

Warszawa, dnia 25 października 2016 r.

L.dz. FZZ VIII 770/25/10/2016

Szanowny Pan

**KONSTANTY RADZIWIŁŁ
MINISTER ZDROWIA**

**OPINIA DO PROJEKTU ZAŁOŻEŃ DO PROJEKTU USTAWY
O PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ**

W nawiązaniu do przekazanego projektu założeń do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej (dalej jako „założenia”), działając w imieniu Forum Związków Zawodowych, wskazujemy na poniższe uwagi do założeń.

Pomimo wskazania w założeniach, że podstawowa opieka zdrowotna (dalej POZ) jest oceniana jako stosunkowo dobrze funkcjonująca część polskiego systemu ochrony zdrowia, planowane są działania naprawcze w tym zakresie, pomimo, iż w wielu innych zakresach ochrony zdrowia, mamy do czynienia ze znacznie istotniejszymi problemami, jak choćby kolejkami do specjalistów, czy oczekiwanie na wykonanie zabiegu. Z założeń nie wynika, jakie są przyczyny decyzji o wszczęciu prac nad zmianami w POZ.

W Założeniach brak jest informacji o przyjętej metodzie ustalenia problemów w POZ, które ustawa ma rozwiązywać. W szczególności brak jest wskazania źródeł danych o brakach koordynacji działań (która wydaje się jest motywem wiodącym w założeniach), ale innych kluczowych zagadnień, jak np. przeładowanie ilością pacjentów, brak wpływu na poprawę zdrowia pacjentów, możliwość przyjęcia przez zatrudnionych dodatkowych obowiązków w zakresie leczenia specjalistycznego?

FZZ stoi na stanowisku, iż zmiany w zakresie POZ nie muszą mieć charakteru rewolucyjnego, jak zakłada Ministerstwo Zdrowia. Podstawowa opieka zdrowotna jest pacjentom udzielana codziennie, w pierwszej kolejności. Pierwszy kontakt pacjenta z systemem opieki zdrowotnej, to wizyta w podmiocie leczniczym POZ. Po kilku latach ich funkcjonowania pacjenci oswoili się ze sposobem funkcjonowania, swobodnie się po nim poruszają. Mają wiedzę na temat wyboru lekarza i pielęgniarki.

Nie słyszymy o problemach z funkcjonowaniem tych podmiotów (poza przypadkami zamknięcia gabinetów przez lekarzy z powodu niezadowolenia





ze stawek oferowanych przez NFZ) pacjenci nie skarżą się na dostępność świadczeń w tym zakresie. I gdy wszystko zaczyna prawidłowo funkcjonować okazuje się, że należy to zmienić i to w sposób rewolucyjny. Nie małymi, niedostrzegalnymi wręcz przez pacjentów krokami, ale całościowo – holistycznie wręcz. Nie dostrzegamy celowości takich przewrotów w POZ. Nie służy to pacjentom, a na pewno nie daje im poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji z zakresie opieki zdrowotnej w Polsce.

Uwagi szczegółowe

W przedłożonych Założeniach do projektu ustawy o POZ, a szczególnie w części dotyczącej organizacji podstawowej opieki zdrowotnej (s. 12) uwidacznia model na jakim ma być zbudowane funkcjonowanie podmiotów POZ. W tym przypadku centralną rolę ma odgrywać lekarz, któremu podporządkowani są pielęgniarka/położna, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania oraz inni świadczeniodawcy, zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców (dietetyk, psycholog, fizjoterapeuta). To lekarz ma odgrywać kluczową rolę w tym modelu. Zresztą wskazuje się wprost na zespół specjalistów. Co prawda w każdym możliwym miejscu wskazuje się, na niezależność zawodową członków tego zespołu jednak wydaje się to przeczyć istocie podporządkowania. Skoro mamy do czynienia z zespołem, to ktoś musi pełnić rolę kierowniczą, a inne podmioty podporządkować się jej. Zatem w Założeniach model POZ ma być scentralizowany, a rolę naczelną ma pełnić w tym przypadku lekarz. Jest to kompletne odejście od aktualnie funkcjonującego modelu, gdzie mamy rzeczywiście zapewnioną niezależność podmiotów POZ, zgodnie z istotą samodzielności zawodów lekarza, pielęgniarki, położnej. Jeżeli mamy przemodelować istniejącą organizację POZ to wydaje się, że nie powinien być to regres wyznaczający „naczelną rolę lekarza” lecz progres wskazujący, że centralne miejsce w POZ zajmuje Pacjent. Tak jak słusznie wskazano w zadaniach POZ, że zadaniem jest zapewnienie opieki skoncentrowanej na pacjencie (s.11).

