Ministerstwo Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Piotr Warczyński

OZG.50.18.2016

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w Warszawie
11. 04. 2016
WPŁYNĘŁO
Nr dz. 1527

Warszawa, 2016-04-04

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 marca 2016 roku, przekazane za pośrednictwem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, dotyczące uwag do prac Zespołu do opracowania założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, w tym stanowiska nr 4 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 marca 2016 roku, uprzejmie proszę, o przyjęcie poniższego.

Zespół do opracowania projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej został powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2016 roku.

Biorąc pod uwagę korespondencję wpływającą do Ministerstwa Zdrowia, w szczególności obawy co do kształtu przyszłych rozwiązań legislacyjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom środowiska POZ, zmienił zakres zadań ww. Zespołu, koncentrując jego prace na przygotowaniu strategii rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie, uprzejmie wyjaśniam, iż zgodnie z intencją zmian wprowadzonych w dniu 23 marca 2016 roku, wypracowana przez Zespół strategia rozwiązań systemowych stanowić będzie podstawę do przygotowania przez resort zdrowia projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

Odnosząc się do poruszanej w interpelacji kwestii *„działań zmierzających do wykluczenia samodzielnego pielęgniarstwa i położnictwa rodzinnego z podstawowej opieki zdrowotnej"*, uprzejmie wyjaśniam, iż na posiedzeniu w dniu 17 lutego 2016 roku, Zespół w drodze uchwały podjął między innymi decyzję o utrzymaniu dotychczasowych rozwiązań w zakresie kontraktowania świadczeń lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, jak również pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania, co stoi w opozycji do tezy, dążenia Zespołu, do

włączenia świadczeń pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, czy też pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania, do struktury podmiotowej praktyk lekarskich POZ, a w konsekwencji likwidacji samodzielnych podmiotów pielęgniarskich i położniczych.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż w chwili obecnej Zespół opracowuje strategię prac nad założeniami do ww. projektu. Przy czym należy podkreślić, iż na obecnym etapie zaawansowania prac, nie można jednoznacznie stwierdzić, jaki będzie ostateczny kształt projektowanych rozwiązań.

Ponadto wyjaśniam, iż prace Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej kończą się z dniem 30 czerwca 2016 roku.

Z poważaniem

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia

Piotr Warczyński

Warszawa, dnia 10 kwietnia 2016 r.

Pan
Tomasz Tomasik

Przewodniczący
Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

W związku z przekazaniem do zaopiniowania członkom Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej projektu „Analizy funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycji strategii rozwiązań systemowych" (w wersji 1.0 z dnia 5 kwietnia 2016 r.) informuję, że Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnychzgłasza odrębne zdanie do przedmiotowego projektu:

1) w liście skrótów na str. 4 brak jest wyszczególnienia skrótu „PR" i jego rozwinięcia „pielęgniarka rodzinna";
2) w tabeli nr 10 w pkt 7 proponuje się wyrazy „po uzyskaniu odpowiednich specjalizacji" zastąpić wyrazami „po uzyskaniu odpowiednich kompetencji wynikających z posiadanego wykształcenia";
3) w tabeli nr 12 w pkt 5 proponuje się wyrazy „rozważenia wprowadzenia" zastąpić wyrazem „wprowadzenia";
4) w tabeli nr 12 w pkt 10 proponuje się dodać wyrazy „pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych";
5) w tabeli nr 5 w pkt 14 proponuje się wykreślić wyrazy „po wyborze modułu podstawowego w innych specjalizacjach" w odniesieniu do pielęgniarek i położnych. Jednocześnie zwraca się uwagę na konieczność i celowość stworzenia systemu rezydentur dla pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych. Stworzenie tego systemu byłoby uzasadnione w szczególności średnim wiekiem pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych, który często uniemożliwia wręcz uzyskanie przez nie specjalizacji;
6) w tabeli nr 5 w pkt 19 proponuje się uwzględnić lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie szkoleń podnoszących kwalifikacje, uwzględniających także aspekty socjologiczne i psychologiczne. Aspekty socjologiczne i psychologiczne powinny być stałym elementem kształcenia podyplomowego wszystkich wspomnianych trzech grup zawodowych;
7) w pkt 6 „Integracja wewnątrz- i międzysektorowa" na str. 41 proponuje się dodać,że „pielęgniarka rodzinna jest koordynatorem opieki pielęgniarsko-socjalnej. Pielęgniarka prowadzi pacjenta przez system podstawowej opieki zdrowotnej w celu uzyskania konkretnego świadczenia zdrowotnego, to ona kontaktuje się w imieniu pacjenta z przedstawicielami innych zawodów medycznych czy innymi instytucjami, w niezbędnym zakresie.

