

Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej

Późno, bo dopiero 30 listopada 2017 r. opublikowano w Dzienniku Ustaw¹ RP ustawę z 27 października o podstawowej opiece zdrowotnej (dalej „Ustawa” lub zamiennie „UoPOZ”). Ustawa weszła w życie z niezwykle krótkim vacatio legis, gdyż już 1 grudnia 2017 r.²³. Ministerstwo Zdrowia (dalej także „Ministerstwo” lub „MZ”) łączy z UoPOZ daleko idące nadzieje postrzegając ten akt normatywny jako fundament pod budowę nowego modelu opieki zdrowotnej. Model ten, w świetle wypowiedzi MZ, zakłada:

1. oparcie podstawowej opieki zdrowotnej na medycynie rodzinnej i pielęgniarstwie rodzinnym (od 1 stycznia 2025 r.);
2. objęcie każdego pacjenta opieką zespołu podstawowej opieki zdrowotnej, w którego skład wejdą lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ (...) Zespół będzie pracował w oparciu o zasadę niezależności zawodowej swoich członków;
3. zapewnienie w ramach koordynacji:
 - a. opieki profilaktycznej, adekwatnej do wieku i płci pacjenta oraz badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, zgodnie z indywidualnymi planami diagnostyki, leczenia i opieki,
 - b. „koordynatora administracyjnego” u każdego świadczeniodawcy, który będzie organizować proces udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielać pacjentom informacji o tym procesie; Wprowadzenie modelu opieki koordynowanej (1 października 2020 r.) zostanie poprzedzone programem pilotażowym, realizowanym do 31 grudnia 2019 r., na podstawie przepisów tzw. „ustawy pilotażowej”;
4. współpracę POZ z pozostałymi częściami systemu (w szczególności AOS) oraz wymianę informacji o stanie zdrowia pacjenta (m.in. w zakresie rozpoznania i sposobu dotychczasowego leczenia);
5. wprowadzenie motywacyjnego systemu finansowania POZ, w którym oprócz stawki kapitałowej pojawią się:
 - a. budżet powierzony, czyli środki przeznaczone na zapewnienie opieki koordynowanej,
 - b. opłata zadaniowa, czyli dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej,

c. dodatek motywacyjny za wynik leczenia i jakość sprawowanej opieki⁴.

MZ podkreśla, że Ustawa jest aktem komplementarnym do ustawy wprowadzającej sieć szpitali i stanowi jednocześnie wyraz dążenia administracji rządowej do zapewnienia prawidłowej koordynacji na poziomie POZ, jak leczenia szpitalnego⁵. Konstanty Radziwiłł przekonuje: *Te zmiany uczynią POZ rzeczywistą podstawą systemu ochrony zdrowia. Liczymy na to, że uda nam się zmienić mylne przekonania dotyczące korzystania ze służby zdrowia w Polsce – dzisiaj wiele osób uważa, że każda choroba wymaga leczenia u odpowiedniego specjalisty, w tym także choroby przewlekłe, którymi czasem dotknięte są miliony osób. To przekonanie jest błędne, a takie oczekiwania niemożliwe do spełnienia. Znakomitą większość potrzeb zdrowotnych można zrealizować w zespole POZ.*⁶

Minister zauważa, że istotne jest, by pacjent najpierw odwiedził lekarza rodzinnego, a dopiero ten, dochodząc do wniosku, że jego kompetencje zostały wyczerpane dokonywał skierowania do specjalisty; ten ostatni zaś nie przejmowałby pacjenta, ale udzielał porady i odsyłał pacjenta wyposażonego w diagnozę tudzież propozycję dalszego diagnozowania/leczenia do lekarza POZ. Minister na poparcie swoich oczekiwań odsyła do rozwiązań skandynawskich i brytyjskich⁷.

2. Podkreślić należy, że w świetle art. 2 UoPOZ podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy, w rozumieniu przepisów ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸ z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁹ lub udzielane są mu świadczenia, o których mowa w art. 57 ust. 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹ Dz. U. z 2017, poz. 2217.

² Zob. https://www.zdrowie.abc.com.pl/zmiany-w-prawie/opublikowana-zostala-ustawa-o-podstawowej-opiece-zdrowotnej,117060.html?utm_source=SARE&utm_medium=email&utm_campaign=NPOZ01122017; stan na dzień 1.12.2017 r.

³ Art. 38 UoPZ wskazuje te jej przypisy, które wchodzą w życie z inną datą (art. 29 pkt 7 w zakresie uchylecia ust. 2b w art. 55 z 30.11.2017; art. 6 ust. 4-6 z 1 stycznia 2019 r.; art. 14 ust. 2 i art. 29 pkt 10 i 11 z 1 października 2020 r.; art. 6 ust. 1 pkt 4 i ust. 2, w zakresie obowiązku ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej z 1 stycznia 2025 r.).

⁴ <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/ustawa-o-podstawowej-opiece-zdrowotnej-przyjeta-przez-sejm/>; stan na dzień 1.12.2017 r.

⁵ Ibidem.

⁶ Przytacza się za *Rynek Zdrowia – Radziwiłł: Zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej będą wprowadzane stopniowo*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Radziwiłł-zmiany-w-podstawowej-opiece-zdrowotnej-beda-wprowadzane-stopniowo,179001,14.html>; stan na 1.12.2017 r.

⁷ Ibidem.

⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 i 2110.

⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 2195.

Ustawodawca w następujący sposób definiuje w art. 3 Ustawy cele podstawowej opieki zdrowotnej:

- zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia;
- ocenę potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;
- rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
- zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa;
- zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

W świetle art. 4-5 Ustawy koordynacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, ze szczególnym uwzględ-

nieniem jakości i efektywności udzielanych świadczeń. Koordynację tę zaś zapewniają lekarze, POZ, we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ. W świetle art. 11 UoPZ to właśnie oni tworzą zespół POZ, realizujący zadania nią objęte. Pracę tego zespołu koordynuje lekarz POZ, który rozstrzyga o sposobie planowania i realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego nad świadczeniobiorcą (art. 11 ust.2 Ustawy).

3. Z perspektywy uczestników rynku ochrony zdrowia istotna jest ustawowa gwarancja zachowania ważności umów o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawartych przed 1 grudnia 2017 r. Podobnie rzecz się ma w odniesieniu do oświadczenia woli świadczeniobiorców o wyborze świadczeniodawcy, lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ. One również pozostają w mocy, z tym że oświadczenia takie złożone do świadczeniodawców nietworzących zespołu POZ (art. 11 ust. 1 i art. 33 ust. 1 Ustawy) tracą moc z dniem 31 grudnia 2024 r. Nadto do 31 grudnia 2024 r. świadczeniobiorca dokonując wyboru może wybrać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ nietworzących zespołu POZ (art. 11 ust. 1 Ustawy), które to oświadczenie traci moc z upływem tej daty.

dr Piotr Popowski, Zakład Zdrowia Publicznego
i Medycyny Społecznej
dr Lubomira Wengler, radca prawny

KADRY GUMed

Na stanowisku profesora nadzwyczajnego zatrudniono:

- dr. hab. Michała Chmielewskiego
- dr. hab. Krzysztofa Kuziemskiego
- dr hab. Lidę Piechowicz
- dr. hab. Roberta Sabiniewicza

Stopień naukowy doktora habilitowanego otrzymał

- dr hab. Sławomir Wójcik

Na stanowisku adiunkta zatrudniono:

- dr n. med. Monikę Kukowską
- dr n. med. Karolinę Markiet
- dr hab. Joannę Moryś
- dr n. med. Martę Stankiewicz
- dr. hab. Sławomira Wójcika

Na stanowisku wykładowcy zatrudniono:

- dr. med. Marcina Henniga
- dr med. Małgorzatę Pietrzykowską

Jubileusz długoletniej pracy w GUMed obchodzą:

20 lat

- Tomasz Ziarkiewicz

25 lat

- mgr Katarzyna Dzierzgowska
- Jerzy Grabowski

30 lat

- Maria Rogozińska

Pracę w Uczelni zakończyli:

- dr med. Anna Binkiewicz-Glińska
- Gertruda Frankiewicz
- mgr inż. Witold Główka
- dr hab. Wojciech Leppert
- dr n. biol. Halina Pietkiewicz

Zmiany w zakresie pełnienia funkcji kierowników jednostek organizacyjnych:

- W dniu 30.11.2017 r. dr hab. Wojciech Leppert przestał pełnić funkcję kierownika Zakładu Badań nad Jakością Życia
- W dniu 1.12.2017 r. dr n. med. Agacie Zdun-Ryżewskiej powierzono funkcje p.o. kierownika Zakładu Badań nad Jakością Życia.