

Opinia do projektu ustawy o Podstawowej Opiece Zdrowotnej (UD160)

I. Opis sytuacji problemowej

Przedstawiony do konsultacji projekt ustawy o Podstawowej Opiece Zdrowotnej stanowi bardzo ważny dla środowisk pacjenckich akt normatywny.

Przygotowanie i wprowadzenie ustawy o POZ ma pozwolić na zdefiniowanie roli i miejsca POZ w systemie ochrony zdrowia oraz umożliwić stałą poprawę jej organizacji i funkcjonowania. Ustawa powinna wzmocnić tę część systemu i stworzyć warunki do zwiększenia efektywności POZ. W jeszcze większym stopniu ma ona przyczynić się do zachowania i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Jednocześnie Projektodawca deklaruje, iż projektowana regulacja wpłynie na poprawę satysfakcji z uzyskiwanej opieki, oraz ma przyczynić się do poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń.

Zgodnie z deklaracjami Projektodawcy, celem projektowanej ustawy powinno być zapewnienie wysokiej jakości podstawowej opieki zdrowotnej oraz stworzenie warunków umożliwiających finansowe motywowanie świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do podnoszenia poziomu jakości udzielanych świadczeń.

Zagadnienia POZ są uregulowane w wielu aktach prawnych o różnicowanej randze. Dla dalszego rozwoju POZ uzasadnione jest, jak twierdzi projektodawca, przygotowanie i wdrożenie odpowiedniej ustawy, która zwiększy rolę POZ i zapewni skoordynowanie działań z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, zwiększy rolę profilaktyki i edukacji zdrowotnej i pozwoli na realizację kompleksowej i holistycznej POZ ukierunkowanej na pacjenta i społeczność lokalną, jak również zwiększy rolę personelu medycznego w POZ.

Projektowana ustawa definiuje rolę i miejsce POZ w systemie ochrony zdrowia, a w konsekwencji umożliwi poprawę jej organizacji i funkcjonowania, jak również stworzy warunki do zwiększenia jej efektywności. W szczególności istotna ma być poprawa koordynacji opieki i pracy zespołowej w zakresie odrębnych kompetencji lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, w tym również w przypadkach faktycznego oddzielenia strukturalnego, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy organizacji zarządzania opieką nad pacjentem.

Podstawowa opieka zdrowotna jest częścią systemu ochrony zdrowia, w ramach której zapewniany jest dostęp do finansowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej profilaktycznych, w tym profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz pielęgnacyjnych, udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Podstawowa opieka zdrowotna została oparta na medycynie rodzinnej. Przyjmuje się, że docelowo lekarzem POZ będzie lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej lub posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej. Jednocześnie z uwagi na niedobór kadry lekarskiej posiadającej specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej przyjęto, iż lekarzem POZ jest również lekarz, posiadający specjalizację I stopnia albo specjalizację inną niż medycyna rodzinna albo specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, który udzielał nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 3 lat świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej, posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ oraz tzw. listę aktywną pacjentów. Ponadto, lekarzom, którzy w dniu wejścia ustawy udzielali świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej przez okres krótszy niż 3 lat, umożliwiono realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2025 r., a po tym okresie jeśli rozpoczną specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Analogiczne rozwiązania przyjęto dla pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarki POZ), określając jako docelowe kwalifikacje ukończenie lub odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, internistycznego lub opieki długoterminowej lub posiadanie tytułu zawodowego magistra. Jednocześnie z uwagi na niedobór kadry pielęgniarskiej posiadającej specjalizację w ww. dziedzinach pielęgniarstwa przyjęto, iż pielęgniarką POZ jest również pielęgniarka udzielająca w dniu wejścia w życie ustawy świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej, która spełnia określone w projekcie kryteria.

Przyjęto, iż koordynatorem pacjenta w całym systemie ochrony zdrowia jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz POZ), którego podstawowym zadaniem, jako przewodnika pacjenta po systemie, we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ, jest zapewnienie pacjentowi ciągłości i kompleksowości opieki.

Zasady dotyczące prawa wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej pozostawiono bez zmian w stosunku do obowiązujących regulacji w tym zakresie. Oświadczenia woli pacjentów o wyborze świadczeniodawcy, lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, złożone przed dniem wejścia w życie ustawy, zachowują ważność.

