

Ocena spójności rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (druk UD114) z oczekiwaniami OIPiP w Słupsku

Wstęp

Niniejsza ocena stanowi analizę rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (numer z wykazu prac legislacyjnych Rady Ministrów: UD114). Dokument został przygotowany z perspektywy eksperckiej, reprezentującej punkt widzenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Słupsku. Celem oceny jest weryfikacja stopnia, w jakim projektowane regulacje odpowiadają na zdiagnozowane potrzeby systemu ochrony zdrowia.

Dysfunkcje systemu orzecznictwa i luki kompetencyjne

OIPiP w Słupsku w swojej ocenie nakreśla tło systemowe, w którym funkcjonują obecnie pielęgniarki i położne oraz w którym operuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Obecny stan prawny charakteryzuje się istotnym dualizmem oraz niespójnością logiczną w zakresie uprawnień zawodowych pielęgniarek i pielęgniarzy.

Ewolucja kompetencji pielęgniarskich a bariery administracyjne

W ostatnich latach nastąpiła fundamentalna zmiana w modelu wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w Polsce. Kluczowym momentem tej transformacji było wprowadzenie art. 15a do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Przepis ten nadał pielęgniarkom, pielęgniarzom i położnym, posiadającym odpowiednie wykształcenie (tytuł magistra lub specjalisty), prawo do samodzielnego ordynowania niektórych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a także wystawiania na nie recept i zleceń. Co więcej, pielęgniarki uzyskały uprawnienia do wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne. Ta zmiana legislacyjna miała na celu odciążenie lekarzy i usprawnienie ścieżki pacjenta w systemie ochrony zdrowia.

Jednakże, jak zauważa OIPiP w Słupsku w, proces ten został zatrzymany w połowie drogi. Ustawodawca, przyznając prawo do diagnozowania (niezbędne do ordynacji leku) i leczenia (farmakoterapia), nie przyznał uprawnienia do administracyjnego potwierdzenia skutków choroby, jakim jest orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy (zwolnienie lekarskie, e-ZLA).

W praktyce oznacza to, że pielęgniarka w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) może przyjąć pacjenta z infekcją górnych dróg oddechowych, zbadać go fizykalnie, osłuchać, zlecić test CRP (jeśli posiada takie uprawnienia w ramach budżetu powierzonego), zdiagnozować zapalenie oskrzeli i przepisać antybiotyki. Jednakże, jeśli pacjent jest osobą pracującą i jego stan zdrowia wymaga pozostania w domu – co jest immanentną częścią zalecenia terapeutycznego – pielęgniarka lub pielęgniarz nie może wystawić mu zwolnienia lekarskiego. Pacjent ten, z diagnozą i receptą w rękę, musi zostać przekierowany do lekarza wyłącznie w celu uzyskania druku e-ZLA.

Kryzys kadrowy w orzecznictwie ZUS

Drugim elementem diagnozy opisywanej na łamach niniejszej Oceny jest sytuacja w samym Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, która stała się bezpośrednim impulsem do stworzenia projektu UD114. Z analizy uzasadnienia do projektu ustawy wynika, że system orzecznictwa lekarskiego w ZUS znajduje się na granicy wydolności. Średnia wieku lekarzy orzeczników przekracza 60 lat, a luka pokoleniowa oraz niekonkurencyjne wynagrodzenia sprawiają, że ZUS nie jest w stanie pozyskać nowej kadry medycznej.

Zjawisko to prowadzi do wydłużenia czasu oczekiwania na orzeczenia rentowe i orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji, co bezpośrednio uderza w obywateli oczekujących na świadczenia. Projektodawca (Rada Ministrów) zidentyfikował ten problem i jako remedium zaproponował włączenie innych zawodów medycznych do systemu orzekania wewnątrz ZUS. Jest to działanie racjonalne z punktu widzenia interesu instytucji (ZUS), jednak – jak wykaże dalsza część Oceny – jest to działanie wycinkowe, które nie rozwiązuje szerszych problemów dostępności do świadczeń w systemie otwartym (POZ/AOS), na co wskazuje OIPiP w Słupsku.

Szczegółowa analiza projektu UD114 w kontekście postulatów OIPiP w Słupsku

Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (UD114) wprowadza pojęcie "osoby wykonującej samodzielny zawód medyczny" do systemu ubezpieczeń społecznych, co stanowi wyłom w dotychczasowym monopolu lekarskim na orzekanie w ZUS.

Zakres proponowanych zmian legislacyjnych (Art. 1 i Art. 85a)

Analiza treści projektu wskazuje, że kluczowe zmiany koncentrują się w nowelizacji ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Art. 1 projektu). Wprowadzany Art. 85a ust. 2 precyzuje, że osoba wykonująca samodzielny zawód medyczny może wydawać orzeczenia w dwóch ściśle określonych obszarach:

1. **rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej** – w tym zakresie kompetencje mają uzyskać fizjoterapeuci;
2. **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – w tym zakresie kompetencje mają uzyskać pielęgniarki i pielęgniarze.

Dla pielęgniarek i pielęgniarzy oznacza to wejście w rolę orzecznika oceniającego stopień naruszenia sprawności organizmu, który powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki osób trzecich. Orzeczenia te są podstawą do przyznania m.in. dodatku pielęgnacyjnego czy świadczenia uzupełniającego.

Wymogi kwalifikacyjne określone w projektowanym Art. 85a ust. 6 są rygorystyczne:

- prawo wykonywania zawodu,
- tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- co najmniej 5-letni okres wykonywania zawodu.

OIPiP w Słupsku w swojej analizie zauważa, że choć kierunek zmian, polegający na docenieniu kompetencji pielęgniarek jest właściwy, to zakres tych zmian jest nieadekwatny do rzeczywistych potrzeb systemu.

Projekt koncentruje się wyłącznie na usprawnieniu wewnętrznych procedur ZUS (orzekanie o świadczeniach długoterminowych), całkowicie pomijając kwestię orzekania o czasowej niezdolności do pracy (zwolnienia lekarskie), która jest problemem masowym, dotyczącym milionów pacjentów w POZ.

Analiza luki prawnej w Art. 13 projektu (Ustawa zasiłkowa)

Najistotniejszym elementem Oceny OIPiP w Słupsku jest brak zmian w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tzw. ustawa zasiłkowa). Art. 13 projektu UD114 nowelizuje tę ustawę, wprowadzając m.in. zmiany w definicji pracy zarobkowej czy zasadach kontroli zwolnień, ale **nie modyfikuje Art. 54**, który określa katalog osób uprawnionych do wystawiania zaświadczeń lekarskich (e-ZLA).

Zgodnie z obecnym brzmieniem Art. 54, prawo to przysługuje:

1. lekarzom,
2. lekarzom dentystom,
3. felczerom,
4. starszym felczerom.

Pomimo, że projekt UD114 uznaje pielęgniarki i pielęgniarzy za kompetentnych do oceny tak złożonego stanu jak trwała niezdolność do samodzielnej egzystencji (wymagająca holistycznej oceny stanu fizycznego, psychicznego i społecznego pacjenta), odmawia im kompetencji do stwierdzenia czasowej niezdolności do pracy wynikającej np. z ostrej infekcji wirusowej, którą ta sama pielęgniarka ma prawo leczyć. To jaskrawa niespójność systemowa, na którą wskazuje OIPiP w Słupsku, postulując dodanie pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych do katalogu w Art. 54.

Propozycje ustawowe vs. oczekiwania OIPiP w Słupsku

Poniższa tabela stanowi zestawienie analizy porównawczej. Obrazuje ona rozdzźwięk między propozycją rządową a potrzebami zidentyfikowanymi przez OIPiP w Słupsku

Obszar merytoryczny	Rozwiązanie w projekcie rządowym (UD114)	Oczekiwania i postulaty OIPiP w Słupsku	Ocena zbieżności i skutki systemowe
Zakres podmiotowy orzecznictwa w ZUS	Wprowadzenie "osoby wykonującej samodzielny zawód medyczny" (pielęgniarka, fizjoterapeuta) do orzekania w sprawach rentowych i prewencyjnych.	Akceptacja i poparcie dla rozszerzenia kompetencji w zakresie orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji.	Zbieżność. Projekt realizuje postulat podniesienia rangi zawodu w strukturach ZUS.
Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy (e-ZLA)	Brak regulacji. Projekt utrzymuje status quo, rezerwując to uprawnienie wyłącznie dla lekarzy i felczerów.	Postulat kluczowy: Nadanie uprawnień do wystawiania e-ZLA na okres do 5 dni dla pielęgniarek i położnych posiadających uprawnienia z art. 15a ustawy zawodowej.	Rozbieżność krytyczna. Brak realizacji tego postulatu utrzymuje dysfunkcję w POZ i dublowanie wizyt.
Spójność procesu terapeutycznego	Projekt nie odnosi się do spójności procesu leczenia w POZ/AOS. Skupia się na procedurach kontrolnych i	Wskazanie na konieczność domknięcia procesu: Diagnostyka -> Recepta -> Zwolnienie. Obecnie proces jest sztucznie przerywany.	Rozbieżność. Projektant ignoruje wpływ braku L4 na efektywność pracy pielęgniarek w systemie otwartym.
Kwalifikacje wymagane do nowych zadań	Wysokie wymagania dla orzeczników ZUS: specjalizacja + 5 lat stażu pracy (Art. 85a ust. 6).	Propozycja oparcia uprawnień do L4 na kwalifikacjach z Art. 15a (studia wyższe/ specjalizacja + kurs), co jest standardem przy ordynacji leków.	Częściowa zbieżność. OIPiP zgadza się na wysokie wymagania, ale oczekuje przełożenia ich na szerszy zakres uprawnień (L4).

Cel reformy	Usprawnienie działania ZUS, odciążenie lekarzy orzeczników, skrócenie kolejek po orzeczenia rentowe.	Usprawnienie całego systemu ochrony zdrowia, odciążenie lekarzy POZ, skrócenie kolejek do lekarzy pierwszego kontaktu.	Rozbieżność celów. Rząd skupia się na instytucji (ZUS), OIPiP na pacjencie i systemie opieki zdrowotnej.
--------------------	--	--	--

Kontekst systemowy i argumentacja potwierdzająca ocenę OIPiP w Słupsku

Stanowisko OIPiP w Słupsku nie jest odosobnionym głosem, lecz logiczną konsekwencją ewolucji systemu ochrony zdrowia. Potwierdzają to liczne materiały kontekstowe oraz analiza porównawcza z innymi systemami prawnymi.

Niespójność logiczna polskiego prawa

Analiza prawna wykazuje istotny paradoks. W obecnym stanie prawnym uprawnienia do wystawiania zwolnień lekarskich posiadają felczerzy. Zawód felczera jest zawodem zanikającym, a system kształcenia w tym kierunku został w Polsce wygaszony dekady temu (choć ostatnio reaktywowany w ograniczonym zakresie). Felczer posiada wykształcenie średnie medyczne.

W kontraście do tego stoi współczesna pielęgniarka lub współczesny pielęgniarz - często posiadający tytuł specjalisty w wąskiej dziedzinie medycyny (np. pielęgniarstwo rodzinne, internistyczne, ratunkowe) oraz stopnie naukowe doktora.

Wniosek jest prosty - utrzymywanie uprawnień do orzekania o niezdolności do pracy dla felczerów, przy jednoczesnym odmawianiu tego prawa pielęgniarkom i pielęgniarzom, nie znajduje uzasadnienia. Stanowi to zarazem argument wspierający ocenę OIPiP w Słupsku o archaiczności obecnych rozwiązań, których projekt UD114 nie koryguje.

Analiza skutków ekonomicznych i organizacyjnych proponowanych zmian w kontekście POZ

Brak uprawnień do e-ZLA dla pielęgniarek i pielęgniarzy generuje wymierne straty w systemie POZ. W modelu opieki koordynowanej, dąży się do maksymalnego wykorzystania kompetencji każdego członka zespołu, aby lekarz mógł skupić się na najtrudniejszych przypadkach.

Szacunek kosztów podwójnej wizyty: jeśli założymy, że porada pielęgniarska trwa średnio 15 minut, a wizyta lekarska (nawet skrócona, "po zwolnienie") zajmuje 10 minut, to w skali kraju miliony takich wizyt rocznie generują potężne straty czasu pracy lekarzy. Czas ten mógłby zostać przeznaczony na profilaktykę, opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi czy diagnostykę onkologiczną. Każda "podwójna wizyta" to podwójny koszt administracyjny rejestracji. Każda "podwójna wizyta" to wydłużenie kolejki dla innych pacjentów. Każda "podwójna wizyta" to ryzyko transmisji infekcji w poczekalni.

Specyfika opieki położniczej

Szczególnie dotkliwe skutki braku uprawnień do e-ZLA odczuwają pacjentki ciężarne pod opieką położnych. Zgodnie z prawem, położna posiada kompetencje do samodzielnego prowadzenia ciąży fizjologicznej. Jest to model promowany przez Ministerstwo Zdrowia w standardzie opieki okołoporodowej.

Jednakże, ciąża często wiąże się z dolegliwościami (nudności, bóle kręgosłupa), które uniemożliwiają pracę, ale nie wymagają interwencji lekarza. Położna prowadząca ciążę, badając taką pacjentkę, nie może wystawić jej zwolnienia. Musi odesłać ją do ginekologa.

- Przerwanie ciągłości opieki: pacjentka "krąży" między położną a lekarzem.
- Obciążenie AOS: kolejki do ginekologów w ramach NFZ są długie. Pacjentka "blokuje" miejsce w kolejce do specjalisty tylko po to, by uzyskać druk ZLA, który mogłaby wystawić prowadząca ją położna.
- Stres pacjentki: konieczność szukania lekarza w sytuacji złego samopoczucia jest dodatkowym obciążeniem dla ciężarnej.

Wpływ na praktyki pielęgniarskie i położnicze

Brak uprawnień orzecznich podważa sens istnienia i rentowność praktyk pielęgniarskich i położniczych. Pacjenci, wiedząc, że u pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego nie dostaną zwolnienia", częściej wybierają przychodnie lekarskie, nawet w sprawach błahych. Marginalizuje to rolę pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych prowadzących działalność gospodarczą i ogranicza rozwój tego segmentu rynku usług medycznych, który mógłby odciążyć system publiczny.

Perspektywa międzynarodowa

Analiza literatury przedmiotu i rozwiązań stosowanych w krajach OECD/UE wskazuje, że ocena OIPiP w Słupsku wpisuje się w silny trend międzynarodowy.

- **Wielka Brytania, Irlandia:** pielęgniarki i położne posiadają szerokie uprawnienia do przepisywania leków ("Nurse Prescribers") i certyfikowania niezdolności do pracy w określonym zakresie.
- **kraje skandynawskie (Szwecja, Finlandia):** pielęgniarki i pielęgniarze pełnią kluczową rolę w POZ, samodzielnie prowadząc pacjentów z chorobami przewlekłymi i ostrymi infekcjami, co obejmuje zarządzanie absencją chorobową.
- **Holandia, USA, Kanada:** zaawansowana praktyka pielęgniarska (Advanced Practice Nursing - APN) obejmuje pełną autonomię w zakresie diagnozowania i orzekania w ramach posiadanych kompetencji.

Polska, wprowadzając w 2016 roku prawo do ordynacji leków, dołączyła do grupy krajów progresywnych (jak Estonia czy Hiszpania), jednak zatrzymanie się na etapie braku prawa do zwolnień lekarskich sprawia, że model polski jest niepełny. W badaniach porównawczych wskazuje się, że siły dążące do efektywności systemowej zazwyczaj wymuszają rozszerzenie praw orzecznich. Brak tego kroku w projekcie UD114 jest więc działaniem wbrew europejskim trendom optymalizacji kadr medycznych.

Analiza ryzyka i zabezpieczenia

Przeciwnicy rozszerzania uprawnień mogą podnosić argument o ryzyku nadużyć lub błędów. Jednak propozycja OIPiP w Słupsku zawiera wbudowane „bezpieczniki”:

1. **ograniczenie czasowe:** zwolnienie tylko do 5 dni (krótkotrwale infekcje, niedyspozycje);
2. **wymóg kwalifikacji:** tylko dla pielęgniarek i pielęgniarzy z uprawnieniami do ordynacji leków;
3. **kontrola ZUS:** projekt UD114 sam w sobie zaostrza i uszczelnia system kontroli zwolnień (Art. 68 i następne), co sprawia, że ewentualne nieprawidłowości w wystawianiu zwolnień przez pielęgniarki podlegałyby takiemu samemu rygorowi kontrolnemu jak w przypadku lekarzy.

Dlaczego projekt UD114 jest niewystarczający?

Projekt UD114 jest klasycznym przykładem legislacji resortowej, skoncentrowanej na problemach jednej instytucji (ZUS), a nie całego systemu ochrony zdrowia.

1. **Niespójność wewnętrzna:** projektodawca ufa pielęgniarce/pielęgniarzowi, że potrafi ona ocenić, czy pacjent jest trwale niezdolny do samodzielnej egzystencji (co jest decyzją o ogromnym ciężarze gatunkowym i finansowym dla państwa), ale nie ufa jej, że potrafi ona ocenić, czy pacjent z gripą powinien zostać w domu przez 3 dni.
2. **Niewykorzystany potencjał kadr w POZ:** w obliczu kryzysu kadrowego w medycynie rodzinnej, projekt pomija kluczowe rozwiązanie systemowe: rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych. Umożliwienie im samodzielnego diagnozowania nieskomplikowanych infekcji oraz orzekania o czasowej niezdolności do pracy (wystawiania zwolnień) pozwoliłoby na zwiększenie dostępności do świadczeń i usprawnienie działania placówek.

Podsumowanie w formie tabelarycznej

Kategoria analizy	Wnioski z analizy projektu UD114
Ocena ogólna	Projekt niewystarczający , fragmentaryczny, niespójny systemowo.
Realizacja postulatów OIPIP	Zrealizowano postulat dotyczący orzecznictwa rentowego (Art. 85a), całkowicie pominięto postulat dotyczący e-ZLA.
Wpływ na system	Usprawnienie pracy ZUS, brak usprawnienia pracy POZ/AOS.
Rekomendacja	Niezbędna dalsza walka legislacyjna o nowelizację Art. 54 ustawy zasiłkowej w ramach prac nad projektem UD114.