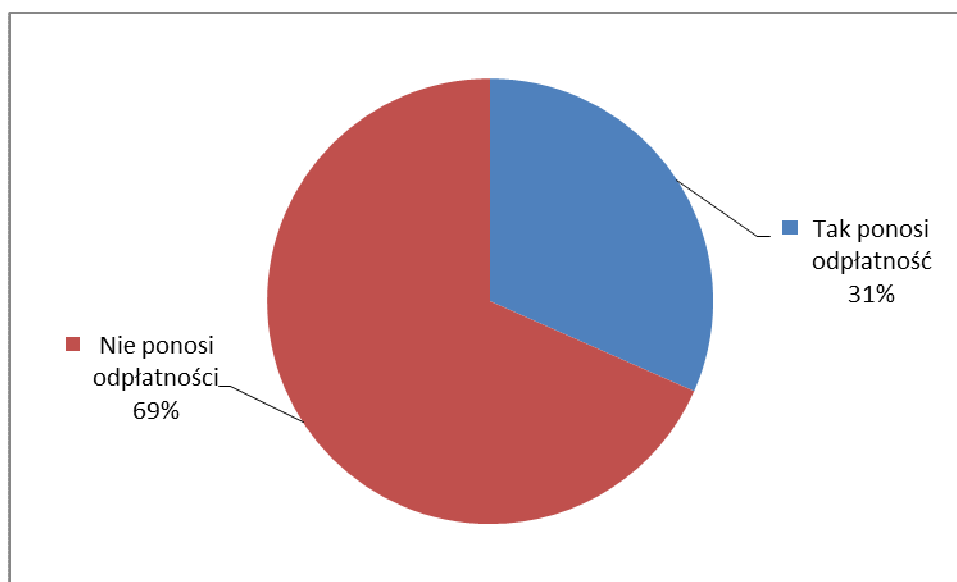
W obecnie istniejącej sieci szkół, aby dotrzeć do kolejnej placówki oświatowej pielęgniarki niejednokrotnie pokonują bardzo duże odległości – nawet ponad 30 km, na co wskazywało **8,4 %** ankietowanych podmiotów.



Rys.7. Pokonywane odległości między placówkami oświatowymi

I.5 Odpłatności za użytkowanie gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej

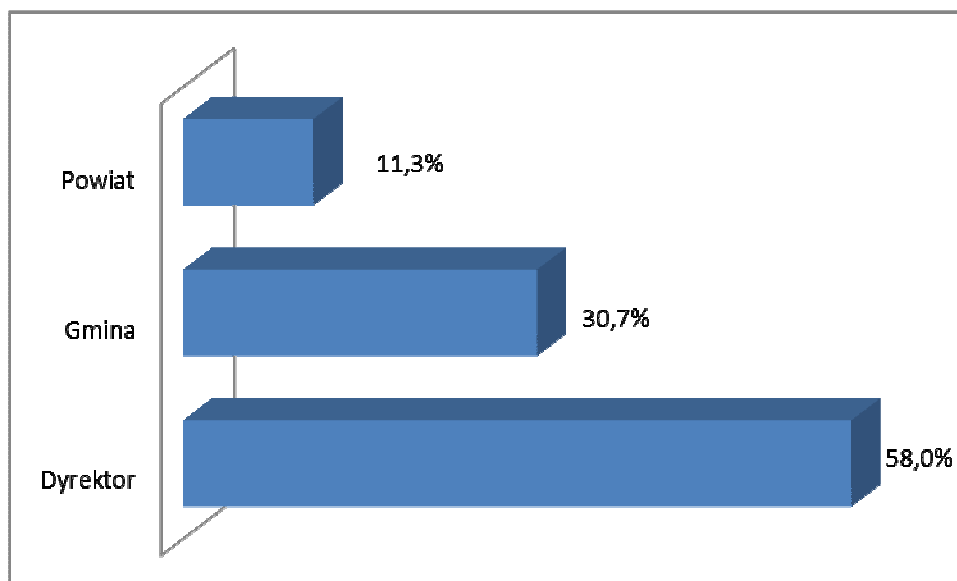
Dużym obciążeniem finansowym dla podmiotów jest ponoszenie opłat za użytkowanie gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej. W chwili obecnej **31%** ankietowanych podmiotów obciążanych jest opłatami za użytkowanie gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej.



Rys.8. Odsetek świadczeniodawców, którzy obciążani są opłatami za użytkowanie gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej

Od świadczeniodawców pobierane są następujące rodzaje opłat:

- czynsz;
- pokrycie kosztów utrzymania gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej takich jak energia, woda, sprząatanie, konserwacja;
- podatek od nieruchomości.



Rys.9. Odsetek organów i samorządów terytorialnych, które pobierają opłaty za użytkowanie gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej

O pobieraniu odpłatności decydują:

- rady gminy przyjmując uchwały w sprawie pobierania opłat;
- rady powiatu przyjmując uchwały sprawie pobierania opłat;
- dyrektorzy placówek.

Ciekawym, a jednocześnie niepokojącym jest fakt, iż wśród organów pobierających opłaty ankietowani w większość wskazują dyrektorów placówek szkolnych.

W myśl prawa cywilnego szkoła na podstawie umowy pomiędzy stronami ma pełne kompetencje w zakresie kształtowania opłat związanych z użytkowaniem gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej.

Z punktu widzenia przepisów oświatowych, zadaniem szkoły jest zapewnienie uczniom możliwości dostępu do gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej, a dyrektor ma zapewnić bezpieczne i higieniczne warunki pobytu ucznia w szkole, a także bezpieczne i higieniczne warunki uczestnictwa w zajęciach zorganizowanych przez szkołę.

W tym miejscu należy przywołać zapis rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, że pielęgniarka szkolna jest doradcą dla dyrektora szkoły w sprawie bezpieczeństwa, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole.

Tak, więc dyrektor szkoły powinien być zainteresowany utworzeniem i utrzymaniem gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej oraz dobrą współpracą z pielęgniarką szkolną.

W związku z powyższym wskazanym byłoby, aby dyrektor szkoły zwolnił podmiot leczniczy z opłat z uwagi na charakter prowadzonej działalności, który stanowi realizację ustawowego obowiązku zapewnienia opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży w szkole.

Na dzień dzisiejszy przepisy oświatowe oraz przepisy resortu zdrowia nie są spójne w zakresie kreowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

Dane w tabeli nr 4 pozwalają dostrzec, iż od podmiotów realizujących profilaktyczne świadczenia zdrowotne na terenie szkoły pobierany jest szeroki rodzaj odpłatności.

64,1% gmin przenosi obowiązek podatkowy, pobierając podatek od nieruchomości, od podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne na terenie szkoły, co nie jest zgodne z obowiązującym prawem.

Uzasadnienie: na podstawie art. 3 ust.1 ustawy o podatkach i opłatach lokalnych (Dz.U.2010.95.613), obowiązek podatkowy w podatku od nieruchomości przechodzi na posiadacza nieruchomości tylko w przypadku lub ich części stanowiących własność Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, jeśli posiadanie wynika z umowy zawartej bezpośrednio z właścicielem.

Umowy dotyczące korzystania z gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w celu udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki szkolne, co do zasady zawierane są ze szkołą. W związku z tym podatnikiem podatku od nieruchomości w stosunku do nieruchomości lub ich części zajętych na udzielanie świadczeń zdrowotnych jest szkoła, a nie podmioty prowadzące gabinety profilaktyki i pomocy przedlekarskiej.

8,7 % gmin jednocześnie pobiera czynsz i podatek od nieruchomości.

7,6 % pobiera opłaty za utrzymanie pomieszczenia przeznaczonego na gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej oraz jednocześnie podatek od nieruchomości.

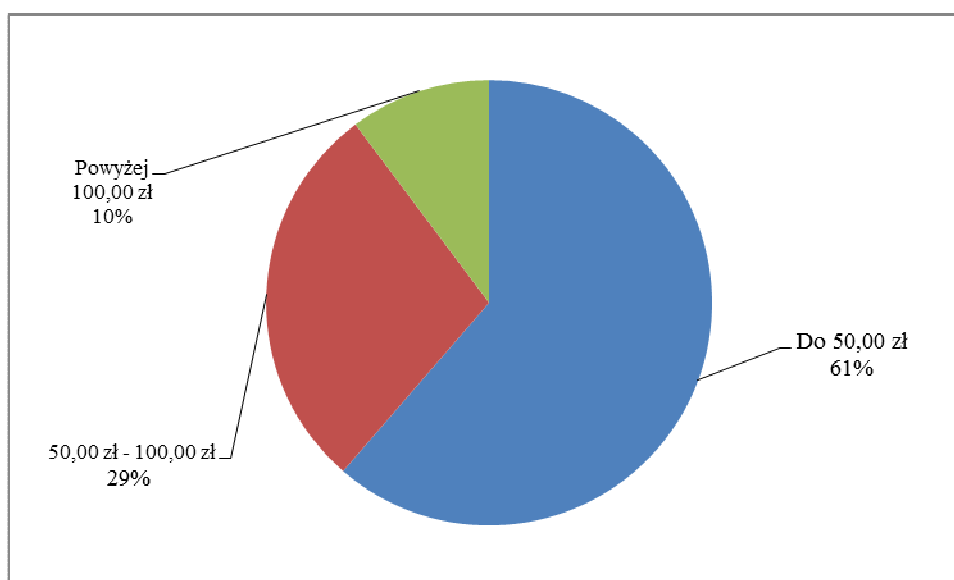
Nadmienić należy, że w niektórych przypadkach pomieszczenia przeznaczone na gabinety traktowane są jak lokale użytkowe, a wysokość opłat uzależniona jest od rejonu miasta, w której zlokalizowana jest szkoła np. im bliżej centrum miasta tym opłaty są wyższe. Ponadto pobierane należności za gabinety są wartością stałą bez względu na czas korzystania z gabinetu przez pielęgniarkę oraz liczbę uczniów uczęszczającą do szkoły. Należy również wziąć pod uwagę fakt, że w wielu przypadkach z gabinetów korzystają pracownicy szkoły np. psycholog, pedagog a opłatę ponosi świadczeniodawca.

Z poniżej tabeli wynika jednoznacznie, że brak jest jasno sprecyzowanych przepisów prawa w tym zakresie.

Rodzaj odpłatności	Udział %
Gmina pobiera podatek od nieruchomości	47,8%
Gmina pobiera czynsz i podatek od nieruchomości	8,7%
Gmina pobiera opłaty związane z kosztami utrzymania (woda, energia, sprzątanie itp.)	8,7%
Powiat pobiera opłaty związane z kosztami utrzymania (woda, energia, sprzątanie itp.)	8,7%
Gmina pobiera opłaty związane z kosztami utrzymania (woda, energia, sprzątanie itp.) i podatek od nieruchomości	7,6%
Dyrektor placówki pobiera czynsz	37,0%
Dyrektor placówki pobiera opłaty związane z kosztami utrzymania	19,6%

Tabela 4. Rodzaj odpłatności pobieranych od podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne w szkole

Analiza miesięcznych wartości opłat, jakie ponoszą pielęgniarki za użytkowanie gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej. W ankiecie wyszczególniono trzy kategorie ponoszonych opłat : **do 50,00 zł; 50,00 zł – 100,00 zł; powyżej 100,00 zł.**



Rys.10. Miesięczne opłaty za użytkowanie gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej

Okolo **39 %** podmiotów w okresie miesięcznym ponosi około 100,00 zł opłat z tytułu użytkowania gabinetów. Wiele pielęgniarek wykonuje świadczenia w kilku szkołach korzystając w nich z gabinetów. Biorąc pod uwagę miesięczną wysokość przychodów na jeden etat przeliczeniowy pielęgniarki szkolnej z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz liczbę obsługiwanych szkół jest to kwota bardzo wysoka i stanowi znaczny uszczerbek finansowy podmiotu pielęgniarskiego.

II. Analiza zebranej informacji publicznej

Na podstawie art.2 ust.1 i art.10 ust.1 ustawy z dnia 06 września 2001r o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. nr 112, poz.1198 z późn. zm.) Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej wystąpiło z wnioskiem do wszystkich Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia o informację na temat zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania we wszystkich placówkach oświatowo - wychowawczych na terenie województw.

Na zapytanie odpowiedziało czternaście Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uzyskano następujące informacje:

- Świadczenia zdrowotne z zakresu pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania zostają zawierane ze wszystkimi wnioskodawcami ubiegającymi się o zawarcie takiej umowy i spełniającymi wymagania określone dla wymienionego zakresu świadczeń;
- Oddziały nie są w stanie jednoznacznie stwierdzić, czy wszyscy świadczeniobiorcy uczęszczający do placówek szkolnych są objęci świadczeniami pielęgniarstwa szkolnego;
- Oddziały nie prowadzą analiz dotyczących braku zabezpieczeń świadczeń w poszczególnych placówkach oświatowych, ponieważ nie otrzymują z Kuratoriów Oświaty aktualnych wykazów szkół w województwie oraz od samorządów terytorialnych informacji na temat aktualnej sieci szkół;
- Jedynym źródłem wiedzy o braku zabezpieczenia świadczeń jest sytuacja, kiedy świadczeniodawca rezygnuje z kontraktu lub Wojewódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia rozwiąże umowę z świadczeniodawcą.
- Oddziały Wojewódzkie zwracają także uwagę na problem z przekraczaniem normy liczby uczniów objętych opieką przez jedną pielęgniarkę szkolną określoną w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 139, poz. 1139, z późn. zm.). Wynika to z braku wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej na rynku, która zabezpieczyłaby świadczenia dla tej grupy uczniów przekraczających normę przypadającą na jedną pielęgniarkę.

Na podstawie ww. ustawy o dostępie do informacji publicznej zwrócono się również do Kuratoriów Oświaty we wszystkich województwach z pytaniami dotyczącymi:

- Poziomu zabezpieczenia świadczeń pielęgniarstwa szkolnego uczniom w placówkach oświatowych;
- Pobieranych opłat za korzystanie z gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej przez podmioty realizujące świadczenia pielęgniarstwa szkolnego;
- Braku gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej na terenie placówek oświatowo – wychowawczych.

Na zapytania odpowiedziało trzynaście Kuratoriów Oświaty, udzielając następujących informacji:

- Kuratoria Oświaty nie posiadają danych dotyczących zabezpieczenia opieki pielęgniarstwa na terenie placówek szkolnych;
- Kuratoria Oświaty nie dysponują danymi dotyczącymi pobieranych opłat za korzystanie z gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej;
- Natomiast w zakresie braku gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej odpowiedzi udzielono na podstawie danych zebranych w Systemie Informacji Oświatowej. Dane te są mało precyzyjne i nie odzwierciedlają stanu faktycznego w zakresie dostępności do gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej na terenie placówek oświatowych. Wynika to z tego, że w przypadku kilku szkół, które korzystają z jednego gabinetu, system wykazuje, że wszystkie placówki posiadają gabinety.

III. Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego

Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego realizowane jest na podstawie rocznej stawki kapitałowej.

W stosunku do konkretnego ucznia, stawka kapitałowa korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły, do której uczęszcza uczeń i jego charakterystyki zdrowotnej:

- 1) Typ szkoły I – (szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach w szkole), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku):
 - a) uczeń klasy ogólnej w szkole typu I (typ ucznia I.1) – współczynnikiem 1,0;
 - b) uczeń klasy integracyjnej i sportowej w szkole typu I (typ ucznia I.2) – współczynnikiem 1,7,
 - c) uczeń z niepełnosprawnością typu A w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3A) – współczynnikiem 5,0;
 - d) uczeń z niepełnosprawnością typu B w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3B) – współczynnikiem 9,4;
 - e) uczeń z niepełnosprawnością typu C w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3C) – współczynnikiem 25,0.
- 2) Typ szkoły II (szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa) - uczeń szkoły typu II (typ ucznia II) – współczynnikiem 1,7.
- 3) Typ szkoły III (szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży):
 - a) uczeń z niepełnosprawnością typu A w szkole typu III (typ ucznia IIIA) – współczynnikiem 5,0;
 - b) uczeń z niepełnosprawnością typu B w szkole typu III (typ ucznia IIIB) – współczynnikiem 9,4;
 - c) uczeń z niepełnosprawnością typu C w szkole typu III (typ ucznia IIIC) – współczynnikiem 25,0.³

Wartości stawek kapitałowych określa Załącznik Nr 1 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na następny rok kalendarzowy.

³ Zarządzenie Nr 85/2011/DOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna str. 22

**WARTOŚCI STAWEK KAPITACYJNYCH, PORAD I RYCZAŁTÓW W POZ
w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 r.**

L.p.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość rocznej stawki kapitałowej, ceny jednostkowej rozliczeniowych (w PLN)
1.1	Świadczenia lekarza poz	Stawka kapitałujn	96,00
1.2	Świadczenia lekarza poz w profilaktyce ChUK	Porada	48,00
1.3	Świadczenia lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	45,00
1.4	Świadczenia lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	45,00
1.5	Świadczenia lekarza poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji(EKUZ, Certyfikat)	Porada	45,00
1.6	Świadczenia lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ	Porada	20,00
2.1	Świadczenia pielęgniarki poz	Stawka kapitałujn	26,64
2.2	Świadczenia pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	Porada	4,00
2.3	Świadczenia pielęgniarki poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	12,00
2.4	Świadczenia pielęgniarki poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	12,00
2.5	Świadczenia pielęgniarki poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	12,00
3.1	Świadczenia położnej poz	Stawka kapitałujn	13,56
3.2	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej	Porada	31,00
3.3	Wizyta patronażowa położnej poz	Porada	26,00
3.4	Wizyta położnej poz w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	Porada	15,00
3.5	Świadczenia położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej	Porada	12,00

	i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów		
3.6	Świadczenia położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	12,00
3.7	Świadczenia położnej poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	12,00
4.1	Świadczenia pielęgniarki szkolnej	Stawka kapitacyjn	42,00
4.2	Świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej	Stawka kapitacyjna	5,40
5.1	Świadczenia transportu sanitarnego w POZ – przewozy realizowane w ramach gotowości	Stawka kapitacyjn	4,44
5.2	Świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ – przewozy na odległość (tam i z powrotem) 121 - 400 km	Ryczałt za przewóz	210,00
5.3	Świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ – przewozy na odległość (tam i z powrotem) powyżej 400 km	Ryczałt za każdy km przewozu ponad 400	0,84

Zgodnie z Zarządzeniem Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, normy dotyczące liczby świadczeniobiorców określone są dla poszczególnych zakresów świadczeń w następujący sposób:

- dla lekarza poz – maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza poz nie powinna przekroczyć 2750 osób;
- dla pielęgniarki poz – maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz nie powinna przekroczyć 2750 osób;
- dla położnej poz - maksymalna liczba świadczeniobiorców, do których zalicza się osoby płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci do 2 miesiąca życia, objętych opieką przez jedną położną poz nie powinna przekroczyć 6600 osób;
- dla pielęgniarki szkolnej określone są w części III załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy w tym miejscu podkreślić, że normy liczby świadczeniobiorców określa ww. zarządzenie, a wyjątkiem jest zalecana liczba uczniów na jeden etat pielęgniarki, która jest szczegółowo określona w zapisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Od 01 września 2011 w związku z podniesieniem standardów leczenia osób najczęściej korzystających ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększył współczynniki korygujące:

- dla lekarza poz obejmującego opieką dzieci wieku 0 do 6 lat z 1,6 do 2,0;
- dla pielęgniarki poz obejmującej opieką dzieci w wieku 0 do 6 lat z 1,3 do 2,0;
- dla lekarza poz i pielęgniarki poz obejmujących opieką osoby dorosłe powyżej 65 roku życia z 1,8 do 2,0.

Natomiast współczynniki korygujące świadczenia pielęgniarki szkolnej nie uległy zwiększeniu i od kilku lat są w niezmienionej wysokości.

Poniżej w tabeli Nr 5 przedstawiono analizę porównawczą zastosowania wskaźnika przeliczeniowego etatu (kolumna nr 2) oraz współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną (kolumna nr 6). Jak wynika z analizy istnieją istotne rozbieżności pomiędzy wskaźnikiem etatowym a współczynnikiem korygującym stawkę kapitacyjną. Zgodnie z rozporządzeniem pielęgniarka w placówkach specjalnych po zastosowaniu wskaźników etatowych ma objąć opieką (kolumna nr 3);

- typ A – 1050 uczniów;
- typ B – 800 uczniów;
- typu C - 900 uczniów.

Przy zastosowaniu współczynników korygujących Narodowego Funduszu Zdrowia liczba uczniów w tych placówkach ulega znacznemu obniżeniu i tak (kolumna 7):

- typ A – 750 uczniów;
- typ B – 752 uczniów;
- typ C – 750 uczniów.

Należy tutaj zwrócić uwagę, że jednocześnie z obniżeniem liczby podopiecznych obniżono również wartość przychodu z Narodowego Funduszu Zdrowia, która jest zaniżona w stosunku do wymagań stawianych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia o następujące wartości dla:

- typ A - o 1050,00 zł (kwota ta stanowi o ok 30% mniejszy przychód z Narodowego Funduszu Zdrowia od stawianych wymagań przez Ministerstwo Zdrowia);
- typ B – o 168,00 zł (kwota ta stanowi o ok 6% mniejszy przychód z Narodowego Funduszu Zdrowia od stawianych wymagań przez Ministerstwo Zdrowia);
- typ C – o 525,00 zł (kwota ta stanowi o ok 20% mniejszy przychód z Narodowego Funduszu Zdrowia od stawianych wymagań przez Ministerstwo Zdrowia).

Porównano również przychód z Narodowego Funduszu Zdrowia osiągniany w typie szkoły I.1 z innymi typami szkół. W tym przypadku również zaobserwowano istotne rozbieżności finansowe w przychodach i tak (kolumna nr 10);

- typ A – 1250, 00 zł (kwota ta stanowi o 32,5% mniejszy przychód z Narodowego Funduszu Zdrowia od przychodu uzyskanego z placówki w typie I.1 i o 34% mniejszy przychód od stawianych wymagań przez Ministerstwo Zdrowia);
- typ B – 1218,00 zł (kwota ta stanowi o 31,6% mniejszy przychód z Narodowego Funduszu Zdrowia od przychodu uzyskanego z placówki w typie I.1 i o 43,5% mniejszy przychód od stawianych wymagań przez Ministerstwo Zdrowia);
- typ C – 1225,00 zł (kwota ta stanowi o 31,8% mniejszy przychód z Narodowego Funduszu Zdrowia od przychodu uzyskanego z placówki w typie I.1 i o 38,9% mniejszy przychód od stawianych wymagań przez Ministerstwo Zdrowia).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia						Zarządzenie Prezesa NFZ				
Typ szkoły	Maksymalna liczba uczniów na jeden etat przeliczeniowy	Wskaźnik przeliczeniowy etatu	Liczba uczniów wynikająca ze wskaźnika przeliczeniowego	Stawka miesięczna kapitacyjna na jednego ucznia	Miesięczne środki finansowe na etat przy zastosowaniu wskaźnika etatowego	Współczynnik korygujący	Liczba uczniów wynikająca z zastosowania współczynnika korygującego	Miesięczne środki finansowe na etat przy zastosowaniu współczynnika korygującego (kol. 4x kol. 6x kol. 7)	Różnica wartości między wskaźnikiem etatowym a współczynnikiem korygującym	Różnica między przychodami między przychodami w typie I.1 a innymi typami szkół
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I.1	1100	x 1	1100	3,50 zł	3850,00 zł	x 1	1100	3850,00zł	0,00 zł	0,00 zł
III A	150	x 7	1050	3,50 zł	3675,00 zł	x 5	750	2625,00 zł	1050,00zł	1250,00 zł
III B	80	x 10	800	3,50 zł	2800,00 zł	x 9,4	752	2632,00 zł	168,00 zł	1218,00 zł
III C	30	x 30	900	3,50 zł	3150,00 zł	x 25	750	2625,00 zł	525,00 zł	1225,00 zł

Tabela 5. Dysproporcje pomiędzy wymaganiami w zapisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.10.2010r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej załącznik 4 a zapisami Zarządzenia Nr 85/2011/DOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17.11.2011r w sprawie określenia warunków zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna - § 27 Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnej

IV. Propozycje zmian w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010r zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2010 nr 208, poz. 1376) – załącznik Nr 4

Lp.	Numer części	Propozycja zmian	Uzasadnienie	Uwagi
1.	Części I pkt. 1	Pielęgniarka lub higienistka szkolna planuje i realizuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad świadczeniobiorcami na terenie szkoły lub w placówce, o której mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.). oraz w oddziałach przedszkolnych na terenie szkoły.	<ul style="list-style-type: none"> • Dotychczasowy zapis nie pozwala objąć opieką uczniów w oddziałach przedszkolnych, które coraz częściej są w szkołach. Wychowanie przedszkolne obejmuje dzieci w wieku 3-6 lat i zgodnie z art. 14 pkt. 1 ustawy o systemie oświaty realizowane jest m.in. w szkołach podstawowych; • Dziecko w wieku 5 lat jest obowiązane odbyć roczne przygotowanie przedszkolne w przedszkolu albo w oddziale przedszkolnym zorganizowanym w szkole podstawowej; • Obowiązek rocznego przygotowania przedszkolnego rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w tym roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 5 lat. 	<ul style="list-style-type: none"> • W zapisach zarządzenia Nr 85/2011 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w § 24 „pielęgniarka obejmuje opieką dzieci i młodzież szkolną od klasy „0” • Zapis w § 24 Zarządzenia Nr 85/2011 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jest nie spójny z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia.
2.	Część II Warunki realizacji testów	W tabeli Lp.1 W wieku lub etapie edukacji dopisać 5 latka Nowe brzmienie zapisu: „Klasa 0 (5, 6	<ul style="list-style-type: none"> • Zmiana podyktowana jest dostosowaniem do zmian ustawy o systemie oświaty; 	

	przesiewowych	albo 7 lat)	<ul style="list-style-type: none"> • Dzieci 5 letnie uczęszczają do szkół i są objęte badaniami profilaktycznymi realizowanymi na terenie placówek oświatowych przez pielęgniarki szkolne. 	
3.	Część II Warunki realizacji testów przesiewowych	Zmienić wiek lub etap edukacji. Zamiast w klasie I Gimnazjum: Realizacja testów w VI klasie szkoły podstawowej	<ul style="list-style-type: none"> • Uczeń kończy I etap swojego kształcenia; • Wychowawca klasy, który w karcie badania ma rubrykę na swoje obserwacje zna ucznia od kilku lat; • Znacznie zwiększy się wykonalność badań lekarskich; • Uczeń z chwilą podjęcia nauki na nowym poziomie edukacyjnym ma określony aktualny stan zdrowia i pielęgniarka szybciej wdroży opiekę czynną nad uczniem, który tego wymaga; • W obecnym systemie badań uczeń aktualny stan zdrowia ma rozpoznawany dopiero po 2 - 3 miesiącach. 	Jednocześnie zmianie powinna dotyczyć Część III (zał.1): Warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych w tym badań przesiewowych (tabela pkt.10)
4.	Część II Warunki realizacji testów przesiewowych	Zmienić wiek lub etap edukacji zamiast W I klasie szkoły ponadgimnazjalnej (16 lat): Realizacja testów w III klasie Gimnazjum	<ul style="list-style-type: none"> • Uczeń kończy II etap swojego kształcenia; • Wychowawca klasy, który w karcie badania ma rubrykę na swoje obserwacje zna ucznia od kilku lat; • Znacznie zwiększy się 	Jednocześnie zmianie powinna dotyczyć Część III (zał.1): Warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych w tym badań przesiewowych (tabela pkt.11)

			<p>wykonalność badań lekarskich;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uczeń z chwilą podjęcia nauki na nowym poziomie edukacyjnym ma określony aktualny stan zdrowia i pielęgniarka szybciej wdroży opiekę czynną nad uczniem, który tego wymaga; • W obecnym systemie badań uczeń aktualny stan zdrowia ma rozpoznawany dopiero po 2 - 3 miesiącach; • III klasa gimnazjum to czas wyboru dalszego etapu kształcenia np. szkoły z nauką zawodu. Uczniowie, którzy wybiorą taką szkołę muszą być zbadani w Poradni Medycyny Pracy dla młodocianych pod kątem wyboru zawodu. Przy badaniu lekarze medycyny pracy oczekują oprócz skierowania z określeniem przyszłego zawodu również karty zdrowia ucznia. (Bilans zdrowia wykonany przed 3 laty czyli w I klasie gimnazjum, już w wielu przypadkach jest nieaktualny). 	
5.	Część II Warunki realizacji testów przesiewowych	W klasie V szkoły podstawowej (12lat) rezygnacja z wykonywania test przesiewowego w kierunku widzenia barwnego	Test wykonywany jest w klasie III szkoły podstawowej, zaburzenie widzenia barwnego nie podlega zmianom. Rozpoznane zaburzenie jest rozpoznaniem trwałym.	

6.	Część III pkt.1 Wymagane kwalifikacje	Wprowadzić zapis: W przypadku konieczności zapewnienia zastępstwa świadczenia zdrowotne może realizować pielęgniarka współpracująca w medycynie szkolnej lub pielęgniarka pracująca pod nadzorem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania.	W pozostałych zakresach dopuszcza się pracę lekarza pod nadzorem (zał. 1 część V pkt.1) oraz pielęgniarkę współpracującą, która jest uprawniona do realizacji świadczeń pielęgniarki poz (zał. 2 część IV pkt. 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Jednocześnie powinna być nowelizacja Rozporządzenia z dnia 28.08.2009r w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U.2009.139.1133) • W standardzie kwalifikacji dopuszcza się odbycie kursu w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania najpóźniej w terminie 2 lat od rozpoczęcia pracy.
7.	Część III pkt. 2 Wymagana dostępność personelu	Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy, z uwzględnieniem liczby uczniów oraz planem lekcji w danej placówce oświatowej.	<ul style="list-style-type: none"> • Tylko w warunkach realizacji świadczeń pielęgniarki szkolnej określa się jeden etat przeliczeniowy –w pozostałych zakresach poz świadczeniodawca sam określa swój harmonogram; • Tylko w warunkach realizacji świadczeń pielęgniarki szkolnej określono liczbę uczniów na etat przeliczeniowy, a nie na jedną pielęgniarkę tak jak w pozostałych zakresach świadczeń uregulowanych w Zarządzeniu Nr 85/2011 Prezesa NFZ; • Elastyczne regulowanie czasem, 	

			<p>pozwole zaplanować działania na rzecz wszystkich uczniów, jak też mieć na uwadze świadczenia lecznicze w stosunku do uczniów, którzy wymagają opieki w ramach czynnego poradnictwa (uczniowie z przewlekłymi chorobami np. z cukrzycą).</p>	
8.	<p>Część III pkt. 2 Wymagana dostępność personelu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rezygnacja ze wskaźników, które stanowią wartość dla jednego etatu przeliczeniowego; • Wprowadzenie zapisu maksymalnej liczby uczniów na jedną pielęgniarkę – 1100 osób (szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane bez nauki pozostałych warsztatach, szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna pozostałych tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku pozostałych wyłączeniem szkół dla dorosłych) 	<p>1. W pozostałych zakresach brak warunków etatów przeliczeniowych związku z objęciem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • opieką dzieci 0-6 lat, (współczynnik korygujący 2,0); • od 7-19 roku życia (współczynnik korygujący 1,2); • powyżej 65 roku życia (współczynnik korygujący 2,0) • osoby chore na cukrzycę lub choroby układu krążenia (współczynnik korygujący 3,0). <p>2. Tylko pielęgniarka szkolna w związku z objęciem opieką uczniów niepełnosprawnych lub przewlekle chorych musi zastosować algorytm przeliczenia etatu (czyli zmniejszyć populację, którą obejmuje opieką), aby była lepsza dostępność do świadczeń.</p> <p>3. Dostępność do świadczeń lekarza POZ i pielęgniarki POZ nie jest regulowane wskaźnikami etatowymi.</p>	<p>Od 01.09.2011r zwiększono nakłady na POZ : (Komunikat DOZ z dnia 11.07.2011r) „w związku z podniesieniem standardów leczenia osób najczęściej korzystających ze świadczeń POZ zwiększono finansowanie leczenia dzieci i osób starszych”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwiększono współczynniki korygujące grupy wiekowej 0-6 (lekarz 1,6 do 2,0), (pielęgniarka 1,3 do 2,0) • Osoby dorosłe powyżej 65 roku życia 1,8 do 2,0 • Medycyna szkolna brak regulacji

9.	Część III pkt.2 Pkt.2.1.3)	Zniesienie punktu	<ul style="list-style-type: none"> • Punkt nie zrozumieli; • Czy pielęgniarka otrzymują przychody z liczby 150 uczniów ma zapewnić dostępność dla uczniów w liczbie 440-550? 	
10.	Część III pkt. 2 .2.1.5 a) Wymagana dostępność personelu	<p>Liczba uczniów na jedną pielęgniarkę zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów i specyfiki danej szkoły:</p> <p>Typ A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, sprawni ruchowo; • Niewidomi i niedowidzący ; głusi i słabowidzący , przewlekle chorzy (w tym osoby w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej); • Uczniowie niepełnosprawni ruchowo a sprawni intelektualnie – <p>Maksymalna liczba uczniów na jedną pielęgniarkę 250 osób</p>	<p>1. Brak w dotychczasowych zapisach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uczniów niewidomych; • uczniów głuchych; • uczniów niepełnosprawnych ruchowo a sprawnych intelektualnie, którzy kształcą się w ośrodkach specjalnych np. Specjalny Ośrodek szkolno-Wychowawczy w Policach. 	
11.	Część III pkt. 2 .2.1.5 b) Wymagana dostępność personelu	<p>Liczba uczniów na jedną pielęgniarkę zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów i specyfiki danej szkoły:</p> <p>Typ B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i niepełnosprawni ruchowo; 	<p>Brak w dotychczasowych zapisach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uczniów niepełnosprawnych ruchowo, a sprawnych intelektualnie z chorobami przewlekłymi, którzy kształcą się w ośrodkach specjalnych np. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy w Policach. 	

		<ul style="list-style-type: none"> • uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i sprawni ruchowo. • Uczniowie niepełnosprawni ruchowo, a sprawni intelektualnie z chorobami przewlekłymi <p>Maksymalna liczba uczniów na jedną pielęgniarkę 150 osób</p>		
12.	Część III pkt. 2 2 .2.1.5 c) Wymagana dostępność personelu	<p>Liczba uczniów na jedną pielęgniarkę zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów i specyfiki danej szkoły:</p> <p><u>Typ C :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i niepełnosprawni ruchowo; • uczniowie z upośledzeniem znacznym (bez względu na rodzaj sprawności ruchowej); • uczniowie niepełnosprawni ruchowo, a sprawni intelektualnie ze sprzężonymi niepełnosprawnościami <p>Maksymalna liczba uczniów na jedną pielęgniarkę 80 osób</p>	<p>1. Brak w dotychczasowych zapisach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uczniów niepełnosprawnych ruchowo ze sprzężeniami a sprawnych ruchowo, którzy kształcą się w ośrodkach specjalnych np. Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy w Policach. <p>2. Uściślenie zapisu: Uczniowie z upośledzeniem znacznym bez względu na rodzaj niepełnosprawności , a nie łączne kryterium przydziału do typu szkoły.</p>	

13.	<p>Część III Pkt.2.2 Pkt.2.3 Pkt.2.4</p> <p>Wymagana dostępność personelu</p>	Zniesienie punktów	<ul style="list-style-type: none"> • Świadczenia mogą być udzielane w dłuższym czasie w poszczególne dni, bez szkody dla ucznia; • Bywa tak, że pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania sprawują opiekę profilaktyczną nad uczniami w kilku szkołach o małej liczbie uczniów (w 7, 8 szkołach oddalonych od siebie o kilkanaście kilometrów), pojawia się problem jak w tej sytuacji sprostać wymaganiom, biorąc też pod uwagę rozkłady zajęć, sposób i czas przemieszczania się w ciągu dnia do placówek, może zdarzyć się tak, że w kolejnej szkole skończyły się zajęcia lekcyjne; • Dużą odległość pomiędzy placówkami, która wiąże się z trudnościami z przemieszczaniem się pielęgniarki/higienistki pomiędzy placówkami związane z brakiem komunikacji lokalnej; • Konieczność posiadania własnego auta (wysokie koszty paliwa) • Nie przewidziane wydarzenia losowe, które wymagają pozostania w jednej placówce, niejednokrotnie opóźniają dotarcie do drugiej placówki. 	
-----	---	--------------------	--	--

			<ul style="list-style-type: none">• Dłuższy kontakt z uczniem;• Mały stopień nieobecności pielęgniarki;• Efektywne wykorzystanie czasu pracy pielęgniarki;• Dezorganizacja pracy pielęgniarki;• Dobowy wymiar pracy pielęgniarki zgodnie z ustawą o działalności leczniczej wynosi 7 godzin i 35 minut, zatem podział pomiędzy dwoma placówkami w jednym dniu jest nierealny i niemożliwy do wykonania i de facto pielęgniarka powinna pracować na ½ etatu.	
--	--	--	---	--

V. Propozycje zmian w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009r w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. 2009, nr 139, poz. 1133)

Lp.	Numer §	Propozycja zmian	Uzasadnienie	Uwagi
1.	§ 8.1	<p>Pielęgniarka, higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę nad uczniami w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki i pomocy przedlekarskiej lub w innym pomieszczeniu udostępnionym przez dyrektora szkoły na terenie placówki. Pomieszczenie powinno umożliwiać realizację świadczeń zgodnie ze standardami opieki oraz posiadać naturalne oświetlenie, dostęp do umywalki z bieżącą, ciepłą i zimną wodą.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inne miejsce określone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej np. poradnia lekarza poz ogranicza dostępność do świadczeń z uwagi na odległość kilku –kilkunastu kilometrów od gabinetu lekarza poz; • Uczniom należy wtedy zapewnić transport do takiego miejsca, (kto sfinansuje ten transport?); • Uczniom należy zapewnić opiekuna podczas przemieszczania się do innego miejsca udzielania świadczeń; • Dezorganizacja pracy szkoły: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Czy całe klasy przemieszczają się w trakcie nauki uczniów do innego miejsca wskazanego w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia?; ➤ Czy dla np. szkoły liczącej 250 uczniów świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane nie mniej niż 1 raz w tygodniu, nie mniej niż 4 godziny dziennie w miejscu wskazanym w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia? ➤ Kto zmusi szkołę, aby dowiozła uczniów całej szkoły do innego miejsca udzielania świadczeń, aby zapewnić dostępność wszystkim uczniom? • Należy pamiętać, że szkoła przede 	

			<p>wszystkim realizuje plan dydaktyczny;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jak wynika z Raportu: „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami w roku szkolnym 2009/2010” opracowanym przez Instytut Matki i Dziecka niepokój budzi między innymi stan opieki (na terenie szkoły) na obszarach wiejskich. Aż 70% szkół podstawowych na wsi nie posiada gabinetu profilaktyki. Można zatem przypuszczać, że de facto w tych szkołach nie zapewniono profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej przez pielęgniarki. 	
2.	§ 10.5	Po zakończeniu kształcenia przez ucznia pielęgniarka, higienistka szkolna przekazują indywidualną dokumentację uczniowi.	<ul style="list-style-type: none"> • Niektóre uczelnie wymagają od kandydatów dostarczenia dokumentacji medycznej ze szkoły; • Uczeń kończący kształcenie jest osobą pełnoletnią i sam powinien przekazać swoją dokumentację lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej; • Dotychczasowy zapis generuje dodatkowe koszty dla podmiotów; • Z uwagi, że świadczeniobiorca może dwa razy w roku kalendarzowym bezpłatnie zmienić lekarza poz, niejednokrotnie pielęgniarka szkolna nie dysponuje aktualną informacją, do jakiego lekarza zadeklarowany jest uczeń, który skończył szkołę. 	

3.	§ 12	Zniesienie przepisu	<ul style="list-style-type: none"> • Świadczenia pielęgniarki szkolnej mogą być realizowane w innym pomieszczeniu udostępnionym przez dyrektora szkoły na terenie placówki. Pomieszczenie powinno umożliwiać realizację świadczeń zgodnie ze standardami opieki oraz posiadać naturalne oświetlenie, dostęp do umywalki z bieżącą, ciepłą i zimną wodą.; • Świadczenia pielęgniarki szkolnej wykonywane na terenie szkoły zwiększą ich dostępność dla uczniów; • Dokumentacja medyczna uczniów będzie przechowywana w jednym miejscu (na terenie szkoły); • Należy zauważyć, że w jednej placówce szkolnej uczniowie mogą być zadeklarowani do różnych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. 	
----	------	---------------------	---	--

VI. Propozycje finansowania świadczeń pielęgniarstwa szkolnego

1. Roczna stawka kapitałowa na jednego ucznia powinna wynosić minimum - 60,00 zł.

Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa w chwili obecnej jest na żenująco niskim poziomie. W związku z powyższym uważamy, że stawka kapitałowa powinna zostać tak określona, aby przychody na praktykę były na poziomie podobnym jak przychody pielęgniarstwa poz.

Uzasadnienie:

Świadczenia pielęgniarstwa szkolnego w porównaniu z innymi zakresami w podstawowej opiece zdrowotnej w okresie od 01.01.2012r - 31.12.2012r są najniżej wycenione, co przedstawia poniższa tabela:

Zakres świadczeń	Maksymalna liczba świadczeniobiorców	Przychód z NFZ na praktykę	Uwagi
Świadczenia pielęgniarstwa POZ	2750	6105,00 zł	Przychody pielęgniarstwa szkolnego stanowią: - 63% przychodów pielęgniarstwa poz - 52% przychodów położniczych poz
Świadczenia położniczych POZ	6600	7458,00 zł	
Świadczenia pielęgniarstwa szkolnego	1100	3850,00 zł	

Nasuwają się pytania, dlaczego tak nisko jest wyceniona praca pielęgniarstwa szkolnego?

2. Wyższe finansowanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego udzielanych w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej - proponuje się roczną stawkę kapitałową 10,80 zł na jednego ucznia.

Uzasadnienie:

Obecna stawka kapitałowa wynosi 5,40 złotych w skali roku.

Koszty preparatu do przeprowadzenia zabiegów grupowej profilaktyki fluorkowej systematycznie wzrastają. Obecnie firma Rada sp.j, która jest dystrybutorem preparatu Elmex gel 215 gr sprzedaje preparat w cenie 48,46 złotych brutto (producent podaje, że z jednego opakowania można przeprowadzić 360 zabiegów, jednak w praktyce pielęgniarstwa szkolnego jest to 280 – 300 zabiegów).

Ponadto podmioty, które przeprowadzają zabiegi u uczniów ponoszą dodatkowe koszty:

- rękawiczki jednorazowe;
- preparat do dezynfekcji zlewozmywaków;
- utylizacja szczoteczek, kubków i rękawiczek jednorazowych skażonych krwią;
- koszty zakupu modelu do nauki pielęgnacji uzębienia;

- koszty zakupu materiałów edukacyjnych;
- uzupełnianie kwalifikacji personelu

Przy założeniu, że stawka kapitacyjna wynosiłaby 10,80 złotych, to skutki finansowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia w roku kalendarzowym wynosiłby ok. 23 mln złotych, co stanowi ok.0,3% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczonego na podstawową opiekę zdrowotną w roku 2012, zgodnie z Planem Finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 rok zatwierdzonego w dniu 16 sierpnia 2011r przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, który wynosi 7550865000 złotych.⁴

W tym miejscu uprzejmie informujemy, że na prośbę Krajowego Stowarzyszenia Pielęgniarek Medycyny Szkolnej Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego Pani dr n. med. Krystyna PISKORZ – OGÓREK zgodnie z art.31 e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r Nr 164, poz.1027, z późn. zm.) wystąpiła do Ministra Zdrowia z wnioskiem w sprawie zmiany poziomu finansowania świadczenia gwarantowanego jakim są świadczenia pielęgniarki szkolnej w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej. Według informacji od Pani Konsultant wniosek został przesłany do Ministerstwa Zdrowia w dniu 23.04.2012r. Materiały stanowiące podstawę wystąpienia do Pani Konsultant zamieszczone są na stronie internetowej Krajowego Stowarzyszenia Pielęgniarek Medycyny Szkolnej.⁵

3. W placówkach specjalnych proponujemy zastosować maksymalną liczbę uczniów na jedną pielęgniarkę (propozycja w rozdziale V) przy jednoczesnym utrzymaniu obecnych współczynników korygujących stawkę kapitacyjną;
 - Typ A maksymalna liczba uczniów 250 – współczynnik korygujący x 5 ;
 - Typ B maksymalna liczba uczniów 150 – współczynnik korygujący x 7,4 ;
 - Typ C maksymalna liczba uczniów 80 – współczynnik korygujący x 25 .
4. Proponujemy wprowadzić współczynnik korygujący (x 2) dla wszystkich szkół typu 1,1 w których liczba uczniów nie przekracza 150 osób.
5. Proponujemy pozostawienie dotychczasowych współczynników korygujących dla uczniów niepełnosprawnych i w klasach sportowych **bez stosowania wskaźników etatu przeliczeniowego obniżających poziom finansowania**

⁴ <http://www.nfz.gov.pl>

⁵ <http://www.kspms.org>

VII. Analiza realizacji programu rządowego na lata 2004 – 2006 w zakresie tworzenia i utrzymywania gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w szkołach.

Rządowy program „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania”, który został przyjęty i wdrożony uchwałą Rady Ministrów w dniu 2 listopada 2004r. miał za zadanie zapewnić uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Obowiązek ten należy do podstawowych zadań statutowych szkoły w myśl art. 67 ust. 1 pkt 4 ustawy z 07 września 1991r. o systemie oświaty (Dz.U. 2004 nr 256, poz. 2572 ze zm.). W programie tym były zapisy, które zobowiązywały samorządy terytorialne (organy prowadzące szkoły) do tworzenia (wyposażania) i utrzymania (ponoszenia kosztów) na terenie szkół gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej.

Sprawą zasadniczą była konieczność uruchomienia 7400 nowych gabinetów w szkołach publicznych tak, aby w każdej szkole był dostępny gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej. Według Ministerstwa Edukacji Narodowej w roku 2002/2003 jedynie w około 42% szkół publicznych funkcjonowały gabinety profilaktyki i pomocy przedlekarskiej.

W 2003 roku przekazane zostały środki w wysokości 3830400 zł na adaptację 3192 pomieszczeń w szkołach na gabinety profilaktyki i pomocy przedlekarskiej, w tym w poszczególnych województwach:

Lp.	Województwo	Liczba szkół	Kwota (w zł)
1.	Dolnośląskie	164	196 800
2.	Kujawsko-Pomorskie	112	134 400
3.	Lubelskie	207	248 400
4.	Lubuskie	118	141 600
5.	Łódzkie	232	278 400
6.	Małopolskie	79	94 800
7.	Mazowieckie	480	576 000
8.	Opolskie	75	90 000
9.	Podkarpackie	180	216 000
10.	Podlaskie	91	109 200
11.	Pomorskie	95	114 000
12.	Śląskie	554	664 800

13.	Świętokrzyskie	123	147 600
14.	Warmińsko-Mazurskie	247	296 400
15.	Wielkopolskie	205	246 000
16.	Zachodniopomorskie	230	276 000
	RAZEM:	3192	3830 400

Jednoczenie przyjęto następujące założenia do wyliczenia kosztów uruchamiania i utrzymania gabinetów w latach 2004-2006:

- Koszty wyposażenia nowego gabinetu 6540,00 zł;
- Koszty utrzymania istniejącego przez cały rok gabinetu 5150,80 zł;
- Koszty utrzymani nowouruchamianego w danym roku gabinetu (średnio 0,5 kosztów utrzymania istniejącego gabinetu – gabinety będą powstawały w ciągu roku) 2574,40 zł

		2004	2005	2006
Gabinety				
Nowouruchamiane	liczba	3200	3200	1000
Istniejące	liczba	3192 *	6392	9592
Nowouruchamiane	koszty (zł)	29 169 280	29 169 280	9 115 400
Istniejące	koszty (zł)	37 317 034	32 923 914	49 406 474
RAZEM:		66 486 314	62 093 194	58 521 874

*gabinety zaadaptowane w 2003r.

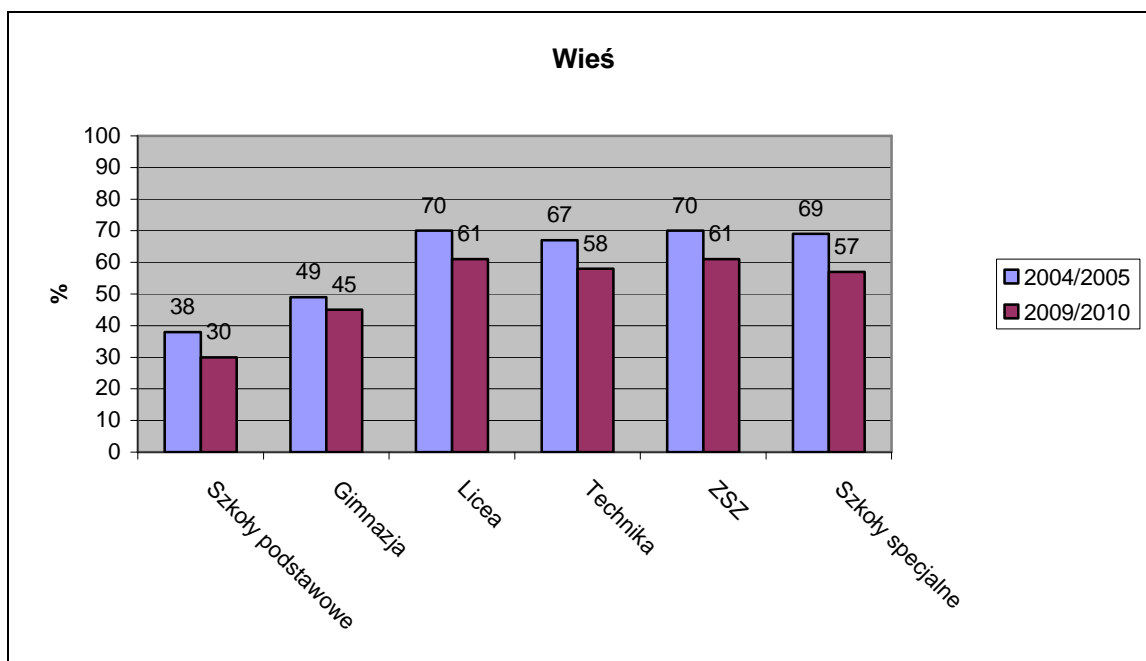
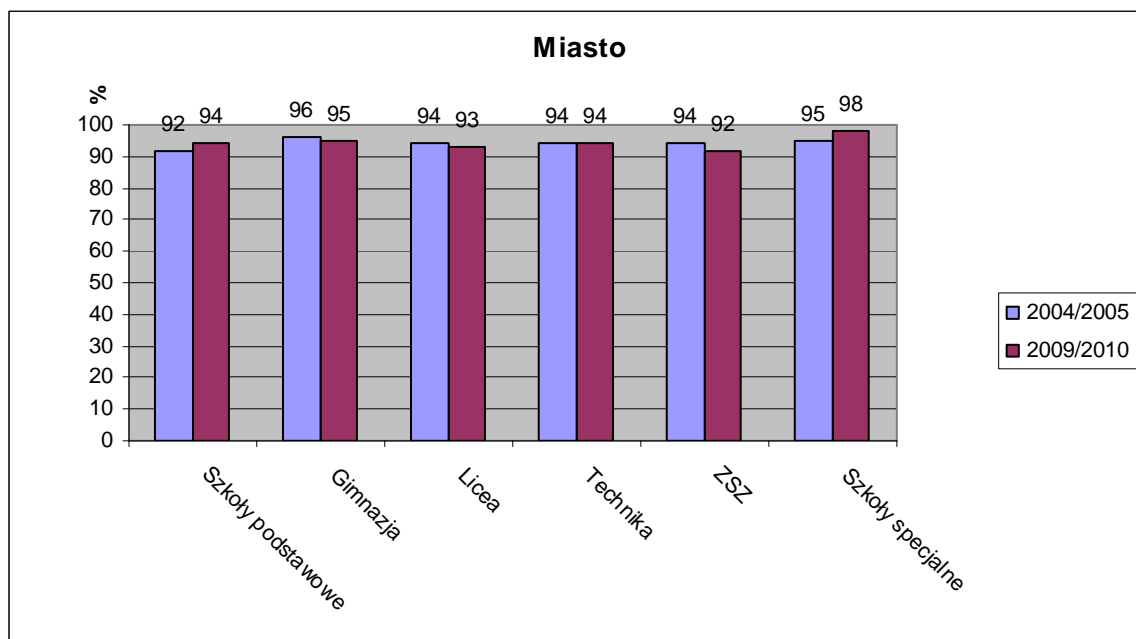
Niemniej jednak do chwili obecnej nie wszystkie szkoły posiadają gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej.

W roku szkolnym 2009/2010 gabinety profilaktyki zdrowotnej na terenie szkoły lub w budynku należącym do innej szkoły – w przypadku zespołu szkół, posiadało ponad 90% szkół miejskich (96%-92%), z wyjątkiem szkół specjalnych, których 12% nie miało takich gabinetów. Sytuacja była zdecydowanie gorsza w szkołach wiejskich, ponieważ w znacznym odsetku szkół nie było tych gabinetów, w tym w:

- 70% szkół podstawowych;
- ponad połowie gimnazjów;
- prawie połowie techników i szkół specjalnych;

- 40% liceów oraz zasadniczych szkół zawodowych.⁶

Poniżej wykresy porównujące odsetek gabinetów w roku szkolnym 2004/2005 i w roku szkolnym 2009/2010 w podziale na miasto i wieś.⁷



⁶ Raport opracowany na podstawie danych z programu badań statystycznych statystyki publicznej *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami w roku szkolnym 2009/2010 i zmiany w jej realizacji w latach 2005-2010* Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2010 str.11.

⁷ tamże, str.11

VIII. Wnioski

Podmioty realizujące świadczenia zdrowotne z zakresu pielęgniarstwa szkolnego mają następujące problemy z realizacją zapisów załącznika nr 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010r zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Wzrost kosztów finansowych związanych z dotarciem do następnej placówki;
2. Brak jakiegokolwiek możliwości dojazdu do następnej placówki w środku dnia w małych miejscowościach i obszarach wiejskich, które są znacznie od siebie oddalone;
3. Pokonywanie dużych odległości wynikających z różnej lokalizacji szkół;
4. Narastający stres związany z możliwością spóźnienia się do następnej placówki;
5. Czas poświęcany na przejazd mógłby zostać przeznaczony na realizację świadczeń zdrowotnych i tym samym zwiększyłaby się dostępność do świadczeń;
6. Trudności z ułożeniem harmonogramu pracy pielęgniarstwa szkolnego i higienistki szkolnej wynikające z konieczności przemieszczania się oraz dostosowaniem się do planów zajęć lekcyjnych w szkołach;
7. Trudność z przeprowadzeniem zabiegu grupowej profilaktyki fluorkowej w powiązaniu z koniecznością przemieszczania się i dostosowaniem się do planów zajęć lekcyjnych w szkołach;

Jednocześnie należy zwrócić również uwagę na następujące kwestie, które wymagają jak najszybszego uregulowania prawnego oraz podjęcia działań mających na celu niedopuszczenie do ograniczenia świadczeń pielęgniarstwa szkolnego w środowisku nauczania i wychowania:

1. Brak wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej na rynku, która zabezpieczyłaby świadczenia dla grupy uczniów przekraczających normę przypadającą na jedną pielęgniarkę, co uniemożliwia spełnienie wymagań Rozporządzenia Ministra Zdrowia w aspekcie zwiększenia norm zatrudnienia wykwalifikowanego personelu;
2. Niska stawka kapitałowa powodująca pogłębienie się dysproporcji w przychodach z Narodowego Funduszu Zdrowia pomiędzy pielęgniarstwem szkolnym, a pielęgniarstwem poza i poza;
3. Coraz większy odsetek podmiotów ponoszących opłaty za użytkowanie gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej, niejednokrotnie w wysokości jak za lokale użytkowe. Niska stawka kapitałowa nie rekompensuje ponoszonych opłat;

4. Nierówna dostępność do świadczeń pielęgniarki szkolnej dla uczniów w placówkach nie posiadających gabinetów profilaktyki pomocy przedlekarskiej na swoim terenie;
5. Szkoła nakładając na ucznia przymus nauki powinna zapewnić jednocześnie dostęp do profilaktycznej opieki zdrowotnej, czyli zapewnić gabinet profilaktyczny wraz z wyposażeniem i jego utrzymaniem, czyli ponoszenie wszelkich kosztów.
6. Brak przepisów wykonawczych, które zobowiązywałyby samorzady terytorialne (organy prowadzące szkoły) do tworzenia (wyposażania) i utrzymania (ponoszenia kosztów) na terenie szkół gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej.
7. Przepisy oświatowe oraz przepisy resortu zdrowia nie są spójne w zakresie kreowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

W związku z powyższym postulujemy, aby:

1. Ministerstwo Zdrowia podjęło działania zmierzające do zmiany rozporządzenia z dnia 22 października 2010r zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia z dnia 28 sierpnia 2009r w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.
2. W prawie oświatowym jednoznacznie zostały określone kwestie, że za utworzenie, wyposażenie i utrzymanie gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej powinna odpowiadać szkoła – organ założycielski.
3. Powołany został zespół do spraw opracowania propozycji modelu realizacji świadczeń pielęgniarki szkolnej oraz nadzoru i koordynacji nad wykonywaniem tych świadczeń;
4. Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z Ministerstwem Edukacji wystąpiło z wnioskiem do Premiera Rządu o ponowne opracowanie i wdrożenie kolejnej edycji programu „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania” z uwzględnieniem zmian w przepisach.
5. Ministerstwo Zdrowia zleciło Instytutowi Matki i Dziecka nowelizację publikacji: „Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej”. W/w standardy opracowane zostały w 2003r i w opinii naszego środowiska wymagają nowych opracowań dostosowanych do obecnej rzeczywistości.
6. Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał analizy i zmienił poziom finansowania świadczeń pielęgniarki szkolnej, tak aby nie występowały dysproporcje

w przychodach pomiędzy pielęgniarką szkolną a pielęgniarką poz i położną poz.

7. Powołany został Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania.

W celu umożliwienia dogłębnego przeanalizowania postawionych w opracowaniu problemów oraz wniosków i propozycji zmian w obowiązujących przepisach i standardach postępowania pielęgniarki szkolnej i higienistki szkolnej, powyższe opracowanie zostało rozesłane do następujących instytucji:

- Pan Bartosz Arłukowicz Minister Zdrowia;
- Pan Igor Radziejewicz – Winnicki Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia;
- Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;
- Biuro Poselskie Posła Bartosza Arłukowicza;
- Członkowie Sejmowej Komisji Zdrowia;
- Członkowie Senackiej Komisji Zdrowia;
- Pani Anna Dobrzańska Konsultant Krajowy w dziedzinie Pediatrii;
- Pani Krystyna Piskorz – Ogórek Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego;
- Pan Tomasz Maciejewski Dyrektor Instytutu Matki i Dziecka;
- Pani Grażyna Rogala – Pawelczyk Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- Pani Julita Jaśkiewicz Dyrektor Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- Pan Tomasz Urański Pełnomocnik Wojewody Zachodniopomorskiego ds. Koordynacji Opieki Medycznej Nad Dzieckiem;
- Pani Maria Matusiak Przewodnicząca Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Akty normatywne i inne materiały źródłowe

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2010, nr 208, poz.1376).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009r w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U.2009, nr 139, poz. 1133).
3. Ustawa z dnia 06 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. 2001, nr 112, poz.1198 z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008, nr 164, poz.1027, z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 12 stycznia 1991r.o podatkach i opłatach lokalnych (tekst ujednolicony Dz.U.2010,nr 95, poz.613).
6. *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami w roku szkolnym 2009/2010 i zmiany w jej realizacji w latach 2005-2010*, Raport opracowany na podstawie danych z programu badań statystycznych statystyki publicznej, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2010.
7. Rządowy program *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania*, Warszawa 2004.
8. *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami i działania niezbędne dla poprawy jej jakości*, Stanowisko Komitetu Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2008.
9. Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, nr 112, poz.654).