



Zielona Góra, dn. 06.10.2020 r.

BFPZ/445/10/2020

*Sz. P.*

*Adam Niedzielski*

*Minister Zdrowia*

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2** Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” zgłasza uwagi:

Zdaniem Federacji przedstawiony projekt nie rozwiązuje co najmniej części problemów zgłaszanych podczas spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 2020.10.01 i uznanych za ustalone:

1. W przedstawionym projekcie nie ma zapisów wycofujących paragraf 3.2 Rozporządzenia MZ z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego. Bez wycofania tych przepisów powstanie bałagan legislacyjny.
2. Nie było uzgodnień co do obowiązku każdorazowego badania fizykalnego dzieci do lat 2. Dzieci wymagają szczególnego nadzoru, ale są sytuacje, kiedy badanie fizykalne będzie irracjonalnym postępowaniem, więc nie może być obowiązkowe. (punkt 1 porozumienia).
3. Projekt nie zapewnia realizacji punktu 5 porozumienia wymagając korzystania z [gabinet.gov.pl](https://gabinet.gov.pl), bez uwzględnienia:
  - możliwości korzystania z aplikacjach gabinetowych oraz
  - w uzasadnionych sytuacjach np. występujących awarii portalu [gabinet.gov.pl](https://gabinet.gov.pl) alternatywnych metod np. przez dowolny możliwy kontakt z inspekcją sanitarną.



4. Projekt nie opisuje automatyzacji nadawania izolacji (samego procesu decyzji administracyjnej a nie medycznej) w sposób jaki został ustalony, tj. lekarz zajmuje się czynnościami medycznymi i nie jest obciążany zbędną biurokracją. Dodatni wynik testu powinien skutkować wydaniem decyzji administracyjnej przez Sanepid na minimum 10 dni a lekarz potem wydłuży ten czas lub nie, w zależności od stanu pacjenta. Wiemy już, że elektronicznie jest to obsługane, znacznik w EWP się pojawia automatycznie, ale do tego potrzeba obsłużenia formalno-administracyjnego, żeby pacjent miał podstawy prawne np. do nie chodzenia do pracy. Lekarz wystawiałby eZLA na czas przedłużenia izolacji lub przedłużając izolację w systemie elektronicznym tworzona byłaby decyzja stanowiąca podstawę do usprawiedliwienia nieobecności w pracy. Decyzje Sanepidu są dla ZUS tożsame ze zwolnieniem, więc uzyskamy odciążenia biurokratyczne dla lekarzy a w Sanepidzie, skoro znacznik pojawia się automatycznie to może generować się decyzja tylko do podpisu.
5. Jeżeli dokument ma zebrać w jednym miejscu całość procesu obsługi podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2 to brak informacji o zgłoszeniu do Sanepidu na druku ZLK-1.
6. W punkcie I. 2. należałoby zmienić kolejność punktów tak, aby aktualny punkt 3) był pierwszym, bo najpierw wykonujemy test a potem ewentualnie kierujemy pacjenta do izolacji.
7. W punkcie II. 1. brak wymienionych lekarzy AOS, o których była mowa, że też będą mogli zajmować się pacjentem z podejrzeniem i rozpoznaniem COVID-19.
8. W punkcie II. 1 mowa jest o lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej a zdaniem Federacji należy posługiwać się terminem lekarz udzielający świadczeń u świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej. Sam termin lekarz POZ ogranicza się do osób spełniających definicję ustawową a poza tymi lekarzami w POZ udzielają świadczeń również lekarze niespełniający tej definicji. Ograniczenie się tylko do tych spełniających będzie zbędnym utrudnieniem dla pacjentów.
9. W punkcie II. 1 – brak określenia o jakie inne niż świadczenia opieki zdrowotnej działania chodzi. Co ma lekarz jeszcze robić? To należałoby dookreślić, aby uniknąć potem dyskusji.
10. W części II nie przewidziano możliwości skierowania pacjenta wprost do szpitala przez lekarza POZ – mogą być sytuacje, kiedy niezbędne będzie takie skierowanie. Jednocześnie w tym miejscu przypominamy, że art. 28 Ustawy o zapobieganiu oraz



zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych nadal obowiązuje - istnieje potrzeba jednoznacznego rozwikłania problemu niezgodności z ustawą tych zapisów.

11. W punkcie II. 4. jest mowa o lekarzu POZ „o którym mowa w ust. 1 lit. a”, ale nie ma takiego ustępu i litery.
12. W punkcie II. 5. brak jest doprecyzowania co to jest za transport („COVID-owy”?) i jak się zleca, kto odpowiada i finansuje go.
13. W punkcie III. 2. brak jest doprecyzowania co to jest za transport („COVID-owy”?) i jak się zleca, kto odpowiada i finansuje go.
14. Brak jest trybu postępowania w przypadku, kiedy test zlecony został przez lekarza w szpitalu (lekarz, o którym mowa w II. 1. 2)) i pacjent jest zakażony. Odsyła go do oceny w POZ – skoro ma już go na Izbie Przyjęć?
15. W części IV – pisząc „zlecenie badań, w tym testu RT-PCR” chodzi o to, aby zablokować inną diagnostykę? Jest wiele komercyjnych testów na rynku i zostaną zakazane? Czy tylko lekarz nie będzie mógł kierować?
16. Standard pomija dni wolne, święta i godziny nocne. Kto wtedy sprawuje opiekę, zleca testy i je ocenia? Tylko szpital? Warto rozszerzyć zakres lekarzy uczestniczących w procesie diagnostyki i wstępnych zaleceń dla pacjenta podejrzanego o COVID-19 również o lekarzy z nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, aby szczególnie w dniach wolnych pacjent nie pozostawał bez możliwości uzyskania pomocy.
17. Zapis o możliwości kierowania do izolacji jest niezgodny z zapisami przepisów o izolatoriach, gdzie jest wyraźnie wskazane, że tylko lekarz szpitalny może skierować do izolatorium.
18. Rozporządzenie jest skierowane do osoby (lekarza) a nie instytucji (świadczeniodawcy) i z tego tytułu mogą wynikać różnego rodzaju problemy organizacyjne oraz rozkład odpowiedzialności np. kto ma kierować pacjenta na test w kierunku SARS CoV-2 w czasie, w którym lekarz POZ nie pracuje?
19. Należy dopuścić możliwość opuszczenia miejsca pobytu przez pacjenta podlegającego kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych na czas wizyty w poradni oraz drogi do i z poradni. Warunkiem zwolnienia winna być decyzja lekarza o zaproszeniu pacjenta na wizytę z podaniem daty i godziny ustalonej porady osobistej.
20. Należy zdefiniować pacjenta niesamodzielnego. Termin nie jest tożsamy znaczeniowo z pacjentem, który nie ma transportu, żeby się udać na wymaz bądź do szpitala.



21. Brakuje procedury jak postępować w przypadku niediagnostycznego wyniku badania i konieczności jego powtórzenia.
22. Brak standardu przyjęcia pacjentów COVID(+) w poradni.
23. Standard postępowania byłby bardziej czytelny i prostszy do stosowania, gdyby wprost opisywał następujące sytuacje:
- Pacjent z objawami sugerującymi COVID-19.
  - Pacjent w kwarantannie – pojawiają się objawy.
  - Pacjent w izolacji domowej – co z nim robimy, jak jest stabilny a co jak się pogarsza jego stan.
  - Pacjent w izolacji domowej, kiedy pojawia się nowe schorzenie inne niż COVID – łagodne lub ostre.
  - Pacjent z dodatnim wynikiem testu SARS-CoV-2 zleconym przez lekarza POZ.
  - Pacjent z dodatnim wynikiem testu SARS-CoV-2 wykonanym gdzieś indziej.
  - Pacjent z wynikiem nierozstrzygniętym testu SARS-CoV-2.
24. Ze względu na braki kadrowe wśród lekarzy należy czynności administracyjne maksymalnie przenieść do działań automatycznych oraz decyzji administracyjnych wydawanych przez Sanepid, tak aby personel medyczny zajmował się tym w czym ma unikalne kompetencje.
25. Obserwując aktualne problemy z transportem pacjentów COVID(+) oraz odmowami przyjęć takich pacjentów do oddziałów zakaźnych zdaniem Federacji należy utworzyć lokalnych koordynatorów (wojewódzkich), którzy będą zajmować się rozwiązywaniem problemów zamiast lekarzy.
26. Ze względu na aktualną sytuację okres vacatio legis zdaniem Federacji należy maksymalnie skrócić.

Z poważaniem

Tomasz Zieliński

Wiceprezes Federacji PZ

/dokument podpisany elektronicznie/