Ponadto, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych ponownie zwraca uwagę na to, że w projektowanym dokumencie brak jest rozdzielenia między pielęgniarką pracującą w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień a pielęgniarką udzielającą świadczeń w domu pacjenta. Rozwiązanie takie pozwoliłoby na rozdzielenie zadań i zakresów

Obowiązkówtych pielęgniarek, jak również w sposób realny wycenić koszty związane z ichpracą,a tym samym oszacować rzeczywiste koszty udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie, rozdzielenie zadań tych pielęgniarek pozwoliłoby na efektywne i skuteczne wykonywanie przez nie swoich obowiązków. Czas, który pielęgniarka udzielająca świadczeń w domu pacjenta mogłaby przeznaczyć na opiekę nad tym pacjentem jest ograniczany przez określone obowiązki tej pielęgniarki, które musi ona wykonać w gabinecie zabiegowym lub w punkcie szczepień. Pielęgniarka udzielająca świadczeń w domu pacjenta powinna cały swój czas przeznaczyć na udzielanie świadczeń w domu pacjenta, czyli na swoje podstawowe obowiązki, do których jest przygotowana i przeznaczona. Ograniczenie jej czasu poprzez konieczność przebywania i wykonywania określonych obowiązków w gabinecie zabiegowym lub w punkcie szczepień powoduje, że nie wykonuje ona swoich zadań, a pacjent w praktyce zmuszony jest do odwiedzania gabinetu zabiegowego lub punktu szczepień (bo tam jest pielęgniarka), chociaż większość świadczeń udzielanych temu pacjentowi w tych miejscach może być udzielana bez żadnego uszczerbku w miejscu jego zamieszkania. Oznacza to konkretne uciążliwości dla – często poważnie schorowanego – pacjenta związane z koniecznością opuszczenia przez niego miejsca zamieszkania i jego transportem.

Niezależnie od powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca uwagę na przewidziane w projekcie analizy kwestie odnoszące się do tworzenia zintegrowanych zespołów medycyny rodzinnej (*vide* tabela nr 4, pkt 4; tabela nr 9, pkt 11; tabela nr 11, pkt 5). W świetle projektu analizy zespoły takie mają być podstawową formą organizacyjną udzielania pacjentom świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wskazuje na to w szczególności to, że w projekcie przewidziano wsparcie finansowe dla tworzenia takich struktur, budżet powierzony, opiekę koordynowaną czy wspólne listy do lekarzy, pielęgniarek i położnych.

Zaproponowane w projekcie analizy rozwiązania pozbawią pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej samodzielności zawodowej, a w konsekwencjisamodzielności gospodarczej przedstawicieli tych zawodów wykonujących praktyki zawodowe.

Podobnie, w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, stanie się na skutek wprowadzenia do systemu podstawowej opieki zdrowotnej wspólnych list pacjentów dla lekarza, pielęgniarki i położnej. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych takie rozwiązanie musi doprowadzić do uzależnienia pielęgniarek i położnych od lekarzy, a także w konsekwencji do likwidacji samodzielności tych zawodów medycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Rozwiązanie to jest niedopuszczalne i niezgodne z przepisami ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), w szczególności z przepisem art. 2 cyt. ustawy, zgodnie z którym zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi.

Podkreślić należy fakt, że jednocześnie ze wspomnianą propozycją wspólnych list w projekcie analizy wskazano, że „pielęgniarkom i położnym należy zagwarantować dużą niezależność zawodową, a relacje lekarz-pielęgniarka powinny opierać się na zasadzie partnerstwa, a nie tradycyjnej podległości" (str. 38), co jest niemożliwe do pogodzenia. Ponadto, pielęgniarkom i położnym należy zagwarantować pełną niezależność zawodową, czyli po prostu niezależność zawodową, a nie niezależność zawodową w jakimkolwiek stopniu stopniowalną (dużą, niedużą). W ocenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych – na co Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwracała już uwagę – tylko zagwarantowanie pacjentowi swobody wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej pozwoli zagwarantować niezależność zawodową pielęgniarki i położnej.

Podnieść należy także – na co Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych również zwracała już uwagę – że wprowadzenie wspólnych list będzie stanowić ograniczenie prawa

pacjenta. Dokonując bowiem wyboru lekarza, dokonywać będzie automatycznie wyboru związanych z tym lekarzem pielęgniarki i położnej.

Podkreślić przy tym trzeba, że do tej pory nie zostały opracowane zasady tworzenia wspólnych list, w związku z czym w praktyce może to oznaczać brak możliwości samodzielnego kontraktowania świadczeń przez pielęgniarki i położne.

W świetle powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że zintegrowane zespoły medycyny rodzinnej nie mogą być jedyną i przeważającą formą udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Proponowane rozwiązania nie mogą eliminować funkcjonujących już form i rozwiązań, w szczególności samodzielnych praktyk pielęgniarskich i położnych. Wyłącznie swoboda wyboru przez pacjenta świadczeniodawcy może zapewnić właściwy poziom udzielania tych świadczeń, poprzez eliminację z rynku podmiotów niespełniających określonych prawem wymogów czy niespełniających oczekiwań pacjentów.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych pragnie również zwrócić uwagę na problem medycyny szkolnej. W projekcie analizy na str. 19 (tabela nr 6, pkt 3) wskazano, że zostanie utrzymane odrębne finansowanie medycyny szkolnej, podczas gdy na str. 39 wskazano, że środki na świadczenia w środowisku nauczania znajdą się w budżecie powierzonym lekarzowi. Projekt zatem jest wewnętrznie sprzeczny i nie wynika z niego, w jaki sposób medycyna szkolna ma być finansowana. Podkreślić w tym zakresie należy, że środowisko uczniów jest środowiskiem innym, niż środowisko pacjentów danego lekarza (nie są to środowiska tożsame). Podkreślić należy również, że w ramach medycyny szkolnej pielęgniarki wypracowały daleko posuniętą samodzielność w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te są udzielane przez pielęgniarki z olbrzymim doświadczeniem zawodowym, związanym z pracą często wśród dzieci upośledzonych lub niepełnosprawnych. Lekarze nie znają specyfiki tego środowiska, jak również specyfiki udzielania świadczeń zdrowotnych przedstawicielom tego środowiska. Wprowadzenie lekarza jako głównego podmiotu udzielającego świadczeń w zakresie medycyny szkolnej i finansującego te świadczenia może zburzyć dotychczas wypracowane, skuteczne i efektywne, mechanizmy. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie wyraża na to zgody.

Należy zwrócić uwagę na to, że przyjęta metoda pracy zespołu na zasadzie głosowanie określonych rozwiązań w sytuacji gdy środowisko pielęgniarek i położnych reprezentowane jest przez mniejszość, nie daje możliwości wprowadzenia preferowanych przez nasze środowisko rozwiązań.

W imieniu NRPiP
Maria Matusiak

Warszawa, dnia 13 czerwca 2016 r.

Pan
Tomasz Tomasik

Przewodniczący
Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

W związku z przyjętym przez Zespół w dniu 8 czerwca w drodze głosowania dokumentem „Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycji strategii rozwiązań systemowych" (wersja 2,0) informuję, że w imieniu własnym oraz pielęgniarek i położnych zgłaszam odrębne zdanie do przedmiotowego projektu.
Treść zdania odrębnego zawarta jest w poprzednim zdaniu odrębnym z dnia 10 kwietnia br, ponieważ zgłaszane przez nasze środowisko zmiany nie zostały uwzględnione.
W załączeniu zdanie odrębne z dnia 10 kwienia 2016 r.

Maria Matusiak

Dr hab. med. Tomasz Tomasik
Przewodniczący Zespołu
do opracowania strategii rozwiązań
systemowych w zakresie POZ

Kraków, dn. 14.06.2016 r.

Sz. P.
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

W załączeniu przesyłam strategię rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Strategię zatytułowano „Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycja rozwiązań systemowych". Została ona przyjęta przez Zespół w dniu 8.06.2016 r.

Do strategii złożone zostały przez członków Zespołu cztery zdania odrębne:

1. Zdanie odrębne Olgi Wawrzynkiewicz-Jabłońskiej z dnia 13.06.2016 r.
2. Zdanie odrębne Marii Stachowskiej z dnia 13.06.2016 r.
3. Zdanie odrębne Stanisława Maćkowiaka
4. Zdanie odrębne Marii Matusiak z dnia 13.06.2016 r.

