

Agata STEFANOWICZ

Dr n. med., adiunkt w Katedrze Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Obowiązki lekarza rodzinnego w świetle projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej

Celem niniejszej pracy jest omówienie projektowanych zmian dotyczących organizacji i funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, a w szczególności ponownego zdefiniowania roli i miejsca lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia.

Podstawowa opieka zdrowotna odgrywa kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia. Zapewnia często pierwszy kontakt pacjenta z systemem, w jej ramach udzielane są świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, łatwo dostępne, wszechstronne, kompleksowe, ciągłe. Świadczenia te realizowane są przez zespoły podstawowej opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi lekarze, pielęgniarki i położne współpracujący ze sobą. Jest też częścią systemu ochrony zdrowia, w największym stopniu zorientowaną na profilaktykę i promocję zdrowia, w tym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą¹.

Nie ma obecnie jednego aktu prawnego, który regulowałby od początku do końca funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej. Aktualnie obowiązujące zapisy dotyczące tego sektora opieki zdrowotnej zawarte są w wielu aktach prawnych o zróżnicowanej randze, m.in. w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry i w wielu aktach niższej rangi.

Wiele środowisk medycznych od dawna postulowało wprowadzenie odrębnej ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Taka regulacja prawna dałaby szansę na usprawnienie funkcjonowania i podniesienie jakości opieki podstawowej, a także poprawę bezpieczeństwa, zadowolenia, a przede wszystkim stanu zdrowia pacjentów.

Odpowiedzią na te oczekiwania jest projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 30.12.2016 r. opracowany przez Ministerstwo Zdrowia, który „określa cele, organizację i finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej oraz zasady zapewnienia jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej”². Projekt ustawy został przekazany do uzgodnień, konsultacji publicznych i opiniowania. Na tym etapie prac legislacyjnych nad omawianym projektem swoje uwagi i stanowiska zgłosiło wiele instytucji i podmiotów, m.in. konsultanci krajowi i wojewódzcy w po-

¹ A. Windak, M. Godycki-Ćwirko, *Principia medycyny rodzinnej*, w: *Medycyna rodzinna*, red. B. Latkowski, W. Lukas, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 13–17.

² Projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 30.12.2016 r. Biuletyn Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12293658/12403126/12403127/dokument265845.pdf>, 28.06.2017.

szczególnych dziedzinach medycyny, przedstawiciele poszczególnych ministerstw, wojewodowie, rzecznik praw pacjenta, samorządy zawodów medycznych, związki zawodowe lekarzy, pielęgniarek i położnych, organizacje pracodawców, towarzystwa naukowe, uczelnie medyczne i instytuty, stowarzyszenia działające w ochronie zdrowia oraz wielu świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Odpowiedzią na zgłoszone uwagi i stanowiska jest zmieniony projekt ustawy z dnia 28.04.2017 r. W chwili obecnej (wg stanu na koniec czerwca 2017 r.) projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej został przekazany do ponownych uzgodnień międzyresortowych i opiniowania.

W świetle dotychczasowych regulacji prawnych świadczeń z zakresu POZ może udzielać 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, lub posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii”³, przy czym lekarze ogólni, interniści i pediatrzy zobligowani byli do ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Pierwotny projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z założeniem, że podstawowa opieka zdrowotna jest oparta na medycynie rodzinnej, przewidywał, że docelowo lekarzami POZ mogą być jedynie lekarze posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo będący w trakcie tej specjalizacji lub posiadający specjalizację II stopnia z medycyny ogólnej. Lekarze innych specjalności udzielający świadczeń w POZ zachowywaliby swoje uprawnienia do 2025 r. W zmienionym w kwietniu b.r. projekcie ustawy, zgodnie z postulatami m.in. konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii i rzecznika praw dziecka, pozostawiono możliwość pracy w POZ również lekarzom specjalistom w dziedzinie pediatrii, z zastrzeżeniem, że do 2025 r. mogą oni sprawować opiekę nad świadczeniobiorcą do ukończenia 18 roku życia, a po tym okresie wyłącznie nad świadczeniobiorcą do ukończenia 7 roku życia. Jednocześnie, z uwagi na niedobór kadry medycznej i po uwzględnieniu praw nabytych przyjęto, że lekarzem POZ jest również lekarz „posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych [...] udzielający świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej do dnia 31 grudnia 2024 r.”⁴. Zasadnym wydaje się także dyskusja nad zapisaną w projekcie ustawy możliwością udzielania świadczeń z zakresu POZ przez lekarzy będących dopiero w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej, szczególnie na początku jej trwania. W trosce o bezpieczeństwo pacjentów i jakość świadczeń zdrowotnych być może celowy byłby zapis o konieczności odbycia przez lekarza co najmniej połowy okresu szkolenia specjalizacyjnego.