W Założeniach do projektu ustawy o POZ wskazano na aktualne – w ocenie projektodawców - problemy w funkcjonowaniu POZ. Zdiagnozowano istnienie rzekomo ośmiu problemów:

1. Niewystarczająca dostępność dla osób nieubezpieczonych;
2. Finansowanie lekarza, pielęgniarki i położnej POZ skutkujący brakiem motywacji do skoordynowanej opieki nad pacjentem;
3. Brak współpracy na poziomie świadczeniodawców realizujących świadczenia POZ;
4. Brak przepływu informacji na temat leczenia;
5. Niedobór kadr lekarskich i pielęgniarskich;
6. Wysoka średnia wieku personelu medycznego w POZ;
7. Brak kompleksowej i skoordynowanej POZ;
8. Przyzwyczajenie pacjentów do leczenia specjalistycznego.



Odnosząc się do powyższych problemów w ocenie organizacji członkowskich Forum Związków Zawodowych, w zasadzie tylko jeden z nich jest prawdziwy i niebudzący wątpliwości tj. brak dostępu do opieki zdrowotnej przez osoby nieubezpieczone. Rozwiązanie tego problemu nie wymaga jednak żadnej rewolucji w funkcjonowaniu POZ. Wydaje się, że powszechny dostęp do tej opieki winien zostać zapewniony przez Państwo czy to w nowej ustawie czy to przez zmianę aktualnie obowiązujących regulacji prawnych. To jednak wygeneruje koszty, aktualnie trudne do oszacowania, bowiem nie wiadomo w jakim zakresie osoby nieubezpieczone będą chciały korzystać z POZ. Koszty te jednak i tak mają być pokryte przez Państwo, jeżeli ma być wdrożona prezentowana niedawno przez Ministerstwo Zdrowia Narodowa Służba Zdrowia – Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016-2018 (s.5).

Koniecznym jest także odniesienie się do pozostałych problemów, a w szczególności tych określonych w pkt. 2, 3, 4 i 7. Każdy ze wskazanych problemów koncentruje się na braku koordynacji w zakresie funkcjonowania POZ. Można to sprowadzić do dwóch problemów, a mianowicie potrzeby koordynacji wewnętrznej (w ramach POZ) i zewnętrznej (z innymi częściami systemu ochrony zdrowia). Odnośnie koordynacji wewnętrznej w Założeniach czytamy o koordynacji opieki i pracy zespołowej w zakresie odrębnych kompetencji lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ (s. 6). Tym samym widoczne jest silne dążenie do stworzenia zespołów POZ (s. 12). Jak wskazaliśmy wcześniej wydaje się, to rozwiązaniem dość archaicznym. Nie trzeba cofać się i tworzyć zespołów, by system współpracy dobrze funkcjonował. W dobie informatyzacji lekarz POZ nie musi mieć „pod ręką” pielęgniarki czy położnej, dla należytego przepływu informacji.

W tym zakresie postulujemy wprowadzenie powszechnego systemu informatyzacji. Każdy pacjent posiadającym PESEL byłby umieszczany w systemie informatycznym. Tam też jest gromadzona informacja o stanie zdrowia, przebytych chorobach, obciążeniach, leczeniu jakim jest objęty oraz udzielanych świadczeniach. Tam też byłyby zawierane wskazania lekarskie dla pielęgniarek czy położnych. Byłaby to zatem także platforma komunikacji zarówno wewnętrznej jak i zewnętrznej. Informacja dla innych świadczeniodawców byłaby kompleksowa i czytelna. Możliwe byłoby także, włączenie w ten system organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia (oczywiście przy ograniczeniu dostępu do niektórych danych pacjenta). System powszechnej informatyzacji gwarantuje zatem poprawę jej organizacji i funkcjonowania oraz zwiększa efektywność POZ. Ponadto generuje na przyszłość ogromne oszczędności. Bez trudu bowiem można sobie wyobrazić to, że mając w systemie wyniki badań pacjenta nie będą one powielane przez kolejnych lekarzy (lekarzy specjalistów), łatwiejsza będzie diagnostyka biorąc pod uwagę historię badań (określonych parametrów), wskazany będzie zakres leczenia i przepisane leki oraz okres na jaki one zostały zaaplikowane (co zapobiegnie gromadzeniu leków przez pacjentów oraz wykluczy ewentualne działania znoszące poszczególnych leków, czy też przepisywanie





leków o podobnym spectrum działania). Ponadto w systemie zapisane byłyby dane o badaniach profilaktycznych czy przesiewowych. Pacjent już nie korzystałby z kilku takich samych badań, bo np. został zaproszony na nie, przez podmioty organizujące. Aktualnie z badań profilaktycznych np. mammografii pacjent może korzystać wielokrotnie, w zależności od podmiotu organizującego. Wiadomo, że w przypadku różnorodnych programów dla organizatora najważniejsza jest liczba przebadanych, nie interesuje go, że pacjent pół roku temu miał takie badanie. Zatem system badań profilaktycznych jest w dużym stopniu nieefektywny, a wyniki dotyczące ilości przebadanych pacjentów zakłámane. System informatyczny pozwoliłby na eliminację tego rodzaju praktyk. Ponadto system informatyczny zapobiegałby sytuacjom, gdzie pacjent z uwagi na schorzenie korzysta z porad (leczenia) u kilku lekarzy. Dotyczy to szczególnie ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego.

Wydaje się zatem, że powszechna informatyzacja, to jedyna i zarazem najprostsza recepta na rzeczywistą współpracę w ramach POZ, a także z innymi podmiotami opieki zdrowotnej. Nie jest konieczne w ramach POZ tworzenie zespołów, co do potrzeby których podaje się szerokie uzasadnienie i wymienia się wiele argumentów na rzecz ich budowy. W przypadku powszechnego systemu informatycznego ta współpraca lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz innych podmiotów będzie skoooperowana, efektywna, holistyczna, pozwalająca na oszczędności oraz zapewniająca bezpieczeństwo pacjentowi.

Warto odnieść się do problemu wskazanego w pkt. 8, a mianowicie przyzwyczajenia pacjentów do leczenia specjalistycznego. Wydaje się, że określone schorzenia wymagają wiedzy specjalistycznej. Lekarz POZ nie zastąpi ani ginekologa, ortopedy, dermatologa czy kardiologa. Stąd też trudno mówić o kompleksowej i holistycznej opiece nad pacjentem w ramach POZ. W Założeniach czytamy o konieczności podnoszenia kwalifikacji i rozwoju zawodowym lekarzy, pielęgniarek i położnych. Oczywiście jest to zawsze słuszny kierunek działania. Nie może jednak doprowadzić do tego, że wykształcony lekarz medycyny rodzinnej będzie leczył większość schorzeń, ograniczając dostęp do lekarzy specjalistów. Wydaje się, że system informatyzacji zewnętrznej i przepływ informacji pomiędzy lekarzem specjalistą a lekarzem czy pielęgniarką lub położną POZ pozwoli na scedowanie części zadań na POZ. Lekarz specjalista może wskazać jakie świadczenia zdrowotne mają być wykonywane w ramach POZ na jego zlecenie i w ramach jego wiedzy medycznej np. zmiany opatrunków, zaopatrzenie rany nie musi być wykonywane przez chirurga, wypisanie leków przeciwbólowych w ramach kontynuacji leczenia nie musi dokonywać traumatolog.

