



PREZES RADY MINISTRÓW

Warszawa, dnia 25 września 2017 r.

RM-10-101-17



Pan Marek KUCHCIŃSKI
Marszałek Sejmu

Szanowny Panie Marszałku

Uprzejmie przedstawiam autopoprawkę do przekazanego Sejmowi w dniu 30 sierpnia 2017 r.

rządowego projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej (druk nr 1813).

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

AUTOPOPRAWKA

do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej

(druk nr 1813)

W projekcie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej (druk nr 1813) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 6:

a) w ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej”;

b) ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Lekarzem POZ jest także lekarz:

1) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub

2) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych

– udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r., pod warunkiem ukończenia kursu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1172).

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, może sprawować opiekę nad świadczeniobiorcą wyłącznie do ukończenia 18. roku życia.”;

c) dodaje się ust. 4–6 w brzmieniu:

„4. Kurs, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, organizuje instytut, o którym mowa w art. 15 ust. 2, lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, na podstawie ramowego programu kursu określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 6.

5. Koszty kursu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, pokrywa lekarz lub świadczeniodawca, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowy program kursu obejmujący założenia organizacyjno-programowe, plan

nauczania zawierający rozkład zajęć, wykaz umiejętności i treści nauczania oraz warunki ukończenia kursu, uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.”;

2) w art. 9 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Świadczeniobiorca nie wnosi opłaty, o której mowa w ust. 4, w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy, a także w przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 6 ust. 3.”;

3) w art. 10 ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. W przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u wybranego świadczeniodawcy lub wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 6 ust. 3, deklaracje wyboru zachowują ważność w zakresie wyboru tego świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, lub wyboru nowego świadczeniodawcy.”;

4) w art. 18 w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) przedstawicielami organizacji, instytucji działających na rzecz zdrowia oraz organami administracji publicznej;”;

5) skreśla się art. 33;

6) art. 38 otrzymuje brzmienie:

„Art. 38. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2017 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 29 pkt 6 w zakresie uchylecia ust. 2b w art. 55, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) art. 6 ust. 4-6, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.;
- 3) art. 14 ust. 2 i art. 29 pkt 8 i 9, które wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 r.;
- 4) art. 6 ust. 1 pkt 4 i ust. 2, w zakresie obowiązku ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.”.

UZASADNIENIE

Projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej zakłada docelowo objęcie przez lekarza pediatrę w POZ opieką wyłącznie dzieci do ukończenia 7. roku życia. Zasadne jest pozostawienie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży do 18. roku życia przez lekarza pediatrę w POZ, co wpłynie pozytywnie na stan zdrowia dzieci i młodzieży. Pediatra jest gruntownie wyszkolony do opieki nad dzieckiem od 0 do 18. roku życia. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pediatrii lekarze nabywają wiedzę i umiejętności nakierowane na diagnostykę, leczenie i profilaktykę dzieci na wszystkich etapach rozwoju. Pediatra posiada wiedzę zarówno o profilaktyce, niezbędnej dla pracy w POZ, ale również o odrębnościach wieku rozwojowego, które w sposób znaczący różnicują przebieg chorób u dzieci. Z tego względu ukończenie 18. roku życia jako granica sprawowania opieki nad pacjentem przez lekarza pediatrę w POZ odpowiada wiedzy specjalistycznej posiadanej przez tę grupę lekarzy. Powyższe znajduje również uzasadnienie w Konwencji o prawach dziecka, która w art. 1 definiuje dziecko jako każdą istotę ludzką w wieku poniżej osiemnastu lat. Zobowiązanie lekarzy pediatrów, internistów oraz lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej do odbycia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej nie stanowi nowego obowiązku, gdyż wynika on z uchylanego w projekcie ustawy art. 55 ust. 2b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.). W konsekwencji powyższego proponowane zmiany nie powodują skutków finansowych dla budżetu państwa, jak również budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Kurs w dziedzinie medycyny rodzinnej organizowany będzie przez instytut, którego zadaniem będzie realizacja programów badawczych, edukacyjnych i wdrożeniowych o kluczowym znaczeniu dla POZ, jak również, na dotychczasowych zasadach, przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, przy czym zasadne jest wprowadzenie tego obowiązku dla ww. lekarzy w modelu docelowym podstawowej opieki zdrowotnej, tj. od dnia 1 stycznia 2025 r. Zmiana w stosunku do obecnie obowiązującego stanu prawnego dotyczy ujednolicenia treści programowych, objętych ww. kursem. Ramowy program kursu zostanie określony w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia, które będzie określać, w szczególności:

- 1) cele kształcenia;

- 2) liczbę godzin programowych (nie mniej niż 30);
- 3) moduły tematyczne ze szczególnym uwzględnieniem sprawowania podstawowej opieki zdrowotnej ukierunkowanej na pacjenta, orientacji na społeczność lokalną, podejścia holistycznego oraz funkcjonowania i organizacji pracy podstawowej opieki zdrowotnej z przyporządkowaniem liczby godzin;
- 4) warunki ukończenia kursu.

Celem ogólnym kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej jest przygotowanie do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej kadry lekarskiej zapewniającej kompleksową, wszechstronną i skoordynowaną opiekę medyczną adekwatną do wieku i płci pacjenta, jak również problemów zdrowotnych danej społeczności lokalnej. Ponadto celem kursu jest zapoznanie ze specyfiką medycyny rodzinnej konieczną do sprawowania podstawowej opieki zdrowotnej nad pacjentem oraz społecznością lokalną.

Oczekuje się, że w toku kształcenia lekarz uzyska wiedzę na temat:

- 1) organizacji i zarządzania Zespołem POZ;
- 2) zarządzania opieką koordynowaną;
- 3) wybranych problemów klinicznych w praktyce lekarza rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów profilaktycznych, w tym szczepień ochronnych;
- 4) wpływu uwarunkowań społeczno-ekonomicznych na opiekę nad pacjentem.

Zakłada się, iż kurs będzie kończył się wydaniem zaświadczenia o ukończeniu kursu, w sytuacji obecności na zajęciach w minimalnym wymiarze godzin określonym w rozporządzeniu.

W związku z koniecznością opracowania programu kursu uzasadnione jest, aby przepisy dotyczące organizacji kursu weszły w życie z dniem 1 stycznia 2019 r. Skutkiem prawnym wprowadzonej autopoprawki będzie obowiązek wydania rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Wprowadzone autopoprawką zmiany wpłyną na lepszą jakość świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom, w tym dzieciom i młodzieży.

Zmiana zawarta w pkt 4 jest wynikiem ustaleń z przedstawicielami Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Autopoprawka ma na celu umożliwienie prowadzenia kompleksowych działań POZ na rzecz profilaktyki chorób (w tym promocji zdrowia, edukacji oraz

identyfikacji czynników ryzyka) w lokalnych społecznościach, we współpracy między innymi z organami administracji publicznej, w tym organami jednostek samorządu terytorialnego. Zmiana ma charakter doprecyzowujący i ma na celu kompleksowe określenie podmiotów, z którymi Zespół POZ będzie współpracował w ramach koordynacji i opieki nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia. Proponowana zmiana nie powoduje skutków finansowych.

Zmiany zawarte w projekcie autopoprawki nie wywołują skutków społecznych, gospodarczych i finansowych.

Projekt autopoprawki jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.