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135.

⁴ Projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 28.04.2017 r. Biuletyn Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12293658/12403126/12403127/dokument287054.pdf>, 28.06.2017.

Zasady dotyczące prawa wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu POZ pozostawiono w pierwotnym projekcie ustawy bez zmian w stosunku do obowiązujących regulacji w tym zakresie, a więc utrzymano prawo świadczeniobiorcy do bezpłatnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ u tego samego świadczeniodawcy lub u różnych świadczeniodawców nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym. Wiele środowisk związanych z medycyną rodzinną i realizacją świadczeń z zakresu POZ postulowało pozostawienie pacjentowi prawa wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej, ale pracujących tylko u tego samego świadczeniodawcy lub będących świadczeniodawcami, ale posiadających wspólną listę pacjentów. Taka regulacja znacząco ułatwiłaby zapewnienie ciągłej, kompleksowej i skoordynowanej opieki nad pacjentami. Obecnie w niektórych regionach kraju zdecydowana większość podmiotów leczniczych (świadczeniodawców) realizuje świadczenia wybiórczo tylko w jednym z trzech obszarów POZ (a więc świadczenia tylko lekarza, tylko pielęgniarki lub tylko położnej POZ), co znacząco ogranicza możliwości współpracy między nimi. Jeśli to zespół POZ, zgodnie z treścią projektowanej ustawy, ma zapewniać ciągłość i kompleksowość świadczeń, to cały zespół (lekarz, pielęgniarka i położna) powinien być ze sobą strukturalnie i funkcjonalnie powiązany, czyli powinien udzielać świadczeń w tym samym podmiocie leczniczym (wspólna lokalizacja udzielanych świadczeń, wspólna lista pacjentów, wspólne miejsce przechowywania i dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej jednego pacjenta). Modyfikacja wprowadzona w projekcie ustawy w kwietniu bieżącego roku wychodzi naprzeciw tym oczekiwaniom i ogranicza pacjentowi możliwość wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ jedynie u tego samego świadczeniodawcy lub u różnych świadczeniodawców udzielających świadczeń pod tym samym adresem albo będących świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń pod tym samym adresem. Pacjent będzie składał zatem deklarację wyboru do zespołu POZ, a nie każdego z jego członków z osobna, niezależnie od formy organizacyjno-prawnej prowadzonej przez nich działalności dopuszczonej w ustawie o działalności leczniczej⁵. Wyżej opisane regulacje mają obowiązywać od 2025 r. Dodatkowo pozostawiono pacjentowi prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy POZ jedynie raz w roku, a przypadku każdej zmiany wprowadzono konieczność dokonania opłaty, o ile zmiana ta nie jest spowodowana zmianą miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub przyczyną powstałą po stronie świadczeniodawcy.

Obowiązkiem lekarza rodzinnego w świetle obowiązujących regulacji prawnych jest realizacja świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie ze swoimi kompetencjami i zakresem zadań, „zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, [...] zgodnie z zasadami etyki zawodowej i należytą starannością”⁶. Lekarz POZ planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia, profilaktykę chorób, rozpoznanie i leczenie chorób oraz rehabilitację⁷. Zapewnia on dostęp swoim pacjentom do opieki ambulatoryjnej w miej-

⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654.

⁶ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152.

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. 2016, poz. 1567.

scu udzielania świadczeń, a także opiekę w domu świadczeniobiorcy, którego stan zdrowia uniemożliwia opiekę ambulatoryjną. Zapewnia także swoim podopiecznym dostęp do badań diagnostycznych. Jest też obowiązany do informowania świadczeniobiorców o zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej⁸. Wyżej wymienione obowiązki wynikają z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* i aktów wykonawczych do tej ustawy, w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. *w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej*.

Nowo projektowana ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej utrzymuje wyżej wymienione obowiązki lekarza POZ, a szczegółowy zakres zadań także zostanie określony w drodze rozporządzenia. Opublikowany projekt rozporządzenia regulującego zakres zadań lekarza POZ nie wprowadza zmian merytorycznych w stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia w tej sprawie, a konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika ze zmiany upoważnienia ustawowego.

Lekarz rodzinny realizuje zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej nie samodzielnie, ale w ramach zespołu POZ, w skład którego wchodzi, oprócz lekarza POZ, także pielęgniarka POZ i położna POZ. Pracę zespołu koordynuje lekarz POZ, który rozstrzyga o sposobie planowania i realizacji postępowania terapeutycznego nad świadczeniobiorcą. Lekarz POZ sprawuje kompleksową opiekę poprzez realizację świadczeń określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia jako świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z zachowaniem odpowiednich warunków ich realizacji. Do świadczeń tych należą: porady lekarskie udzielane ambulatoryjnie i w domu pacjenta, świadczenia z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia, porady patronażowe i badania bilansowe, w tym badania przesiewowe w populacji dzieci i młodzieży objętej opieką, badania diagnostyczne laboratoryjne i obrazowe ujęte w wykazie oraz szczepienia ochronne⁹.

Proponowana ustawa narzuca na lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie tylko zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, ale także koordynację tej opieki w całym systemie ochrony zdrowia. Koordynacja ta miałaby polegać na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie POZ i innych zakresach lub w różnych rodzajach działalności leczniczej obejmujących wszystkie etapy i elementy realizacji świadczeń. Lekarz POZ pełni więc niejako rolę strażnika systemu, odpowiednio kierując pacjenta na inne poziomy opieki zdrowotnej. W ramach tej koordynacji lekarz POZ ma współpracować z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej. Współpraca i koordynacja opieki w ramach zespołu POZ polega na udzielaniu wzajemnych konsultacji, podejmowaniu wspólnych działań i stałej wymianie informacji o świadczeniobiorcy, w szczególności dotyczących rozpoznania, sposobu leczenia, rokowań, ordynowanych leków, w tym okresu ich stosowania i sposobu dawkowania oraz wyznaczonych wizyt, udzielonych i zaplanowanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym innych niż z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej*, Dz. U. 2013, poz. 1248.

Lekarz POZ jako koordynator opieki inicjuje, integruje lub kontynuuje leczenie podejmowane przez innego świadczeniodawcę w ramach swoich kompetencji zawodowych i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. W ramach tej koordynacji współpracuje z osobami udzielającymi specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, przedstawicielami instytucji i organizacji działających na rzecz zdrowia, dyrektorami szkół i innych placówek. Współpraca ta polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji oraz podejmowaniu wspólnych działań. Zgodnie z zapisami projektu ustawy może się ona odbywać za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Członkowie zespołu POZ po otrzymaniu pisemnej informacji od innego świadczeniodawcy zapoznają się z nią i dołączają do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, a informacja ustna wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej. Dotychczasowy obowiązek przekazywania informacji o udzielanych konsultacjach i leczeniu nie funkcjonuje w praktyce. Brakuje bowiem skutecznych narzędzi, które zobowiązywałyby innych świadczeniodawców do udzielania informacji zwrotnych lekarzowi POZ, a głównym nośnikiem informacji medycznych pozostaje pacjent. Wprowadzenie opieki koordynowanej i w konsekwencji konieczność wymiany informacji o pacjencie zawarte w nowych regulacjach prawnych byłyby dużym ułatwieniem w pracy lekarza POZ.

W projekcie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 30 grudnia 2016 r. pojawił się też nowy model opieki zintegrowanej przeznaczonej dla pacjentów z wybranymi chorobami przewlekłymi. Opieka ta ma być prowadzona na podstawie indywidualnego planu leczenia i finansowana w ramach dodatkowego budżetu wydzielonego poza stawką kapitulacyjną tzw. budżetu powierzonego. Istotą tego rozwiązania miało być zapewnienie przez świadczeniodawcę POZ szerszego katalogu badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych u świadczeniodawców, którzy mają podpisaną z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w szczególności inicjowanie wizyt pacjenta w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Założono przy tym, iż objęcie pacjenta opieką zintegrowaną wymaga jego zgody. Wyrażenie wyżej wymienionej zgody stanowiłoby jednocześnie rezygnację pacjenta z możliwości wyboru lekarza specjalisty w zakresie objętym opieką zintegrowaną (wyboru specjalisty dokonywałby lekarz POZ, a nie pacjent). Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody lub rezygnacji z objęcia opieką zintegrowaną, po uzyskaniu informacji o jego skutkach, należałoby zamieścić lub dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta. Pacjenci, którzy ze względów medycznych mogliby zostać objęci opieką zintegrowaną, zachowywaliby prawo wyboru sposobu leczenia (opieka zintegrowana lub opieka lekarza specjalisty na dotychczasowych zasadach). Wykaz chorób przewlekłych oraz sposób organizacji opieki w chorobach przewlekłych w ramach opieki zintegrowanej zostałyby określone przez ministra do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia.

Wejście w życie modelu opieki zintegrowanej w świetle pierwotnego projektu ustawy miało nastąpić z dniem 1 lipca 2019 r. i miało zostać poprzedzone rocznym programem pilotażowym. Ten proponowany model opieki wzbudził wiele kontrowersji i zastrzeżeń natury prawnej i organizacyjnej. Uwagi zgłaszane na etapie konsultacji społecznych dotyczyły nakładania na wszystkich lekarzy POZ obowiązku przystąpienia do modelu opieki zintegrowanej i obowiązku przyjęcia budżetu powierzonego na

opłacanie świadczeń specjalistycznych (porady w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i poszerzona diagnostyka). Zastrzeżenia budził też obligatoryjny dla wszystkich świadczeniodawców POZ termin przystąpienia do realizacji opieki zintegrowanej. Od wyżej wymienionych zapisów dotyczących opieki zintegrowanej, wobec których zgłaszano najwięcej uwag, odstąpiono w zmienionym projekcie ustawy, a szczegółowe warunki opieki koordynowanej zostaną uregulowane w przepisach wydanych dopiero po przeprowadzeniu pilotażu.

W związku z nowymi obowiązkami, jakie nakłada na lekarza podstawowej opieki zdrowotnej projektowana ustawa, planowane są zmiany w sposobie finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. W dalszym ciągu podstawę finansowania podstawowej opieki zdrowotnej stanowić ma roczna stawka kapitacyjna. Ponadto w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ mają być wyodrębnione dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą (tzw. budżet powierzony), środki przeznaczone na zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej i edukacji zdrowotnej (tzw. opłata zadaniowa), jak również środki przeznaczone na zapewnienie oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (tzw. dodatek motywacyjny). Ten system finansowania POZ ma motywować do poprawy koordynacji opieki nad pacjentem i lepszej pracy zespołowej, wzmocnić działania profilaktyczne i podnieść jakość opieki.

Wejście w życie projektowanej ustawy zaplanowano na 1 lipca 2017 r., a wejście w życie przepisów dotyczących opieki koordynowanej i zmian w sposobie finansowania podstawowej opieki zdrowotnej (budżet powierzony i dodatek motywacyjny) przesunięto na 1 lipca 2020 r.

Wnioski

Projektowaną ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej należy ocenić pozytywnie, ponieważ przyczyni się ona do wzmocnienia roli POZ i poprawy jej funkcjonowania, a w szczególności:

- 1) poprawi współpracę na poziomie świadczeniodawców realizujących świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej;
- 2) usprawni koordynację opieki zdrowotnej nad pacjentem i przepływ informacji o pacjencie w całym systemie ochrony zdrowia;
- 3) umożliwi korzystne zmiany finansowania świadczeń zdrowotnych w POZ skutkujące poprawą jakości i efektywności udzielanych świadczeń;
- 4) zmieni tendencje i przyzwyczajenia pacjentów do korzystania z porad lekarzy specjalistów, co przyczyni się do zmniejszenia kolejek w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest omówienie projektowanych zmian dotyczących organizacji i funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, a szczególności ponownego zdefiniowania roli i miejsca lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia. Lekarz POZ

jako koordynator opieki inicjuje, integruje lub kontynuuje leczenie podejmowane przez innego świadczeniodawcę w ramach swoich kompetencji zawodowych i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. W ramach tej koordynacji współpracuje z osobami udzielającymi specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, przedstawicielami instytucji i organizacji działających na rzecz zdrowia, dyrektorami szkół i innych placówek.

Słowa kluczowe: lekarz rodzinny, podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia zdrowotne

Obligations of the family doctor in the light of the Bill on primary medical care

Summary

The aim of this work is to discuss the proposed changes regarding the organisation and functioning of primary medical care and, in particular, to redefine the role and place of the primary care physician in the health-care system. The GP physician as a care coordinator initiates, integrates and/or continues treatment undertaken by another provider as part of his professional competence and in accordance with current medical knowledge. As part of this coordination, he cooperates with persons providing specialist health services, representatives of health institutions and organisations, school heads and other institutions.

Key words: general practitioner, primary medical care, health services

