

Sebastian SIKORSKI*

OPIEKA KOORDYNOWANA/ZINTEGROWANA NA GRUNCIE USTAWY O PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Streszczenie

Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce oparta jest na medycynie rodzinnej. Stanowi pierwszy, a w konsekwencji niezwykle istotny etap kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia. Kluczowe jest, więc prawidłowe jej umiejscowienie w systemie wraz z określeniem zadań oraz zasad organizacji. Z problematyką tą ściśle związane są pojęcia opieki koordynowanej i zintegrowanej, które wprost przekładają się na proces leczenia pacjenta oraz współdziałanie w tym zakresie między jednostkami ochrony zdrowia. Należy wręcz stwierdzić, że determinują organizację całego systemu opieki zdrowotnej, powodując podniesienie jakości i racjonalizację kosztów udzielanych świadczeń. Artykuł ten zarysowuje organizację i zakres działania podstawowej opieki zdrowotnej na gruncie ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej widzianej przez pryzmat tych dwóch kluczowych pojęć tj. opieki koordynowanej i zintegrowanej.

* **Dr Sebastian Sikorski** – doktor nauk prawnych, adiunkt w Zakładzie Prawa i Administracji, WAIiNS Politechniki Warszawskiej, adwokat specjalizujący się w prawie medycznym i administracyjnym. Zastępca Redaktora Naczelnego „Ekonomia i Prawo w Ochronie Zdrowia” – Oficyna Wydawnicza SGH. W latach 2016-2017 odbywał Krajowy Staż Naukowy w Katedrze Prawa Administracyjnego i Samorządu Terytorialnego, WPiA UKSW. W okresie od 2004 do 2007 r. zajmował stanowisko naczelnika Wydziału Obsługi Sektora Ochrony Zdrowia w Banku Gospodarstwa Krajowego. W latach 2004-2007 delegowany do bezpośredniej współpracy z Ministrem Zdrowia oraz jako ekspert banku w sejmowej i senackiej Komisji Zdrowia. Prelegent na licznych konferencjach naukowych i branżowych. Autor kilkudziesięciu publikacji naukowych.

Słowa kluczowe: *opieka zintegrowana, opieka koordynowana, podstawowa opieka zdrowotna, medycyna rodzinna.*

Wprowadzenie

W piśmiennictwie zasadnie wskazuje się, że podstawowa opieka zdrowotna stanowi pierwszy, a więc niezwykle istotny etap, w dostępie do świadczeń zdrowotnych, udzielanych na tym poziomie w sposób powszechny i ciągły, ukierunkowany na promocję zdrowia, profilaktykę i leczenie zaistniałych chorób¹. Ustawodawca chcąc podkreślić rolę podstawowej opieki zdrowotnej w całym systemie ochrony zdrowia wprowadził w ubiegłym roku do systemu prawnego odrębną regulację w postaci ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej² zwaną dalej u. POZ. W treści uzasadnienia u. POZ zaznaczono, iż podstawowa opieka zdrowotna (POZ) odgrywa kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, zaś od jej sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność całego systemu opieki medycznej. Dlatego tak ważne jest zapewnienie skoordynowanych działań z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, zwiększenia roli profilaktyki i edukacji zdrowotnej, która w efekcie pozwolić ma na realizację kompleksowej i holistycznej podstawowej opieki zdrowotnej ukierunkowanej na pacjenta i społeczność lokalną.³ Celem u. POZ ma być jednocześnie zapewnienie kompleksowej, wysokiej jakości podstawowej opieki zdrowotnej m.in. poprzez stworzenie warunków umożliwiających finansowe motywowanie świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także rozwój zawodowy i współpracę pracujących w tym obszarze osób. Z tak ujętego zakresu przedmiotowego u. POZ jak i samej definicji podstawowej opieki zdrowotnej nie wynika jeszcze realizacja na tym poziomie opieki zdrowotnej ujmowanej, jako „kompleksowa i holistyczna” oraz skoordynowana z innymi częściami systemu. Dlatego kluczową kategorią, wokół której powinna być zbudowana podstawowa opieka zdrowotna i (która zarazem określa jej cele i zadania oraz umiejscawia podstawową opiekę zdrowotną w całym systemie ochrony zdrowia) jest opieka koordynowana zdefiniowana w przepisie art. 4 u. POZ, zgodnie, z którym: „Koordynacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą

¹ M. Paszkowska, *System ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce*, Difin, Warszawa, 2015, s. 140.

² Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017 r., poz. 2217).

³ <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12293658/12403126/12403127/dokument265850.pdf>.

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”. Definicja ta zawiera jednak dwa pojęcia „opieki koordynowanej” i „opieki „zintegrowanej”. Już na tym tle mogą pojawić się pewne wątpliwości, które pogłębia jednak brzmienie kolejnego przepisu, a mianowicie art. 5 ust. 1 u. POZ. zgodnie, z którym „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”. W rezultacie w sposób nieuchronny nasuwa się w tym miejscu pytanie jak należy rozumieć ową koordynację? Mianowicie czy chodzi tutaj o koordynację/integrację opieki w całym systemie (pionowo) czy też jedynie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej tj. pomiędzy lekarzem, pielęgniarką oraz położną? Pewnym usprawiedliwieniem tych wątpliwości może być fakt, że również w piśmiennictwie występują rozbieżne definicje opieki koordynowanej i zintegrowanej, a ich zakresy znaczeniowe krzyżują się. Najpoważniejszym jednak zarzutem do tej ustawy będącej jednocześnie tezą niniejszego artykułu jest okoliczność, że ustawodawca na gruncie u. POZ dał bardzo ograniczone, a przy tym niedookreślone instrumenty do realizacji tak zdefiniowanej roli podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia.

Artykuł został podzielony na dwie merytoryczne części, a mianowicie w pierwszej części podjęta zostanie próba odpowiedzi na pytanie: czym jest opieka koordynowana/ zintegrowana ze wskazaniem rozwiązań, które muszą być przyjęte celem jej realizacji w systemie. Nakreślona więc zostanie tutaj pewna siatka pojęciowa, aby w części drugiej odnieść te zagadnienia do rozwiązań przyjętych na gruncie u. POZ.

Pojęcie opieki koordynowanej/ zintegrowanej

Jak już zostało to zasygnalizowane na wstępie definicje opieki koordynowanej/ zintegrowanej budzą wątpliwości w piśmiennictwie. Pojęcie koordynowanej opieki zdrowotnej, jest bowiem używanym tłumaczeniem z języka angielskiego terminu: *managed healthcare* lub *managed care*. Natomiast inne (znacznie rzadziej stosowane w Polsce określenia) to „opieka kierowana”, „kompleksowa opieka

zdrowotna” i właśnie „zintegrowana opieka zdrowotna”⁴. Autorzy Kowalska i Kalbarczyk słusznie podkreślają, że obecnie nie można pojęcia koordynowanej opieki zdrowotnej ująć w sposób jednorodny. Na przestrzeni wielu lat rozwój opieki koordynowanej był zdeterminowany warunkami, potrzebami oraz możliwościami, w jakich funkcjonował, a w konsekwencji przybierał w praktyce różne formy organizacyjne⁵. Zdaniem Schrijvers’a w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej koordynacja funkcjonuje w dwóch ujęciach, a mianowicie, jako koordynacja pozioma oraz pojawiająca się później (lata osiemdziesiąte i dziewięćdziesiąte) koordynacja pionowa⁶. Autor ten wskazuje, że w ostatnich dziesięciu latach pojawiły się połączenia obydwu rodzajów koordynacji stanowiące swoiste rozwiązania hybrydowe. Koordynacja pionowa funkcjonuje m.in. w Wielkiej Brytanii i Holandii. Jednocześnie występuje tutaj wyraźny podział, jak określa to Schrijvers „system dwuogniskowej opieki zdrowotnej”. W systemie tym funkcjonują dwie domeny tj. domena podstawowej opieki zdrowotnej z pacjentem przebywającym w domu oraz domena opieki szpitalnej z pacjentem hospitalizowanym. Autor ten wskazuje jednocześnie na mankamenty tego systemu. Z uwagi, bowiem na obecność tych dwóch domen, organizacja opieki koordynowanej pionowo w Wielkiej Brytanii i Holandii jest często ograniczana niekompatybilnymi regulacjami, systemami IT, brakiem współpracy liderów oraz brakiem zaufania między świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej a lekarzami specjalistami pracującymi w szpitalach. Z kolei Amerykańska Organizacja Opieki Koordynowanej (Accountable Care Organization – ACO) jak wspomniano już wyżej jest formą hybrydową łączącą w sobie omówione powyżej ośrodki zindywidualizowanej podstawowej opieki zdrowotnej i szpitale⁷. Stein definiując opiekę koordynowaną podkreśla, iż są to „usługi opieki zdrowotnej, które są świadczone na rzecz świadczeniobiorców i zarządzane w sposób, który zapewnia nieprzerwaną

⁴ W oparciu o słownik języka polskiego opiekę koordynowaną można zdefiniować jako opiekę w ramach, której następuje organizowanie działań wykonywanych wspólnie przez wiele osób, która funkcjonuje w swoim założeniu harmonijnie. Natomiast opiekę zintegrowaną można ująć jako opiekę, która jest połączona w całość lub będąca częścią całości (tj. opieki zdrowotnej) – <https://sjp.pwn.pl>.

⁵ K. Kowalska, W. P. Kalbarczyk, *Koordynowana opieka zdrowotna, doświadczenia międzynarodowe. Propozycje dla Polski, Sprawne Państwo, Programy EY*, Warszawa 2013, s. 11.

⁶ G. Schrijvers, *Opieka koordynowana. Lepiej i taniej. Wybór ponad 100 dobrych praktyk koordynowanej opieki zdrowotnej*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2017, s. 75-76.

⁷ Szerzej: G. Schrijvers, *Opieka koordynowana...*, s. 78.

promocję zdrowia, profilaktykę zdrowotną, rozpoznanie, leczenie chorób, usługi rehabilitacyjne i usługi opieki paliatywnej na różnych poziomach i w różnych miejscach świadczenia opieki w systemie ochrony zdrowia oraz adekwatnie do potrzeb świadczeniobiorców podczas całego ich życia”⁸. Autorka ta podkreśla przy tym, że przez koordynację należy rozumieć spójny zestaw metod i modeli na poziomach finansowania, administrowania, organizacji, świadczenia usług oraz na poziomie klinicznym, zaprojektowanym w celu stworzenia łączności, ujednolicenia i pobudzenia współpracy wewnątrz i pomiędzy sektorami leczenia i opieki. Efektem tych działań ma być polepszenie jakości opieki, satysfakcja pacjenta oraz efektywność systemu odczuwana wskutek łączenia wielu usług, świadczeniodawców i środowisk. Właśnie tam, gdzie tego typu wieloaspektowe wysiłki promujące integrację prowadzą do osiągania korzyści przez pacjentów, dają rezultat, który można określić mianem „opieki koordynowanej”⁹. Przy tego rodzaju opiece i jej założeniach Stein podkreśla wagę przygotowania kadr do tak funkcjonującej opieki zdrowotnej, zaplecza informacyjno-obrachunkowego, systemów finansowania i raportowania, które służyć mogą odpowiednio, jako bodźce wpływające na większe rozdrobnienie lub pogłębioną współpracę. W rezultacie celem tych działań jest opieka skupiona wokół pacjentów, w tym także osób żyjących z określonym stopniem niepełnosprawności, opiekunów itd. Stein podkreśla także znaczenie postrzegania opieki koordynowanej w sposób poziomy (tj. na przestrzeni sektorów i systemów) oraz pionowy (tj. od poziomu systemowego aż do pojedynczej osoby). Co więcej w tym ujęciu opieka koordynowana wykracza poza obszar samego systemu opieki zdrowotnej, który zdaniem tej autorki odpowiada jedynie za około 10% całokształtu stanu zdrowia danej osoby. Natomiast społeczne determinanty kondycji zdrowotnej, to także infrastruktura i transport, wybrany styl życia itp. Takie ujęcie pozwala lepiej zrozumieć wagę podejścia, które uwzględnia całokształt systemu i całokształt zarządzania (WHO Europa) oraz wymaga przyjęcia koncepcji zdrowia we wszystkich planach politycznych, ponieważ każda decyzja podjęta na poziomie krajowym, regionalnym, czy lokalnym, może wpływać na stan zdrowia i na kondycję społeczeństwa¹⁰.

Analogiczne rozumienie pojawia się także w przypadku definiowania „zintegrowanej opieki zdrowotnej” będącej w swoim założeniu holistyczną perspektywą zdrowia człowieka, czyli wypadkową wielu różnych czynników, pośród których

⁸ K. V. Stein, *Opieka koordynowana na świecie. Przykłady mające pomóc usprawnić (podstawową) opiekę zdrowotną w Polsce*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2016, s. 4.

⁹ K. V. Stein, *Opieka koordynowana na świecie...*, s. 5.

¹⁰ Tamże, ...s. 5.

opieka zdrowotna stanowi jeden, lecz nie jedyny element. Jak podkreśla Rudawska, chodzi o podkreślenie roli współpracy nie tylko wewnątrz samego sektora opieki zdrowotnej, w tym także aktywnej współpracy z pacjentem, ale właśnie również między sektorami, w tym opieką społeczną. Słusznie przy tej okazji podkreśla się ujęcie relacyjne jako najistotniejsze podejście do pacjenta w systemie rozumianym, jako zintegrowany, a nie podzielony na „odcinki” takie jak POZ, AOS, opieka stacjonarna¹¹. Zdaniem Hermanowskiego i Rutkowskiego genezy koncepcji opieki zintegrowanej należy doszukiwać się w starzeniu się społeczeństw krajów wysoko rozwiniętych i idei „upodmiotowienia pacjenta w procesie leczenia”¹². Wskazują oni na pogłębiający się podział na wąskie specjalizacje (fragmentaryzację systemu) oraz brak ciągłości opieki nad pacjentem. Szczególnie dotkliwa w skutkach wydaje się „słaba koordynacja pomiędzy sferą leczenia i sferą opieki nad pacjentami”. Konsekwencją tych zjawisk jest podwyższenie kosztów działania systemu ochrony zdrowia, niezadowolenie pacjentów, a przede wszystkim mniejsze efekty leczenia. Stąd właśnie próby prowadzenia opieki określanej przez tych autorów mianem „opieki zintegrowanej” mającej właśnie podwyższyć jakość leczenia, a przy tym ograniczyć jego koszty. Jest to jednak jedna z wielu definicji opieki zintegrowanej, ponieważ brakuje w tym zakresie wypracowanego i zaakceptowanego w doktrynie aparatu pojęciowego w zakresie wymiarów, składowych, czy kryteriów, jakie powinna spełniać opieka nosząca miano opieki zintegrowanej. Pewnym punktem odniesienia może być tutaj wypracowana przez WHO definicja opieki zintegrowanej rozumianej jako koncepcja łącząca zasoby na wejściu, proces świadczenia usług, zarządzanie i organizację usług zdrowotnych w odniesieniu do diagnostyki, terapii, rehabilitacji i promocji zdrowia¹³. Hermanowski i Rutkowski proponują, aby opiekę zintegrowaną rozpatrywać w wymiarach procesowym oraz strukturalnym. W pierwszym ujęciu kładzie się nacisk na koordynację działań, zarówno tych bezpośrednio związanych z procesem terapeutycznym, jak i wspomagających. Natomiast w drugim akcentuje się łączenie kilku organizacji opieki zdrowotnej w jedną strukturę.

Przy opiece zintegrowanej podkreśla się jako kluczową rolę właśnie podstawowej opieki zdrowotnej, która ma zasadnicze znaczenie dla integracji opieki ze względu na funkcję *gate-keepera* i rolę koordynującą lekarzy rodzinnych oraz ich

¹¹ I. Rudawska, *Zintegrowana opieka zdrowotna to wyższa jakość i efektywność*, Wolters Kluwer, el.

¹² T. Hermanowski, J. Rutkowski, *Zintegrowana opieka zdrowotna. Zarys problematyki*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2015, Seria: Organizacja i Zarządzanie, z. 83, s. 226-227.

¹³ T. Hermanowski, J. Rutkowski, *Zintegrowana opieka zdrowotna...*, s. 226-227.

umiejscowienie w lokalnym środowisku. Podkreśla się przy tym sposób finansowania świadczeń tj. metody płacenia za wyniki (*pay-for-performance*) oraz znaczenie opieki koordynowanej¹⁴. Przyjęte w tym zakresie rozwiązania różnią się między sobą w różnych krajach. Głównym założeniem jest „zmniejszanie barier między sektorami systemu ochrony zdrowia, czy też polepszania współpracy między profesjonalistami medycznymi”. Założenia te są realizowane przez polepszenie komunikacji oraz współpracy pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami, a więc wprowadzanie rozwiązań z zakresu *e-health* i *m-health*, szkoleń, protokołów postępowania przy przejściu pacjenta pomiędzy świadczeniodawcami, tworzenie multidyscyplinarnych zespołów medycznych, czy platform edukacyjnych¹⁵.

Głównym więc założeniem jest przeciwdziałanie fragmentaryzacji opieki zdrowotnej, a w konsekwencji całościowe podejście do potrzeb zdrowotnych i społecznych danej populacji. Podkreślić należy, że również w tym ujęciu wykracza się poza system ochrony zdrowia akcentując potrzebę współpracy odbywającej się na poziomie lokalnym sektorów: zdrowotnego, opieki socjalnej oraz edukacyjnego.

Reasumując ten fragment rozważań można przyjąć, że zakresy pojęć opieki koordynowanej i opieki zintegrowanej krzyżują się ze sobą. Natomiast w obu zasadniczą rolę odgrywa koordynacja i integracja różnych poziomów opieki zdrowotnej świadczących szeroki kompleks usług zdrowotnych, jak i sposób ich finansowania¹⁶.

Opieka koordynowana/zintegrowana w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej

Z przytaczanego już powyżej uzasadnienia ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej (która weszła częściowo w życie z dniem 1 grudnia 2017 r.) wynika, że głównym założeniem ustawodawcy „było przyjęcie jednolitych rozwiązań legislacyjnych nie tylko zwiększających znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej w polskim systemie opieki zdrowotnej, lecz także prowadzących do skoordynowania POZ z pozostałymi częściami systemu opieki zdrowotnej i uwydatniających rolę profilaktyki zdrowotnej”. Ustawa ta miała w swoim założeniu ułatwić dostęp pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej, zwiększyć jej efektywność w opiece sprawowanej nad pacjentem oraz usprawnić proces koordynacji leczenia¹⁷.

¹⁴ Tamże, s. 226-227.

¹⁵ Tamże, s. 229-230.

¹⁶ K. Kowalska, W. P. Kalbarczyk, *Koordynowana opieka zdrowotna, doświadczenia międzynarodowe...*, s. 11.

¹⁷ A. Paszkowski, *Komentarze praktyczne. Podstawowa opieka zdrowotna – przewodnik po nowej ustawie*, Wolters Kluwer, el.

Ustawodawca, bowiem wskazał, jako cel podstawowej opieki zdrowotnej – zapewnienie opieki zdrowotnej nad pacjentem i jego rodziną, koordynację opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia. Jednocześnie podkreślono potrzebę ustalenia priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką, wdrażanie działań profilaktycznych, rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego oraz zapewnienie profilaktyki i promocji zdrowia (w tym także przez edukację w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej)¹⁸.

Przechodząc na grunt konkretnych rozwiązań legislacyjnych należy wskazać na przepis art. 1 u. POZ. wyznaczający zakres przedmiotowy ustawy, zgodnie z którym ma ona określić cele, organizację podstawowej opieki zdrowotnej oraz standardy jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie ustawodawca na gruncie przepisu art. 2 zdefiniował podstawową opiekę zdrowotną jako „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 2017 r., poz. 1938 i 2110), zwanego dalej «świadczeniobiorcą», z systemem ochrony zdrowia”. Definicja ta jednocześnie wyłącza sytuację tzw. stanu nagłego w rozumieniu przepisu art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁹ oraz świadczeń specjalistycznych określonych w przepisie art. 57 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej²⁰. Centralną kategorią, wokół której ma zostać zbudowana podstawowa opieka zdrowotna jest opieka koordynowana/ zintegrowana. Niestety ustawa ta, założenie to realizuje w bardzo ograniczonym zakresie. Jak już była o tym mowa we wstępie, wątpliwości powstają już na poziomie samych definicji. Zgodnie bowiem z przepisem art. 4 u. POZ „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”. Natomiast w przepisie art. 5 ust. 1 u. POZ. wskazuje się, że przez „koordynację, o której mowa w art. 4, zapewnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, zwany dalej „lekarzem POZ”, we współpracy

¹⁸ Tamże.

¹⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2017, poz. 2195 j.t. ze zm.).

²⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017, poz. 1938 j.t. ze zm.) dalej u.ś.o.z.

z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, zwaną dalej „pielęgniarką POZ”, i położną podstawowej opieki zdrowotnej, zwaną dalej „położną POZ”. Na tle takiego ujęcia może powstać wątpliwość czy chodzi o opiekę koordynowaną poziomą i pionową (określaną także, jako opieka zintegrowana) czy też jedynie o jej fragment realizowany na poziomie zespołu POZ? Pewnym usprawiedliwieniem dla ustawodawcy może być wskazany powyżej brak ujednoczonej terminologii w zakresie opieki koordynowanej/ zintegrowanej. Niemniej jednak przy konstruowaniu definicji legalnej na poziomie ustawy, ustawodawca powinien być precyzyjny, w jakim znaczeniu pojęciami tymi się posługuje. Chcąc być jednak rzetelny w ocenie należy odnieść się do całokształtu przyjętych rozwiązań mających znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania opieki koordynowanej/ zintegrowanej. Ustawodawca w przepisach art. 6-8 u. POZ zdefiniował pojęcie lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, wskazując jednocześnie (w każdym z tych przypadków) na preferowaną specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej. Ujęcie takie należy ocenić pozytywnie, ponieważ stanowi to zachętę dla personelu do wyboru tej właśnie specjalizacji, jednocześnie podnosząc jej rangę, co jest niezwykle istotne z punktu widzenia podstawowej opieki zdrowotnej. Wprowadzono także po raz pierwszy pojęcie „zespołu POZ”, który zgodnie z przepisem art. 11 ust. 2 u. POZ, składa się z lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ. W ust. 3 tego przepisu trafnie wskazano osobę koordynującą pracę tego zespołu tj. lekarza POZ, który również rozstrzyga o sposobie planowania i realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego nad pacjentem. Ujęto w sposób generalny zakres udzielanych w podstawowej opiece zdrowotnej świadczeń jako: profilaktykę, rozpoznawanie i leczenie chorób oraz rehabilitację²¹. Zgodnie z przepisem art. 13 ust. 4 u. POZ, Minister Zdrowia otrzymał delegację ustawową do określenia, w drodze rozporządzenia, zakres zadań lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, uwzględniając konieczność zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń (w tym także bezpieczeństwo zdrowotne). Niestety pomimo wejścia w życie ustawy oraz rozpoczęcia pilotażu, rozporządzenie w tym zakresie nie zostało wydane, co należy ocenić negatywnie. Podkreślenia wymaga rozwiązanie przejściowe zgodnie, z którym do dnia 31.12.2024 r. pacjent, składając deklarację wyboru, będzie mógł wybrać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ nietworzących zespołu POZ. Na gruncie u. POZ zostały określone zasady współpracy członków zespołu POZ. Zgodnie z przepisem art. 16 ust. 1 u. POZ współpraca w ramach podstawowej opieki zdrowotnej polega na stałej wymianie informacji o świadczeniobiorcy oraz podejmowaniu wspólnych działań przez

²¹ Rehabilitacja będzie jednak wykonywana w ograniczonym zakresie z uwagi na brak rehabilitantów na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

członków zespołu POZ, w zakresie niezbędnym do zachowania zdrowia, profilaktyki, rozpoznawania i leczenia chorób, pielęgnowania oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy. W ust. 2 tego przepisu wskazano też zakres przekazywanych informacji tj. w szczególności rozpoznania, sposobu leczenia, rokowań, ordynowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych etc. Jak słusznie wskazuje Paszkowski, świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej będzie zobowiązany do zapewnienia pacjentowi nie tylko dostępu do świadczeń wybranego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, czy położnej podstawowej opieki zdrowotnej, lecz również dostęp do świadczeń opieki ambulatoryjnej w miejscu udzielania świadczeń oraz dostępu do opieki w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, którego stan zdrowia uniemożliwia opiekę ambulatoryjną²². Ujęcie takie należy ocenić również pozytywnie, chociaż z zastrzeżeniami, co do modelu finansowania świadczeń, o czym będzie jeszcze mowa poniżej. Można więc przyjąć, że przepisy te wprowadzają pewien element opieki koordynowanej (poziomej) między członkami zespołu POZ. Jednak współpraca wykraczająca poza zespół POZ (z innymi podmiotami, w tym w szczególności z osobami udzielającymi świadczeń specjalistycznych) została już określona w sposób bardzo enigmatyczny. Zgodnie bowiem z przepisem art. 18 u. POZ w ramach koordynacji zdefiniowanej w przepisie art. 4 u. POZ zespół POZ i poszczególni jego członkowie współpracują z: osobami udzielającymi świadczeniobiorcy świadczeń specjalistycznych, przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia oraz organami administracji publicznej, oraz 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, 949 i 2203). W ust. 2 tego przepisu wskazano nawet, że współpraca ta polegać ma na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych. Zgodnie natomiast z ust. 3 ustawodawca przyjął, że informacja ta ma wpłynąć pisemnie do zespołu POZ, a w przypadku informacji ustnej, fakt ten ma być odnotowany w dokumentacji medycznej. Takie ujęcie nie jest jednak pełnym opisem procesu przekazywania informacji. Nie zostało na przykład wskazane, kto i w jakim terminie informację tą powinien przekazać do zespołu POZ. Podobnie ujęto w przepisie art. 17 u. POZ współpracę zespołu POZ z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną. Wyrażona jest jedynie powinność

²² A. Paszkowski, *Komentarze praktyczne. Podstawowa opieka zdrowotna – przewodnik po nowej ustawie*, Wolters Kluwer, el.

takiej współpracy, bez przypisania jednak konkretnych obowiązków i terminów. Nasuwa się tutaj uzasadniona wątpliwość, dlaczego *de facto* nie zostały wprowadzone rozwiązania umożliwiające realizację celu ustawy zgodnie z którym, 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 pielęgniarką POZ i położną POZ, jest zapewnienie pacjentowi ciągłości i kompleksowości opieki. Szczegółowo powinna być tutaj określona w szczególności zasada konsultacji specjalistycznych, wymiany informacji, czy też reguł określających pod czyją opieką znajduje się w danym momencie pacjent. Tytułem przykładu można wskazać, że obecnie mamy do czynienia z sytuacją, w której lekarz podstawowej opieki zdrowotnej kieruje pacjenta na konsultację, po czym pacjent ten (czasami nawet na wiele miesięcy) „ginie w systemie”, a często nie wraca do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Podobnie sytuacja wygląda z hospitalizacjami, gdzie tylko od woli pacjenta zależy przekazanie informacji do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o wynikach leczenia szpitalnego. Ze zjawiskami tymi wiąże się także kwestia opieki poszpitalnej, rehabilitacji etc. Obrazu tego dopełnia w zasadzie brak unormowań w zakresie funkcjonowania infrastruktury informatycznej, bez której obecnie trudno jest sobie dzisiaj wyobrazić sprawnie działającą opiekę zdrowotną, bez względu na miejsce i zakres udzielanych świadczeń. Ustawodawca bowiem, w przepisie art. 19 u. POZ tylko lakonicznie wskazał, iż współpraca na poziomie zespołu POZ jak i z podmiotami zewnętrznymi (w tym w szczególności z innymi świadczeniodawcami) „może odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych”. Poza tym w przepisie art. 10 ust. 1 pkt. 2 u. POZ przewidziana została możliwość składania przez pacjenta deklaracja wyboru świadczeniodawcy drogą komunikacji elektronicznej, z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego albo podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP.

Zastrzeżenia można również zgłosić do przyjętych rozwiązań w zakresie finansowania świadczeń i oceny ich jakości, które (jak już była o tym mowa powyżej) są kluczowe przy wdrażaniu opieki koordynowanej/zintegrowanej. Ustawodawca w zakresie finansowania zawarł w u. POZ rozdział składający się z jednego przepisu tj. art. 22 będącego jedynie odsyłaniem do u.ś.o.z. wskazując, że: „Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej następuje na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, ze środków ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia”. Szczegółowe unormowania zawiera tutaj przepis art. 159 u.ś.o.z.²³ zgodnie z którym, zostanie wyodrębniona pula środków finansowych przeznaczonych

²³ Przepis wejdzie w życie w 1 października 2020 r.

na zapewnienie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą (budżet powierzony), zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa) oraz zapewnienie oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny). Brakuje jednak uregulowania całego mechanizmu zapewniającego koordynację działań podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej, którego konieczne elementy były już wskazywane powyżej. Ponadto przywołany powyżej przepis nie wskazuje sposobu postępowania w przypadku wystąpienia niedoboru środków przeznaczonych w ramach budżetu powierzonego, czy opłaty zadaniowej, bądź ich nadwyżki. Jeśli chodzi o ocenę standardów jakości to zgodnie z przepisem art. 23 ust. 1 i 2 u. POZ Świadczeniodawcy są obowiązani do monitorowania jakości udzielanych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem ich dostępności, kompleksowości, ciągłości, zarządzania i organizacji udzielania świadczeń oraz uzyskanego efektu zdrowotnego. W ust. 3 tego przepisu ustawodawca zawarł fakultatywnie ujętą delegację dla Ministra Zdrowia zgodnie, z którą może on 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.”. Można przypuszczać, że w sytuacji braku rozporządzenia Ministra Zdrowia w tym zakresie, kryteria te będzie określał płatnik, arbitralnie w ramach prowadzonych kontroli. Nie jest to więc sytuacja służąca polepszeniu standardu udzielanych świadczeń pacjentowi.

Podsumowanie

Należy przypomnieć, że intencją ustawodawcy wskazaną już we wstępie uzasadnienia było „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”. Nie powinien, więc budzić wątpliwości sam cel regulacji, a mianowicie kompleksowe określenie następujących elementów tj.: umiejscowienia podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia, jej zadań, organizacji, kontroli jakości świadczeń oraz źródeł finansowania. Biorąc zaś pod uwagę konstrukcję całego obowiązującego systemu prawnego trzeba również przyjąć, że regulacja ta, co do zasady stanowi *lex specialis* do innych aktów prawnych regulujących w Polsce system ochrony zdrowia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Dokonując całościowej analizy tej ustawy wypada jednak stwierdzić, że w dużej mierze nie realizuje ona założonych celów. Jak już była o tym mowa we wstępie pewne wątpliwości budzi już sama definicja opieki koordynowanej/

zintegrowanej. Brzmienie oraz umiejscowienie przepisu art. 4 u. POZ sugeruje, że w swoich założeniach miał on definiować koordynację wykonywaną przez lekarza POZ w całym systemie ochrony zdrowia. Wynika to także z przywoływanego już uzasadnienia do ustawy zgodnie, z którym koordynatorem, pacjenta w całym systemie ochrony zdrowia miał być lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz poz) we współpracy w ramach zespołu POZ z pielęgniarką i położną. W rezultacie miało to zapewnić pacjentowi ciągłość i kompleksowość opieki.

Ustawodawca wprowadził rozwiązania pozwalające zafunkcjonować opiece koordynowanej, ale jedynie na poziomie zespołu POZ. Natomiast współpraca wykraczająca poza ten zespół została określona tylko w bardzo enigmatyczny sposób w przepisie art. 18 u. POZ, nie dając tym samym odpowiednich instrumentów prawnych do zafunkcjonowania opieki koordynowanej pionowo/opieki zintegrowanej. *De facto* pominięto też dwa filary kluczowe dla wdrożenia tego rodzaju opieki tj. w zakresie finansowania świadczeń i oceny ich jakości. Pozytywnie należy jednak ocenić samo zdefiniowanie podstawowej opieki zdrowotnej, określenie wymaganych uprawnień wobec osób pracujących na tym poziomie opieki zdrowotnej z preferencją dla specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej. Trzeba również przyznać, że wdrożenie tego „wycinka” opieki koordynowanej/zintegrowanej w postaci zespołu POZ, powinno przełożyć się na polepszenie, jakości świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej udzielanych na rzecz pacjentów i ich rodzin.

Bibliografia

- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2017, poz. 2195 j.t. ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 2217).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017, poz. 1938 j.t. ze zm.).
- Hermanowski T., Rutkowski J., *Zintegrowana opieka zdrowotna. Zarys problematyki*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2015, Seria: Organizacja i Zarządzanie, z. 83.
- Kowalska K., Kalbarczyk W. P., *Koordynowana opieka zdrowotna, doświadczenia międzynarodowe. Propozycje dla Polski, Sprawne Państwo*, Programy EY, Warszawa 2013.
- Paszkowska M., *System ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce*, Difin, Warszawa, 2015.
- Paszkowski A., *Komentarze praktyczne. Podstawowa opieka zdrowotna – przewodnik po nowej ustawie*, Wolters Kluwer, el.

- Rudawska I., *Zintegrowana opieka zdrowotna to wyższa jakość i efektywność*, Wolters Kluwer, el.
- Schrijvers G., *Opieka koordynowana. Lepiej i taniej. Wybór ponad 100 dobrych praktyk koordynowanej opieki zdrowotnej*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2017.
- Stein K.V., *Opieka koordynowana na świecie. Przykłady mające pomóc usprawnić (podstawową) opiekę zdrowotną w Polsce*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2016.
- <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12293658/12403126/12403127/dokument265850.pdf>.
- <https://sjp.pwn.pl>.

**Sebastian Sikorski: The managed care/the integrated care
under the Primary Healthcare Act**

Summary

The primary healthcare in Poland is based on the family medicine. It is the first, and, as a consequence, materially significant stage of contact between a patient and the healthcare system. So, setting the primary healthcare correctly in the system as well as specifying its tasks and organization rules is a key element. The terms of the managed care and the integrated care are linked strictly to this issue. They translate directly into the patient treatment process and into coordination among healthcare units in this respect. It should be stated that these terms simply determine the organization of the whole healthcare system, translating into improvement of quality and rationalization of costs of provided medical services. This paper outlines the organization and the extent of activities of the primary healthcare under the Primary Healthcare Act of 27 October 2017, at the primary healthcare seen from the angle of these two key terms, i.e. the managed care and the integrated care.

Keywords: *integrated care, managed care, primary healthcare, family medicine.*