Wyżej wymienione zdania odrębne przesyłam wraz z niniejszym pismem do wiadomości Pana Ministra.

Z poważaniem,

Tomasz Tomasik
Przewodniczący Zespołu

Kopia:
1. Członkowie Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ
2. Beata Rorant – Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia

Poznań, dnia 13 czerwca 2016 roku

Sz.P.

Tomasz Tomasik

Przewodniczący Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ

ZDANIE ODRĘBNE DO OPRACOWANIA „ANALIZA FUNKCJONOWANIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE ORAZ PROPOZYCJE STRTATEGII ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH"

Jako przedstawiciele Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce i członkowie Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ składamy zdanie odrębne do zatwierdzonej zwykłą większością głosów na posiedzeniu Zespołu dnia 8 czerwca 2016 roku wersji (2.0) opracowania strategicznego pt. „Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje rozwiązań systemowych", zwanego w dalszej części pisma „Strategią".

Jako członkowie Zespołu głosujący przeciwko zatwierdzeniu Strategii negujemy w całości zatwierdzony dokument. Poddane pod głosowanie opracowanie zostało stworzone przez jedną osobę, a nie przez wszystkich członków Zespołu. Opracowanie nie uwzględniło w ogóle licznych uwag składanych przez przedstawicieli pielęgniarek i położnych rodzinnych. Nie rozważano nawet propozycji i uwag składanych na bieżąco podczas posiedzeń Zespołu. Posiedzenia i prace Zespołu były tylko zwykłą formalnością. Nie można oprzeć się wrażeniu, że dokument Strategii został już o wiele wcześniej opracowany i tylko czekał na akceptację. Podczas

posiedzeń Zespołu nie było równości, nie uczestniczyły w nich członkowie z innych grup zawodowych np. lekarze specjaliści, przedstawiciele pielęgniarek nauczania i wychowania. Posiedzenia Zespołu nie polegały na dyskusji i szukaniu kompromisu, tylko na narzucaniu zdania mniejszości (pielęgniarki i położne rodzinne) poprzez organizowane głosowania ad hoc nad kwestiami „kontrowersyjnymi".

Powyższy wstęp jest konieczny, albowiem obrazuje w jakich warunkach i atmosferze stworzono dokument Strategii. Absolutnie nie można go uznać za efekt pracy całego Zespołu, tylko za postulaty lekarzy rodzinnych.

Negujemy powyższy dokument w całości, albowiem narusza on fundamentalne prawa i jest niezgodny z głównymi obowiązującymi aktami prawnymi regulującymi podstawowa opiekę zdrowotną w Polsce. Poniżej przedstawiamy główne zarzuty do Strategii.

Priorytety strategii zmian w POZ :

a)Wprowadzenie **„Zespołu medycyny rodzinnej" (str. 38)** składającego się z lekarza, pielęgniarki i położnej rodzinnej, opartego na własnej jednej liście zespołu i wprowadzenie okresu przejściowego dla pielęgniarek i położnych rodzinnych posiadających odrębne listy istotnie narusza fundamentalną zasadę wolności gospodarczej zawartą w : **art. 20 Konstytucji RP**: „Społeczna gospodarka rynkowa oparta na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych stanowi podstawę ustroju gospodarczego Rzeczypospolitej Polskiej", w **art. 22 Konstytucji RP:** „Ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny", **w art. 6 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej** „Podejmowanie, wykonywanie i zakończenie działalności gospodarczej jest wolne dla każdego na równych prawach". Zawarte w Strategii propozycje zmierzają w istocie do ograniczenia wolności działalności gospodarczej pielęgniarek i położnych rodzinnych. Intencją powołania „zespołu medycyny rodzinnej" jest pozbawienie pielęgniarek i położnych rodzinnych możliwości zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarki i położnej rodzinnej z płatnikiem publicznym, a tym samym prowadzenia własnej działalności gospodarczej. Zapis zawarty w Strategii, iż zespól medycyny rodzinnej i jedna lista przeznaczona dla pacjenta nie wyklucza oddzielnego kontraktowania jest wewnętrznie sprzeczny i kuriozalny.

Wprowadzenie zespołów medycyny rodzinnej w takim kształcie jak w Strategii spowoduje, iż lekarz rodzinny będzie jedynym podmiotem, który będzie mógł kontraktować świadczenia w poz na wszystkie 3 zakresy, a tym samym będzie zatrudniał pielęgniarki i położne rodzinne. Pielęgniarki i położne rodzinne zostaną pozbawione możliwości samodzielnego kontraktowania świadczeń na swoje zakresy. Takie ograniczenie wolności działalności gospodarczej nie tylko nie jest uzasadnione ważnym interesem publicznym , ale jest ewidentnie sprzeczne z nim.

Zgodnie z art. 28 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu poz spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; świadczeniobiorca dokonując wyboru świadczeniodawcy dokonuje jednocześnie wyboru świadczeniodawcy dokonuje jednocześnie wyboru lekarza o którym mowa w art. 55 ust. 2a, pielęgniarki poz i położnej poz. Świadczeniodawcą jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej. Z kolei ustawa o działalności leczniczej w art. 2 ust. 1 pkt. 5 za podmiot wykonujący działalność leczniczą uznaje podmiot leczniczy, oraz lekarza lub pielęgniarkę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową.

Nie jest zatem możliwe, aby w demokratycznym państwie prawa jakim jest Polska pielęgniarki i położne rodzinne, które w świetle art. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi, nie mogły jako podmioty wykonujące działalność leczniczą zawierać umów o udzielanie świadczeń z publicznym płatnikiem na swój zakres działalności.

Strategia jest całkowicie sprzeczna z istniejącym porządkiem prawnym i burzy ład w systemie opieki zdrowotnej, co niewątpliwie odbije się niekorzystnie dla wszystkich pacjentów poz. Strategia jest sprzeczna z art. 20 i 22 Konstytucji RP, z art. 6 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, z art. 28 i art. 2 ust. 1 pkt. 5 ustawy o udzielaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, z art. 2 i 3 ustawy o działalności leczniczej, z art. 2 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, z art. 6 ustawy o prawach pacjenta.

Sprzeciwiamy się kategorycznie wprowadzeniu „zespołu medycyny rodzinnej" łącznie z wszelkimi preferencjami finansowymi dedykowanymi takiemu zespołowi. Należy utrzymać możliwość oddzielnego kontraktowania świadczeń w poszczególnych zakresach tj. lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz. Jest to zgodne z dobrem pacjenta i gwarantuje jego wolne prawo

wyboru świadczeniodawcy. Obecnie takie zespoły medycyny rodzinnej tj. złożone z lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz mogą być tworzone i istnieją (art. 28 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Pacjent ma możliwość dokonania wyboru u tego samego świadczeniodawcy pielęgniarki poz, położnej poz i lekarza poz, ale ma też możliwość wyboru np. pielęgniarki poz czy położnej poz u innego świadczeniodawcy. Wprowadzenie jednej listy dla „zespołu medycyny rodzinnej" i obowiązku wyboru przez pacjenta tylko tej listy, a tym samym tylko określonego lekarza, pielęgniarki i położnej poz znajdujących się na tej liście narusza fundamentalne wolne prawo wyboru pacjenta. Pacjenci zostaną postawieni w sytuacji wszystko albo nic.

Należy dopracować jednolite zasady współpracy między lekarzami rodzinnymi a pielęgniarkami i położnymi rodzinnymi. Obecne zmiany dotyczące informatyzacji służby zdrowia, w szczególności powstanie platformy SIM mają na celu właśnie poprawę przepływu informacji o pacjencie między świadczeniodawcami. Dzięki informatyzacji będzie szybki dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta i będzie możliwość wymiany danych pomiędzy świadczeniodawcami na potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

Pacjent będzie zobligowany do wybrania w jednym miejscu całego zespołu tj. lekarza, pielęgniarki i położnej poz. Jest to odgórne narzucenie woli pacjentowi w wyborze określonego lekarza, pielęgniarki lub położnej rodzinnej.

Pielęgniarki i położne rodzinne nie sprzeciwiają się możliwości udzielania świadczeń przez jednego świadczeniodawcę w trzech różnych zakresach tj. lekarza, pielęgniarki i położnej rodzinnej, ale jednocześnie należy pozostawić możliwość oddzielnego kontraktowania przez świadczeniodawcę w każdym z zakresów. Mamy gospodarkę wolnorynkową, która dotyczy też usług medycznych. Należy pacjentowi, podobnie jak w innych dziedzinach, pozwolić na dokonanie wyboru określonego lekarza, pielęgniarki i położnej rodzinnej. Tym bardziej, że np. aż 90 % umów zawartych w Wielkopolsce jest na poszczególne zakresy świadczeń, co oznacza iż pacjenci korzystają z usług poszczególnych świadczeniodawców tj. pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych.

W Strategii podano na str. 12 dane dotyczące tylko ilości zawartych umów w poszczególnych zakresach, ale nie przedstawiono statystyk jak wygląda udzielanie świadczeń w ramach poszczególnych zakresów u świadczeniodawców kontraktujących wszystkie 3 zakresy w poz i kontraktujących poszczególne zakresu w poz. Takie dane można by łatwo pozyskać z NFZ. Wniosek jest taki, iż świadczeniodawcy posiadający oddzielne kontrakty na poszczególne zakresy świadczeń tj. pielęgniarskie i położnicze udzielają znacznie więcej świadczeń w miejscu zamieszkania pacjenta niż w przypadku kontraktów na wszystkie trzy zakresy. Powód jest prosty, gdyż pielęgniarki rodzinnie i położne rodzinne prowadząc własną indywidulaną działalność i kontraktując samodzielnie świadczenia są skoncentrowane na pacjencie i jego potrzebach, są w

pełni dyspozycyjne, dbają o pacjenta, udzielają świadczeń zgodnie ze swoim zakresem zadań. Natomiast w podmiotach leczniczych kontraktujących wszystkie trzy zakresy pielęgniarka rodzinna jest wykorzystywane w rejestracji, nierzadko w gabinecie zabiegowym lekarza, a dopiero na końcu jest u pacjenta potrzebującego pomocy w miejscu zamieszkania.

Dlatego też wprowadzenie systemu opisanego w Strategii doprowadzi do pozbawienia opieki w miejscu zamieszkania tysiące pacjentów. Przedstawiciele pielęgniarek i położnych rodzinnych na posiedzeniach Zespołu przedstawili jedną racjonalną i konkretną propozycję, zgodą przede wszystkim z dobrem pacjenta. Powinno być utrzymane status quo w kontraktowaniu świadczeń, utrzymanie rozdzielnej deklaracji wyboru pacjenta, powinna zostać wprowadzona do gabinetu zabiegowego pielęgniarka zabiegowa (praktyki) wykonująca zlecenia lekarskie w godzinach otwarcia gabinetu zabiegowego od 8-18:00. Na zatrudnienie takiej pielęgniarki powinien lekarz rodzinnych otrzymywać dodatkowe środki finansowe. Wówczas system POZ funkcjonowałby harmonijnie i przejrzyście. Pielęgniarka zabiegowa wykonywałaby zabiegi w gabinecie zabiegowym, a pielęgniarka rodzinna udzielałaby świadczeń w miejscu zamieszkania pacjenta. Pacjent nie musiałby czekać na pielęgniarkę ani w domu ani w gabinecie zabiegowym. Jest to system zgodny z dobrem pacjenta i racjonalny.

Reasumując negujemy w całości koncepcję „zespołu medycyny rodzinnej" zawartego w Strategii.

b) Poprawa finansowania (str. 39). Kwestionujemy także możliwość kontraktowania świadczeń przez świadczeniodawców z uwzględnieniem budżetu powierzonego obejmującego zakres : POZ (w tym nocna świąteczne, środowisko nauczania i wychowania) , AOS i szersze zakresy świadczeń w ramach opieki koordynowanej. Jest to niezgodne z dobrem pacjenta. Oznacza to, że jeden podmiot będzie decydował o zdrowiu pacjenta, o tym czy ma iść do specjalisty, czy tez nie, czy ma mieć zrobione badania czy nie. Cała Strategia traktuje pacjenta jak osobę, która nie jest w stanie podejmować decyzji odnośnie swojego zdrowia. Pacjent będzie zmuszony wybrać w jednym miejscu- w jednej przychodni lekarza, pielęgniarkę i położną rodzinną i polegać tylko na jednym lekarzu rodzinnym, który przecież jest dysponentem i decydentem wszelkich środków finansowych przeznaczonych na opiekę nad takim pacjentem.

c) udział dietetyka w zespole medycyny rodzinnej - z racji tego, iż Kolegium w całości sprzeciwia się wprowadzeniem zespołów medycyny rodzinnej neguje tym samym fakt bliskiej współpracy dietetyka z zespołem medycyny rodzinnej.

Reasumując, dokument Strategii jest nie do przyjęcia w takim kształcie przez środowisko pielęgniarek i położnych rodzinnych. Dokument ten opiera się na wspólnym założeniu tj. powstania „zespołów medycyny rodzinnej" w miejsce oddzielnie kontraktowanych świadczeń w poszczególnych zakresach przez pielęgniarki i położne rodzinne. Kolejne zaproponowane rozwiązania jako „priorytety strategii zmian w POZ" oraz Krytyczna analiza POZ są jedynie konsekwencją zaproponowanego modelu zespołu medycyny rodzinnej. Zaakceptowanie przez Ministra Zdrowia Strategii w takim kształcie będzie niezgodne z dobrem pacjenta, narazi ogromną rzesze pacjentów na brak opieki pielęgniarek i położnych rodzinnych i doprowadzi do uwstecznienia POZ zamiast do jego rozwoju.

Olga Wawrzynkiewicz - Jabłońska

Federacja
Pacjentów
Polskich

Zdanie odrębne

Dotyczy: Udział dietetyka w zespole POZ.

W Ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym w Art. 2. punkty 1-10 zdefiniowano zadania z zakresu zdrowia publicznego. Efektywna realizacja założonych zadań wymaga **współdziałania specjalistów w ramach interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, w skład których oprócz lekarza i pielęgniarki, powinien wchodzić także dietetyk, psycholog i pracownik socjalny.** Zadania zawodowe dietetyków, obejmujące ocenę i monitorowanie stanu odżywienia oraz sposobu żywienia, są niezbędnym elementem kompleksowej i efektywnej opieki dla różnych grup populacyjnych. Biorąc pod uwagę stale rosnącą liczbę dzieci, młodzieży i dorosłych z nadwagą i otyłością oraz chorobami dietozależnymi, włączenie dietetyka do zespołu terapeutycznego w długoterminowym procesie leczenia jest niezbędne. Przyczyni się to do wymiernej poprawy stanu zdrowia populacji i zmniejszenia kosztów ponoszonych na opiekę zdrowotną. Ponadto, stały dostęp do profesjonalnej opieki dietetycznej w podstawowej opiece zdrowotnej, pozwoli na zmniejszenie ryzyka wynikającego z nierzetelnych i zagrażających życiu i zdrowiu informacji oraz zaleceń żywieniowych dostępnych w środkach masowego przekazu.

Dietetyk, w ramach współpracy z lekarzem POZ, będzie kontynuował wytyczony proces terapeutyczny w zakresie niezbędnych modyfikacji dietetycznych, dostosowania sposobu żywienia do stanu zdrowia i zalecanej farmakoterapii oraz unikania potencjalnych interakcji leków z żywnością. Skoordynowana opieka medyczna ukierunkowana na pacjenta, zwiększy efektywność profilaktyki (pierwotnej i wtórnej) oraz leczenia, jak również stopień zadowolenia i poczucie bezpieczeństwa pacjenta z realizowanej opieki.

Kształcenie dietetyków w Polsce odbywa się na poziomie studiów wyższych i realizowane jest według standardów Europejskiej Federacji Towarzystw Dietetycznych (EFAD). Obecnie kwalifikacje pracowników zatrudnianych na stanowisku dietetyka w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z późniejszymi zmianami oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z późniejszymi zmianami, określając tym samym miejsce dietetyka w systemie opieki zdrowotnej.

Koszty poradnictwa dietetycznego, prowadzonego przez wykwalifikowanych specjalistów, powinny być realizowane w ramach dodatkowych środków, bez wpływu na finansowanie POZ w mechanizmie stawki kapitacyjnej.

Wprowadzenie powyższego modelu powinno stanowić jeden z priorytetów strategii zmian w systemie POZ, dostosowując go do standardów światowych.

Z poważaniem

Stanisław Maćkowiak

FEDERACJA PACJENTÓW POLSKICH
Warszawa 00-753, ul. Gagarina 7, Tel/fax (22) 841 10 67, Fax. (22) 720 07 09
KRS 0000251756, REGON 140487226, Bank PKO SA XV O/Warszawa
Numer rachunku 89 1240 2887 1111 0010 0970 4724