W aspekcie wskazanego problemu warto wskazać na jeszcze jeden istotny element funkcjonowania POZ. Aktualnie w odniesieniu do konieczności lub chęci leczenia specjalistycznego lekarz POZ ogranicza się do wypisania skierowania. Chcąc jednakże odciążyć lekarzy specjalistów wydaje się, że w ramach opieki





podstawowej pacjent winien być już odpowiednio przygotowany do ewentualnego leczenia specjalistycznego. Czyli na konsultację pacjent winien zgłosić się z wykonanymi badaniami diagnostycznymi. To skraca proces leczenia specjalistycznego pozwala bowiem na szybszą diagnozę. Biorąc pod uwagę ten postulat, nie jest możliwe ograniczanie badań czy skierowań do lekarzy specjalistów poprzez budżet powierzony. Na stronie 13 Założeń wskazuje się, że pojawi się część budżetu powierzonego na dwa podstawowe zadania realizowane przez POZ: badania diagnostyczne i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. W obu przypadkach mają być to środki wypłacane za zrealizowanie badania i wizyty u lekarzy specjalistów, które nie będą mogły być wykorzystane na inny cel. Słowo „budżet” oznacza określoną kwotę, a to z kolei nie sprzyja wydatkowaniu tych środków. Lekarz mający do dyspozycji określoną kwotę, może po prostu chcieć oszczędzać na tych procedurach, by środki wystarczyły na dłuższy czas. Zatem będzie tylko i wyłącznie w skrajnych przypadkach zlecał badania diagnostyczne czy kierował do specjalisty. Wydaje się, że w tym aspekcie znowu nieodzowna jest informatyzacja, z systemu będzie wynikało, kiedy i jaki lekarz zlecił określone badania i na ile są one aktualne, a na ile wymagają powtórzenia - weryfikacji.

Niedobór kadry – lekarzy, pielęgniarek i położnych w ramach POZ, problem określony w pkt. 5, wydaje się problemem, który ma szansę na znaczną weryfikację w sytuacji racjonalizacji leczenia pacjenta. Odnosząc się do kwestii niedoboru lekarzy medycyny rodzinnej system informatyczny i monitorowanie historii choroby oraz parametrów pacjenta pozwoliłoby na znaczne ograniczenie ilości wizyt u lekarzy. Ponadto scedowanie części obowiązków na pielęgniarki i położne, w ramach posiadanych kwalifikacji także zmniejszyłoby konieczność wizyt lekarskich. Nie od dzisiaj wiadomo, że część wizyt pacjentów (do czego mają prawo) nie jest uzasadniona z punktu widzenia stanu zdrowia. Zatem bez racjonalizacji procesu leczenia, stałego monitorowania jego parametrów nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie, że lekarzy rodzinnych jest dramatycznie mało.

W przypadku pielęgniarek/położnych wskazuje się na niedobór kadry, a dodatkowo tutaj szczególnie uwidacznia się problem wskazany w pkt. 6, czyli wysoka średnia wieku. Wielokrotnie wskazuje się w wypowiedziach przedstawicieli związków zawodowych jak i samorządu zawodowego, że problem niedoboru pielęgniarek w Polsce nie wynika z faktu, że nie jest to popularny zawód, ale z faktu, że wykształcony personel rezygnuje z pracy w zawodzie lub wybiera pracę poza granicami kraju. Absolwentów pielęgniarstwa (jak również położnictwa) jest wystarczająca ilość. Należy zatem podjąć działania hamujące odpływ z zawodów. Oczywiście w tym przypadku najlepsze działania, to różnorakie zachęty.

Magister pielęgniarstwa/położnictwa powinien być specjalistą gotowym do podjęcia pracy w POZ, bez dodatkowych wymogów. Natomiast w Założeniach czytamy, że mgr pielęgniarstwa ma mieć co najmniej 3 -letni staż w POZ, ten sam wymóg dotyczy położnych (s. 10). W przypadku licencjatów - określone szkolenie





specjalizacyjne lub kurs kwalifikacyjny oraz staż. W założeniach także wskazuje się, że ma on trwać aż 3 lata. W naszym przekonaniu winien być to ujednolicony kurs i krótszy okres stażu. kształcenie, szczególnie w zakresie pielęgniarstwa, winno być nakierowane w szczególności na podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem. Dopiero chęć innej pracy wymagałaby odbycia określonych kursów i specjalizacji. Ponadto dobrym rozwiązaniem byłby program zachęcający do pracy w POZ. Na przykład program „Samodzielna praca” kierowany do pielęgniarek i położnych POZ pozwalający podjąć działalność w ramach indywidualnej czy grupowej praktyki przy uzyskaniu wsparcia przez jednostki samorządu terytorialnego i zachęt np. w postaci zwolnień podatkowych czy zmniejszenia obciążeń związanych z ubezpieczeniami społecznymi.

W Założeniach niejednokrotnie czytamy o potrzebie wzmocnienia profilaktyki. Miałyby być to zadanie podstawowej opieki zdrowotnej (s. 11). Zadanie dotyczące profilaktyki, w szczególności polegające na programach wczesnego wykrywania chorób, badań przesiewowych winno mieć charakter scentralizowany i monitorowany. Wielość podmiotów oferujących różnorakie badania (wynikających także z różnych źródeł finansowania) oraz brak ich koordynacji powoduje, że dostęp do nich jest nierównomiernie rozłożony na terenie kraju (chętniej badania przeprowadza się w dużych miastach przez duże podmioty lecznicze). Centralizacja poprzez ujęcie ich w systemie informatycznym pozwalałaby objąć badaniami większy zakres pacjentów oraz wykluczyłaby sytuację powtarzalności badań (na co wskazywaliśmy wyżej). Badania, szczególnie te, finansowane ze środków publicznych nie byłyby bez potrzeby powtarzane (np. co kilka miesięcy) bo ich wyniki byłyby przypisane do pacjenta. Aktualnie wyniki badań, które otrzymuje pacjent nie są nigdzie ewidencjonowane, równie dobrze przy niepokojących wynikach pacjent ma prawo nic nie robić (często też nie wie co ma z nimi zrobić). Czyli otrzymuje wiedzę, ale nie stymuluje się go do dalszych działań (np. w przypadku podwyższonego poziomu cukru, ciśnienia tętniczego). W przypadku zapisania danych w systemie informatycznym o stanie zdrowia pacjenta otrzymuje wiedzę każdy udzielający świadczeń zdrowotnych (lekarz, pielęgniarka, położna, lekarz specjalista, dietetyk etc.). Wydaje się, że taki monitoring programów profilaktycznych (szczególnie badań przesiewowych) zwiększy znacznie efektywność leczenia będzie też generowało ogromne oszczędności.

Postulujemy także by w ramach profilaktyki, która w Założeniach do projektu ustawy o POZ ma przybrać jedno z wiodących zadań POZ, urealnić jej wdrożenie. A mianowicie zobowiązać lekarzy (a w zakresie w jakim to jest dopuszczalne także pielęgniarki i położne), by w zakresie ich obowiązków znalazły się także te które są stricte związane z profilaktyką. W ramach profilaktyki lekarz zobowiązany byłby np. dziennie do wyznaczenia 5 wizyt pacjentów (oczywiście tych którzy dokonali jego wyboru). Taka wizyta ustalana byłaby co najmniej raz na rok, a profilaktyka obejmowałaby wywiad pod kątem potencjalnego obciążenia chorobami lub przeciwdziałania chorobom charakterystycznym dla danego wieku (inne byłyby





w przypadku dzieci inne w przypadku osób starszych). Oczywiście można wskazać, że wszyscy pacjenci się nie zgłoszą, z uwagi na różnorakie przeszkody, jednak my w tym zakresie chcemy wyłącznie zasygnalizować jeden z możliwych sposobów realizacji zadań profilaktycznych, nie rozstrzygając o szczegółach.

Promocja zdrowia odgrywa istotną rolę w zapobieganiu chorobom, szczególnie jeżeli chodzi o choroby cywilizacyjne. Edukacja zdrowotna winna być przede wszystkim zlecona innym specjalistom POZ niż lekarz. W tym zakresie z powodzeniem sprawdzają się pielęgniarki i położne, które od lat taką edukację prowadzą - szczególnie pielęgniarki i położne środowiskowe. O tym zresztą czytamy w Założeniach na stronie 13. To odciążą lekarzy rodzinnych, a jednocześnie wzmocni pozycję pielęgniarek i położnych. Pielęgniarka/położna funkcjonująca w ramach POZ miałaby tytuł edukatora promocji zdrowia. Za poszczególne, udokumentowane działania w tym zakresie otrzymywałyby dodatkowe świadczenia. Chodzi w tym zakresie o to, by udzielane porady - konkretne wskazówki nie były działaniami niewycenionymi. Podstawą do wyceny byłoby udokumentowanie - opis podjętych działań. Oczywiście rolę edukatora pełniłby tylko ten z pielęgniarek i położnych, które wyraziłyby taką wolę i zechciałyby w tym zakresie także realizować się zawodowo.

Nie rozumiemy i nie akceptujemy koncepcji tworzenia wspólnej listy pacjentów jako konkurencji do odrębnych list pacjentów. Przy założeniu, że lekarz POZ ma być koordynatorem dla pielęgniarki POZ i położnej POZ w rzeczywistości wspólna lista pod patronatem lekarza POZ w niedługim czasie wyeliminuje listy pacjentów do pielęgniarki POZ i położnej POZ, poza tym wiąże wybór pielęgniarki z wyborem lekarza. Organizacja członkowska FZZ nie godzi się na opisaną w projekcie nową rolę lekarza POZ jako koordynatora zespołu, konsekwentnie nie akceptuje również koncepcji tworzenia wspólnych list pacjentów. Utrzymanie niezależnych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ winno być priorytetem założeń ustawy o POZ.

Dalsze uwagi szczegółowe:

- Część druga, pkt 2 [Objaśnienia podstawowych określeń, które będą używane w projektowanej ustawie). ppkt 3 [definicja pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej], str. 10: „Pielęgniarka, które nie posiada specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, jest pielęgniarką POZ do dnia 31 grudnia 2022 r., o po tym okresie jeśli rozpocznie szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego” - wątpliwości praktyczne: w obliczu znacząco niskiej obecnie liczby pielęgniarek, dalsze restrykcje w zakresie kwalifikacji wydają się być posunięciem ryzykownym i stwarzającym niebezpieczeństwo pozbawienia pewnej części populacji opieki pielęgniarskiej - ograniczą one bowiem podaż usług pielęgniarskich. Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego trwa około 2,5 roku - wymóg taki będzie czynnikiem zniechęcającym pielęgniarki aktualnie wykonujące zadania w ramach POZ do dalszego wykonywania zawodu. Co istotne, wymóg ten nie wpłynie też





znacząco na poprawę jakości wykonywanych usług - bowiem pielęgniarki rodzinne, które do tej pory legitymowały się kwalifikacjami wymaganymi obecnie oraz stosownym doświadczeniem zawodowym właściwie wypełniają swe obowiązki. Restrykcje w zakresie kwalifikacji mogą jedynie przyczynić się do dalszego odpływu pielęgniarek poza granice kraju. Ponadto, zauważa się, że projekt ustawy nie nakłada podobnych wymogów na położne – będą mogły nadal wykonywać zawód, jeżeli tylko są zatrudnione u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - to pogłębi nierówności między tymi dwiema grupami zawodowymi.

- Część druga, pkt 2 (objaśnienie podstawowych określeń, które będą używane w projektowanej ustawie), ppkt 4 [definicja pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania], str. 10 - wątpliwości: w katalogu osób mogących pełnić zadania pielęgniarskie w środowisku nauczania i wychowania pominięto pielęgniarkę rodzinną, której kwalifikacje nie uchybiają kwalifikacjom pielęgniarek objętych proponowaną definicją.
- Część druga, pkt 3 [Rozdziały przewidziane w ustawie], ppkt 1 (zadania podstawowej opieki zdrowotnej), str. 11 - w literze c) wpisano: „zwiększenie roli edukacji zdrowotnej i profilaktyki, w tym prowadzonej w ramach programów wczesnego wykrywania chorób” - wątpliwości: brak wskazania, jakich chorób będą dotyczyły te zadania, a to rodzi pytania, czy pod rządami nowej ustawy zostaną utrzymane dotychczas realizowane programy profilaktyczne, czy też zostaną wdrożone nowe programy, a jeżeli tak, to jakie będzie źródło ich finansowania.
- Część druga, pkt 3 (Rozdziały przewidziane w ustawie), ppkt 1 (zadania podstawowej opieki zdrowotnej), str. 11 - w literze d) wpisano: „współpraca i koordynacja działań z innymi częściami systemu ochrony zdrowia ” - wątpliwości: brak wskazania, w jaki sposób ma przebiegać współpraca, które części systemu ustawodawca ma na myśli, kto będzie głównym koordynującym takich działań w stosunku do konkretnego pacjenta, w jaki sposób będzie przebiegać komunikacja (jakim kanałem - czy będzie zbudowany stosowny system porozumiewania się poszczególnych osób uczestniczących lub tych, które powinny uczestniczyć w procesie leczenia danego pacjenta). Ta kwestia nie powinna pozostać na poziomie ogólników, gdyż zbyt ogólnikowość powodować będzie chaos i wątpliwości w zakresie odpowiedzialności i kompetencji.
- Część druga, pkt 3 (Rozdziały przewidziane w ustawie), ppkt 1 (zadania podstawowej opieki zdrowotnej), str. 12 - w literze g) wpisano: „wdrażanie działań zapobiegawczych” - wątpliwości: brak uszczegółowienia, tj. katalogu działań, wyjaśnienia czy mają to być działania wynikające z programów profilaktycznych, czy też indywidualnie dobierane dla konkretnego pacjenta, w jaki sposób będzie egzekwowane wykonanie tych zdań, kto i w jaki sposób będzie prowadził ocenę, czy zostały one należycie wdrożone, brak wskazania źródeł finansowania [stawka kapitacyjna czy oddzielnie). Rozważenia wymaga, czy cała tzw. profilaktyka będzie sfinansowana środkami odrębnymi od stawki kapitacyjnej - to bardzo istotne, jako że aktualna obsada pielęgniarska nie będzie w stanie realizować zadań dodatkowych bez dodatkowego finansowania.





- Część druga, pkt 3 (Rozdziały przewidziane w ustawie), ppkt 2 (organizacja podstawowej opieki zdrowotnej), str. 12 - wpisano: „współdziałanie z innymi częściami systemu ochrony zdrowia oraz specjalistami w obszarze zdrowia publicznego (np. dietetykiem, psychologiem)” - wątpliwości: brak wskazania, w jaki sposób współpraca ta będzie sfinansowana, zorganizowana i skoordynowana [jak w uwagach do litery d) ppkt 1).
- Część druga, pkt 3 (Rozdziały przewidziane w ustawie), ppkt 2 (organizacja podstawowej opieki zdrowotnej), str. 12 - wpisano: „lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ będą zobowiązani do zapewnienia dostępności i ciągłości opieki” - należy dopisać „w oparciu o harmonogramy”. Koniecznym jest rozwianie wątpliwości, czy obsada medyczna ma być ta sama od godz. 8.00 do 18.00, czy też obsada ta może się w tym czasie zmienić zgodnie z harmonogramem.
- Część druga, pkt 3 (Rozdziały przewidziane w ustawie), ppkt 2 (organizacja podstawowej opieki zdrowotnej), str. 13 - wpisano: „Projektowana ustawa umożliwi pielęgniarkom POZ, położnym POZ i pielęgniarkom środowiska nauczania i wychowania samodzielną i kompleksową realizację zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, w tym przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym, ograniczania używania alkoholu, wyrobów tytoniowych (...) oraz zapobiegania uzależnieniom behawioralnym - wątpliwości: pielęgniarki nie są obecnie w pełni przygotowane do zapobiegania uzależnieniom, zwłaszcza behawioralnym, brakuje narzędzi i szkoleń w tym zakresie.
- Część druga, pkt 3 (Rozdziały przewidziane w ustawie), ppkt 3 (finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej), str. 13 - wpisano: „Obok stawki kapitałowej pojawi się komponent motywacyjny za osiągnięcie kryteriów jakości, dodatek za opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi oraz dodatki za wyniki leczenia pacjentów z niektórymi chorobami przewlekłymi” - wątpliwości: brak wskazania jakie to będą kryteria. czy będzie stosowana skala Bartel w zakresie kwalifikacji pacjentów do grupy osób przewlekle chorych, bo jeżeli według wspomnianej skali pacjent osiąga poniżej 40 punktów, to aktualnie kwalifikuje się do zakładu opieki domowej, wymaga bowiem więcej uwagi i intensywniejszej opieki, czy zatem zakłady opieki domowej zostaną zlikwidowane?
- Część druga, pkt 3 (Rozdziały przewidziane w ustawie), ppkt 4 (zasady współdziałania podstawowej opieki zdrowotnej z innymi częściami systemu ochrony zdrowia), str. 13 i 14 - wątpliwości: brak wskazania, w jaki sposób odbywał się będzie przekaz informacji między poszczególnymi częściami systemu ochrony zdrowia oraz poszczególnymi specjalistami, koniecznym jest wskazanie tego w ustawie lub odesłanie do stosownego rozporządzenia, gdyż w innym przypadku, albo system nie zadziała w ogóle, albo będzie chaos kompetencyjny.
- Część druga, pkt 3 (Rozdziały przewidziane w ustawie), ppkt 5 (kwalifikacje i rozwój zawodowy w podstawowej opiece zdrowotnej), str. 14 - w założeniach do ustawy zamieszczono uwagi o reorganizacji Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie, który będzie wspierał rozwój zawodowy pielęgniarek - wątpliwości: brak wskazania źródeł finansowania szkoleń pielęgniarek w tym Instytucie, aktualnie pensje są zbyt niskie, by można był oczekiwać samodzielnego finansowania przez pielęgniarki.





- Część druga, pkt 3 (Rozdziały przewidziane w ustawie), ppkt 6 (zasady zapewnienia jakości w podstawowej opiece zdrowotnej), str. 15 - wprowadza się wymóg akredytacji - wątpliwości: brak wskazania czym jest wspomniana akredytacja, jeżeli bowiem ustawodawca ma na myśli normy ISO, to należy podnieść, że niewielkie podmioty służące mniejszym populacjom nie będą w stanie ponieść kosztów akredytacji. Wątpliwość budzi również sam fakt uznania, że akredytacja może być miernikiem poprawy skuteczności opieki.

Uwaga dodatkowa: założenia do projektu ustawy nie precyzują, czy będzie określony minimalny czas dla jednego pacjenta.

WNIOSKI I OCZEKIWANIA:

1. Należy przywrócić nazewnictwo pielęgniarki rodzinnej, położnej rodzinnej i wyodrębnić ze struktur podstawowej opieki zdrowotnej (zadania i kompetencje już zostały określone, należy aktualizować cenę świadczenia).
2. Niezbędne jest prowadzenie niezależnych deklaracji wyboru – lekarza, pielęgniarki rodzinnej, położnej rodzinnej.
3. Należy dokonać wyceny pracy i określić zadania dla pielęgniarki POZ-u tzn. pracującej w gabinecie EKG, punkcie szczepień, gabinecie zabiegowym.
4. Konieczne jest wydzielenie środków finansowych na świadczenia pielęgniarskie/położnicze: pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki w miejscu nauczania i wychowania, pielęgniarki w opiece długoterminowej domowej, położnej rodzinnej, pielęgniarki/ położnej edukatora.
5. Niezbędne jest kontraktowanie z NFZ lub zawieranie umów z nową komórką (po likwidacji NFZ) na świadczenia pielęgniarskie/położnicze tylko z podmiotami pielęgniarskimi lub indywidualnymi lub grupowymi praktykami pielęgniarskimi lub położniczymi.
6. Opracowanie i wdrożenie procedur pracy interdyscyplinarnego zespołu podstawowej opieki zdrowotnej.
7. Wdrożenie elektronicznego systemu dokumentacji medycznej, umożliwi monitorowanie procesu diagnostyczno–terapeutyczno–pielęgniacyjno–opiekuńczego pacjenta.
8. Scentralizowanie i monitorowanie programów profilaktycznych oraz ich efektywności.



9. Wykonanie i udokumentowanie średnio 5 wizyt dziennie w ramach profilaktyki przez lekarza POZ-tu.

Forum Związków Zawodowych liczy, że przedłożone uwagi i zastrzeżenia będą dopiero podstawą do szerszej dyskusji czy w ogóle istnieje w obecnej chwili pilna potrzeba rewolucyjnych zmian w funkcjonowaniu POZ. Jeżeli zmiany mają być dokonywane to tylko stopniowe i przemyślane. Zmiany muszą mieć aprobatę całego środowiska medycznego, ale także pacjentów.

Z poważaniem,

Dorota Gardias
Dorota Gardias
PRZEWODNICZĄCA
FORUM ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH