

# Informacja o działalności Konsultanta Krajowego w latach 2016/2017



**Prof. dr hab. n. med.  
Karina Jahnz-Różyk**

Konsultant Krajowy  
w Dziedzinie Alergologii  
krozyk@poczta.onet.pl

W 2016 i 2017 roku odbyły się cztery spotkania konsultanta krajowego, które objęły zasięgiem wszystkie województwa w Polsce:

- 26.11.2016 w Gorzowie Wielkopolskim (woj. Lubuskie, woj. Dolnośląskie, woj. Zachodniopomorskie, woj. Wielkopolskie)
- 17.12.2016 w Rzeszowie (woj. Podkarpackie, woj. Świętokrzyskie)
- 21.01.2017 w Toruniu (woj. Pomorskie, Kujawsko-Pomorskie, Warmińsko-Mazurskie)
- 28.01.2017 w Katowicach (woj. Śląskie, woj. Opolskie, woj. Małopolskie)
- 25.02.2017 w Warszawie (woj. Lubelskie, woj. Łódzkie, woj. Podlaskie, woj. Mazowieckie)

W trakcie spotkań omówiono następujące zagadnienia:

1. Stan alergologii w Polsce w 2016 roku
2. Przedstawienie wybranych problemów regionów (konsultanci wojewódzcy)
3. Zasady kontraktowania świadczeń w alergologii w 2017 roku
4. Plany Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kontraktowania i rozliczania świadczeń (Dyr. A. Śliwczyński, Centrala NFZ)

W toku spotkań lekarze alergolodzy wskazali na następujące problemy:

- Niskie kontrakty
- Niedoszacowanie kosztów wizyt
- Brak pełnego profilu usług
- Nierównomierne rozmieszczenie poradni (zwłaszcza w małych miastach – powiatach)
- Rejestracji poradni alergologicznych
- Wadliwy system kolejkowy
- Zasadność konieczności funkcjonowania poradni 3x/tydzień ?
- Zakres kompetencji lekarzy alergologów
- Brak refundacji niektórych procedur (np. próby prowokacyjne pokarmowe)
- Brak jednolitej wyceny punktu (najniższa w woj. Podkarpackim)
- Brak dostępności pacjentów do niektórych procedur w miejscu zamieszkania ( np. odczulania na jady owadów)
- Dostępność adrenaliny

Wnioski

1. Należy zdefiniować rolę lekarza-alergologa w polskim systemie ochrony zdrowia
2. Poprawy wymaga system kształcenia alergologów
3. Specyfika chorób alergicznych i procedur stosowanych w alergologii wskazuje na konieczność utrzymania jednej specjalizacji w tej dziedzinie (bez podziału na alergologię dziecięcą i dorosłych)
4. Ocena rzeczywistego zaangażowania alergologów w leczenie pacjentów z chorobami alergicznymi wymaga uwzględnienia następujących aspektów:
  - \* wyróżniamy choroby dedykowane alergologii i wielodyscyplinarne (np. atopowe zapalenie skóry)
  - \* hospitalizacje są często realizowane na łózkach, dedykowanych innym specjalnościom (np. chorobom wewnętrznym czy pneumonologii), a pacjenci prowadzeni przez lekarzy alergologów
  - \* w kontekście planowanego wprowadzania w 2017 roku nowych zasad kontraktowania i finansowania świadczeń alergologicznych należy w mojej ocenie skoncentrować się na ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS)
  - \* dookreślenia wymaga też współpraca lekarzy POZ z alergologami
5. Testowanie i procesy odczulające w chorobach alergicznych powinno być dedykowane wyłącznie lekarzom – alergologom
6. Należy poprawić dostępność (refundację) adrenaliny do samodzielnego podawania u pacjentów po przebytym wstrząsie anafilaktycznym, ze szczególnym uwzględnieniem populacji dziecięcej
7. Problemem w praktyce klinicznej jest też brak dostępności niektórych alergenów, służących do testowania i odczulania pacjentów
8. Należy doprowadzić do zmian w programie lekowym „Leczenia ciężkiej astmy alergicznej omalizumabem”, wprowadzających dostępność do leczenia dzieci w wieku 6-12 lat (aktualnie >12. roku życia).