

Stanowisko
Zarządu Związku Miast Polskich
w sprawie projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej

Podstawowa opieka zdrowotna powinna być głównym i fundamentalnym ogniwem systemu opieki zdrowotnej. Stanować miejsce podstawowego kontaktu ubezpieczonego i jego rodziny z systemem opieki zdrowotnej, stwarzać warunki do zachowania zdrowia poprzez promocję zdrowego stylu życia oraz koordynować opiekę nad pacjentami w oparciu o zasoby systemu ochrony zdrowia.

Deklarację osiągnięcia tego modelu zawiera projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej przekazany do konsultacji społecznych w dniu 30 grudnia 2016 r. Proponowane przepisy dotyczą zarówno kwalifikacji osób udzielających świadczeń POZ, jak i samej organizacji udzielania świadczeń, ze szczególnym naciskiem na koordynację opieki nad pacjentem.

Resort zdrowia wskazuje, że celem projektowanej ustawy jest zapewnienie kompleksowości i 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 poprzez rozwój zawodowy i współpracę zespołu.

Niestety, w naszej opinii proponowane przepisy nie pozwolą na osiągnięcie tych celów.

Projekt ustawy nie zapewnia spójności rozwiązań dotyczących projektowanego systemu podstawowej opieki zdrowotnej z innymi obszarami systemu opieki zdrowotnej, w szczególności ambulatoryjną opieką specjalistyczną oraz opieką szpitalną. Nie doprecyzowano zasad współpracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z innymi częściami systemu ochrony zdrowia.

Projekt odnosi się wyłącznie do pewnego fragmentu systemu ochrony zdrowia, a deklaracja o zapewnieniu lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej roli koordynatora leczenia pacjenta, nie znajduje potwierdzenia w proponowanych regulacjach. Oprócz ogólnych sformułowań, nie znajdujemy bowiem w projekcie skutecznych narzędzi prawnych, finansowych, zarządczych czy też informatycznych, umożliwiających realizację tego celu.

Dyskusyjne jest też założenie, że nastąpi poprawa koordynacji opieki zdrowotnej, skoro realizowana ma być w zakresie odrębnych kompetencji lekarza, pielęgniarki i położnej, w tym również w przypadkach faktycznego oddzielenia strukturalnego.

Projekt ustawy nie określa zasad współpracy zespołów podstawowej opieki zdrowotnej z innymi świadczeniodawcami działającymi w ramach systemu ochrony zdrowia ani zasad organizacji opieki zintegrowanej, pozostawiając te kwestie do określenia w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia. Uniemożliwia to dokonanie oceny planowanego sposobu organizacji współdziałania zespołu podstawowej opieki zdrowotnej z osobami i podmiotami udzielającymi świadczeń specjalistycznych oraz sposobu organizacji opieki zintegrowanej.

Nowe przepisy nie rozwiązują również narastającego problemu niewydolności działania opieki nocnej i świątecznej, obciążonej ponad miarę świadczeniami, które powinny być udzielane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Nie sposób ocenić możliwości wdrożenia tego projektu bez równoczesnego przedstawienia zasad finansowania całego systemu ochrony zdrowia oraz zagwarantowania realnego wzrostu nakładów na leczenie.

W naszej opinii, rozpatrywanie kwestii finansowania podstawowej opieki zdrowotnej w oderwaniu od innych kategorii świadczeń jest jednym z podstawowych mankamentów przedstawionego projektu.

W załączonej do projektu ustawy Ocenie Skutków Regulacji zakłada się sukcesywny, coroczny, wzrost wydatków na podstawową opiekę zdrowotną, tak, aby w perspektywie 10 lat zwiększył się o 50 proc., z obecnych 13,5 proc, wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej do poziomu 20 proc. Nie wskazuje się dokładnie, na co zostanie przeznaczony tego typu wzrost nakładów oraz nie przedstawiono mechanizmów zwiększenia efektywności, poprawy satysfakcji obywateli ani dostępności.

Nie wskazuje się także, czy i jakie rodzaje świadczeń zdrowotnych będą finansowane w mniejszym stopniu na rzecz wzrostu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. O ile nie podlega dyskusji potrzeba większych nakładów na podstawową opiekę zdrowotną, to zmiany proporcji nakładów pomiędzy różnymi kategoriami świadczeń powinny wynikać ze zmian w korzystaniu np. z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego czy też rehabilitacji, opieki długoterminowej czy też psychiatrii, na których zapotrzebowanie będzie w najbliższych latach dynamicznie wzrastać.

Pozytywnie należy ocenić wydzielenie budżetu przeznaczonego na świadczenia opieki zdrowotnej. Natomiast nie są jasne założenia budżetu powierzonego przeznaczanego na badania diagnostyczne, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, opiekę profilaktyczną, edukację zdrowotną, oraz opiekę nad pacjentem przewlekle chorym (dodatek zadaniowy).

Projekt ustawy nie uwzględnia w definicji lekarza POZ praw nabytych wynikających z art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Co wymaga podkreślenia, praw przyznanych w sposób bezwarunkowy i nieograniczony czasowo.

Rozwiązanie takie może naruszać konstytucyjną zasadę ochrony praw słusznie nabytych, która oznacza m.in. zakaz stanowienia przepisów arbitralnie odbierających lub ograniczających prawa podmiotowe przysługujące obywatelom.

Propozycja resortu zdrowia zmierza do takiego ukształtowania systemu opieki zdrowotnej, aby lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, po wejściu w życie ustawy, mogli zostać jedynie lekarze medycyny rodzinnej lub posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej. Lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub chorób wewnętrznych, którzy nie będą udzielali świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w dniu wejścia w życie projektowanej ustawy, nie będą mogli zostać lekarzami POZ.

Oceniamy, że w sytuacji ogromnego niedoboru lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej, wprowadzenie tego rozwiązania doprowadzi do ograniczenia pacjentom dostępności do świadczeń.

Dlatego proponujemy, aby zachować obecne uprawnienia lekarzy do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z art. 55 ust. 2a i 2b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W kontekście dostępności do świadczeń, uważamy, że ograniczenie możliwości podpisywania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej umów na badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne wyłącznie z tymi lekarzami, którzy mają podpisane umowy z NFZ i udzielają świadczeń w ramach publicznej opieki zdrowia nie skróci czasu oczekiwania pacjenta na poradę specjalistyczną. Oceniamy, że tego typu ograniczenie konkurencyjności usługodawców może negatywnie wpływać na efektywność wydatkowania środków publicznych. Uważamy, że zwiększenie dostępności konsultacji specjalistycznych będzie realnie możliwe poprzez umożliwienie podpisywania takich umów również ze specjalistami, którzy nie mają zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ.

Co istotne z punktu widzenia samorządów terytorialnych, projekt w marginalnym stopniu odnosi się do konieczności działania podstawowej opieki zdrowotnej w społeczności lokalnej, ze społecznością lokalną i dla społeczności lokalnej.

Zaskakuje, że w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nie zakłada się współpracy z organami samorządowymi (radni, wójtowie, burmistrzowie, prezydenci miast, członkowie zarządów powiatów i województw, nie są przedstawicielami organizacji ani instytucji wymienionych w art. 15 ust. 1 pkt 3 projektu ustawy). Doprecyzowania wymaga także katalog podmiotów, z którymi powinien współpracować i wymieniać informacje zespół podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą

w systemie ochrony zdrowia m.in. w zakresie opieki nad dziećmi do lat 3 oraz placówek opiekuńczych dla osób starszych i opieki nad osobami przewlekle chorymi.

Zawężenie profilaktycznej opieki nad dziećmi do współpracy z pielęgniarką środowiska i nauczania (art. 14 projektu ustawy), powoduje, że opieka nad dziećmi do lat 3 nie jest ujęta w ramach zintegrowanej opieki systemu podstawowej opieki zdrowotnej.

Inne uwagi szczegółowe:

1. W Ocenie Skutków Regulacji nie uwzględnia się przewidywanych pozytywnych skutków wdrażania ustawy dla pracodawców i przedsiębiorców, wynikających z poprawy jakości opieki zdrowotnej nad pracownikami.
2. W projekcie nie wskazuje się jakichkolwiek zasad ewaluacji efektów projektu, wdrażania proponowanych nowych zasad działania podstawowej opieki zdrowotnej.

3. Zwracamy uwagę na niespójność zapisów art. 8 ust. 1 i 2, które zobowiązują do jednoczesnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, podczas gdy mogą to być zatrudnieni u różnych świadczeniodawców lub prowadzić odrębne praktyki lekarskie, pielęgniarskie lub położnej.
4. Zakres danych zawartych we wzorze deklaracji, określony w treści projektowanego art. 9 nie powinien zawierać danych, które się powielają, tj. daty urodzenia i płci, wówczas gdy wymagane jest wskazanie nr PESEL. Za dalece nieuprawnione uważamy także oczekiwanie od pacjenta określania powodu wyboru świadczeniodawcy (art. 9 ust. 3 pkt 2 projektu ustawy).
5. Projektowane przepisy, w art. 9 ust 5, nie gwarantują świadczeniobiorcom dostępu do deklaracji wyboru świadczeniodawcy, wówczas gdy świadczenia zdrowotne udzielane są poza siedzibą świadczeniodawcy.
6. Uważamy, że w sprawie wzoru deklaracji wyboru świadczeniodawcy, przywilej wydania opinii powinien posiadać także rzecznik Prawa Pacjenta.
7. W naszej opinii, należy uzupełnić, w art. 11 ust. 3 projektu ustawy, obowiązek zamieszczania informacji o zasadach i organizacji nocnej oraz świątecznej opieki zdrowotnej, także w miejscu świadczenia usług zlokalizowanym poza siedzibą świadczeniodawcy.
8. Proponujemy uzupełnienie zapisów art. 21 projektu ustawy o dookreślenie wskazujące, na jakich zasadach świadczeniodawcy mieliby uczestniczyć w programach poprawy jakości opieki z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, opracowywanych przez instytut badawczy działający na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2016 r. poz. 371, 1079 i 1311).
9. Zgłaszamy wątpliwość, co do prawidłowości sformułowania art. 35 projektu ustawy i na jego podstawie finansowania programu pilotażowego. W naszej opinii, tego typu materia winna zostać szczegółowo opisana w projekcie ustawy, podczas gdy aktualnie nie tylko, że brak takich regulacji, ale także nie wskazuje się aktu niższego rzędu, który regulowałby tę kwestię.
10. Postulujemy o skrócenie do 12 miesięcy od terminu wejścia w życie ustawy, okresu na wydania aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 9 ust. 8 oraz art. 11 ust. 4.

Warszawa, 20 stycznia 2017 r.