

UZASADNIENIE

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) odgrywa kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia. Od jej sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność całego systemu opieki medycznej.

Aktualnie, zagadnienia POZ są uregulowane w wielu aktach prawnych o zróżnicowanej randze. Dla dalszego rozwoju POZ uzasadnione jest 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.

Celem projektowanej ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej 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.

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 jest 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:

- 1) ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
- 3) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
- 4) odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Dla położnej podstawowej opieki zdrowotnej (położna POZ), określono kwalifikacje:

- 1) posiadanie tytułu specjalisty lub odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego;
- 2) ukończenie lub odbywanie kursu specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego;
- 3) posiadanie tytułu zawodowego magistra położnictwa.

Jednocześnie z uwagi na niedobór kadry posiadającej specjalizację w ww. dziedzinach pielęgniarstwa przyjęto, iż położną POZ jest również położna udzielająca w dniu wejścia w życie ustawy świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Zakłada się, że działania z zakresu rozwoju zawodowego powinny obejmować realizację programów badawczych, edukacyjnych i wdrożeniowych o kluczowym znaczeniu dla POZ. W tym celu jest planowana m. in. reorganizacja Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, polegająca na poszerzeniu zakresu zadań o zagadnienia dotyczące medycyny rodzinnej, co pozwoli na inicjowanie i prowadzenie prac badawczo-rozwojowych, działalności leczniczej oraz kształcenia personelu medycznego w zakresie medycyny rodzinnej.

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.

Realizując rekomendację Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2016 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 1, 17, 34 i 54), dotyczącą konieczności zintegrowania opieki nad pacjentem 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, pielęgniarские lub położnych). W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ, pielęgniarka POZ, położna POZ współpracować będą ze sobą, w ramach zespołu POZ.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania pacjentów o zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki

zdrowotnej, w szczególności poprzez umieszczenie informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniodawcy.

W ramach koordynacji leczenia pacjenta przez POZ konieczne będzie uzyskiwanie informacji o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych w innych zakresach świadczeń (ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne). W konsekwencji powyższego konieczna będzie wymiana informacji o pacjencie, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, 823, 960 i 1070), oraz współdziałanie w procesie leczenia.

W ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej zespół POZ współpracuje z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania. Ponadto w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zespół POZ współpracuje również z osobami udzielającymi pacjentowi specjalistycznych świadczeń zdrowotnych (m. in. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki długoterminowej), z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak również ze specjalistami w obszarze zdrowia publicznego (np. dietetykiem, psychologiem) oraz przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia, dyrektorami szkół oraz innych jednostek (np. młodzieżowych ośrodków wychowawczych, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych dla dzieci i młodzieży wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy i wychowania) w zakresie zachowania zdrowia i profilaktyki chorób na poziomie populacji, w tym edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych.

Jednocześnie planowane jest wyodrębnienie opieki zintegrowanej zapewnianej przez lekarza POZ pacjentom z wybranymi chorobami przewlekłymi, finansowanej w ramach budżetu powierzonego. 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 jest 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. Pacjenci, którzy ze względów medycznych mogą zostać objęci opieką zintegrowaną zachowują prawo wyboru sposobu leczenia (opieka zintegrowana lub opieka lekarza specjalisty na dotychczasowych zasadach). 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. Przy czym założono, iż objęcie pacjenta opieką zintegrowaną wymaga jego zgody. Wyrażenie ww. zgody stanowi jednocześnie rezygnację pacjenta z możliwości wyboru lekarza specjalisty w zakresie objętym opieką zintegrowaną. Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na objęcie opieką zintegrowaną, po uzyskaniu informacji o jej skutkach, zamieszcza się lub dołącza do dokumentacji medycznej pacjenta. Ten model opieki będzie skierowany do pacjentów z wybranymi chorobami przewlekłymi, a jego wprowadzenie zostanie poprzedzone rocznym pilotażem. Wykaz chorób przewlekłych oraz sposób organizacji opieki w ramach opieki zintegrowanej zostaną określone w drodze rozporządzenia.

Źródłami finansowania POZ są: Narodowy Fundusz Zdrowia oraz budżet państwa. Planuje się wyodrębnić w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środków przeznaczonych na zapewnienie opieki zintegrowanej (budżet powierzony). Ponadto jest planowane również wyodrębnić środki przeznaczonych na zapewnienie opieki profilaktycznej i edukacji zdrowotnej, oraz opiekę nad pacjentem przewlekle chorym, realizowane przez zespół POZ (dodatek zadaniowy). Dodatkowo w umowie w części dotyczącej budżetu powierzonego zostanie określony procent udziału środków stanowiący przychód świadczeniodawców realizujących opiekę zintegrowaną. Pomiar rzeczywistych efektów oraz ostateczne rozstrzygnięcia niektórych zagadnień organizacyjnych, których nie można rozstrzygnąć na etapie planowania, nastąpi w trakcie przeprowadzenia pilotażu, który planowany jest od dnia 1 stycznia 2018 r. do 31 grudnia 2018 r. Zakładany sposób finansowania ma być systemem motywacyjnym, który powinien zagwarantować optymalne wykorzystanie środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. Zarówno płatnik jak i świadczeniodawcy mają monitorować jakość opieki i efektywność kosztową, w oparciu o wypracowane wskaźniki.

Zakłada się, że działania na rzecz poprawy jakości i skuteczności opieki będą realizowane systematycznie przez wspieranie podnoszenia jakości opieki sprawowanej w POZ. Jednocześnie zostanie wdrożony zestaw działań monitorująco-oceniających, co wpisuje się w koncepcję projakościowego podejścia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Nowe regulacje pośrednio będą promować rozwijanie wewnętrznych systemów poprawy jakości. Świadczeniodawcy będą 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. Wprowadzono fakultatywne upoważnienia do wydania rozporządzenia, określającego kryteria monitorowania jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

W związku z objęciem projektowaną ustawą części zagadnień, które obecnie regulują przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807, 1860 i 1948) zaistniała konieczność wprowadzenia w niej zmian, w tym w szczególności definicji lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ oraz organizacji podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto, w związku ze zmianą definicji lekarza POZ, konieczne jest wprowadzenie zmian w przepisach następujących ustaw:

- 1) ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony (Dz. U. z 2016 r. poz. 1534 i 2138);
- 2) ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1643, 1948 i 1955);
- 3) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. poz. 557, z późn. zm.);
- 4) ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 133, z późn. zm.);
- 5) ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173);
- 6) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 i 1948);
- 7) ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 575, 1583 i 1860).

Zakłada się wejście w życie ustawy z dniem 1 lipca 2017 r., z wyjątkiem:

- 1) uchylenia w ustawie o świadczeniach przepisu zobowiązującego do ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej lekarzy POZ nieposiadających specjalizacji II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub nieodbywających szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) przepisów dotyczących opieki zintegrowanej i budżetu powierzonego, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r., przy czym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawarte przed dniem wejścia w życie ustawy zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych i nie podlega notyfikacji na w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.