

Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej



Fot. iStockphoto.com 2x

KOZ-y i ich POZ-y

Przed nami proces legislacyjny ustawy o POZ. W projekt tego aktu prawnego wpisane zostały koordynowana opieka zdrowotna (KOZ), rozstrzygnięcie roli, jaką mają w niej odgrywać pielęgniarki i inne zawody medyczne, a także sposoby ułożenia współpracy opieki podstawowej z innymi elementami systemu. Swoje uwagi do niego zgłosiło Porozumienie Zielonogórskie. Dlaczego takie, a nie inne? Prezentujemy poszerzoną analizę Jacka Krajewskiego, prezesa tej organizacji.

Ustawa o POZ jest regulacją szczegółową i służy podkreśleniu wagi, jaką autorzy przywiązują do tego segmentu systemu ochrony zdrowia.

W większości krajów Unii Europejskiej POZ jest wyraźnie oddzielona od opieki specjalistycznej, choć państwa te stosują różne rozwiązania w zakresie organizacji opieki w tym sektorze. Generalnie działania władz zmierzają w kierunku jej upowszechnienia i udostępnienia wszystkim obywatelom. Wiele państw boryka się z problemem wysokich kosztów opieki spe-

cialistycznej i w związku z tym wykazuje aktywność w kierunku zmniejszenia liczby konsultacji specjalistycznych oraz hospitalizacji i przeniesienia tych obciążeń na POZ.

Zagraniczne wzorce

Takie działania mogą być rozwijane poprzez wsparcie aktywności związanych z profilaktyką i wczesnym wykrywaniem chorób, a także skuteczną rehabilitacją i usprawnieniem pacjentów po ich przebyciu. Odręb-

ność POZ od reszty systemu w większości przypadków determinuje obecność strażnika systemu, jednak nie jest to regułą, tak jak w Szwecji, Czechach czy na Cyprze.

Wśród 28 państw Unii Europejskiej w 17 funkcjonuje model ubezpieczeniowy ochrony zdrowia, natomiast w 11 model budżetowy. W 10 państwach o modelu ubezpieczeniowym istnieje strażnik systemu, natomiast w 7 lekarz POZ nie pełni takiej funkcji. Jeśli chodzi o państwa z systemem budżetowym, strażnik systemu występuje w 9 z nich, a w 2 go nie ma. Mechanizm strażnika systemu (*gate-keepera*), który kieruje pacjentów do opieki specjalistycznej na podstawie własnego rozeznania, jest zatem najczęściej stosowanym rozwiązaniem.

Polskie zapotrzebowanie

Polski system ochrony zdrowia stoi przed poważnymi wyzwaniami. Analizując je, należy posłużyć się trzema wymiarami: zapotrzebowaniem, rozumianym jako potrzeby zdrowotne zgłaszane przez społeczeństwo, finansowaniem, czyli możliwością finansowania ochrony zdrowia z różnych źródeł, oraz podażą, czyli dostępnymi zasobami w ochronie zdrowia (liczba lekarzy, liczba szpitali itp.).

Zapotrzebowanie napędza wzrost zamożności społeczeństwa (czynnik dochodowy), rozwój technologii i wiedzy medycznej (czynnik technologiczny) oraz proces starzenia się ludności (czynnik demograficzny). Ich oddziaływanie powoduje, że powinniśmy spodziewać się w Polsce znacznego wzrostu wydatków w ochronie zdrowia w nadchodzących latach.

Relacja wydatków na zdrowie do PKB Polski wzrosła w latach 1990–2012 z 4,8% do 6,8%. Nowe technologie medyczne pozwalają skuteczniej leczyć istniejące choroby lub prowadzić terapię w zupełnie nowych obszarach, jednak wiążą się zwykle ze wzrostem jednostkowych kosztów leczenia.

W 2014 r. w Polsce na jedną osobę w wieku starszym (65+) przypadało ok. 5 osób w wieku produkcyjnym. W 2060 r. liczba ta istotnie się zmniejszy we wszystkich krajach Unii Europejskiej, jednak w Polsce zmiana będzie wyjątkowo silna – statystycznie na jedną osobę w wieku 65+ będzie przypadać zaledwie 1,5 osoby w wieku 20–64 lat. Przy założeniu utrzymania obecnego systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce do 2060 r. luka w finansowaniu potrzeb zdrowotnych ze środków publicznych może sięgnąć 4,4% PKB.

Braki kadrowe

Również zasoby kadrowe, które mogłyby zabezpieczać rosnące zapotrzebowanie na świadczenia medyczne, nie odpowiadają potrzebom. Liczba lekarzy oraz absolwentów kierunków lekarskich w Polsce jest bardzo mała. Według raportu „Health at a Glance 2015

„Wiele państw boryka się z problemem wysokich kosztów opieki specjalistycznej i dąży do zmniejszenia liczby konsultacji specjalistycznych oraz hospitalizacji i przeniesienia tych obciążeń na POZ”

OECD indicators” w 2013 r. w naszym kraju przypadało 2,2 praktykującego lekarza na 1000 obywateli – przy średniej w ocenianych krajach 3,3/1000. W POZ zasadnicze znaczenie ma także średnia wieku kadr. Przykładowo średnia wieku lekarzy POZ w województwie warmińsko-mazurskim to ok. 60 lat, a w lubuskim – 56. Zasoby rzadkie w polskiej ochronie zdrowia to ludzie i finansowanie. W obliczu dodatkowego zapotrzebowania i ograniczonych możliwości finansowych kluczowe staje się poszukiwanie efektywności w ramach istniejącego systemu opieki zdrowotnej.

Obecnie POZ spełnia funkcję pierwszego kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej, dostarcza podstawowy zakres świadczeń zdrowotnych oraz jest strażnikiem (*gate-keeper*) większości usług specjalistycznych. Według planów ministra zdrowia rola tego sektora ma zostać wzmocniona poprzez wprowadzenie m.in. budżetu powierzonego.

Uwagi Porozumienia Zielonogórskiego

Powyższy szkic kontekstu, w jakim pojawia się projekt ustawy o POZ, może ułatwić zrozumienie uwag, jakie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie zgłosiła w ramach konsultacji społecznych do dokumentu przedstawionego 30 grudnia 2016 r.

Warto przypomnieć, że dokument ten składa się z 38 artykułów, przy czym: jeden artykuł (art. 1) jest przepisem wprowadzającym, cztery artykuły (art. art. 2, 5, 6, 7) zawierają definicje, dziewięć artykułów (art. art. 22–30) to przepisy zmieniające, które byłyby zbędne, gdyby nie wprowadzono ustawy o POZ, osiem artykułów (art. art. 31–38) to przepisy przejściowe i końcowe, które także byłyby zbędne, gdyby nie wprowadzono ustawy, dwa artykuły (art. art. 9 i 10) poświęcone są deklaracji wyboru pacjenta, która to kwestia jest unormowana w obowiązującej ustawie o świadczeniach zdrowotnych, a jeden artykuł (art. 17) jest delegacją ustawową dla ministra.

Tak więc za merytoryczne przepisy regulujące i statuujące POZ w systemie ochrony zdrowia można uznać

jedynie 13 artykułów ustawy (choć należy zwrócić uwagę, że art. 15 ust. 2 to też definicje).

Przy takiej konstrukcji regulacja razi ogólnikowością i powierzchownością proponowanych rozwiązań, pokazuje raczej drogę, którą zmierzamy ku docelowemu modelowi, niż sam oczekiwany kształt POZ, odpowiadający wyzwaniom, dla jakich w ogóle zmiany są wprowadzane.

Można zatem powiedzieć, że projekt jest wstępem do dyskusji, który ma nas doprowadzić do wypracowania docelowego modelu POZ, jaki zostanie nakreślony zapisami ustawy ostatecznie uchwalonej przez parlament.

Jeśli przyjąć takie założenie, to w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na określenie roli tego sektora systemu opieki zdrowotnej i jego właściwe zdefiniowanie. Federacja Porozumienie Zielonogórskie wskazała na nieprecyzyjnie sformułowane zadania POZ, proponując w tym miejscu zapisy raportu zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ, powołanego 5 stycznia 2016 r. przez ministra zdrowia („Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje rozwiązań systemowych”).

Porozumienie doceniło natomiast precyzyjną definicję lekarza, pielęgniarki i położnej POZ oraz szczegółowo określone zasady składania deklaracji wyboru przez świadczeniobiorców. W jego opinii pokazuje to właściwą intencję projektodawcy – odbudowywania i rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej. Niemniej jednak nie dość dokładnie nakreślono rolę, jaką w opisywanym projekcie ma odgrywać lekarz.

W 2016 r. lekarzy POZ, którzy posiadali listę aktywną pacjentów, było w Polsce 23 959 – w stosunku do 2013 r. ubyło ich 1614 (!).

Strażnik systemu

Federacja opowiada się za rolą strażnika systemu w zakresie skierowań do specjalisty oraz za promowaniem specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej jako właściwej dla podstawowej opieki zdrowotnej. To ta specjalizacja zapewnia wszechstronną, całościową, ciągłą i skoordynowaną opiekę, niezależnie od wieku pacjenta i problemu, z jakim zgłasza się po pomoc. W jej opinii nasze państwo docelowo powinno zmierzać do takiego modelu opieki podstawowej.

Trzeba zrobić wiele, aby obecna szczupłość kadr w POZ nie dominowała nad wizją przyszłości tego segmentu systemu opieki zdrowotnej, dlatego – jak się wydaje – w przewidywanym w projekcie okresie przejściowym konieczne jest zaangażowanie wszystkich lekarzy i pielęgniarek, którzy spełnią kryteria zakładane w dokumencie.

Relacja ze współpracownikami

Niezwykle istotna jest również relacja (jaką zakłada projektodawca) lekarzy POZ z innymi współpracownikami

„ W 2016 r. lekarzy POZ, którzy posiadali listę aktywną pacjentów, było w Polsce 23 959 – w stosunku do roku 2013 ubyło ich 1614 ”

kami (pielęgniarka, położna) w ramach zespołu POZ w przypadkach współdziałania w opiece nad pacjentem z chorobą przewlekłą, a także ze specjalistami i ze świadczeniodawcami, u których świadczą oni usługi medyczne. To lekarz POZ odpowiada bowiem za realizację kontraktu zawartego z płatnikiem. Tymczasem ta relacja zbudowana jest na zasadzie opozycji świadczeniodawca – lekarz POZ, świadczeniodawca – zespół POZ.

Obecnie nic nie stoi na przeszkodzie, aby wszystkie obowiązki nałożone na lekarza POZ i zespół POZ zostały nałożone na świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w zakresie POZ. To świadczeniodawca jest stroną umowy z płatnikiem (ktokolwiek miałby nim być – NFZ, budżet czy inny) i to świadczeniodawca odpowiada za realizację uprawnień świadczeniobiorcy do świadczeń z zakresu POZ. Nie ma żadnej potrzeby zapisywać w projekcie, aby świadczeniodawca „zapewnił możliwość realizacji postępowania odpowiednio dla lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ”. Skoro bowiem to świadczeniodawca udziela świadczeń (art. 11 ust. 1 projektu), to jego wewnętrzną sprawą organizacyjną jest takie zorganizowanie tych świadczeń, aby wywiązał się z ciężących na nim obowiązków.



„ Nie ma żadnej potrzeby zapisywać w projekcie, aby świadczeniodawca zapewnił możliwość realizacji postępowania odpowiednio dla lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ ”

Przecież zakres świadczeń POZ wymaga współpracy lekarza, pielęgniarki i położnej, więc świadczeniodawca, który podpisał kontrakt z płatnikiem, przy jego realizacji jest zobligowany do takiego działania i do takiej organizacji swjej pracy, aby każdy z wymienionych podmiotów w razie potrzeby tych świadczeń udzielił. Zatem ingerencja ustawowa tworząca zespół POZ powinna wskazywać tylko na formę organizacji tych świadczeń, bo w sytuacji braku jakichkolwiek przepisów normujących sposób i zasady funkcjonowania takiej struktury zapis taki może wywołać chaos bądź stać się martwy ze względu na brak możliwości działania.

Brzmienie i umiejscowienie w projekcie ustawy art. 4 sugeruje, że w założeniach miał on definiować koordynację, która jest zadaniem lekarza POZ w całym systemie ochrony zdrowia. Wynika to także z uzasadnienia do projektu ustawy, zgodnie z którym: „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”. W opiniowanym projekcie nie ma żadnego określenia zasad

tej koordynacji ani sposobu jej wykonywania. Działanie w ramach systemu opieki zdrowotnej wymaga kontaktu ze specjalistami, szpitalami, rehabilitantami, dietetykami itd. Zharmonizowanie działań tych wszystkich podmiotów wymaga wydawania poleceń i uzyskiwania informacji zwrotnych o ich realizacji, a także możliwości ich wyegzekwowania. Projekt nie daje lekarzowi POZ żadnych narzędzi ani możliwości wywiązania się z tego zadania.

Jeśli wziąć pod uwagę, że w ramach tej koordynacji (jak wynika z art. 15 ust. 1) poszczególni członkowie zespołu POZ mogą indywidualnie kontaktować się i współdziałać z innymi elementami systemu opieki zdrowotnej, to należy stwierdzić, że lekarz POZ nie ma żadnej możliwości spowodowania, aby koordynacja, do której jest zobowiązany, funkcjonowała. Tak więc należy uznać, że uprawnienie zawarte w art. 4 projektu jest czysto iluzoryczne.

Z treści art. 8 ust. 3 pkt 1 i 2 projektu ustawy wynika, że pacjent może wybrać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ i położną POZ u różnych świadczeniodawców. Jest to kontynuacja obecnie już funkcjonujących rozwiązań, jednak biorąc pod uwagę przyjęte założenie projektu ustawy o zmianie organizacji POZ przez wprowadzenie m.in. zespołu POZ, ich utrzymanie może spowodować określone trudności w funkcjonowaniu takiego zespołu. Federacja opowiada się za tym, aby zespół POZ funkcjonował, obejmując opieką pacjentów znajdujących się na wspólnej liście aktywnej. Pacjent powinien składać deklarację wyboru do lekarza, pielęgniarki i położnej tworzących jeden zespół POZ.

Opieka zintegrowana

Kolejną kwestią opisaną w projekcie jest opieka zintegrowana nad pacjentem z chorobą przewlekłą. W obliczu doświadczeń krajów zachodnich, które wcześniej od nas wprowadziły opiekę koordynowaną (przy czym był to proces trwający latami, który np. w Niemczech i Wielkiej Brytanii wciąż jest niezakończony), należy to narzędzie wprowadzać fakultatywnie i pilotażowo. Pomimo prób sprzed kilkunastu lat większość lekarzy

„Tylko doprecyzowane zapisy projektu ustawy o POZ będą jasno komunikować wizję docelowego modelu tego segmentu, jaką ma projektodawca”

POZ w Polsce nie ma doświadczeń w pracy z budżetem powierzonym, a jeśli ma, to niekoniecznie pozytywne.

Federacja jest przeciwna obligatoryjnemu (już od lipca 2019 r.) nakładaniu na lekarzy POZ obowiązku przyjęcia budżetu powierzonego POZ na opłacanie świadczeń specjalistów. Tak zdecydowane zmiany w ochronie zdrowia winny być wprowadzane stopniowo i poprzedzane pilotażami. W dokumencie nie ma też wzmianki o przepływie pieniędzy wraz z „poruszaniem się pacjenta po systemie” (czyli np. z koordynacją). Zgodnie z przepisem art. 17 projektu ustawy kwestię opieki zintegrowanej i współpracy zespołu POZ z podmiotami udzielającymi świadczeń specjalistycznych ponownie w całości ma określić minister zdrowia w drodze rozporządzenia.

„Zharmonizowanie działań wszystkich podmiotów wymaga również możliwości wyegzekwowania poleceń. Projekt nie daje lekarzowi POZ jakichkolwiek narzędzi ani możliwości wywiązania się z tego zadania”

Zdaniem Porozumienia Zielonogórskiego podstawowe zadania w tym zakresie powinny się znaleźć na poziomie ustawy o POZ, zaś akt wykonawczy w postaci rozporządzenia ministra powinien pewne kwestie tylko precyzować. W treści przepisów art. 18 i 19 projektu ustawy jednoznacznie powinny być określone zasady finansowania POZ.

Powinno to stabilizować sytuację lekarzy i personelu średniego w POZ oraz dawać asumpt do wybierania ścieżki ich rozwoju zawodowego w tym sektorze, powiększając dostępne zasoby ludzkie, a także stwarzając motywację do podejmowania decyzji o pracy w POZ –

ze świadomością jej specyfiki i odmienności od innych specjalności.

W szczególności powinno zostać przesądzone, że pieniądze na opiekę zintegrowaną oraz opiekę profilaktyczną są zapewnione jako środki dodatkowe, oprócz dotychczasowej stawki kapitałowej, wraz z odniesieniem do jej aktualnej wysokości. W przeciwnym razie przepis ten może prowadzić do sytuacji, w której na lekarzy rodzinnych zostaną nałożone dodatkowe obowiązki bez zapewnienia źródeł ich finansowania bądź też zapewnienie tych środków nastąpi w wyniku pomniejszenia obecnej stawki kapitałowej. To zaś wprowadziłoby niepewność warunków pracy i ograniczyło napływ nowych kadr.

Zmiany oparte na wierze

W przypadku omawianego projektu ustawy o POZ trzeba powiedzieć, że żadna z kwestii, które mają zasadnicze znaczenie dla poprawy efektywności systemu, nie jest w wystarczającym stopniu uregulowana. Opieka koordynowana jest traktowana jako narzędzie, które ma wpłynąć na usprawnienie funkcjonowania opieki nad pacjentami, zwłaszcza zmniejszenie kolejek do specjalistów. Jest to jednak oparte raczej na wierze, że tak się stanie, a nie na istniejących polskich danych. Zanim te dane uzyskamy i kreatywnie zanalizujemy, minie dużo czasu.

Wprowadzanie opieki koordynowanej musi – wzorem krajów Europy Zachodniej – być procesem wieloletnim, monitorowanym i sukcesywnie usprawnianym. Wtedy liczba świadczeniodawców uczestniczących w pilotażach, w miarę nabierania doświadczenia, będzie się zwiększać. Taki proces zmian należy rozpocząć jak najprędzej dla tych, którzy są do niego przygotowani, natomiast pozostali powinni być wdrażani fakultatywnie, a nie obligatoryjnie.

Coraz większym problemem są także malejące zasoby ludzkie w tak kluczowym segmencie systemu, jak POZ. Z przedstawionych zapisów wynika, że może być kłopot z ich zwiększeniem, ponieważ nie ma tu wyraźnego sygnału motywującego dla kadr medycznych. Jasne jest przecież, że opieka nad seniorami będzie się opierać przede wszystkim na silnym finansowo i kadrowo POZ, jednak trudno oczekiwać (przy tak ogólnych zapisach), aby lekarze i pielęgniarki wybierali karierę w POZ.

Tylko doprecyzowane zapisy projektu ustawy o POZ będą jasno komunikować wizję docelowego modelu tego segmentu, jaką ma projektodawca. W przypadku zbyt ogólnego traktowania powyższych kwestii, braku choćby naszkicowania preferowanych rozwiązań lub braku projektów aktów wykonawczych, do których omawiany projekt odsyła, trudno powiedzieć, czy przedstawiona regulacja odpowiada na jakiegokolwiek wyzwania.

Jacek Krajewski
Autor jest prezesem Federacji Związków Pracodawców
Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie.