

Warszawa, dnia 10 kwietnia 2016 r.

**Pan  
Tomasz Tomasik**

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

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

- 1) w liście skrótów na str. 4 brak jest wyszczególnienia skrótu „PR” i jego rozwinięcia „pielęgniarka rodzinna”;
- 2) w tabeli nr 10 w pkt 7 proponuje się wyrazy „po uzyskaniu odpowiednich specjalizacji” zastąpić wyrazami „po uzyskaniu odpowiednich kompetencji wynikających z posiadanego wykształcenia”;
- 3) w tabeli nr 12 w pkt 5 proponuje się wyrazy „rozważenia wprowadzenia” zastąpić wyrazem „wprowadzenia”;
- 4) w tabeli nr 12 w pkt 10 proponuje się dodać wyrazy „pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych”;
- 5) w tabeli nr 5 w pkt 14 proponuje się wykreślić wyrazy „po wyborze modułu podstawowego w innych specjalizacjach” w odniesieniu do pielęgniarek i położnych. Jednocześnie zwraca się uwagę na konieczność i celowość stworzenia systemu rezydentur dla pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych. Stworzenie tego systemu byłoby uzasadnione w szczególności średnim wiekiem pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych, który często uniemożliwia wręcz uzyskanie przez nie specjalizacji;
- 6) w tabeli nr 5 w pkt 19 proponuje się uwzględnić lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie szkoleń podnoszących kwalifikacje, uwzględniających także aspekty socjologiczne i psychologiczne. Aspekty socjologiczne i psychologiczne powinny być stałym elementem kształcenia podyplomowego wszystkich wspomnianych trzech grup zawodowych;

7) w pkt 6 „Integracja wewnątrz- i międzysektorowa” na str. 41 proponuje się dodać, że „pielęgniarka rodzinna jest koordynatorem opieki pielęgniarsko-socjalnej. Pielęgniarka prowadzi pacjenta przez system podstawowej opieki zdrowotnej w celu uzyskania konkretnego świadczenia zdrowotnego, to ona kontaktuje się w imieniu pacjenta z przedstawicielami innych zawodów medycznych czy innymi instytucjami, w niezbędnym zakresie.

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

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

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

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

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

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

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

Podnieść należy także – na co Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych również zwracała już uwagę – że wprowadzenie wspólnych list będzie stanowić ograniczenie prawa pacjenta. Dokonując bowiem wyboru lekarza, dokonywać będzie automatycznie wyboru związanych z tym lekarzem pielęgniarki i położnej.

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

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

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

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

W imieniu NRPiP  
Maria Matusiak