Przyjęto, że każdy pacjent będzie objęty opieką zespołu podstawowej opieki zdrowotnej (zespół POZ), w skład którego wchodzi lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ. Zespół POZ, niezależnie od formy organizacyjno-prawnej, będzie pracował w oparciu o zasadę niezależności zawodowej swoich członków, ze wskazaniem podziału środków na ich działania i wynagrodzenia. Jednocześnie zostanie utrzymana możliwość prowadzenia działalności w ramach POZ różnych podmiotów leczniczych (przedsiębiorcy: osoby fizyczne lub prawne, organizacje pozarządowe, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej) oraz praktyk zawodowych (indywidualne i grupowe; lekarskie, pielęgniarskie lub położnych). W ramach

udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ, pielęgniarka POZ, położna POZ współpracować będą ze sobą, w ramach zespołu POZ.

Planowane jest wyodrębnienie w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środków przeznaczonych na zapewnienie opieki zintegrowanej (budżet powierzony) oraz środków przeznaczonych na zapewnienie opieki profilaktycznej i edukacji zdrowotnej, oraz opiekę nad pacjentem przewlekle chorym, realizowane przez zespół POZ (dodatek zadaniowy).

Ponadto w umowie w części dotyczącej budżetu powierzonego zostanie określony procent udziału środków stanowiący przychód świadczeniodawców realizujących opiekę zintegrowaną.

Zasady dotyczące prawa wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej pozostawiono bez zmian w stosunku do obowiązujących regulacji w tym zakresie (przyjmuje się, że oświadczenia woli pacjentów o wyborze świadczeniodawcy, lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, złożone przed dniem wejścia w życie ustawy, zachowają swoją ważność).

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

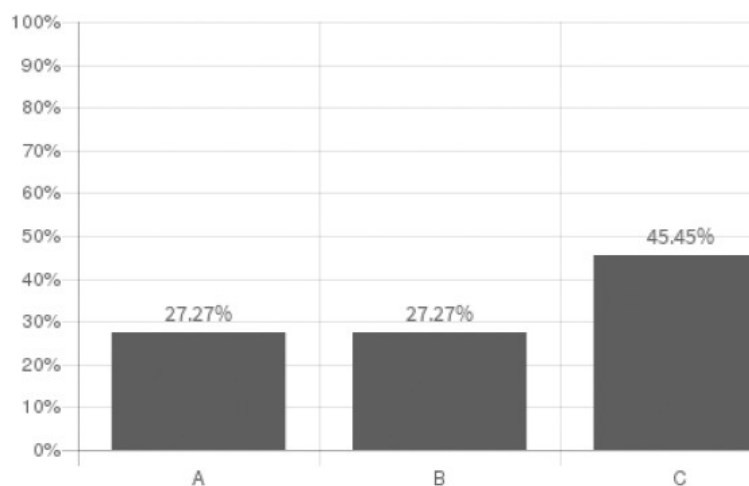
1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych,
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z przedstawicielami i ekspertami instytucji systemu ochrony zdrowia oraz organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje na Platformie prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych) do których każdy z ankietowanych mógł się odnieść. Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

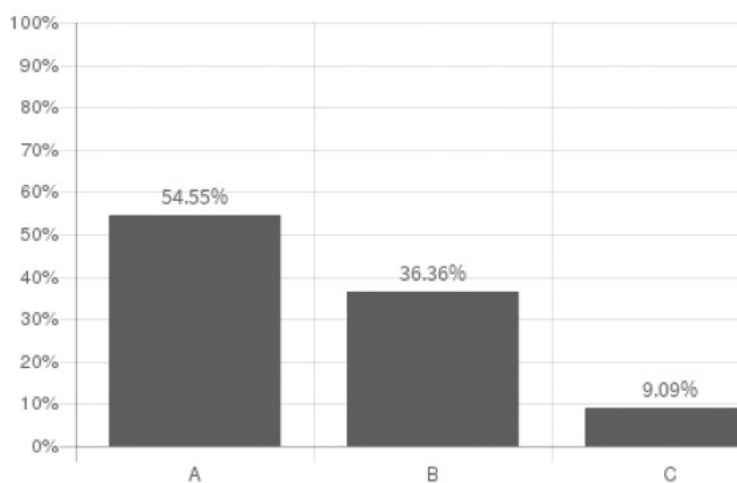
1. Czy warunkiem dla skierowania pacjenta na konsultacje lub badania diagnostyczne w nowym systemie POZ powinno być dokonanie przez niego wyboru tzw. „ modelu opieki zintegrowanej“?

- A. TAK
- B. NIE
- C. NIE MAM ZDANIA



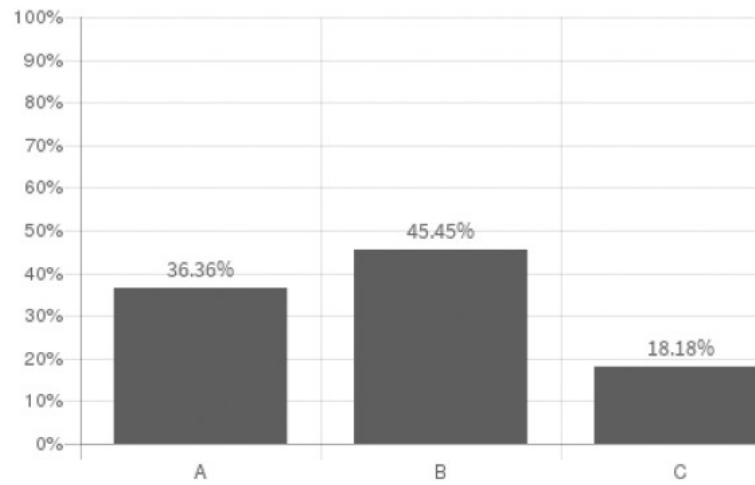
2. Czy kryteria jakościowe, odnoszące się do dostępności, ciągłości świadczeń zostały w nowym systemie opisane w sposób zadowalający z punktu widzenia pacjenta?

- A. TAK
- B. NIE
- C. NIE MAM ZDANIA



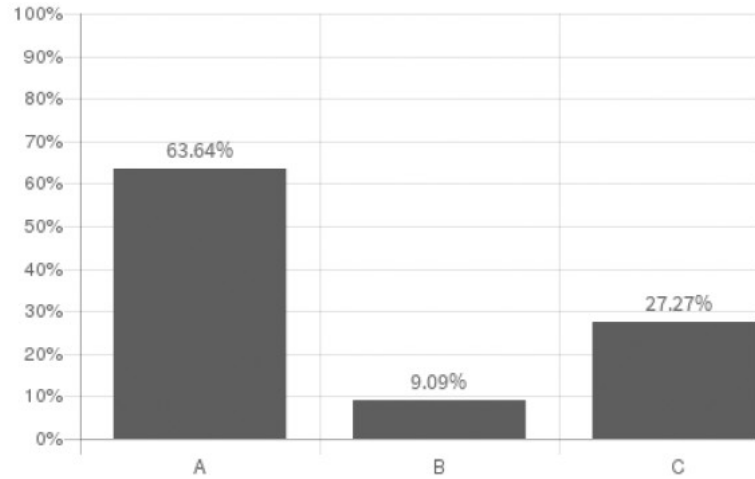
3. Czy w ramach nowego systemu pediatra i internista powinni zostać zastąpieni lekarzem rodzinnym?

- A. TAK
B. NIE
C. NIE MAM ZDANIA



4. Czy wdrożenie nowego systemu powinno zostać poprzedzone pilotażem?

- A. TAK
B. NIE
C. NIE MAM ZDANIA



Pytanie otwarte:

Jakie warunki, poza wymienionymi w projekcie ustawy, powinny zostać jeszcze spełnione aby wdrożenie nowego systemu odniosło sukces z punktu widzenia pacjenta?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej na kolejnych stronach. Niektóre z nich zostały przytoczone poniżej:

„ Sam nowy POZ nie rozwiąże problemów. Potrzebna jest dobra diagnostyka i dobra współpraca z lekarzami – specjalistami. Taka współpraca wymaga systemu, który to wymusi. A na razie wygląda na to, że lekarz POZ będzie „oszczędzać” środki, które powinien wydać na diagnostykę i specjalistyczne badanie pacjentów. Oczywiście odsyłanie pacjenta do specjalisty za każdą wizytą jest marnotrawieniem tych środków ale nie można też z jednej skrajności wpadać w drugą”.

„ Sukces będzie wtedy kiedy w systemie pojawi się więcej pieniędzy aby wystarczyło na opłacenie personelu medycznego na wszystkich szczeblach, nie tylko lekarzy. Podstawowa opieka nie będzie działać ,jeśli pielęgniarki wyjadą z kraju, nowych nikt nie wykształci a na porządne badania nie będzie środków i lekarz sam będzie musiał oceniać stan pacjenta”.

IV. Opinia Ars Vivendi

Zgadając się co do kierunku proponowanej zmiany systemu podstawowej opieki zdrowotnej, należy stwierdzić, że wiele zapisów zawartych w projekcie jest na tyle ogólnikowych lub odwołujących się do nieistniejących jeszcze projektów rozporządzeń ministra zdrowia, że bardzo trudno jest dokonać kompleksowej oceny efektywności planowanej struktury podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto, niektóre zapisy skłaniają do podniesienia pytań oraz uwag krytycznych.

1. Ważnym nowym rozwiązaniem przyjętym w projekcie ustawy jest wprowadzenie od lipca 2019 roku tzw. „opieki zintegrowanej” w odniesieniu do pewnego rodzaju chorób

przewlekłych, których lista ma być zaprezentowana dopiero w późniejszym okresie, w drodze rozporządzenia ministra zdrowia.

Projekt stanowi, że zasadniczym celem opieki zintegrowanej polegającej na współpracy lekarza POZ z lekarzami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) jest zapewnienie, z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów, udzielania świadczeń w sposób planowy i kompleksowy. Istotą tego rozwiązania ma być zapewnienie przez świadczeniodawcę szerszego katalogu badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, w tym inicjowanie wizyt pacjenta w AOS, jak również umożliwienie konsultacji lekarz – lekarz. Opieka zintegrowana powinna odbywać się na podstawie indywidualnego planu leczenia zgodnie z zaleceniami postępowania medycznego (tzw. ścieżki postępowania) w wybranych chorobach przewlekłych. Przyjęto, iż opieka zintegrowana obejmuje zapewnienie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych u świadczeniodawców, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie instrumentu „opieki zintegrowanej“ niesie za sobą szereg ryzyk. I tak, np.:

- Trudno zgodzić się z treścią art.16, zgodnie z którą w ramach opieki zintegrowanej pacjentowi będzie przysługiwać konsultacja oraz badania diagnostyczne, jednak jedynie wtedy, gdy dokona on wyboru modelu opieki zintegrowanej. Będzie to oznaczało rezygnację ze swobody wyboru przez pacjenta świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przyjmując system opieki zintegrowanej, pacjent nie będzie mógł samodzielnie wybrać lekarza specjalisty.

- Projekt nie precyzuje, jak będą obsługiwani pacjenci skierowani przez lekarza POZ w ramach opieki zintegrowanej do specjalisty AOS – czy będą oni „dopisywani“ do istniejącej tam już listy kolejkowej pacjentów, czy też będą przyjmowani na innych zasadach? Jeżeli będą dopisywani do listy kolejkowej, co potencjalnie może oznaczać długi okres oczekiwania na wizytę, to jaki interes miałiby pacjenci, aby wybierać w ramach POZ model opieki zintegrowanej? Jeżeli natomiast będą przyjmowani na innych zasadach, to jakich? AOS dysponują przecież określonymi, ograniczonymi zasobami kadrowymi, sprzętowymi oraz

dopuszczalnymi godzinami pracy personelu, które w dzisiejszej sytuacji dużego i ciągle narastającego deficytu lekarzy i pielęgniarek w stosunku do realnych potrzeb świadczeniobiorców/pacjentów, są już w znacznej mierze wykorzystane.

2. Ponadto projekt stanowi, że świadczeniobiorca dokonując wyboru świadczeniodawcy zmuszony jest jednocześnie wybrać określonego lekarza, pielęgniarkę i połączną POZ – „zespół POZ”. Stanowi to pogorszenie sytuacji pacjenta/świadczeniobiorcy w stosunku do obecnie obowiązujących przepisów (ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), gdzie istnieje możliwość wyboru u danego świadczeniodawcy oddzielnie lekarza oraz pielęgniarki POZ.

3. Wprawdzie projekt ustawy przewiduje dobrowolność przystąpienia pacjenta do nowego systemu opieki skoordynowanej, jednak może to być „dobrowolność” pozorna, ponieważ swoboda wyboru ze strony pacjentów będzie zależała od wielkości funduszy przeznaczonych na opiekę specjalistyczną w obu wariantach – tak w formie budżetu powierzonego jak i poprzez bezpośrednie finansowanie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przez NFZ. Niedostateczna wielkość tych funduszy oznaczać będzie konieczność znacznego ograniczenia liczby udzielanych świadczeń specjalistycznych, zatem pacjenci zmuszeni będą do wyboru opieki skoordynowanej, licząc na większą ich dostępność.

Należy zaznaczyć, że uzasadniona jest koncepcja, zawarta w projekcie ustawy, aby przekierować stosunkowo dużą liczbę pacjentów, korzystających obecnie ze świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, na leczenie w POZ, ze względu na ekonomiczną nieracjonalność nadmiernego (czyli nie uzasadnionego faktycznym stanem zdrowia pacjentów) korzystania ze świadczeń AOS. Jednak instrument jaki Projektodawca zastosował do osiągnięcia tego celu należy ocenić krytycznie. Aby świadczenia zdrowotne były w nowym systemie bardziej niż obecnie dostępne dla pacjentów i aby wzrosła ich jakość należy przede wszystkim zapewnić zwiększenie liczby lekarzy POZ dysponujących taką wiedzą fachową i kwalifikacjami, aby pacjenci nie odczuli pogorszenia jakości świadczeń zdrowotnych.

4. W związku z powyższym należy zgodzić się z obawami, wyrażanymi przez środowiska lekarskie, że realizacja koncepcji tzw. „opieki skoordynowanej” w przedstawionym kształcie, na skutek przeniesienia odpowiedzialności za ograniczenie dostępu pacjentów do opieki specjalistycznej na lekarzy (lub zespoły) POZ niesie poważne ryzyko zmniejszenia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego po stronie pacjentów, zwiększenia nieufności i pogorszenia ich relacji z personelem medycznym POZ.

5. Ponadto konieczne jest zawarcie w ustawie przejrzystych procedur dotyczących jakości świadczeń, w tym - opisujących przesłanki i sposób skierowania pacjenta przez lekarza POZ do wskazanego przez niego specjalisty. W projekcie brakuje rozwiązań zapewniających właściwą jakość świadczenia specjalistycznego, aby nie dopuszczać do sytuacji, kiedy pacjent jest kierowany przez lekarza POZ do specjalisty nie gwarantującego świadczenia odpowiedniej jakości.

Projektodawca zakłada, że działania na rzecz poprawy jakości i skuteczności opieki będą realizowane systematycznie przez wspieranie podnoszenia jakości opieki sprawowanej w POZ. W Uzasadnieniu do projektu ustawy Projektodawca deklaruje, iż zostanie wdrożony zestaw działań monitorująco-oceniających, co wpisuje się w koncepcję projakościowego podejścia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Nowe regulacje pośrednio mają promować rozwijanie wewnętrznych systemów poprawy jakości.

Świadczeniodawcy mają zostać zobowiązani do monitorowania jakości udzielanych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, m.in. dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz zarządzania i organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto wprowadzone zostaną fakultatywne upoważnienia do wydania rozporządzenia, określającego kryteria monitorowania jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Pomimo powyższych deklaracji, w niedostateczny sposób opisane są kryteria jakościowe, jakie zawarte zostały w art. 20 projektu ustawy, odnoszące się do dostępności, kompleksowości, ciągłości oraz zarządzania i organizacji nowym systemem. Kryteria te

powinny być jasno i szczegółowo opisane oraz wskazany powinien zostać przejrzysty system ich monitorowania. Dodatkowo, konieczne jest uzupełnienie rozdziału dot. jakości o wskazanie konsekwencji wynikających z nieutrzymywania określonego poziomu jakości świadczeń zdrowotnych. Niestety, w projekcie nie przewiduje się żadnych konsekwencji, które miałyby wynikać z naruszenia kryteriów jakościowych.

Wskazane elementy mogą zostać zawarte w aktach wykonawczych. Jednak te, zgodnie z zasadami prawidłowej legislacji, powinny towarzyszyć projektowi ustawy – co niestety nie ma miejsca w odniesieniu do omawianego projektu.

6. Odrębnym problemem, z punktu widzenia środowisk pacjentów, jest dająca się zauważyć w projekcie tendencja do zastąpienia w opiece zdrowotnej świadczonej w ramach POZ lekarzy pediatrów i internistów lekarzami rodzinnymi.

Programy specjalizacji z zakresu pediatrii oraz chorób wewnętrznych są szersze niż specjalizacja z zakresu medycyny rodzinnej. Zdaniem samych lekarzy, stwarza to lepsze warunki do uzyskiwania wyższego poziomu usług w praktykach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zwłaszcza w konfiguracji lekarz pediatra - lekarz internista, niż w przypadku lekarza rodzinnego – generalnie wykształconego na mniej szczegółowym poziomie.

Dane publikowane przez NFZ pokazują, że podstawowa opieka zdrowotna w ok ¾ oparta jest na lekarzach innych specjalności niż medycyna rodzinna. Oznacza to, że wprowadzane ustawą ograniczenie polegające na stopniowym wyłączeniu specjalizacji pediatrycznej i internistycznej z podstawowej opieki zdrowotnej niesie ryzyko niepowodzenia. Wzrost liczby deklaracji składanych przez pacjentów wskazuje, że rosnącą popularnością cieszą się zespoły internistyczno –pediatryczne w tych placówkach, w których zostały powołane.

Ważne jest, aby projektodawca nie ignorował świadomego wyboru pacjentów, którzy poszukują w praktykach podstawowej opieki zdrowotnej pediatrów i internistów jako lepiej przygotowanych do opieki nad dzieckiem niż lekarz rodzinny. Uwzględnienie tych specjalizacji zgodne będzie z celem projektowanej ustawy, jakim jest zapewnienie

kompleksowości i wysokiej jakości POZ oraz stworzenie warunków umożliwiających finansowe motywowanie świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do podnoszenia poziomu jakości udzielanych świadczeń poprzez rozwój zawodowy i współpracę zespołu.

7. Ujawnia się tu inny problem. Zespół POZ, w którego skład wchodzi jedynie lekarz, pielęgniarka i położna ma niewielkie szanse aby sprostać zadaniom wynikającym ze współczesnych oczekiwań społecznych dotyczących działań profilaktycznych, opieki nad chorymi pacjentami a także edukacji zdrowotnej. Zadania te powinny być realizowane przez większe zespoły, w których skład powinni wchodzić psycholog, dietetycy, rehabilitanci, stomatolodzy. Także podział zadań pomiędzy członków zespołu powinien być bardziej zrównoważony, w mniejszym stopniu obciążający czas lekarza rodzinnego, który w ramach swoich zadań powinien móc skoncentrować się na działaniach czysto medycznych, wykonywanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Wiązać się to musi z odpowiednią strukturą finansowania działań członków zespołu. Niestety, ustawa niewiele na ten temat mówi.

Projektodawca słusznie zaplanował stopniowe wdrożenie nowego systemu poprzez początkowy pilotaż. Jednak nie wskazuje, jaki będzie zasięg terytorialny ani jakie grupy pacjentów zostaną objęte pilotażem. Np. czy będzie on obejmował cały, wybrany region kraju, czy też będzie prowadzony „punktowo“, tj. np. w kilku miastach. Dla niektórych, najbardziej wrażliwych na zmiany grup pacjentów, np. pacjentów onkologicznych ważne jest, czy będą objęte pilotażem, którego rezultaty mogą wpłynąć na korektę zawartych w projekcie ustawy rozwiązań organizacyjnych i finansowych ich dotyczących.

8. Ponadto, należy sceptycznie podejść do deklaracji Projektodawcy, że w perspektywie 10 lat udział nakładów na POZ zwiększony zostanie z obecnych 13,5 proc do 20 proc. nakładów ogółem na koszty świadczeń opieki zdrowotnej. Bez znaczącego zwiększenia bezwzględnej sumy nakładów na opiekę zdrowotną w kraju, należy zgodzić się z obawami, że procentowy wzrost udziału nakładów na POZ odbędzie się kosztem innych rodzajów świadczeń opieki

zdrowotnej, co może przełożyć się na ograniczenie pacjentom dostępności pozostałych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej.

Opr. Witold Michałek

Ekspert Projektu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego