

U S T A W A

z dnia.....

o podstawowej opiece zdrowotnej¹⁾

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa cele i organizację podstawowej opieki zdrowotnej oraz zasady zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Art. 2. Podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy, w rozumieniu przepisów 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.²⁾), zwanego dalej „świadczeniobiorcą”, 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 dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60), oraz udzielane są mu świadczenia, o których mowa w art. 57 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 3. Podstawowa opieka zdrowotna ma na celu:

- 1) zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- 2) koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się następujące ustawy: ustawę z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony, ustawę z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej, ustawę z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy, ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. - Prawo o ustroju sądów powszechnych, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawę z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089, 1139, 1200, 1292, 1321 i 1428.

- 3) ocenę potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;
- 4) rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
- 5) zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa;
- 6) zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

Art. 4. 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 uwzględnieniem jakości i efektywności udzielanych świadczeń.

Art. 5. 1. Koordynację, o której mowa w art. 4, zapewnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, zwany dalej „lekarzem POZ”, we współpracy z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, zwaną dalej „pielęgniarką POZ”, i położną podstawowej opieki zdrowotnej, zwaną dalej „położną POZ”.

2. Lekarz POZ w ramach koordynacji, o której mowa w art. 4, inicjuje lub kontynuuje postępowanie diagnostyczno-lecznicze podejmowane w odniesieniu do świadczeniobiorcy przez innego świadczeniodawcę, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, zwanego dalej „świadczeniodawcą”, w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

3. Pielęgniarka POZ i położna POZ, o których mowa w ust. 1, w ramach współpracy z lekarzem POZ, rozpoznają warunki i potrzeby zdrowotne u świadczeniobiorcy oraz problemy pielęgnacyjne, planują i sprawują kompleksową opiekę pielęgniarską, a także kontynuują postępowanie terapeutyczne zlecone przez innego świadczeniodawcę, w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Art. 6. 1. Lekarz POZ to lekarz, który:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
- 2) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo
- 3) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo

4) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
– z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9.

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
- 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), udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, może sprawować opiekę nad świadczeniobiorcą wyłącznie do ukończenia 7 roku życia, z zastrzeżeniem art. 33.

Art. 7. 1. Pielęgniarka POZ to pielęgniarka, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
 - 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
 - 3) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
 - 4) odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
 - 5) posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa
- z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybraną przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9.

2. Pielęgniarką POZ jest także pielęgniarka, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych,

opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo

- 3) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
- 4) odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej

– udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

Art. 8. 1. Położna POZ to położna, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 3) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 4) odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 5) posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa

– z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybraną przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9.

2. Położną POZ jest także położna, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej

– udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

Art. 9. 1. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1430), art. 153 ust. 7a

ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1643, z późn. zm.³⁾) i art. 115 § 1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2017 r. poz. 665, 666, 768 i 1452).

2. Świadczeniobiorca w ramach wyboru, o którym mowa w ust. 1, wybiera lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ.

3. Świadczeniobiorca, w ramach wyboru, o którym mowa w ust. 1, może wybrać:

- 1) lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u tego samego świadczeniodawcy albo
- 2) lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u różnych świadczeniodawców, albo
- 3) lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ będących świadczeniodawcami - tworzących Zespół POZ, o którym mowa w art. 11.

4. Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 złotych.

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 lub art. 33.

6. Opłata, o której mowa w ust. 4, stanowi przychód podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu ustawy o świadczeniach.

7. Dokonanie przez świadczeniobiorcę wyboru, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie wiąże go w zakresie świadczeniodawcy udzielającego świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 5 ust. 17a ustawy o świadczeniach.

Art. 10. 1. Wybór, o którym mowa w art. 9 ust. 1 i 2, świadczeniobiorca potwierdza oświadczeniem woli, zwanym dalej „deklaracją wyboru”, będącym dokumentem w postaci:

- 1) papierowej albo
- 2) elektronicznej, wnoszonym za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, opatrzonym kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone Dz. U. z 2016 r. poz. 1948 i 1955 oraz z 2017 r. poz. 60, 244, 768, 1086 i 1321.

2. Dokonanie przez świadczeniobiorcę wyboru, o którym mowa w art. 9 ust. 1 i 2, może nastąpić za pomocą systemu, o którym mowa w art. 10 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, 1579 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 599).

3. Deklaracja wyboru zawiera:

- 1) dane świadczeniobiorcy:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) nazwisko rodowe,
 - c) datę urodzenia,
 - d) płeć,
 - e) numer PESEL, a w przypadku jego braku serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) adres miejsca zamieszkania,
 - g) numer telefonu,
 - h) adres e-mail,
 - i) imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, adres jego miejsca zamieszkania i numer telefonu - w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona;
- 2) określenie, który raz w danym roku jest dokonywany wybór, oraz czy powodem dokonania wyboru jest wystąpienie okoliczności określonych w art. 9 ust. 5;
- 3) numer karty ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonych, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach;
- 4) kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) dane dotyczące świadczeniodawcy, w tym jego nazwę (firmę) i adres siedziby;
- 6) imię i nazwisko lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ;
- 7) datę dokonania wyboru;
- 8) podpis świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 9) podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru w przypadku deklaracji, o której mowa w ust. 1 pkt 1.

4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany:

- 1) udostępnić świadczeniobiorcy deklarację wyboru, o której mowa w ust. 1 pkt 1, i sprawdzić poprawność jej wypełnienia;
- 2) przed przyjęciem deklaracji wyboru sprawdzić uprawnienia świadczeniobiorcy do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Wypełnione deklaracje wyboru, o których mowa w ust. 1 pkt 1, świadczeniodawca przechowuje w swojej siedzibie albo w miejscu udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zapewniając ich dostępność świadczeniobiorcom, którzy je złożyli, z zachowaniem wymagań wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, deklaracje wyboru świadczeniodawca przechowuje w module podstawowym, o którym mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

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 lub art. 33, deklaracje wyboru zachowują ważność w zakresie wyboru tego świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, lub wyboru nowego świadczeniodawcy.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi w drodze rozporządzenia, wzory deklaracji wyboru, uwzględniając możliwość wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ udzielających świadczeń u tego samego świadczeniodawcy albo u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami oraz konieczność zapewnienia przejrzystości danych zawartych w deklaracji wyboru.

Rozdział 2

Organizacja podstawowej opieki zdrowotnej

Art. 11. 1. Zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizuje zespół podstawowej opieki zdrowotnej, zwany dalej „zespołem POZ”.

2. W skład zespołu POZ wchodzi: lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ.

3. Pracę zespołu POZ koordynuje lekarz POZ, który rozstrzyga o sposobie planowania i realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego nad świadczeniobiorcą.

Art. 12. 1. Lekarz POZ planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą, w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia, profilaktykę chorób, rozpoznawanie i leczenie chorób oraz rehabilitację świadczeniobiorcy.

2. Pielęgniarka POZ planuje i realizuje opiekę pielęgniarską nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

3. Położna POZ realizuje pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną, w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

4. Lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ, wybrani przez świadczeniobiorcę, wydają skierowania na realizację zabiegów i procedur medycznych, w zakresie posiadanych kompetencji.

Art. 13. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do zapewnienia możliwości realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego, odpowiednio dla lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, zgodnie z zakresem zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 4.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, zapewnia świadczeniobiorcom, w kosztach własnej działalności, dostęp do:

- 1) opieki ambulatoryjnej w miejscu udzielania świadczeń;
- 2) opieki w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, którego stan zdrowia uniemożliwia opiekę ambulatoryjną.

3. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania świadczeniobiorców o zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 5 pkt 17a ustawy o świadczeniach, oraz o okolicznościach, w których deklaracja wyboru traci ważność, w szczególności przez umieszczenie, w sposób widoczny i ogólnodostępny, informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniodawcy.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres zadań lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, uwzględniając konieczność zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz bezpieczeństwo zdrowotne świadczeniobiorcy.

Art. 14. 1. W ramach koordynacji, o której mowa w art. 4, świadczeniodawca, zapewnia:

- 1) profilaktyczną opiekę zdrowotną dostosowaną do wieku i płci świadczeniobiorcy oraz zidentyfikowanych problemów zdrowotnych świadczeniobiorcy i populacji objętej opieką;
- 2) badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

2. Świadczeniodawca wyznacza osobę, do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych.

Art. 15. 1. Osoby udzielające świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej mogą realizować programy edukacyjne i badawczo-rozwojowe.

2. Prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych oraz wdrażanie ich wyników, a także prowadzenie działalności szkoleniowej i edukacyjnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej może być prowadzone przez instytut badawczy działający na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1158 i 1452) lub uczelnię, w której jest prowadzone kształcenie na kierunku studiów w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej.

Art. 16. 1. Współpraca w ramach podstawowej opieki zdrowotnej polega na stałej wymianie informacji o świadczeniobiorcy oraz podejmowaniu wspólnych działań przez członków zespołu POZ, w zakresie niezbędnym do zachowania zdrowia, profilaktyki, rozpoznawania i leczenia chorób, pielęgnowania oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1, dotyczą w szczególności rozpoznania, sposobu leczenia, rokowań, ordynowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, w tym okresu ich stosowania i sposobu dawkowania, oraz wyznaczonych wizyt, udzielonych i zaplanowanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w innych niż podstawowa opieka zdrowotna zakresach świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

Art. 17. 1. W ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą zespół POZ współpracuje z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką

szkolną, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

2. Współpraca, o której mowa w ust. 1, polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji, o których mowa w art. 16 ust. 2, oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy.

Art. 18. 1. W ramach koordynacji, o której mowa w art. 4, zespół POZ i poszczególni jego członkowie współpracują z:

- 1) osobami udzielającymi świadczeniobiorcy świadczeń specjalistycznych, w rozumieniu ustawy o świadczeniach;
- 2) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia;
- 3) dyrektorami szkół oraz innych placówek, o których mowa w art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949).

2. Współpraca, o której mowa w ust. 1:

- 1) pkt 1 – polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji, o których mowa w art. 16 ust. 2, oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy;
- 2) pkt 2 i 3 – polega na podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, w tym promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych.

3. Członkowie zespołu POZ po otrzymaniu pisemnej informacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1, zapoznają się z nią i dołączają do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Informacja ustna wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej.

Art. 19. Współpraca, o której mowa w art. 16–18, może odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych.

Art. 20. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do przetwarzania, przechowywania i udostępniania danych osobowych zawartych w deklaracji wyboru oraz w informacjach, o których mowa w art. 16 – 18, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318) oraz ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Art. 21. Szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym przekazywania informacji o tym procesie, określa regulamin organizacyjny świadczeniodawcy, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260).

Rozdział 3

Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej

Art. 22. Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej następuje na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, ze środków ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Rozdział 4

Jakość świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Art. 23. 1. Świadczeniodawcy są obowiązani do monitorowania jakości udzielanych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów niniejszej ustawy.

2. Monitorowanie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje:

- 1) dostępność świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) kompleksowość świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) ciągłość świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) zarządzanie i organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) uzyskanie efektu zdrowotnego.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, kryteria monitorowania jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwo zdrowotne świadczeniobiorców oraz obszary monitorowania, o których mowa w ust. 2.

Art. 24. Świadczeniodawca może brać udział w programach poprawy jakości z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, określonych przez instytut, o którym mowa w art. 15 ust. 2, których celem jest zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców oraz uzyskanie efektu zdrowotnego.

Rozdział 5

Przepisy zmieniające

Art. 25. W ustawie z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony (Dz. U. z 2017 r. poz. 1430) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 56b ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Osoby, o których mowa w art. 56a, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo wyboru:

- 1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz.),
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,
- 3) lekarza dentysty,
- 4) szpitala

– w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących jednostkami budżetowymi tworzonymi i nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, posiadających w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, albo będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.”;

2) w art. 69b ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Żołnierze, o których mowa w art. 69, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo wyboru:

- 1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, albo osoby pełniącej służbę lub zatrudnionej w podmiocie leczniczym w formie jednostki budżetowej i jednostki wojskowej dla której podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej,

- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,
- 3) lekarza dentysty,
- 4) szpitala

– w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez Ministra Obrony Narodowej.”.

Art. 26. W ustawie z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1643, z późn. zm.³⁾) w art. 153 ust. 7a otrzymuje brzmienie:

„7a. Funkcjonariusz w służbie kandydackiej, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ma prawo wyboru:

- 1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...),
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,
- 3) lekarza dentysty,
- 4) szpitala

– spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, mających siedzibę w terytorialnym zasięgu działania jednostki organizacyjnej Straży Granicznej.”.

Art. 27. W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2017 r. poz. 665, 666, 768 i 1452) w art. 115 § 1a otrzymuje brzmienie:

„§ 1a. Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo wyboru:

- 1) lekarza i pielęgniarki ambulatorium z izbą chorych;
- 2) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, określone w ustawie z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...);

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone Dz. U. z 2016 r. poz. 1948 i 1955 oraz z 2017 r. poz. 60, 244, 768, 1086 i 1321.

- 3) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentysty oraz szpitala, określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 28. W ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. - Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2062, z późn. zm.⁴⁾) w art. 162 w § 2 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

- „4) zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz.), stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania funkcji ławnika;”.

Art. 29. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5:

- a) po pkt 13 dodaje się pkt 13a w brzmieniu:

„13a) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...);”;

- b) pkt 25 otrzymuje brzmienie:

„25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – pielęgniarkę, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej;”;

- c) pkt 27 i 28 otrzymują brzmienie:

„27) podstawowa opieka zdrowotna – podstawową opiekę zdrowotną, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej;

28) położna podstawowej opieki zdrowotnej – położną, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej;”;

2) uchyla się art. 28;

3) w art. 32a:

- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 2103 i 2261 oraz z 2017 r. poz. 38, 60, 803, 1139 i 1452.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089, 1139, 1200, 1292, 1321 i 1428.

„1. Świadczeniobiorca, u którego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez skierowania, o którym mowa w art. 32.”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych, albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.”,

c) ust. 16 otrzymuje brzmienie:

„16. Oddział wojewódzki Funduszu, na wniosek odpowiednio świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lub świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub świadczeń szpitalnych, lub programów zdrowotnych, przydziela zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Świadczeniodawcy przydzielają lekarzom udzielającym u nich świadczeń opieki zdrowotnej zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.”;

4) w art. 32b:

a) w ust. 3 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„W przypadkach, o których mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej.”,

b) w ust. 4 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) nazwę i adres miejsca udzielania świadczeń oraz imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanego przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej;”;

5) w art. 43a ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczeniobiorcom, po ukończeniu 75. roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, ustalonym w sposób określony w ust. 2, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.”;

6) uchyla się art. 55 i art. 56;

7) po art. 132a dodaje się art. 132b w brzmieniu:

„Art. 132b. 1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1-3 i 5, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1.

2. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.”;

8) w art. 137 w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym finansowanie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą, profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 159 ust. 2b;”;

9) w art. 159 po ust. 2a dodaje się ust. 2b w brzmieniu:

„2b. Umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawierają dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie:

1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2, oraz osoby, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (budżet powierzony);

2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa);

3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).”;

10) uchyla się art. 244.

Art. 30. W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173) w art. 7 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Badania lekarskie u osób, o których mowa w art. 6 ust. 1, przeprowadzają lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz.), lub lekarze wykonujący zadania służby medycyny pracy, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184 oraz z 2017 r. poz. 60).”.

Art. 31. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 4 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz.),”;

2) po art. 15 dodaje się art. 15a w brzmieniu:

„Art. 15a. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.”;

3) w art. 22 ust. 4a pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, o których mowa w pkt 1”.

Art. 32. W ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 697 i 1292) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 42 w ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) są zdolne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone:

- a) zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz.) oraz
 - b) opinią o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka wystawioną przez psychologa, który posiada co najmniej wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku psychologia oraz 2-letnie doświadczenie w poradnictwie rodzinnym;”;
- 2) w art. 46 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do poinformowania starosty o każdej zmianie danych, o których mowa w ust. 2, oraz do przedstawiania co 2 lata zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia, wystawionego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, oraz opinii o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka, wystawionej przez psychologa.”.

Rozdział 6

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 33. Do dnia 31 grudnia 2024 r. lekarz, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 4, może sprawować opiekę nad świadczeniobiorcą do ukończenia 18 roku życia.

Art. 34. 1. Do dnia 31 grudnia 2024 r. świadczeniobiorca dokonując wyboru, może wybrać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ nie tworzących Zespołu POZ, o którym mowa w art. 11 ust. 1.

2. Oświadczenia woli świadczeniobiorców o wyborze świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, tracą ważność z dniem 31 grudnia 2024 r.

Art. 35. 1. Oświadczenia woli świadczeniobiorców o wyborze świadczeniodawcy, lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, złożone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują ważność.

2. Oświadczenia woli, o których mowa w ust. 1, złożone do świadczeniodawców, nie tworzących zespołu POZ, o którym mowa w art. 11 ust. 1, oraz art. 34 ust. 1, tracą ważność z dniem 31 grudnia 2024 r.

Art. 36. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 55 ust. 6 oraz 56 ust. 3 ustawy, zmienianej w art. 29 oraz art. 22 ust. 4a ustawy zmienianej w art. 31, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 10 ust. 8, art. 13 ust. 4 oraz art. 22 ust. 4a ustawy zmienianej w art. 31 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie dłużej jednak niż przez 24 miesiące od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 37. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność.

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

- 1) art. 29 pkt 6 w zakresie uchylenia ust. 2b w art. 55, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) art. 14 ust. 2 i art. 29 pkt 8 i 9, które wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 r.

UZASADNIENIE

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) odgrywa kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, ponieważ stanowi punkt wejścia pacjentów do systemu opieki zdrowotnej. POZ musi zapewnić wczesną diagnozę problemów zdrowotnych i profilaktykę, dokonywać kompleksowej i integralnej oceny potrzeb pacjenta w cyklu życia oraz pełnić funkcję strażnika systemu, zapewniając odpowiednie kierowanie pacjentów na inne poziomy opieki zdrowotnej. Od jej sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność całego systemu opieki medycznej.

Europejskie badania porównawcze wskazują, że Polska wypada gorzej niż inne państwa pod względem ładu organizacyjnego POZ, czego przykładem są m. in. problemy z finansowaniem, stałym rozwojem zasobów ludzkich oraz planami wdrożeń. Zgodnie z modelem opracowanym przez Kringos i in.⁴⁾, efektywnie działający lekarz POZ powinien zapewnić dostęp do świadczeń, kompleksowe świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, ciągłość opieki podstawowej, koordynację opieki podstawowej, wysokiej jakości wyniki opieki podstawowej, efektywność wyników opieki podstawowej, równość w zdrowiu. Zwiększenie efektywności ww. obszarów wymaga gruntownej zmiany uwarunkowań systemowych dotyczących roli POZ w systemie ochrony zdrowia.

Aktualnie, zagadnienia POZ są uregulowane w wielu aktach prawnych o zróżnicowanej randze. Dla dalszego rozwoju POZ uzasadnione jest przygotowanie i wdrożenie odpowiedniej ustawy, która zwiększy rolę POZ i zapewni skoordynowanie działań z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, zwiększy rolę profilaktyki i edukacji zdrowotnej i pozwoli na realizację kompleksowej i holistycznej POZ ukierunkowanej na pacjenta i społeczność lokalną, jak również zwiększy rolę personelu medycznego w POZ. Z dostępnych danych wynika, że do 2060 r. liczba seniorów w Rzeczypospolitej Polskiej ulegnie podwojeniu. Znacznie zwiększy się również liczba pacjentów chorych przewlekłe. Zachodzi zatem uzasadniona potrzeba usprawnienia POZ i zapewnienia opieki koordynowanej – nie tylko dla seniorów, ale także dla całej populacji. Planowany model opieki koordynowanej należy postrzegać jako strategię zmierzającą do stworzenia systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym kładzie się większy nacisk na działania zapobiegawcze.

⁴⁾ Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract.* 2010;11:81. doi: 10.1186/1471-2296-11-81.

Celem projektowanej ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej jest zapewnienie kompleksowości i wysokiej jakości POZ oraz stworzenie warunków umożliwiających finansowe motywowanie świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do podnoszenia poziomu jakości udzielanych świadczeń poprzez rozwój zawodowy i współpracę zespołu.

Projektowana ustawa definiuje rolę i miejsce POZ w systemie ochrony zdrowia, a w konsekwencji umożliwi poprawę jej organizacji i funkcjonowania, jak również stworzy warunki do zwiększenia jej efektywności. W szczególności istotna jest poprawa koordynacji opieki i pracy zespołowej w zakresie odrębnych kompetencji lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy organizacji zarządzania opieką nad pacjentem.

POZ jest miejscem pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji dotyczących stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz udzielania świadczeniobiorcy świadczeń, do których nie jest wymagane skierowanie, w ramach której zapewniony jest dostęp do finansowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz pielęgnacyjnych, udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

POZ została oparta na medycynie rodzinnej. Przyjmuje się, że docelowo lekarzem POZ będzie 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 specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii. Przy czym zakłada się, że lekarz pediatra sprawować będzie opiekę nad świadczeniobiorcą do ukończenia 7 roku życia. Do dnia 31 grudnia 2024 r. lekarz ten może sprawować opiekę nad świadczeniobiorcą do ukończenia 18 roku życia. Zmiana zasad sprawowania opieki przez lekarzy pediatrów po dniu 31 grudnia 2024 r. nie wpłynie na dostępność do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie planowane jest, w ramach odrębnej regulacji, utworzenie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej konsultacyjnej poradni pediatrycznej (projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przekazany do uzgodnień, konsultacji publicznych i opiniowania w dniu 1 czerwca 2017 r., MZ 522).

Jednocześnie z uwagi na niedobór kadry lekarskiej posiadającej specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej przyjęto, iż 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 z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej do dnia 31 grudnia 2024 r. Jednocześnie uwzględniono prawa nabyte, zgodnie z 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). W konsekwencji przyjęcia projektowanych zmian, w tym umożliwienia udzielania świadczeń wszystkim lekarzom udzielającym świadczeń w POZ do dnia 31 grudnia 2024 r., dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej pozostanie co najmniej na tym samym poziomie.

Analogiczne rozwiązania przyjęto dla pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarki POZ), określając jako docelowe kwalifikacje: posiadanie tytułu specjalisty lub odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub ukończenie lub odbywanie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub posiadanie tytułu zawodowego magistra. Jednocześnie z uwagi na niedobór kadry pielęgniarskiej posiadającej specjalizację w ww. dziedzinach pielęgniarstwa przyjęto, iż pielęgniarką POZ jest również pielęgniarka udzielająca do dnia 31 grudnia 2024 r. świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
- 3) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, lub opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
- 4) odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, lub opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Dla położnej podstawowej opieki zdrowotnej (położna POZ), określono docelowe kwalifikacje: posiadanie tytułu specjalisty lub odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub ukończenie lub odbywanie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub posiadanie tytułu zawodowego magistra.

Jednocześnie z uwagi na niedobór kadry posiadającej specjalizację w ww. dziedzinach pielęgniarstwa przyjęto, iż położną POZ jest również położna udzielająca do dnia 31 grudnia 2024 r. świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Zakłada się, że działania z zakresu rozwoju zawodowego powinny obejmować realizację programów badawczych, edukacyjnych i wdrożeniowych o kluczowym znaczeniu dla POZ. W tym celu jest planowana, w drodze odrębnego aktu prawnego, m. in. reorganizacja Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, który pierwotnie odpowiadał za kształcenie kadry lekarskiej dla POZ. Polegać będzie ona na poszerzeniu zakresu zadań o zagadnienia dotyczące medycyny rodzinnej, co pozwoli na inicjowanie i prowadzenie prac badawczo-rozwojowych, działalności leczniczej oraz kształcenia personelu medycznego w zakresie medycyny rodzinnej.

Projekt ustawy definiuje koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia. Przyjęto, iż koordynatorem pacjenta w całym systemie ochrony zdrowia jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz POZ), którego podstawowym zadaniem, jako przewodnika pacjenta po systemie, we współpracy z pielęgniarzką POZ i położną POZ, jest zapewnienie pacjentowi ciągłości i kompleksowości opieki, który w ramach koordynacji inicjuje lub kontynuuje postępowanie diagnostyczno-lecznicze podejmowane w odniesieniu do świadczeniobiorcy przez innych świadczeniodawców. Pielęgniarka POZ i położna POZ w ramach współpracy z lekarzem POZ, rozpoznają warunki i potrzeby zdrowotne u świadczeniobiorcy oraz problemy pielęgnacyjne, planują i sprawują kompleksową opiekę pielęgniarzką, a także kontynuują postępowanie terapeutyczne zlecone przez innego świadczeniodawcę.

Zmodyfikowano zasady dotyczące prawa wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, umożliwiając świadczeniobiorcy wybór

lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ u tego samego świadczeniodawcy albo u różnych świadczeniodawców, albo lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ będących świadczeniodawcami, tworzących Zespół POZ. Do dnia 31 grudnia 2024 r. świadczeniobiorca dokonując wyboru, może wybrać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ, na dotychczasowych zasadach, tzn. nie tworzących Zespołu POZ. Oświadczenia woli pacjentów o wyborze świadczeniodawcy, lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, złożone przed dniem wejścia w życie ustawy zachowują ważność. Zachowają również ważność, po dniu 31 grudnia 2024 r., deklaracje wyboru do lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, nie tworzących zespołu POZ. Warunkiem zachowania ważności oświadczeń woli po 31 grudnia 2024 r., będzie nawiązanie współpracy przez wybranych przez świadczeniobiorcę lekarza POZ, pielęgniarkę POZ i położną POZ. Ponadto utrzymano ważność deklaracji wyboru w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza POZ lub świadczeniodawcy, w przypadku wyboru przez świadczeniobiorcę lekarza pediatry, w sytuacji osiągnięcia przez niego 7 roku życia lub, a w okresie do dnia 31 grudnia 2024 r. - osiągnięcia przez niego 18 roku życia. Lekarz pediatra będzie mógł bowiem udzielać świadczeń zdrowotnych do ukończenia przez świadczeniobiorcę 7. roku życia, a w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2024 r. - do ukończeniu 18. roku życia. Po tym okresie istnieje konieczność wyboru nowego lekarza POZ, mającego uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej osobie w określonym wieku. Jednocześnie wprowadzono obowiązek informacyjny dotyczący poinformowania o okolicznościach, w których deklaracje wyboru tracą ważność w określonym zakresie. Od dnia 1 stycznia 2025 r. oświadczenia woli będą składane do lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, tworzących zespół POZ, niezależnie od formy organizacyjno-prawnej. Ponadto w odniesieniu do deklaracji wyboru utrzymano prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, jednocześnie przyjmując możliwość jego dwukrotnej zmiany w ciągu roku kalendarzowego (obecnie 3 zmiany w roku kalendarzowym). W sytuacji, kiedy Zespół POZ będzie zapewniał opiekę koordynowaną nad świadczeniobiorcą w całym systemie ochrony zdrowia, konieczne jest ograniczenie liczby możliwych w danym roku kalendarzowym zmian świadczeniodawcy, co umożliwi sprawowanie opieki nad pacjentem, zgodnie z projektowanym modelem. Przyjęte rozwiązanie stanowi konsekwencję wprowadzenia modelu opieki koordynowanej w POZ, ale nie pozbawia jednocześnie świadczeniobiorcy możliwości zmiany lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ. Ponadto rozszerzono katalog sytuacji, w których świadczeniobiorca nie

ponosi opłaty za zmianę lekarza POZ, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem POZ jest lekarz pediatra osiągnął 7 rok życia lub, do dnia 31 grudnia 2024 r., osiągnął 18 rok życia. Realizując rekomendację Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2016 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 1, 17, 34 i 54), dotyczącą konieczności zintegrowania opieki nad pacjentem przyjęto, że każdy pacjent będzie objęty opieką zespołu podstawowej opieki zdrowotnej (zespół POZ), w skład którego wchodzi lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ. Pracę zespołu POZ będzie koordynował lekarz POZ, który będzie rozstrzygał o sposobie postępowania diagnostyczno-leczniczego nad świadczeniobiorcą. Zespół POZ, niezależnie od formy organizacyjno-prawnej, będzie pracował w oparciu o zasadę niezależności zawodowej swoich członków. Jednocześnie zostanie utrzymana możliwość prowadzenia działalności w ramach POZ różnych podmiotów leczniczych (przedsiębiorcy: osoby fizyczne lub prawne, organizacje pozarządowe, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej) oraz praktyk zawodowych (indywidualne i grupowe; lekarskie, pielęgniarskie lub położnych), przy czym umowy o udzielanie świadczeń z publicznym płatnikiem będą zawierane, jak dotychczas, ze świadczeniodawcami. Zespół POZ, co do zasady nie będzie nowym świadczeniodawcą. Również świadczeniodawca będzie przechowywał deklaracje wyboru.

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ, pielęgniarka POZ, położna POZ będą ze sobą współpracować w ramach zespołu POZ. Pracę zespołu POZ koordynuje lekarz POZ, który planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia, profilaktykę chorób, rozpoznawanie i leczenie chorób oraz rehabilitację świadczeniobiorcy. Pielęgniarka POZ planuje i realizuje opiekę pielęgniarską nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Położna POZ realizuje pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania pacjentów o zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez umieszczenie informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniodawcy, jak również o sytuacjach, w których deklaracja wyboru traci ważność.

Jednocześnie w ramach koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą świadczeniodawca zostanie obowiązany do zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej dostosowanej do wieku i płci świadczeniobiorcy oraz zidentyfikowanych problemów zdrowotnych świadczeniobiorcy i populacji objętej opieką, jak również badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki. Ponadto wprowadzono wymóg wyznaczenia osoby, do której zadań należeć będzie organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie w sposób widoczny i ogólnodostępny informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Decyzja o tym, kto będzie odpowiadał za koordynację procesu leczenia należy wyłącznie do świadczeniodawcy. Rolę taką może pełnić np. personel pielęgniarski lub inny wykwalifikowany personel medyczny lub niemedyyczny, tzw. care coordinator, odpowiedzialny w danym zakładzie leczniczym za działania organizacyjno-techniczne, w szczególności umawianie wizyt, potwierdzanie realizacji kolejnych etapów procesu diagnostyczno-leczniczego oraz zapewnianie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem. Zasadniczym celem opieki koordynowanej polegającej na współpracy lekarza POZ z lekarzami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) jest zapewnienie, z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów, udzielania świadczeń w sposób planowy i kompleksowy.

Istotą tego rozwiązania jest zapewnienie przez świadczeniodawcę szerszego katalogu badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, w tym inicjowanie wizyt pacjenta w AOS, jak również umożliwienie konsultacji lekarz – lekarz. Opieka koordynowana powinna odbywać się na podstawie indywidualnego planu leczenia zgodnie z zaleceniami postępowania medycznego (tzw. ścieżki postępowania) w wybranych chorobach przewlekłych. Wprowadzenie tego modelu organizacyjnego zostanie poprzedzone programem pilotażowym wdrażanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z Bankiem Światowym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Program pilotażowy zostanie przeprowadzony na podstawie przepisów dodawanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), wprowadzających samodzielną podstawę do ustalania programów pilotażowych. Projekt ustawy wprowadzający zmiany w tym zakresie obecnie znajduje się na zaawansowanym etapie prac legislacyjnych - został przyjęty przez Radę Ministrów. W związku z powyższym brak jest zagrożenia dla realizacji programu w zaplanowanym terminie. Po przeprowadzeniu pilotażu szczegółowe

warunki opieki koordynowanej zostaną uregulowane w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przy czym należy podkreślić, iż katalog badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych w ramach opieki koordynowanej będzie wprowadzany sukcesywnie, aby docelowo zapewnić koordynację pacjenta w systemie. W ramach koordynacji leczenia pacjenta przez POZ konieczne będzie uzyskiwanie informacji o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych w innych zakresach świadczeń (ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne). W konsekwencji powyższego konieczna będzie wymiana informacji o pacjencie, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm.), oraz współdziałanie w procesie leczenia.

W ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej zespół POZ współpracuje z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną. Ponadto w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zespół POZ współpracuje również z osobami udzielającymi pacjentowi świadczeń specjalistycznych (m. in. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki długoterminowej), z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak również przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia, dyrektorami szkół oraz innych jednostek (np. młodzieżowych ośrodków wychowawczych, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych dla dzieci i młodzieży wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy i wychowania) w zakresie zachowania zdrowia i profilaktyki chorób na poziomie populacji, w tym edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych. Ponadto zobowiązano lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego leczących świadczeniobiorców w poradniach specjalistycznych do pisemnego informowania kierującego świadczeniobiorcę lekarza POZ o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Współpraca, zarówno w ramach POZ, jak i pozostałymi częściami systemu ochrony zdrowia, może odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych.

Źródłem finansowania POZ jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Podstawę finansowania POZ stanowi roczna stawka kapitacyjna. Doświadczenia międzynarodowe wskazują, że w większości państw europejskich stawka kapitacyjna uzupełniana jest metodą opłaty za usługę lub płatnością za wyniki leczenia. Taki system finansowania obowiązuje w Anglii, Czechach, Danii, Estonii, Holandii, na Litwie, w Rumunii, Słowacji, Słowenii, Szwecji i we Włoszech. Wśród wszystkich badanych państw jedynie Polska i Hiszpania stosują wyłącznie stawkę kapitacyjną. W Australii, Francji, Niemczech i USA przychody uzależnione są od udzielonych świadczeń⁵⁾. W kontekście powyższego planuje się wyodrębnienie w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, dodatkowych środków przeznaczonych na zapewnienie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą, w tym koordynatora (budżet powierzony). Ponadto planowane jest również wyodrębnienie dodatkowych środków przeznaczonych na zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa) oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny). Przy czym regulacje w przedmiotowym zakresie zostaną określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powyższe stanowi konsekwencję faktu, iż ustawa ta stanowi kompleksową regulację dotyczącą zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej we wszystkich zakresach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Ponadto, zaproponowane w projekcie ustawy sposoby finansowania POZ zostaną szczegółowo zdefiniowane w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 i art. 31d ww. ustawy. Wskazane akty wykonawcze zawierające zmiany wynikające z nowego modelu organizacyjnego zostaną wydane po przeprowadzeniu programu pilotażowego wdrażanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z Bankiem Światowym. Obowiązujący system finansowania POZ nie zachęca do przyjmowania proaktywnej postawy i koordynowania zarówno profilaktyki, jak i leczenia pacjentów. Zakładany sposób

⁵⁾ Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmill M, Mossialos E. Primary care in Europe: policy brief. London: The London School of Economics and Political Science; 2009 (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4739&langId=en>, accessed 25 November 2016).

finansowania ma być systemem motywacyjnym, który powinien zagwarantować optymalne wykorzystanie środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. Zarówno płatnik jak i świadczeniodawcy mają monitorować wyniki leczenia, jakość opieki i efektywność kosztową, w oparciu o wypracowane wskaźniki.

W Polsce brakuje obecnie ogólnosystemowego, utrwalonego podejścia do wspierania poprawy jakości POZ, w tym procesów ewaluacji i narzędzi do monitorowania, oceny, zwiększania i utrwalania efektywności udzielanych świadczeń. Zakłada się, że działania na rzecz poprawy jakości i skuteczności opieki będą realizowane systematycznie przez wspieranie podnoszenia jakości opieki sprawowanej w POZ. Zapewnianie jakości będzie zaplanowanym dynamicznym procesem opartym na przeglądzie aktualnie sprawowanej opieki oraz podejmowaniem działań mających na celu ciągłą poprawę standardu opieki nad pacjentem⁶⁾. Jednocześnie zostanie wdrożony zestaw działań monitorująco-oceniających, co wpisuje się w koncepcję projakościowego podejścia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Nowe regulacje pośrednio będą promować rozwijanie wewnętrznych systemów poprawy jakości. Świadczeniodawcy będą zobowiązani do monitorowania jakości udzielanych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, m. in. dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz zarządzania i organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzono fakultatywne upoważnienia do wydania rozporządzenia, określającego kryteria monitorowania jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W celu wsparcia inicjatyw oddolnych służących poprawie jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu POZ planowane jest ogłoszenie w 2017 r. konkursu pn. „Jakość w podstawowej opiece zdrowotnej”, którego działania będą finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego.

W związku z objęciem projektowaną ustawą części zagadnień, które obecnie regulują przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaistniała konieczność wprowadzenia w niej zmian, w tym w szczególności definicji lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ oraz organizacji podstawowej opieki zdrowotnej. W konsekwencji usunięcia art. 55 przeniesiono obowiązujące przepisy dotyczące nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zmienione ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

⁶⁾ Tomasik T, Windak A, Król Z, Jakobs M. „Wprowadzenie do procesów poprawy jakości w medycynie rodzinnej”, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków 1996 r.

ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) do działu Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami. Ponadto w art. 159 ww. ustawy, w konsekwencji projektowanych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, dookreślono zakres umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wprowadzając możliwość wyodrębnienia dodatkowych środków przeznaczonych na zapewnienie:

- 1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2, oraz osobę, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia o podstawowej opiece zdrowotnej (budżet powierzony);
- 2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa);
- 3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).

Ponadto konsekwentnie rozszerzono zakres regulacji ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określony w art. 137 ustawy, w części dotyczącej sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej poprzez dookreślenie, iż w przypadku umów o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jego elementem jest również finansowanie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą, profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki zdrowotnej.

Ponadto, w związku ze zmianą definicji lekarza POZ, konieczne jest wprowadzenie zmian w przepisach następujących ustaw:

- 1) ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony (Dz. U. z 2016 r. poz. 1534, z późn. zm.);
- 2) ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1643, z późn. zm.);
- 3) ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2062, z późn. zm.);
- 4) ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, z późn. zm.);
- 5) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.);
- 6) ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 697).

W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2017 r. poz. 665 i 768), oprócz zmiany definicji lekarza POZ, na wniosek Ministra Sprawiedliwości, w

art. 115 § 1a, wprowadzono ograniczenie prawa wyboru osoby pozbawionej wolności dotyczące personelu medycznego w zakresie lekarza i pielęgniarki ambulatorium z izbą chorych. Proponowana zmiana ma na celu uporządkowanie i ujednoczenie przepisów, w kontekście przepisów dotyczących podmiotów leczniczych o szczególnej regulacji oraz odnoszących się do opieki medycznej osób osadzonych w jednostkach penitencjarnych ujętych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, które stanowią *lex specialis* względem przepisów powszechnie obowiązujących regulujących tę problematykę. Rozwiązanie takie jest wskazane ze względu na specyfikę jednostek penitencjarnych oraz ze względu na konieczność ograniczania postaw roszczeniowych osób pozbawionych wolności.

Ponadto w ustawie o działalności leczniczej:

- 1) zagwarantowano osobom wykonującym zawód medyczny udzielającym świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym prawo do korzystania z ochrony prawnej przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych;
- 2) na wniosek Ministra Obrony Narodowej, doprecyzowano delegację do określenia przez Ministra Obrony Narodowej w drodze rozporządzenia standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej.

Zakłada się wejście w życie ustawy z dniem 1 grudnia 2017 r., z wyjątkiem:

- 1) uchylecia w ustawie o świadczeniach przepisu zobowiązującego do ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej lekarzy POZ nieposiadających specjalizacji II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub nieodbywających szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) przepisów dotyczących koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą, budżetu powierzonego, opłaty zadaniowej i dodatku motywacyjnego, które wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 r., przy czym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawarte przed dniem wejścia w życie ustawy zachowują ważność.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanej ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Przyjęte rozwiązania mogą mieć wpływ na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców, w zakresie zobowiązania do wprowadzania programów poprawy

jakości, co przyczyni się do poprawy zarządzania i organizacji pracy, a w konsekwencji jakości opieki nad pacjentem.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych i nie podlega notyfikacji na w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.