ANALIZA FUNKCJONOWANIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE ORAZ PROPOZYCJE STRATEGII ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH

Zespół do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ

Wersja wstępna 1.0; Warszawa, 5 kwietnia 2016 roku

ZESPÓŁ DO OPRACOWANIA STRATEGII ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH W ZAKRESIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ:

Przewodniczący:	Tomasz Tomasik
Wiceprzewodniczący:	Witold Lukas
Członkowie:	Teresa Dobrzańska-Pielichowska
	Jarosław Drobnik
	Maciej Godycki-Ćwirko
	Bożena Janicka
	Agnieszka Jankowska-Zduńczyk
	Mariusz Kocój
	Adam Kozierkiewicz
	Jacek Krajewski
	Stanisław Maćkowiak
	Andrzej Masiakowski
	Agnieszka Mastalerz-Migas
	Maria Matusiak
	Beata Ostrzycka
	Maria Stachowska
	Marek Twardowski
	Jarosław Wanecki
	Olga Wawrzynkiewicz-Jabłońska
	Adam Windak
	Andrzej Zapaśnik

LISTA SKRÓTÓW **4**

WSTĘP **5**

POZ W POLSCE NA TLE DOŚWIADCZEŃ EUROPEJSKICH **6**

CEL I ZADANIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ **9**

KRYTYCZNA ANALIZA POZ **10**

STRUKTURA 10

ZARZĄDZANIE 10

PODMIOTY 12

KADRY 14

UWARUNKOWANIA EKONOMICZNE 18

PROCES 20

DOSTĘPNOŚĆ 20

CIĄGŁOŚĆ 22

KOORDYNACJA 24

WSZECHSTRONNOŚĆ 27

WYNIK 29

EFEKTYWNOŚĆ 29

JAKOŚĆ 32

RÓWNOŚĆ 34

PRIORYTETY STRATEGII ZMIAN W POZ **36**

1. POZ DLA KAŻDEGO 36
2. IMPLEMENTACJA MEDYCYNY RODZINNEJ 37
3. ZESPÓŁ MEDYCYNY RODZINNEJ 38
4. POPRAWA FINANSOWANIA 39
5. WZMOCNIENIE ROLI PROMOCJI ZDROWIA I PREWENCJI 40
6. INTEGRACJA WEWNĄTRZ- I MIĘDZYSEKTOROWA 41
7. INFORMATYZACJA 42
8. OGRANICZENIE BIUROKRACJI 43
9. POPRAWA JAKOŚCI 44
10. ROZWÓJ BADAŃ NAUKOWYCH 45

4 LISTA SKRÓTÓW

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CHUK	choroby układu krążenia
EBM	evidence based medicine – medycyna oparta na dowodach
ePUAP	Elektroniczna Platforma Usług Administracji Publicznej
eWUŚ	system elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców
FFS	fee for service – opłata za usługę
GIODO	Główny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
ICNP	International Classification for Nursing Practice – międzynarodowa klasyfikacja opieki pielęgniarskiej
ICPC	International Classification of Primary Care – międzynarodowa klasyfikacja dla POZ
ISI	Internetowy System Informacji
Karta DILO	karta diagnostyki i leczenia onkologicznego
KLRwP	Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
KPiP	Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce
LR	lekarz rodzinny
MR	medycyna rodzinna
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NCBiR	Narodowe Centrum Badań i Rozwoju
NCN	Narodowe Centrum Nauki
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OPS	Ośrodek Pomocy Społecznej
PFP	pay for performance – opłata za wynik
PIP	Państwowa Inspekcja Pracy
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PPOZ	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia
PSSE	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
PTMR	Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
PUE/eZLA	Platforma Usług Elektronicznych, zwolnienia lekarskie
PZ	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia – Porozumienie Zielonogórskie
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
SIMP	System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki
SNRL	System Numerowania Recept Lekarskich
SSRMZ	System Statystyki Resortowej Ministerstwa Zdrowia
TQM	total quality management – wszechstronna poprawa jakości
US	Urząd Skarbowy
UW	Urząd Wojewódzki

Opracowanie pt. „Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje strategii rozwiązań systemowych" przygotowane zostało przez Zespół do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ.

Z inicjatywą przeprowadzenia zmian w funkcjonowaniu POZ wystąpił Minister Zdrowia, który powołał wyżej wymieniony Zespół i stworzył mu możliwości działania. Skład Zespołu oraz jego cele zostały określone w Zarządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia, 2 lutego oraz 24 marca 2016 r.

Do Zespołu weszli reprezentanci różnych środowisk, w tym lekarze, pielęgniarki, pacjenci, pracodawcy, eksperci i menedżerowie działający w obszarze ochrony zdrowia, a w szczególności na poziomie POZ. Swoich przedstawicieli typowały stowarzyszenia, związki pracodawców, izby: lekarska i pielęgniarska.

Strategia rozwiązań systemowych będzie wykorzystana do przygotowania projektu założeń do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, która z kolei pozwoli zdefiniować miejsce i rolę POZ w systemie ochrony zdrowia oraz przyczyni się do poprawy jej funkcjonowania. Opracowanie i przyjęcie ustawy wzmocni tę część systemu, a co najważniejsze będzie korzystne dla mieszkańców naszego kraju (nie tylko osób chorych) oraz przyczyni się do poprawy dostępności, jakości i bezpieczeństwa na omawianym poziomie opieki. Istotnym będzie także zwiększenie efektywności POZ, ułatwienie działalności personelu medycznego, a przede wszystkim zachowanie i poprawa zdrowia społeczeństwa.

Członkowie Zespołu rozpoczęli prace od gromadzenia danych, dotyczących funkcjonowania POZ w Polsce oraz innych krajach, głównie europejskich. Zebrane zostały także wcześniejsze opracowania, przygotowywane w naszym kraju przez różne zespoły i instytucje oraz ekspertów. Materiały zostały zgromadzone w internetowym depozytorium oraz poddane analizie.

W ramach zrealizowanych do tej pory prac członkowie Zespołu zgłosili szereg idei, które następnie były kategoryzowane i w różny sposób analizowane. Odbywały się posiedzenia, na których oprócz dyskusji przeprowadzano także formalne głosowania. Metody pracy obejmowały również zbieranie propozycji w formie pisemnej, z wykorzystaniem specjalnie opracowanych formularzy. Wśród członków Zespołu przeprowadzano także ankiety internetowe zawierające pytania zamknięte, dotyczące opinii na temat głównych tez zapisanych w strategii.

Niniejsze opracowanie ma charakter wstępny i stanowi podstawę do dalszych prac Zespołu, zwłaszcza w zakresie analizy funkcjonowania POZ i proponowania kierunków zmian.

Dobrze zorganizowana oraz racjonalnie finansowana POZ jest warunkiem sprawnego funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Od końca lat 70. ubiegłego stulecia, w wielu krajach coraz większa uwaga poświęcana jest podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Przełomowym wydarzeniem dla jej rozwoju była deklaracja przyjęta przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (Ałma-Ata, rok 1978). Podkreślono w niej znaczenie POZ jako integralnej części krajowych systemów opieki zdrowotnej, która wpływa nie tylko na stan zdrowia populacji, ale oddziałuje także szerzej na rozwoju społeczny i gospodarczy danego społeczeństwa. W dużej części krajów rozwiniętych od kilkudziesięciu lat POZ oparta jest na instytucji lekarza rodzinnego. W jej ramach funkcjonują także inni profesjonaliści medyczni, w tym przede wszystkim pielęgniarki i położne.

W roku 2000 przywódcy 189 państw na szczycie Organizacji Narodów Zjednoczonych przyjęli Milenijne Cele Rozwoju. Stanowią one swego rodzaju priorytety w działaniach międzynarodowych. W licznych krajach w ich realizację zaangażowały się środowiska związane z POZ. Wzmacnianie jednostek (pacjentów) i całych rodzin oraz przyczynianie się poprzez działania prozdrowotne do lepszego rozwoju społeczności lokalnych miało w tym zakresie kluczowe znaczenie.

Rola POZ i medycyny rodzinnej nadal pozostaje silnie uzależniona od uwarunkowań o charakterze regionalnym i narodowym. Między innymi ta problematyka została poruszona w Raporcie Światowej Organizacji Zdrowia z 2008 r. pt.: „Podstawowa opieka zdrowotna – teraz bardziej niż kiedykolwiek" (Primary Health Care – Now more than ever). Niezależnie jednak od regionu świata zasadnicze znaczenie dla poprawy zdrowia ma zapewnienie nieograniczonego barierami finansowymi dostępu do sprawnie funkcjonującej POZ.

W 2011 r. Europejski Oddział Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych (WONCA Europe) szczegółowo opisał cechy medycyny rodzinnej, eksponując znaczenie praktyki lekarza rodzinnego jako miejsca pierwszego i nieograniczonego kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia, niezależnie od jego wieku, płci i rodzaju problemu zdrowotnego. Ponadto w przygotowanym dokumencie opisano kluczowe kompetencje, w tym sprawowanie opieki podstawowej i ukierunkowanie jej na pacjenta, specyfikę rozwiązywania problemów, podejście wszechstronne i holistyczne oraz orientację na społeczność lokalną. Podkreślono, że wszystkie kompetencje determinowane są przez kontekst profesjonalny, osobistą postawę i dowody naukowe.

W Polsce w pierwszych latach transformacji ustrojowej zaistniały korzystne warunki polityczne i społeczne, które umożliwiły reformy w POZ, w tym wprowadzenie nowej specjalizacji i rozpoczęcie szkolenia podyplomowego z zakresu medycyny rodzinnej. Przełomowe decyzje, wspierane programami pomocowymi Banku Światowego i Unii Europejskiej, były podejmowane w latach 1992–1995. W krótkim czasie wyzwolono kreatywność lekarzy i pielęgniarek oraz doprowadzono do prywatyzacji dużej liczby zakładów opieki zdrowotnej. Wdrożono szereg innych zmian organizacyjnych, w tym reformę szkolenia podyplomowego opartą o etaty rezydenckie finansowane z budżetu państwa. Utworzono też zakłady i katedry medycyny rodzinnej w uczelniach medycznych oraz rozpoczęto kształcenie studentów. W krótkim czasie, jednocześnie ze zmianami strukturalnymi wprowadzono sposób kapitacyjny finansowania POZ.

Na początku funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a zwłaszcza po likwidacji kas chorych i powołaniu Narodowego Funduszu Zdrowia doszło do istotnego ograniczenia roli lekarza rodzinnego.

Przejawiało się to wprowadzeniem w kolejnych dokumentach i aktach prawnych sformułowania lekarz POZ lub lekarz pierwszego kontaktu. Zakres kompetencji został stopniowo zawężony poprzez zapewnienie wolnego dostępu do wielu specjalistów, bez konieczności skierowania. Zaowocowało to wzrostem kosztów oraz narastaniem kolejek pacjentów oczekujących na konsultacje specjalistyczne. Kolejne niekorzystne zmiany dotyczyły systemu kształcenia lekarzy rodzinnych. Zlikwidowano regionalne ośrodki kształcenia, które były odpowiedzialne za przekazywanie misji medycyny rodzinnej i stałą poprawę edukacji. Mimo licznych protestów środowiska POZ odstąpiono od obowiązku uzupełniania specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej przez pracujących w POZ internistów i pediatrów. W ostatnich latach następował także rozwój biurokracji i coraz większe obciążenie lekarzy pracą administracyjną. Powyższe zmiany wpłynęły w sposób znaczący na obniżenie prestiżu personelu medycznego POZ i obniżenie motywacji młodych lekarzy oraz pielęgniarek do podejmowania decyzji o specjalizowaniu się w zakresie medycyny rodzinnej.

W Polsce, w ostatnich latach istotne zmiany następowały także w wykonywanym w POZ zawodzie pielęgniarki i położnej. Zwiększała się samodzielność i niezależność tych zawodów medycznych. Określono świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, które pielęgniarki i położne mogły wykonywać bez zlecenia lekarskiego. Umożliwiono także samodzielne ordynowanie niektórych leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych oraz przepisywanie recept.

Do chwili obecnej opublikowano jedynie nieliczne prace naukowe, w których porównywano POZ w różnych krajach Europy i uwzględniono także Polskę. Głównym wyzwaniem stojącym przed badaczami jest opracowanie odpowiedniej definicji podstawowej opieki zdrowotnej, która obejmowała by różnorodność w obecnie istniejącej organizacji i modelach dostarczania usług.

Przykładem, na który warto zwrócić uwagę, jest międzynarodowe badanie porównawcze PHAMEU (Boerma KD et al., 2013). W jego ramach strukturę podstawowej opieki zdrowotnej definiowano w trzech wymiarach: zarządzanie, warunki ekonomiczne, rozwój kadr, a proces w czterech: dostępność, kompleksowość, ciągłość, koordynacja.

Dla każdego z tych obszarów, w dostępnej literaturze przedstawiono dowody wskazujące na to, że podstawowa opieka przyczynia się do ogólnej wydajności systemu opieki zdrowotnej i zdrowia ludności. W ramach omawianego badania dla danego kraju przeprowadzono analizę wskaźników przyporządkowanych do poszczególnych wymiarów. Obliczono wynik ogólny dla danego wymiaru w zakresie od 1 (słaby) do 3 (silny). W tabelach 1 i 2 zamieszczono krótkie omówienie poszczególnych obszarów i przedstawiono wynik ogólny dla polskiego POZ.

Gdy porówna się siłę systemów POZ krajów z ich względną efektywnością, okazuje się, że niektóre kraje o stosunkowo silnej POZ (Wielka Brytania, Hiszpania, Dania i Belgia) nie należą do najbardziej wydajnych systemów, w kategoriach względnych. Wśród krajów o stosunkowo silnej podstawowej opiece zdrowotnej, które są również stosunkowo wydajne, są Holandia, Portugalia, Finlandia, Litwa i Estonia. Prawdą jest też, że kraje o względnie słabej POZ (Luksemburg, Bułgaria i Węgry) okazują się stosunkowo efektywne. Innymi słowy, systemy te zapewniają najlepszą podstawową opiekę zdrowotną, jaką mogą – przy swoim umiarkowanym poziomie środków strukturalnych. Jakość podstawowej opieki zdrowotnej nie jest sumą jej funkcji, lecz jest oparta na spójności struktury, procesu i wyników.

TABELA 1. Struktura POZ- omówienie obszarów i wynik dla Polski

Nazwa obszaru	ZARZĄDZANIE	WARUNKI EKONOMICZNE	ROZWÓJ KADR
Sytuacja w Europie	W większości krajów nie ma ustalonych reguł kształcenia medycznego; kliniczne wytyczne dla POZ są często opracowywane przez specjalistów innych dziedzin lub ministerstwa zdrowia	Pod względem wydatków na POZ i przychodów lekarzy istnieje wyraźny podział na wschód i zachód Europy; w większości krajów europejskich lekarze są niezależnymi, zakontraktowanymi przedsiębiorcami; w niektórych krajach wynagrodzenie jest uzupełniane dodatkami za wydajność	Średnio 1/5 wszystkich absolwentów studiów medycznych decyduje się na szkolenie w medycynie rodzinnej
Wynik dla Polski	SŁABY	SŁABY	SŁABY

TABELA 2. Proces POZ — omówienie obszarów i wynik dla Polski

Nazwa obszaru	DOSTĘPNOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	KOORDYNACJA
Sytuacja w Europie	Nierównomierne rozmieszczenie lekarzy POZ; w niektórych krajach dostęp utrudniony; często współpłacenie za wizytę. Opieka poza godzinami różnie rozwiązana (większe spółdzielnie LR, opieka nie związana z LR, oddziały typu SOR)	Podmioty POZ na ogół dobrze wyposażone w całej Europie; kompleksowość większa w krajach z systemem skierowań	W kilku krajach nie istnieją listy pacjentów danego LR; dowolność wyboru i możliwość zmiany LR, jednak pacjenci w większości odwiedzają jednego LR. Komputery w POZ rzadko używane do wymiany informacji z innymi podmiotami lub przechowywania dokumentacji medycznej; pacjenci często niezadowoleni z umiejętności komunikacyjnych lekarzy oraz czasu konsultacji	W niektórych krajach dobra współpraca LR ze specjalistami i przepływ informacji; często bez skierowania nie można uzyskać bezpłatnej konsultacji specjalistycznej
Wynik dla Polski	SILNY	SŁABY	ŚREDNI	SILNY

Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce wymaga znacznie większej uwagi wszystkich osób i instytucji odpowiedzialnych za zdrowie społeczeństwa. Należy zaplanować i stworzyć warunki dla rozwoju tego poziomu opieki. Powinien on stanowić mocny fundament całego, sprawnie działającego systemu ochrony zdrowia.

Celem POZ w Polsce jest:

1. Zachowanie i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa,
2. Wysoki poziom bezpieczeństwa i zadowolenia ze świadczeń POZ
3. Ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności podopiecznych POZ

Zadaniem POZ jest:

1. Zapewnienie równego dostępu do wszechstronnej i ogólnej opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom, ich rodzinom oraz społecznościom lokalnym z uwzględnieniem nie tylko biomedycznego wymiaru zdrowia, ale także wymiaru psychospołecznego, kulturowego i egzystencjalnego.

2. Udzielanie podstawowej pomocy medycznej w stanach ostrych i przewlekłych oraz wielochorobowości.

3. Udzielanie pacjentowi świadczeń zdrowotnych zgodnych z jego potrzebami oraz aktualnym stanem wiedzy medycznej, możliwych do zapewnienia w POZ.

4. Zapewnienie pacjentom fachowej porady i wsparcia w podejmowaniu decyzji odnośnie do ochrony i poprawy zdrowia oraz korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

5. Ocena potrzeb zdrowotnych wszystkich osób oraz udział w określaniu potrzeb zdrowotnych populacji, będących podstawą do systemowo wdrażanych działań zapobiegawczych i naprawczych.

6. Zapewnienie pacjentom możliwości udziału w efektywnych i potwierdzonych naukowo programach promocji zdrowego stylu życia oraz przesiewowych badaniach profilaktycznych.

7. Efektywne negocjowanie i godzenie potrzeb zdrowotnych indywidualnych pacjentów z potrzebami zdrowotnymi społeczności lokalnej, przy optymalnym wykorzystaniu zasobów na ten cel przeznaczonych.

8. Ustalanie priorytetów zdrowotnych z uwzględnieniem poszczególnych problemów pojedynczych pacjentów, ich rodzin oraz całej populacji społeczności lokalnej.

9. Zapewnianie wielodyscyplinarnej opieki w ramach zespołu medycyny rodzinnej, a także współpraca i koordynacja działań z innymi poziomami systemu ochrony zdrowia.

10. Podejmowanie działań zmierzających do ochrony zdrowia i życia, niezależnie od wieku i płci pacjenta, w odniesieniu do wszystkich potrzeb i problemów zdrowotnych.

ZARZĄDZANIE

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) w Polsce zapewnia osobom uprawnionym świadczenia zdrowotne, które udzielane są w warunkach ambulatoryjnych (gabinety, poradnie) jak również w domu pacjenta. Zarządzanie POZ obejmuje zbiór szeroko pojętych regulacji prawnych oraz działania kierownicze administracji publicznej, wpływające na sposób, zakres oraz efekty sprawowanej opieki. Główne regulacje, bezpośrednio dotyczące tego poziomu opieki, zawarte są w rozporządzeniach Ministra Zdrowia: (1) w sprawie świadczeń gwarantowanych, (2) w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej, (3) w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej. Istotne regulacje wynikają także z zarządzeń Prezesa NFZ, zwłaszcza określającego warunki zawierania i realizacji umów. W Polsce nie ma obecnie oficjalnie zaakceptowanego planu rozwoju POZ. Również instytucjonalne zarządzanie tą częścią systemu oraz nadzór nad jej funkcjonowaniem są słabo rozwinięte. Uzupełnienie wskazanych braków powinno odpowiednio ukierunkować rozwój tej części opieki zdrowotnej. Jednocześnie, jak wskazują doświadczenia międzynarodowe, nadmierne regulacje prawne oraz zbyt daleko posunięte ingerencje administracji publicznej nie służą sprawnemu zarządzaniu POZ. Działania te muszą mieć charakter wspierający, a nie opresyjny.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	**SŁABE STRONY**
1. Stabilna pozycja POZ w systemie 2. Polityczne deklaracje kluczowej roli POZ dla funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia	1. Niejasna wizja oraz brak strategii rozwoju POZ 2. Rozmyta odpowiedzialność rozłożona między rząd, samorządy, NFZ 3. Niedoceniana rola POZ w systemie 4. Niewystarczające umocowanie prawne POZ 5. Nadmiar, skomplikowana struktura i niespójność regulacji prawnych 6. Duża zmienność i uznaniowość reguł (np. zarządzenia Prezesa NFZ) 7. Zarządzanie opieką przez płatnika nieuwzględniające analiz gromadzonych danych 8. Niejasne cele i brak motywatorów postępu 9. Niska ranga działań z zakresu zdrowia publicznego w praktyce POZ

CELE	
A	Poszerzenie zakresu odpowiedzialności i zadań POZ
B	Skoordynowanie działań POZ z innymi częściami systemu
C	Zorientowanie funkcjonowania POZ na potrzeby pacjentów
D	Zwiększenie roli profilaktyki i edukacji zdrowotnej
E	Wzrost prestiżu i zaufania do POZ w społeczeństwie i wśród profesjonalistów medycznych
F	Zwiększenie roli specjalistów medycyny rodzinnej w POZ
G	Profesjonalizacja zarządzania systemem oraz podmiotami POZ i odciążenie lekarzy na tym polu

TABELA 3. Działania w obszarze POZ – ZARZĄDZANIE

CELE OSIĄGANE POPRZEZ DZIAŁANIA							DZIAŁANIA	HARMONOGRAM
A	B	C	D	E	F	G		2016 2017 2018 2020 2025 2030
✓		✓		✓	✓		1. Stworzenie stabilnej wizji i strategii rozwoju POZ	
✓	✓	✓		✓			2. Uporządkowanie regulacji prawnych i ustawowe umocowanie POZ oraz medycyny rodzinnej	
	✓	✓					3. Jasny rozdział zadań pomiędzy instytucje publiczne odpowiedzialne za funkcjonowanie POZ	
						✓	4. Poprzedzenie wprowadzenia regulacji prawnych konsultacjami i pilotażem	
		✓		✓			5. Ograniczenie interwencjonizmu i wyeliminowanie zbędnych regulacji	
	✓				✓	✓	6. Opracowanie map zdrowotnych dla POZ	
				✓			7. Ochrona prawna personelu POZ podczas udzielania świadczeń, analogiczna do przysługującej funkcjonariuszom publicznym	
	✓	✓	✓				8. Wdrażanie programów zdrowia publicznego w POZ	
				✓	✓		9. Przeprowadzenie kampanii informacyjnej o roli i zadaniach POZ	
		✓				✓	10. Wyeliminowanie zbędnych obciążeń biurokratycznych (np. poziom refundacji leków na recepcie)	
✓				✓			11. Umożliwienie lekarzom rodzinnym specjalizowania się w innych dziedzinach	
	✓			✓		✓	12. Utworzenie departamentu POZ w Ministerstwie Zdrowia	

PODMIOTY

Świadczenia z zakresu POZ udzielane są przez różnorakie podmioty, zarówno praktyki zawodowe (indywidualne i grupowe; lekarskie, pielęgniarskie lub położnych), jak i przez podmioty lecznicze (przedsiębiorcy: osoby fizyczne lub prawne, organizacje pozarządowe, SPZOZ-y). Wśród podmiotów leczniczych najliczniejszą grupę stanowią przedsiębiorcy (83%). Świadczeniodawcy zawierają umowy z NFZ w zakresie opieki lekarza, pielęgniarki i położnej. Najwięcej podmiotów (ponad 75%), które zawarły takie umowy dla wszystkich trzech zakresów działań medycznych, znajduje się w województwie mazowieckim, łódzkim, śląskim i kujawsko-pomorskim. Z kolei w województwie wielkopolskim udział takich umów nieznacznie przekracza 10%, a dominują umowy z praktykami/podmiotami indywidualnymi, kontraktującymi oddzielnie poszczególne zakresy. Szacuje się, że pielęgniarki posiadające samodzielne kontrakty, obejmują opieką około 1/3 pacjentów w skali kraju. W roku 2015 na świadczenia lekarza POZ NFZ zawarł umowy z 6226 podmiotami, a na świadczenia pielęgniarki i położnej odpowiednio z 6393 i 4684 podmiotami. Działa także ponad 400 podmiotów realizujących nocną i świąteczną opiekę zdrowotną oraz ponad 3300 podmiotów zapewniających opiekę w miejscu nauczania i wychowania. Ważnymi jednostkami, realizującymi zadania inne niż świadczenia zdrowotne są także zakłady i katedry medycyny rodzinnej oraz pielęgniarstwa środowiskowego, działające na wszystkich uczelniach medycznych. Rolę reprezentacji środowiska związanego z POZ pełnią stowarzyszenia, związki pracodawców i inne organizacje pozarządowe.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	**SŁABE STRONY**
1. Wiele sprawnych organizacyjnie podmiotów oferujących POZ 2. Rozbudowana sieć placówek POZ 3. Zakłady/katedry MR na uczelniach medycznych 4. Silne organizacje profesjonalne: stowarzyszenia (KLRwP, PTMR, KPiP) i związki pracodawców (PZ, PPOZ) 5. Zintegrowane środowisko świadczeniodawców POZ	1. Uruchamianie placówek POZ przez szpitale i podmioty AOS w celu generowania świadczeń 2. Pomijanie podmiotów niepublicznych w programach inwestycyjnych 3. Zróżnicowana, często niewystarczająca infrastruktura POZ 4. Nadmierne wymogi sanitarne i budowlane 5. Nieufność władz samorządowych do niepublicznych placówek POZ 6. Niski stopień informatyzacji placówek POZ 7. Brak mechanizmów przekazywania praktyk 8. Brak zespołu medycyny rodzinnej jako podstawy systemu POZ (lekarz, pielęgniarka, położna)

CELE	
A	Wprowadzenie modelu zespołu medycyny rodzinnej jako podstawowej struktury POZ
B	Określenie zespołów lekarsko-pielęgniarskich jako składowej wyżej wymienionego modelu
C	Oparcie POZ na podmiotach prywatnych
D	Zapewnienie konkurencyjnego rynku placówek POZ
E	Wsparcie finansowania rozwoju infrastruktury POZ (w tym IT)
F	Wypracowanie mechanizmów przekazywania/zbywania praktyk MR/PŚ
G	Wzmacnianie akademickiej MR i organizacji reprezentujących POZ/MR
H	Informatyzacja systemu opieki zdrowotnej (E-dokumentacja)

TABELA 4. Działania w obszarze POZ – PODMIOTY

CELE OSIĄGANE POPRZEZ DZIAŁANIA								DZIAŁANIA	HARMONOGRAM
A	B	C	D	E	F	G	H		2016 2017 2018 2020 2025 2030
				✓	✓			1. Uruchomienie środków publicznych (granty i pożyczki) na rozpoczęcie działalności w MR w rejonach deficytowych	
			✓					2. Zapobieganie lokalnym monopolom	
	✓							3. Wymóg deklaracji współpracy lekarzy i pielęgniarek	
✓	✓							4. Promocja zintegrowanych zespołów medycyny rodzinnej	
✓	✓							5. Zachęty finansowe do tworzenia zespołów medycyny rodzinnej, świadczących wszechstronną opiekę lekarza, pielęgniarki i położnej	
					✓			6. Opracowanie modeli wyceny placówek POZ	
					✓			7. Opracowanie modeli wykupu (w tym management buy-out)	
							✓	8. Uruchomienie programu wparcia IT z programu operacyjnego Polska Cyfrowa (PO PC) i regionalnego programu operacyjnego (RPO)	
				✓			✓	9. Uruchomienie programów wparcia infrastruktury POZ z regionalnych programów operacyjnych	
		✓	✓					10. Uproszczenie przepisów sanitarno-budowlanych dotyczących POZ	
✓		✓	✓		✓			11. Ułatwienie prywatyzacji infrastruktury z rozwiązaniami dotyczącymi jej przekazywania oraz preferencje dla rozwoju prywatnych placówek POZ w modelu zespołów medycyny rodzinnej	
						✓		12. Wzmocnienie infrastruktury katedr/zakładów MR/PR w uniwersytetach medycznych	

KADRY

Według danych GUS (2012) w Polsce w przeliczeniu na 1000 mieszkańców przypada 2,2 lekarzy aktywnych zawodowo, co stanowi jeden z najniższych wskaźników w krajach europejskich. W POZ (2015) liczba lekarzy zgłoszonych do realizacji umów wynosi 32292. Należy podkreślić, że dla dużej części z nich POZ jest dodatkowym, a nie podstawowym miejscem pracy i znajdują w nim zatrudnienie jedynie w ograniczonym wymiarze czasu pracy. 30% lekarzy udzielających porad w POZ nie przyjmowało deklaracji wyboru. Lekarzy posiadających specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej było niespełna 9 tys., a ponad 10 tys. to lekarze posiadający specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych i ponad 6,5 tys. z zakresu pediatrii. W ramach POZ opiekę zapewniają także specjaliści innych dziedzin, a także lekarze bez ukończonego szkolenia podyplomowego. Średnia wieku lekarzy przekracza 50 lat. Województwem o największej liczbie lekarzy POZ (4184) jest mazowieckie, a najmniejszej (655) lubuskie. Ograniczone zasoby kadrowe występują także wśród pielęgniarek i położnych. W przeliczeniu na 1000 mieszkańców przypada 5,4 pielęgniarki, co lokuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc wśród krajów europejskich. Najmniej pielęgniarek jest w województwie kujawsko-pomorskim (wskaźnik: 4,5). Ponadto poważnym problemem jest średnia wieku pielęgniarek i położnych, która wynosi powyżej 48 lat, oraz zbyt mała liczba osób wybierających ten zawód. Liczba pielęgniarek zgłoszonych do realizacji umów w zakresie POZ wynosiła 19593, a położnych 6046. Pielęgniarek uprawnionych do zbierania deklaracji było 18896. Specjalizację z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego posiada 896 pielęgniarek, natomiast większość ukończyła inne szkolenia specjalizacyjne lub kursy kwalifikacyjne. Najwięcej specjalistek w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego jest w województwie zachodniopomorskim (137), najmniej w opolskim (tylko 1). W ciągu ostatnich 15 lat kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego ukończyło 31965 pielęgniarek, najwięcej w województwie śląskim (5957).

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	**SŁABE STRONY**
1. Wielu oddanych sprawie POZ lekarzy, pielęgniarek i położnych 2. Wielu przedsiębiorczych i energicznych profesjonalistów medycznych w POZ 3. System szkolenia podyplomowego MR oparty o akredytowane ośrodki 4. Wysokie kwalifikacje pielęgniarek i położnych gwarantujące samodzielność zawodową i kompleksową realizację świadczeń zdrowotnych	1. Niewystarczająca liczba lekarzy i pielęgniarek w POZ 2. Niski prestiż lekarzy i pielęgniarek POZ 3. Nadmierne obciążenie pracą personelu POZ 4. Duże zróżnicowanie liczby pacjentów objętych opieką lekarza, pielęgniarki, położnej 5. Zróżnicowane specjalizacje lekarskie wpływające na zakres praktyki klinicznej 6. Trudna droga do uzyskania specjalizacji z MR dla lekarzy innych specjalności 7. Niska atrakcyjność MR dla absolwentów medycyny 8. Brak rzeczywistych preferencji dla specjalizacji z MR 9. Utrudnienia w podnoszeniu kwalifikacji lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ 10. Mała liczba rezydentur i miejsc specjalizacyjnych

KADRY cd.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	**SŁABE STRONY**
	11. Niewłaściwa organizacja kształcenia ustawicznego lekarzy, pielęgniarek i położnych 12. Brak mechanizmów współpracy POZ z lekarzami innych specjalności 13. Starzenie się populacji lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ 14. Brak systemu doskonalenia zawodowego niemedycznych pracowników POZ 15. Niewystarczające delegowanie obowiązków przez lekarzy

CELE	
A	Poprawa planowania rozwoju i zabezpieczania kadr (mapy zdrowotne dla POZ)
B	Uznanie specjalizacji z MR/PR jako priorytetowej dla POZ
C	Stwarzanie zachęt do podejmowania specjalizacji z MR przez absolwentów medycyny i pielęgniarstwa
D	Ułatwienie uzyskania specjalizacji z MR/PR przez innych specjalistów
E	Poprawa jakości kształcenia podyplomowego i edukacji ustawicznej, z naciskiem na umiejętności praktyczne i kształtowanie postaw
F	Promowanie rozwoju naukowego lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ
G	Wzrost prestiżu lekarzy, pielęgniarek, położnych POZ

TABELA 5. Działania w obszarze POZ – KADRY

CELE OSIĄGANE POPRZEZ DZIAŁANIA							DZIAŁANIA	HARMONOGRAM
A	B	C	D	E	F	G		2016 2017 2018 2020 2025 2030
	✓	✓		✓			**1.** Wprowadzenie rezydentur w specjalizacjach dla pielęgniarek i położnych POZ	
	✓	✓					**2.** Zwiększenie liczby i uatrakcyjnienie finansowe rezydentur z zakresu MR i PR	
			✓				**3.** Otwarcie POZ na doświadczonych lekarzy poprzez ułatwienia w kształceniu w zakresie MR	
			✓				**4.** Uznanie stażu pracy w POZ za doświadczenie związane z realizacją części szkolenia praktycznego w ramach specjalizacji z MR	
			✓				**5.** Wprowadzenie obowiązku i ułatwień w uzyskiwaniu specjalizacji z MR przez lekarzy POZ, którzy jej nie posiadają	
✓							**6.** Granty i pożyczki na rozpoczęcie działalności w MR w rejonach deficytowych	
				✓			**7.** Opracowanie ścieżek rozwoju kompetencji i ich certyfikacja	
		✓	✓				**8.** Zwiększenie liczby ośrodków prowadzących staże kierunkowe i specjalizacje	
✓							**9.** Definiowanie zapotrzebowania na kadry POZ (mapy)	
					✓		**10.** Wsparcie działalności badawczej grantami naukowymi NCN i NCBiR	
	✓		✓	✓			**11.** Współfinansowanie ze środków publicznych szkoleń w zakresie MR/PR poprzez system dedykowanych stypendiów	
		✓	✓	✓			**12.** Uruchomienie środków finansowych na rozwój e-szkoleń w MR/PR	
						✓	**13.** Rozszerzenie zajęć z MR/PR na ostatnich latach studiów	
		✓	✓				**14.** Umożliwienie uzyskania specjalizacji w zakresie MR/PR po wyborze modułu podstawowego w innych specjalizacjach	

TABELA 5. Działania w obszarze POZ – KADRY cd.

CELE OSIĄGANE POPRZEZ DZIAŁANIA							DZIAŁANIA	HARMONOGRAM
A	B	C	D	E	F	G		2016 2017 2018 2020 2025 2030
				✓			**15.** Koordynacja szkoleń z MR/PR na poziomie województwa	
					✓	✓	**16.** Wsparcie działań międzynarodowych inicjowanych przez polskie pielęgniarki, położne i lekarzy oraz ich organizacje	
					✓	✓	**17.** Utworzenie Instytutu MR i POZ jako państwowej jednostki organizacyjnej, inicjującej i prowadzącej badania naukowe oraz prace rozwojowe	
✓							**18.** Szkolenie kadr dla zarządzania i administracji w POZ	
				✓		✓	**19.** Wprowadzenie szkoleń podnoszących kwalifikacje pielęgniarek i położnych POZ, uwzględniających także aspekty socjologiczne i psychologiczne	
		✓		✓		✓	**20.** Promowanie rozwoju pielęgniarstwa rodzinnego	

UWARUNKOWANIA EKONOMICZNE

W Polsce na ochronę zdrowia (wydatki bieżące i inwestycyjne) przeznaczanych jest około 6,9% PKB (bieżące wydatki publiczne: 4,5% PKB; GUS, 2012), co odpowiada jednemu z niższych wskaźników w Europie. Koszty świadczeń POZ w roku ubiegłym wynosiły 8,8 mld złotych przy całkowitych nakładach na opiekę zdrowotną przekraczających 68 mld zł. Z tej sumy około 6,2 mld zł przeznaczono na finansowanie świadczeń lekarzy, 1,2 mld zł na świadczenia pielęgniarek oraz po około 0,3 mld zł na świadczenia położnych i pielęgniarek szkolnych. W tym samym okresie na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną przeznaczano 5,6 mld zł. Finansowanie świadczeń lekarza, pielęgniarki, położnej POZ oraz pielęgniarki w środowisku wychowania i nauczania odbywa się w ramach umów zawartych pomiędzy świadczeniodawcą i NFZ. Podstawowym sposobem rozliczania jest metoda kapitacyjna, uwzględniająca liczbę pacjentów objętych opieką, na podstawie deklaracji wyboru oraz roczną stawkę na jednego pacjenta. Stawka ta, o różnej wartości dla lekarza, pielęgniarki i położnej, jest korygowana odpowiednimi współczynnikami określonymi w umowie. Niektóre porady i wizyty (pacjent spoza listy, programy profilaktyczne) opłacane są wg cen jednostkowych. Nocna i świąteczna opieka finansowana jest ryczałtem miesięcznym, a opieka w miejscu nauczania kapitacyjną stawką roczną określoną na jednego ucznia i korygowaną w zależności np. od typu szkoły lub stopnia niepełnosprawności uczniów.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	**SŁABE STRONY**
1. Stabilność przychodów podmiotów POZ wynikająca z kapitacyjnej metody finansowania 2. Możliwość zwiększenia przychodów poprzez pozyskiwanie pacjentów przez podmioty spełniające ich oczekiwania	1. Niski procentowy udział nakładów na POZ w budżecie ochrony zdrowia, zwłaszcza w porównaniu do AOS i opieki szpitalnej 2. Niska stawka kapitacyjna 3. Niewystarczające mechanizmy finansowe promujące jakość i szeroki zakres świadczeń 4. Brak sprawnych mechanizmów utrzymania i rozwoju infrastruktury 5. Brak systematycznych inwestycji 6. Brak motywacji ekonomicznych do dzielenia zadań i delegowania obowiązków przez lekarzy na innych profesjonalistów (pielęgniarki, menedżer itp.) 7. Bariery finansowe dla rozpoczynania działalności na rynku POZ 8. Brak mechanizmów motywujących do ograniczania skierowań do wyższych poziomów opieki systemu ochrony zdrowia

CELE	
A	Wzrost nakładów na POZ
B	Stworzenie mechanizmów motywujących do poprawy jakości i poszerzenia zakresu świadczeń
C	Promocja uzupełniania kwalifikacji oraz przechodzenia lekarzy i pielęgniarek do POZ
D	Stabilizacja działania praktyk przez wieloletnie umowy z indeksacją stawek
E	Stopniowy rozwój systemu budżetu powierzonego („fund-holding") i opieki koordynowanej

TABELA 6. Działania w obszarze POZ – UWARUNKOWANIA EKONOMICZNE

CELE OSIĄGANE POPRZEZ DZIAŁANIA					DZIAŁANIA	HARMONOGRAM
A	B	C	D	E		2016 2017 2018 2020 2025 2030
✓	✓				**1.** Poszerzenie zakresu kompetencji i zadań w POZ połączone z adekwatnym finansowaniem	
			✓		**2.** Zapewnienie równomiernego finansowania świadczeniodawców w poszczególnych zakresach tj. lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ, bez różnicowania ze względu na formę organizacyjno-prawną podmiotu	
			✓		**3.** Utrzymanie odrębnie finansowanej medycyny szkolnej	
✓		✓			**4.** Uruchomienie grantów i pożyczek na rozpoczęcie działalności w MR	
✓	✓				**5.** Uruchomienie programu wsparcia IT z programu operacyjnego Polska Cyfrowa (PO PC)	
✓			✓		**6.** Uruchomienie programów wsparcia infrastruktury POZ z Regionalnych Programów Operacyjnych	
	✓			✓	**7.** Zaplanowanie, pilotaż i wdrożenie systemu budżetu powierzonego oraz koordynowanej opieki w POZ	
✓					**8.** Podwyższenie podstawowej stawki kapitacji	
	✓				**9.** Wprowadzenie mechanizmów finansowania innych niż kapitacja (za usługę – FFS, za wynik – PFP, infrastruktura)	
✓					**10.** Finansowanie opieki nad osobami nieubezpieczonymi	
✓					**11.** Uproszczenie procedur rozliczania pacjentów spoza listy i obcokrajowców	
✓		✓			**12.** Wydzielenie środków oraz wprowadzenie priorytetów w przyznawaniu grantów badawczych na badania w zakresie NCBiR i NCN w zakresie MR/PR	

DOSTĘPNOŚĆ

Dostępność świadczeń POZ jest jedną z podstawowych miar funkcjonowania tego poziomu opieki. Jej różne aspekty uwzględniają bariery geograficzne, architektoniczne, czasowe, komunikacyjne, finansowe i wiele innych. W roku 2014 liczba udzielonych porad lekarskich w POZ wynosiła 147945519, co stanowi wzrost w stosunku do roku poprzedniego o blisko 5,5 mln. W tym samym roku pielęgniarki udzieliły łącznie prawie 70 mln (wzrost o ponad 800 tys.), a położne 5 mln świadczeń. W przypadku kobiet średnia roczna liczba porad udzielonych przez lekarza POZ wynosiła 3,9, a w przypadku mężczyzn 3,3. Świadczenia ambulatoryjne lekarza POZ udzielane były w 9723 miejscach. Z kolei pielęgniarki udzielały świadczeń w 8124, a położne w 5457 miejscach. Najmniejsza średnia liczba podopiecznych na 1 miejsce udzielania świadczeń lekarskich występowała w województwie lubuskim (2250), a największa w województwie pomorskim (4588). Dostęp do POZ jest pozytywnie oceniany zarówno przez pacjentów, jak i personel medyczny, co istotnie odróżnia ten poziom opieki od AOS i lecznictwa szpitalnego. Ważnym problemem jest nierówność dostępu dla pacjentów w zależności od miejsca zamieszkania oraz rodzaju podmiotu zapewniającego opiekę (gorsza na wsi i w dużych podmiotach publicznych). Na terenach wiejskich istnieją trudności w zapewnieniu kontynuacji funkcjonowania zamykanych praktyk.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	**SŁABE STRONY**
1. Łatwy dostęp do lekarza (porada w dniu zgłoszenia) w małych, niepublicznych podmiotach 2. Długi czas funkcjonowania placówek POZ (50 godz./tydz.) 3. Powtarzanie recept bez wizyty u lekarza, także przez niektóre pielęgniarki 4. Zróżnicowane formy kontaktu podopiecznych z lekarzem (telefoniczny, osobisty, za pośrednictwem upoważnionych osób)	1. Długi czas oczekiwania na konsultację w dużych placówkach publicznych 2. Brak wykorzystania nowoczesnych metod komunikacji (IT) 3. Ograniczanie kompetencji lekarza do chorób wewnętrznych i pediatrii 4. Nadmierna liczba pacjentów pod opieką jednego lekarza, pielęgniarki lub położnej 5. Ograniczona wiedza pacjentów nt. zasad wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ 6. Brak opieki nad osobami nieubezpieczonymi 7. Trudności z potwierdzeniem prawa do opieki wynikającego z ubezpieczenia 8. Niedostosowanie czasu funkcjonowania podmiotów do liczby pacjentów objętych opieką 9. Niedobory i nierównomierność geograficzna rozmieszczenia kadr i praktyk

CELE	
A	Zapewnienie równego i łatwego dostępu do świadczeń POZ wszystkim obywatelom
B	Poprawa informacji skierowanej do pacjentów nt. zasad funkcjonowania POZ
C	Poprawa skuteczności komunikacji pomiędzy personelem POZ a pacjentami
D	Ograniczanie geograficznych barier dostępu do POZ
E	Zwiększenie roli profilaktyki i edukacji zdrowotnej

TABELA 7. Działania w obszarze POZ – DOSTĘPNOŚĆ

CELE OSIĄGANE POPRZEZ DZIAŁANIA					DZIAŁANIA	HARMONOGRAM
A	B	C	D	E		2016 2017 2018 2020 2025 2030
✓					1. Rezygnacja z weryfikacji ubezpieczenia zdrowotnego i zapewnienie świadczeń POZ wszystkim osobom wpisanym na listę pacjentów	
✓			✓		2. Monitorowanie dostępności oraz wdrożenie mechanizmów zapobiegających jej ograniczaniu	
✓			✓		3. Stworzenie zachęt do podejmowania działalności na terenach o utrudnionym dostępie do świadczeń POZ	
✓					4. Zróżnicowanie czasu funkcjonowania praktyk i ordynacji lekarskiej oraz pielęgniarskiej w zależności od liczby podopiecznych	
		✓			5. Usankcjonowanie porady telefonicznej i za pośrednictwem poczty elektronicznej, jako rodzaju świadczenia medycznego	
	✓			✓	6. Przeprowadzenie społecznej akcji informacyjnej nt. dostępności i zasad funkcjonowania POZ	
✓					7. Wprowadzenie systemu refundacji leków przyjaznego dla osób ze środowisk uboższych oraz pacjentów starszych i przewlekle chorych	
✓		✓			8. Popularyzacja rozwiązania polegającego na umawianiu wizyt za pośrednictwem technologii informatycznych	
	✓				9. Promowanie oraz uświadamianie pacjenta o możliwości wyboru pielęgniarki POZ udzielającej świadczeń w miejscu zamieszkania pacjenta	
✓			✓		10. Rozwijanie programów profilaktyki pierwszorzędowej	

CIĄGŁOŚĆ

Ciągłość opieki to istotna cecha konieczna do zapewnienia efektywnej opieki podstawowej. W pojęciu tym może zawierać się ciągłość instytucjonalna (opieka w jednym podmiocie), interpersonalna (opieka jednego lekarza/pielęgniarki) i informacyjna (dane pacjenta w jednym miejscu). Ciągłość opieki wyraża się w opiece lekarza rodzinnego i pielęgniarki na różnych etapach życia pacjenta, począwszy od wczesnego wieku dziecięcego aż do śmierci. Cecha ta jest jednym z podstawowych walorów opieki zdrowotnej, skoncentrowanej na pacjencie. Gwarantuje pacjentom satysfakcję i poczucie bezpieczeństwa, a personelowi medycznemu pozwala nawiązać długoterminowe relacje z podopiecznymi, oparte na partnerstwie i zaufaniu. Przyczynia się też do bardziej efektywnych działań medycznych w systemie opieki zdrowotnej. Ciągłość opieki gwarantuje zmniejszenie kosztów, ogranicza stosowanie niepotrzebnych lub możliwych do uniknięcia procedur medycznych, umożliwia kontrolowanie czynników ryzyka chorób. Sprawowanie opieki o wysokim poziomie ciągłości zapewnia odpowiednią jakość podstawowej opieki zdrowotnej. Opieka skoncentrowana na pacjencie wymaga pełnego przepływu informacji medycznych do POZ. Lekarz rodzinny, zapewniając ciągłość opieki, w rzeczywistości staje się efektywnym „gate-keeperem", koordynatorem świadczeń i adwokatem zdrowia pacjenta.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	**SŁABE STRONY**
1. Najlepsza ciągłość opieki w małych praktykach 2. Istnienie populacji pacjentów, którzy doświadczyli zalet opieki ciągłej 3. Preferencja pacjentów dla konsultacji u wybranego przez siebie lekarza/pielęgniarki/położnej 4. Funkcjonowanie systemów informatycznych dedykowanych POZ, ułatwiających gromadzenie informacji o pacjencie	1. Anonimowość pacjenta, lekarza, pielęgniarki, położnej w dużych wieloprofilowych podmiotach publicznych 2. Brak mechanizmów ograniczających udzielanie świadczeń w sposób epizodyczny 3. Łatwość zmiany lekarza oraz pielęgniarki 4. Zbyt duża liczba konsultacji udzielanych przez personel pracujący dorywczo w POZ 5. Udzielanie świadczeń POZ przez specjalistów wąskich dziedzin 6. Brak powszechnej informatyzacji systemu 7. Brak precyzyjnych zasad przepływu informacji o pacjencie pomiędzy świadczeniodawcami

CELE	
A	Zapewnienie opieki skoncentrowanej na pacjencie, niezależnie od jego wieku
B	Zapewnienie przepływu do POZ informacji o świadczeniach wykonanych przez inne placówki
C	Stopniowy rozwój systemu budżetu powierzonego i opieki koordynowanej

TABELA 8. Działania w obszarze POZ – CIĄGŁOŚĆ

CELE OSIĄGANE POPRZEZ DZIAŁANIA			DZIAŁANIA	HARMONOGRAM
A	B	C		2016 2017 2018 2020 2025 2030
✓			1. Zwiększenie w POZ liczby personelu medycznego: lekarzy rodzinnych, pielęgniarek i położnych POZ - zdolnego do sprawowania opieki ciągłej	
✓		✓	2. Stworzenie motywacji do udzielania świadczeń przez wybranego lekarza, pielęgniarkę, położną	
	✓		3. Rozwój informatyzacji POZ; wdrożenie e-dokumentacji	
✓			4. Intensyfikacja nauczania ciągłości opieki w trakcie studiów medycznych i w ramach kształcenia podyplomowego	
✓			5. Wprowadzenie zasad współpracy i przepływu informacji o pacjencie w zespole medycyny rodzinnej	
	✓		6. Zapewnienie lekarzom POZ możliwości uzyskiwania informacji o pacjencie (istotnych w zapewnieniu ciągłości opieki), zarówno z podmiotów sektora medycznego jak i innych sektorów (np. pomocy społecznej)	
✓			7. Zwiększenie roli pielęgniarki w zapewnianiu ciągłej opieki prewencyjnej nad pacjentem	

KOORDYNACJA

Koordynacja opieki zdrowotnej odzwierciedla jakość współpracy pomiędzy POZ, a innymi poziomami systemu ochrony zdrowia. Gwarantuje optymalizację decyzji medycznych, a także funkcjonowania poszczególnych elementów systemu opieki zdrowotnej w jej ekonomicznym i merytorycznym aspekcie. Z jednej strony koordynacja może być rozumiana jako element kontroli dostępu do kosztochłonnych świadczeń specjalistycznych i szpitalnych, z drugiej zaś jako funkcja polegająca na doradztwie medycznym i pełnieniu roli przewodnika po systemie ochrony zdrowia. W Polsce istnieje 77 specjalizacji lekarskich, a w ramach umów z AOS NFZ kontraktuje 65 rodzajów porad specjalistycznych. Lekarze rodzinni są przygotowani do koordynowania opieki zdrowotnej skoncentrowanej na pacjencie, jednak potencjał ten nie jest do końca wykorzystywany. Zbyt łatwe i nadmierne kierowanie do świadczeń zdrowotnych na poziomie specjalistyki i szpitalnictwa prowadzi do fragmentaryzacji opieki zdrowotnej, zmniejsza bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, zwiększa narażenie na niepotrzebne procedury medyczne oraz podnosi koszty opieki zdrowotnej. Brak systemu efektywnej wymiany informacji medycznej uniemożliwia, a przynajmniej znacząco utrudnia, skuteczne koordynowanie opieki zdrowotnej.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	**SŁABE STRONY**
1. Posiadane doświadczenie w koordynacji świadczeń zdrowotnych przez POZ 2. Oczekiwania pacjentów odnośnie do doradzania i organizowania szerokiego spektrum świadczeń z poziomu POZ 3. Samodzielność zawodowa pielęgniarki i położnej	1. Pomimo istniejących rozwiązań prawnych iluzoryczna kontrola dostępu do świadczeń specjalistycznych 2. Rozproszenie informacji medycznej nt. pacjentów 3. Ograniczone możliwości diagnostyczne POZ 4. Ograniczona komunikacja pomiędzy lekarzami różnych specjalności 5. Brak informacji o stanie zdrowia pacjenta od specjalistów, do których skierowanie nie jest wymagane (ginekolodzy, psychiatrzy, onkolodzy) 6. Przekazywanie informacji medycznej niemal wyłącznie za pośrednictwem pacjenta 7. Brak motywacji dla lekarzy POZ do ograniczania konsultacji/świadczeń specjalistycznych 8. Pozostawanie pacjentów pod opieką specjalistów przez dowolnie długi czas i bez wskazań medycznych 9. Nieprecyzyjne zasady współpracy pomiędzy personelem POZ oraz z innymi poziomami systemu ochrony zdrowia

KOORDYNACJA cd.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	SŁABE STRONY
	10. Spory kompetencyjne między świadczeniodawcami 11. Niewystarczający przepływ informacji i ograniczona współpraca z sektorem pozamedycznym (np. jednostki samorządowe – miejskie i gminne OPS) 12. Brak wystarczającej wiedzy personelu medycznego nt. zakresu kompetencji poszczególnych realizatorów świadczeń 13. Brak współpracy POZ z systemem opieki nad chorymi psychicznie

CELE	
A	Poprawa kontroli dostępu do świadczeń specjalistycznych („gate-keeping")
B	Przywrócenie więzi funkcjonalnych i współpracy pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych, a gabinetami specjalistycznymi, szpitalami i ratownictwem medycznym
C	Powierzenie POZ roli przewodnika w systemie ochrony zdrowia oraz koordynatora procesu opieki nad pacjentem
D	Promowanie mechanizmów motywujących do przenoszenia kompetencji na najniższy, efektywny poziom

TABELA 9. Działania w obszarze POZ – KOORDYNACJA

CELE OSIĄGANE POPRZEZ DZIAŁANIA				DZIAŁANIA	HARMONOGRAM
A	B	C	D		2016 2017 2018 2020 2025 2030
		✓		1. Promocja i wspieranie przez instytucje państwowe funkcji koordynacyjnej lekarza POZ	
	✓	✓		2. Wzmocnienie funkcji konsultacyjnej lekarza specjalisty dla lekarza POZ	
✓			✓	3. Ograniczenie przekazywania pacjenta do długoterminowej opieki specjalistycznej; określenie uzasadnionych wskazań	
✓	✓			4. Uregulowanie prawne specjalistycznych konsultacji telefonicznych oraz za pośrednictwem poczty elektronicznej	
✓			✓	5. Zwiększenie możliwości konsultacyjno-diagnostycznych POZ (formalne: możliwość kierowania na większy zakres badań i faktyczne: zwiększenie finansowania)	
✓			✓	6. Wypracowanie i wdrożenie rozwiązań motywujących do ograniczenia liczby skierowań	
	✓	✓	✓	7. Wdrożenie systemu budżetu powierzonego („fund holding") w POZ w odniesieniu do konsultacji specjalistycznych oraz kosztochłonnych procedur diagnostycznych	
	✓			8. Budowa systemu informatycznego wymiany informacji medycznej	
		✓	✓	9. Gromadzenie pełnej informacji medycznej i pozamedycznej o podopiecznych przez zespół medycyny rodzinnej	
	✓	✓		10. Wprowadzenie obowiązku przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta przez lekarzy, do których skierowanie nie jest wymagane	
	✓	✓		11. Wprowadzenie regulacji prawnych i instrumentów finansowych wspierających zespoły medycyny rodzinnej we współpracy z innymi fachowymi pracownikami (m.in. pielęgniarka w środowisku nauczania, farmaceuta, opiekun medyczny, dietetyk, psycholog, pracownik socjalny)	
			✓	12. Wprowadzenie zasad współpracy i przepływu informacji o pacjencie, w tym drogą elektroniczną między lekarzem, pielęgniarką i położną POZ	

WSZECHSTRONNOŚĆ

Wszechstronność opieki może być rozumiana dwojako. Po pierwsze oznacza objęcie pacjenta opieką medyczną niezależnie od jego wieku, płci i problemu, z jakim zgłasza się do lekarza, pielęgniarki i położnej (w ramach ich kompetencji). Drugi istotny aspekt wszechstronności to rozważanie problemów pacjenta z równoczesnym uwzględnianiem perspektywy bio-medycznej oraz uwarunkowań psychospołecznych. Profesjonaliści medyczni zapewniający wszechstronną opiekę, posiadają rozległe kompetencje, liczne umiejętności i prowadzą działalność w wielu obszarach medycznych, a nawet je przekraczają. Są w stanie podejmować właściwe decyzje w odniesieniu do zróżnicowanych problemów pacjenta, w tym także w odniesieniu do charakterystycznej dla POZ współchorobowości i wielochorobowości. Miernikiem wszechstronności jest zakres i regularność wykonywania poszczególnych procedur przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	**SŁABE STRONY**
1. Realizacja przez lekarzy rodzinnych najszerszego, w porównaniu z innymi specjalizacjami, zakresu świadczeń w POZ 2. Realizacja przez lekarzy rodzinnych, pielęgniarki i położne szerokich zadań w zakresie promocji zdrowia i prewencji chorób 3. Przygotowanie lekarzy, pielęgniarek i położnych do realizacji zadań w środowisku lokalnym pacjenta 4. Realizacja świadczeń pielęgniarek i położnych zgodnie ze standardem opieki 5. Prowadzenie edukacji zdrowotnej przez pielęgniarkę i położną POZ 6. Znajomość środowiska pacjenta i społeczności, w której żyje	1. Formalne ograniczanie kompetencji lekarzy POZ (np. internista udziela świadczenia tylko w zakresie swoich kompetencji) 2. Przewaga biomedycznego podejścia do problemów pacjenta, zwłaszcza wśród specjalistów wąskich dziedzin pracujących w POZ 3. Brak systemu motywacyjnego do wykorzystywania umiejętności nabytych w trakcie procesu kształcenia lekarzy rodzinnych 4. Brak rekompensat finansowych za zapewnienie/realizację szerszego zakresu świadczeń 5. Konieczność kierowania do specjalisty w celu przeprowadzenia badań dodatkowych przekraczających zakres świadczeń POZ 6. Problemy w zapewnieniu pacjentom wypisanym ze szpitala kontynuacji pielęgnacji w środowisku zamieszkania 7. Niewystarczający zakres opieki senioralnej, rehabilitacji domowej, opieki długoterminowej w domu pacjenta 8. Ograniczone działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej 9. Niska akceptacja społeczeństwa, mediów, polityków oraz instytucji (MZ, NFZ) dla diagnozowania i leczenia pacjenta wyłącznie w ramach POZ

CELE	
A	Zapewnienie w POZ kompleksowej opieki, przez kompetentnych lekarzy, pielęgniarki, położne i pielęgniarki środowiska nauczania oraz wychowania
B	Poszerzenie zakresu świadczeń diagnostycznych i leczniczych
C	Zwiększenie roli profilaktyki i edukacji zdrowotnej

TABELA 10. Działania w obszarze POZ – WSZECHSTRONNOŚĆ

CELE OSIĄGANE POPRZEZ DZIAŁANIA			DZIAŁANIA	HARMONOGRAM
A	B	C		2016 2017 2018 2020 2025 2030
✓	✓	✓	1. Wprowadzanie ułatwień i zachęt do pełnego wykorzystania kompetencji lekarzy rodzinnych, pielęgniarek i położnych	
✓	✓		2. Opracowanie i wdrożenie systemu „umiejętności medycznych" dla lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ	
✓	✓	✓	3. Poszerzanie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ wraz z zapewnieniem odpowiedniego finansowania	
	✓	✓	4. Opracowanie programów zdrowotnych i profilaktycznych możliwych do realizacji w POZ	
	✓	✓	5. Zwiększenie roli i zadań pielęgniarek oraz położnych w realizacji programów profilaktycznych	
	✓	✓	6. Wprowadzenie nowych programów profilaktycznych i promocji zdrowia dla pielęgniarek i położnych POZ	
✓			7. Przeznaczenie dodatkowej puli finansowej na rozszerzenie diagnostyki w POZ dla pielęgniarek i położnych po uzyskaniu odpowiednich specjalizacji	
✓			8. Przeznaczenie dodatkowej puli finansowej na zadania związane z ordynacją i wypisywaniem leków, środków żywieniowych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych dla pielęgniarek z wyższym wykształceniem	
	✓	✓	9. Wdrożenie standardów opieki pielęgniarskiej i położniczej, ze szczególnym uwzględnieniem promocji zdrowia i profilaktyki w gabinecie, środowisku domowym, środowisku nauczania i wychowania	
✓	✓		10. Implementacja rozwiązań motywujących do sprawowania opieki nad jednostką i rodziną	

EFEKTYWNOŚĆ

Miarą efektywności systemu POZ jest stosunek przeznaczonych na nią nakładów finansowych do osiąganych wyników. W Polsce procent budżetu płatnika przeznaczony na finansowanie świadczeń tej części opieki zdrowotnej waha się pomiędzy 12 a 13% i jest znacząco niższy w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej. Jednocześnie struktury POZ zapewniają niemal wszystkim obywatelom względnie łatwy i powszechny dostęp do świadczeń. Mimo to istnieje przekonanie, nie poparte wprawdzie rzetelnymi wynikami badań, o wciąż istniejących rezerwach w zakresie efektywności POZ. Obecnie parametr ten oceniany jest subiektywnie, na podstawie doświadczenia pacjentów (np. łatwość uzyskania skierowania do specjalisty lub szpitala, zwolnienia, zaświadczenia czy recepty na pożądany lek) jak i organizatorów oraz administratorów systemu opieki zdrowotnej. Wyniki badań przeprowadzanych w innych krajach wskazują, że wzrost nakładów na POZ wiąże się z reguły z największą korzyścią zdrowotną dla pacjentów. Działania zmierzające do poprawy efektywności powinny zatem uwzględniać zwiększone nakłady, przy jednoczesnym wdrożeniu mechanizmów, gwarantujących ich optymalne wykorzystanie.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	**SŁABE STRONY**
1. Niewielkie koszty płatnika zarządzania systemem 2. Akceptacja funkcjonowania POZ mimo niskich nakładów 3. Powszechność opieki 4. Integracja POZ z lokalną społecznością	1. Brak systemu oceny potrzeb zdrowotnych 2. Uznaniowość oceny i brak obiektywnych kryteriów do określania efektywności 3. Nadmierne kierowanie do placówek specjalistycznych oraz leczenia szpitalnego 4. Niezadowalający sposób finansowania i brak zachęt do podnoszenia wydajności 5. Utrudnione współdziałanie lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ przy rozdzielonych listach pacjentów 6. Rozdrobnienie kontraktowania (lekarze, pielęgniarki, położne, opieka szkolna, opieka nocna i świąteczna, transport medyczny) 7. Nadmierne obciążenie pracą lekarza, którego jedynym miejscem zatrudnienia jest POZ 8. Przesadna liczba różnego rodzaju zaświadczeń wymaganych od lekarzy POZ przez inne instytucje (m. in. urzędy, szkoły, itd.) 9. Nadmierna sprawozdawczość (GUS, NFZ, MZ, Urzędy Wojewódzkie, Stacje Sanepid)

EFEKTYWNOŚĆ cd.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	SŁABE STRONY
	10. Brak rozwiązań umożliwiających kontraktowanie dodatkowych umiejętności lekarza, pielęgniarki, położnej 11. Konieczność wykonywania dodatkowych, pozaumownych procedur (np. stwierdzanie zgonów, zaświadczenia ZUS i KRUS) 12. Brak rozwiązań motywujących do realizacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia

CELE	
A	Systematyczna ocena potrzeb zdrowotnych populacji
B	Systematyczna ocena efektywności opieki POZ
C	Stała poprawa wydajności i sprawności funkcjonowania POZ
D	Ograniczenie nadmiernej biurokracji

TABELA 11. Działania w obszarze POZ – EFEKTYWNOŚĆ

CELE OSIĄGANE POPRZEZ DZIAŁANIA				DZIAŁANIA	HARMONOGRAM					
A	B	C	D		2016	2017	2018	2020	2025	2030
✓				1. Opracowanie systemu oceny potrzeb zdrowotnych i korzystania ze świadczeń oraz ustalanie priorytetów ich zaspokajania						
	✓	✓		2. Stworzenie katalogu wskaźników i kryteriów oceny oraz budowa systemu monitorowania wydajności i jakości POZ						
	✓	✓		3. Opracowanie systemu finansowania motywującego do działań podnoszących wydajność opieki						
	✓	✓		4. Poprawa pracy zespołowej personelu POZ						
	✓	✓		5. Tworzenie zespołów medycyny rodzinnej (lekarz, pielęgniarka, położna)						
	✓	✓		6. Wprowadzenie regulacji prawnych oraz rozwiązań organizacyjnych i finansowych sprzyjających racjonalizacji skierowań do poradni specjalistycznych i opieki szpitalnej						
		✓		7. Monitorowanie zasadności przejmowania pacjenta do długotrwającej opieki specjalistycznej						
		✓		8. Zwiększenie finansowania POZ pozwalające na wdrożenie mechanizmów motywacyjnych						
	✓	✓		9. Rozwój systemu finansowania powiązanego z liczbą świadczeń i osiąganiem celów, w tym wprowadzanie systemów mieszanych (np. kapitacja + opłata za usługę +„pay for performance”)						
		✓		10. Opracowanie i wdrożenie zasad współpracy międzysektorowej (opieka społeczna, edukacja)						
			✓	11. Uproszczenie sprawozdawczości i ograniczenie liczby jej adresatów						
			✓	12. Wyeliminowanie nieuzasadnionych zaświadczeń i orzeczeń o stanie zdrowia						
		✓		13. Wdrażanie rozwiązań IT poprawiających efektywność i zmniejszających obciążenia związane ze sprawozdawczością						

JAKOŚĆ

Jakość podstawowej opieki zdrowotnej określa stopień, w jakim świadczenia zdrowotne zaspokajają potrzeby pacjentów i spełniają standardy opieki, uwzględniające także bezpieczeństwo pacjenta. Poprawa jakości w POZ jest zaplanowanym i systematycznym procesem ukierunkowanym na osiąganie lepszych, mierzalnych rezultatów opieki oraz ograniczanie szkód i niepotrzebnego ryzyka u pacjentów. Obejmuje ocenę sprawowanej opieki, określanie celów, podejmowanie działań dla ich osiągnięcia. Działania nakierowane na poprawę jakości opieki są obowiązkiem zarówno personelu medycznego, jak również administratora i płatnika. W szczególności odnoszą się one do zachowań związanych z prowadzeniem profilaktyki i promocji zdrowia, rozpoznawaniem i leczeniem chorób, postępowaniem w chorobach przewlekłych, zdrowiem psychicznym oraz opieką nad rodziną i lokalną społecznością. Istotnymi elementami związanymi z jakością są także zagadnienia omawiane we wcześniejszych częściach niniejszego opracowania, takie jak dostępność, ciągłość i wszechstronność opieki.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	**SŁABE STRONY**
1. Doświadczenie w opracowywaniu wytycznych dla POZ 2. Akceptacja potrzeby działań na rzecz poprawy jakości wśród pielęgniarek, położnych i lekarzy POZ 3. Uwzględnianie zagadnień związanych z jakością w szkoleniach specjalizacyjnych oraz publikacjach edukacyjnych 4. Wysoka ocena POZ przez pacjentów przy niskiej satysfakcji z całego systemu opieki zdrowotnej	1. Nieskuteczny „zewnętrzny" system kontroli jakości 2. Sporadyczne interwencje o charakterze biurokratycznym i represyjnym (np. wysokie kary) 3. Słabo rozwinięty i niedoceniany przez administrację oraz personel POZ „wewnętrzny" system poprawy jakości 4. Niedocenianie zagadnień bezpieczeństwa pacjenta 5. Brak zachęt do wdrażania systemów poprawy jakości, w tym akredytacji i grup równych sobie (peer-review groups) 6. Nieliczne wytyczne kliniczne dla POZ i ich niewystarczająca implementacja 7. Brak obiektywnych kryteriów do oceny efektywności i jakości 8. Brak zachęt do wdrażania opracowanych systemów poprawy jakości 9. Spadające zaufanie pacjentów do systemu ochrony zdrowia (np. ruchy antyszczepionkowe)

CELE	
A	Podwyższenie jakości opieki i satysfakcji z usług POZ
B	Systematyczne monitorowanie jakości opieki sprawowanej w ramach POZ
C	Wspieranie procesów ciągłej i kompleksowej poprawy jakości (TQM) w POZ

TABELA 12. Działania w obszarze POZ – JAKOŚĆ

CELE OSIĄGANE POPRZEZ DZIAŁANIA			DZIAŁANIA	HARMONOGRAM
A	B	C		2016 2017 2018 2020 2025 2030
	✓		1. Wprowadzenie w wybranych, najważniejszych dla zdrowia obszarach systematycznego monitorowania jakości opieki sprawowanej w ramach POZ	
✓	✓		2. Monitorowanie satysfakcji pacjentów ze świadczeń POZ	
✓	✓	✓	3. Wdrożenie systemu indywidualnego porównywania jakości świadczeniodawców POZ (np. „benchmarking")	
		✓	4. Rezygnacja z biurokratycznego i restrykcyjnego podejścia do kontroli w POZ na rzecz wsparcia procesów poprawy jakości	
	✓		5. Rozważenie wprowadzenia w POZ Międzynarodowej Klasyfikacji dla Opieki Podstawowej (ICPC 2) i Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP)	
✓	✓		6. Poszerzenie kompetencji konsultantów wojewódzkich oraz wprowadzenie zadań dotyczących oceny jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta	
		✓	7. Rozwój oraz wsparcie wdrażania „wewnętrznych" systemów poprawy jakości, w szczególności grup równych sobie (peer-review) oraz ciągłej edukacji medycznej	
✓		✓	8. Systematyczne przygotowywanie i implementacja wytycznych opartych na potwierdzonych danych (EBM) w POZ	
✓	✓		9. Prowadzenie anonimowego systemu zdarzeń dotyczących bezpieczeństwa pacjenta w POZ	
	✓	✓	10. Promowanie systemu akredytacji praktyk lekarzy rodzinnych	
	✓		11. Wspieranie badań naukowych w zakresie oceny i poprawy jakości opieki POZ	

RÓWNOŚĆ

Równość zdrowia to brak systemowych i możliwych do usunięcia różnic w stanie zdrowia pomiędzy grupami społecznymi. Wszystkie, zależne od organizacji i finansowania, społeczne nierówności zdrowia w danym kraju, są wytworem społecznym, niesłusznym, niegodziwym, aczkolwiek modyfikowalnym. Podstawowa opieka zdrowotna działa w kierunku umożliwienia każdemu podopiecznemu wykorzystania jego pełnego potencjału zdrowotnego. Powinna i jest w stanie zapewnić oraz monitorować, czy określone osoby, z uwagi na swoją pozycję społeczną lub inne uwarunkowania, nie są pozbawione wyżej wymienionej możliwości. Istotnym zagadnieniem w omawianym obszarze jest ułatwianie pacjentom dostępu do prowadzonych w zakresie zdrowia publicznego programów promocji i profilaktyki.

STAN OBECNY	
SILNE STRONY	**SŁABE STRONY**
1. Jednolite w całym kraju świadczenia specjalistów medycyny rodzinnej w POZ bez opłat dla pacjentów 2. Jednolite i sprawdzone zasady tworzenia listy pacjentów 3. Możliwość identyfikacji potrzeb zdrowotnych w lokalnej społeczności	1. Brak narzędzi do oceny równości opieki 2. Niedostateczna współpraca z samorządami w planowaniu równości zdrowia 3. Brak wytycznych i standardów postępowania w zakresie zapewniania równości zdrowia w POZ 4. Brak współpracy profesjonalistów POZ w zakresie oceny i zapewniania równości zdrowia 5. Gorszy dostęp do świadczeń POZ w rejonach wiejskich

CELE	
A	Wypracowanie polityki równości zdrowia w odniesieniu do działania POZ
B	Wprowadzenie rozwiązań zapewniających jednakowe, godziwe i sprawiedliwe traktowanie wszystkich pacjentów przez personel POZ
C	Zaangażowanie POZ w rozwiazywanie problemów związanych z nierównościami zdrowia
D	Rozwój organizacji pacjentów i wspieranie ich działań na rzecz równości zdrowia w lokalnych społecznościach
E	Zwiększenie roli profilaktyki i promocji zdrowia
F	Zapewnienie wdrażania programów ogólnokrajowych w społecznościach lokalnych

TABELA 13. Działania w obszarze POZ – RÓWNOŚĆ

CELE OSIĄGANE POPRZEZ DZIAŁANIA						DZIAŁANIA	HARMONOGRAM
A	B	C	D	E	F		2016 2017 2018 2020 2025 2030
✓	✓	✓				1. Opracowanie i wdrożenie regulacji prawnych w zakresie korzystania ze środków na opiekę zdrowotną dla zwiększenia równości w zdrowiu	
	✓	✓				2. Szkolenie lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ w jednakowym i sprawiedliwym traktowaniu pacjentów	
✓	✓	✓				3. Popularyzacja zasady i kontrola równego traktowania wszystkich pacjentów przez profesjonalistów POZ	
		✓				4. Gromadzenie przez świadczeniodawców danych, dotyczących społeczno-ekonomicznych uwarunkowań zdrowia, zarówno w odniesieniu do rodzin jak i populacji objętej opieką	
	✓				✓	5. Monitorowanie korzystania ze świadczeń przez różne grupy ludności na poziomie populacyjnym	
			✓			6. Promowanie wzmocnienia roli pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących własnego zdrowia, ze świadomością odpowiedzialności względem innych osób i lokalnej społeczności	
			✓			7. Wspieranie rozwoju i możliwości działania organizacji pacjentów na rzecz równości zdrowia w lokalnych społecznościach	
				✓	✓	8. Ujednolicenie w całym kraju zakresu świadczeń w POZ, bez opłat dla wszystkich pacjentów, z naciskiem na profilaktykę i promocję zdrowia	

1. POZ DLA KAŻDEGO

Pozbawienie osób nieubezpieczonych podstawowej opieki zdrowotnej jest wątpliwe etycznie i ekonomicznie. Brak opieki profilaktycznej nad osobami zdrowymi i opieki medycznej na wczesnym etapie choroby, może prowadzić do rozwoju schorzenia o poważnych konsekwencjach zdrowotnych i społecznych. Koszty weryfikacji posiadanego ubezpieczenia i uprawnień do objęcia opieką podstawową, są niewspółmiernie wysokie do osiąganych z tego tytułu korzyści finansowych, które – jeśli istnieją – mają wyłącznie doraźny charakter. W związku z powyższym należy wprowadzić prymat dostępu do świadczeń nad czasem i sposobem regulowania przez obywatela należności za świadczenie zdrowotne. Zasada ta powinna oznaczać, że nawet osoby nieobjęte ubezpieczeniem w danym momencie zachowują prawo do wybranych świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza opieki podstawowej, a koszty z tym związane pokrywa budżet państwa. Skutkiem takiego rozstrzygnięcia powinno być także prawo nieubezpieczonych do świadczenia pielęgniarki i położnej, refundacji leków ordynowanych w POZ, a także pełnego zakresu badań diagnostycznych wykonywanych na omawianym poziomie opieki. Wdrożenie proponowanej zmiany, która jest już dyskutowana od kilku miesięcy, znacząco poprawi bezpieczeństwo i satysfakcję pacjentów oraz personelu medycznego. Techniczną konsekwencją tego rozwiązania powinno być dokonanie zasadniczej przebudowy systemu elektronicznej weryfikacji uprawnień do świadczeń zdrowotnych, obecnie realizowanej przez system eWUŚ. Sposób weryfikacji, który go zastąpi, powinien umożliwiać: (1) zarządzanie populacją podopiecznych oraz finansowanie kapitacyjne; (2) jednoznaczną identyfikację osób uzyskujących świadczenia i statusu ich ubezpieczenia; (3) naliczanie zobowiązań budżetu państwa, wynikających z realizacji świadczeń dla osób nieubezpieczonych. Nowy system powinien być wykorzystywany przez płatnika za świadczenia do rozliczeń w ramach finansów publicznych. Podmiotów POZ nie należy obciążać koniecznością weryfikacji ubezpieczenia zdrowotnego.

WYMIAR	OBSZAR POZ	DZIAŁANIE UMOŻLIWIAJĄCE WPROWADZENIE ZMIANY	
		NR STRONY OPRACOWANIA	NR DZIAŁANIA
STRUKTURA	Uwarunkowania ekonomiczne	**19**	10, 11
PROCES	Dostępność	**21**	1, 2, 3, 6
WYNIK	Równość	**35**	8

2. IMPLEMENTACJA MEDYCYNY RODZINNEJ

Budowa nowoczesnego systemu podstawowej opieki zdrowotnej, bazującego na najlepszych wzorcach światowych i europejskich, opartego o instytucję lekarza rodzinnego i współpracującego z nim zespołu profesjonalistów medycznych rozpoczęła się w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia. Do chwili obecnej spośród wszystkich lekarzy udzielających świadczeń w POZ zaledwie jedna trzecia posiada specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej. Specjalizacja ta dedykowana jest do opieki podstawowej w przeciwieństwie do innych (np. choroby wewnętrzne, pediatria), właściwych dla opieki stacjonarnej. Należy zintensyfikować wysiłki na rzecz kształcenia kadr w ramach specjalizacji z medycyny rodzinnej, a proces ten powinien przebiegać dwukierunkowo. Pierwszy z nich powinien zapewnić właściwy poziom rekrutacji do szkolenia podyplomowego wśród absolwentów wydziałów lekarskich i pielęgniarskich, drugi zaś umożliwić uzyskanie właściwych kompetencji lekarzom, pielęgniarkom i położnym pracującym obecnie w POZ. Należy opracować programy kształcenia możliwe do realizacji bez rezygnacji z wykonywania pracy zawodowej, wykorzystujące nowoczesne techniki edukacyjne i komunikacyjne, w tym kształcenie na odległość. Należy odbudować regionalną sieć instytucji kształcących, bazującą na strukturach i potencjale uczelni medycznych, która pozwoli na zapewnienie odpowiedniej efektywności i jakości kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej. W realizację zadań związanych z rozwojem POZ na danym terenie w większym niż obecnie stopniu powinien być zaangażowany samorząd terytorialny (planowanie zabezpieczenia, ułatwianie rozpoczęcia działalności w regionach deficytowych). Zasadne jest tworzenie lokalnych map potrzeb zdrowotnych, jako narzędzia identyfikującego potrzeby w zakresie POZ, analizującego rozmieszczenie kadr medycznych oraz usprawniającego procesy zarządzania na tym poziomie opieki.

WYMIAR	OBSZAR POZ	DZIAŁANIE UMOŻLIWIAJĄCE WPROWADZENIE ZMIANY	
		NR STRONY OPRACOWANIA	NR DZIAŁANIA
STRUKTURA	Zarządzanie	**11**	6
	Podmioty	**13**	12
	Kadry	**16, 17**	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 20
	Uwarunkowania ekonomiczne	**19**	6
PROCES	Ciągłość	**23**	1
	Wszechstronność	**28**	1

3. ZESPÓŁ MEDYCYNY RODZINNEJ

Kluczem do poprawy sprawności funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej jest powierzenie jej powiązanemu funkcjonalnie, kompetentnemu i ściśle ze sobą współpracującemu zespołowi profesjonalistów medycznych. Codzienna osobista współpraca, nawiązane partnerskie relacje, sprawny przepływ informacji, uzupełniające się kompetencje oraz wzajemne wsparcie to elementy opieki zespołowej, warunkujące skuteczność i efektywność. W warunkach POZ zapewnić ją może zespół składający się z lekarza, pielęgniarki i położnej rodzinnej. Każdy z wymienionych profesjonalistów medycznych powinien posiadać kompetencje umożliwiające zapewnienie kompleksowej opieki podstawowej, świadczonej pacjentom bez względu na wiek, płeć, rodzaj problemu, status socjalny lub ekonomiczny oraz rasę i przekonania. W okresie przejściowym w jednym zespole medycyny rodzinnej należy zapewnić możliwość wspólnej pracy internisty i pediatry. Dla każdego pacjenta zespół medycyny rodzinnej powinien stanowić pierwsze i podstawowe miejsce kontaktu z systemem ochrony zdrowia. Pacjent powinien być wpisany na listę jednego zespołu, zachowując pełną swobodę jego wyboru oraz możliwość okresowej zmiany. Wspólna lista pacjentów dla lekarzy, pielęgniarek i położnych nie przesądza o sposobie kontraktowania świadczeń z płatnikiem publicznym. Nadal możliwe powinno być zarówno łączne, jak i oddzielne zawieranie umów na te świadczenia. Z uwagi na istniejące w wielu regionach Polski odrębne listy pacjentów oraz duże zróżnicowanie organizacyjne, wprowadzenie zmian powinno mieć charakter ewolucyjny i być zaplanowane w dłuższym okresie czasu. Pielęgniarki i położne posiadające odrębne kontrakty powinny mieć możliwość kontynuowania swojej działalności. Niemniej, dla tworzenia zespołów medycyny rodzinnej należy wprowadzić motywację finansową i odpowiednie regulacje prawne. Zakresy działań i kompetencji poszczególnych profesjonalistów POZ powinny być jeszcze precyzyjniej zdefiniowane. Pielęgniarkom i położnym należy zagwarantować dużą niezależność zawodową, a relacje lekarz–pielęgniarka powinny opierać się na zasadzie partnerstwa, a nie tradycyjnej podległości. Należy stwarzać warunki i promować bieżącą oraz ścisłą współpracę zespołów medycyny rodzinnej ze specjalistami działającymi w ramach AOS oraz pracownikami socjalnymi.

WYMIAR	OBSZAR POZ	DZIAŁANIE UMOŻLIWIAJĄCE WPROWADZENIE ZMIANY	
		NR STRONY OPRACOWANIA	NR DZIAŁANIA
STRUKTURA	Podmioty	**13**	3, 4, 5, 11
	Kadry	**16, 17**	1, 2, 3, 5, 11, 12, 20
PROCES	Ciągłość	**23**	5
	Koordynacja	**26**	9, 11, 12
WYNIK	Efektywność	**31**	4, 5

4. POPRAWA FINANSOWANIA

Obecny poziom oraz sposób finansowania podstawowej opieki zdrowotnej nie pozwala na optymalne wykorzystanie jej potencjału. Przeznaczone przez płatnika nakłady w wysokości 12,87% (w 2015 r.) wskazują na jej niedofinansowanie. W tych warunkach trudno oczekiwać zmian na lepsze, mierzonych poprawą dostępności do lekarza, poszerzeniem zakresu wykonywanych świadczeń, satysfakcją pacjenta i ograniczeniem wykorzystania kosztownych konsultacji i procedur specjalistycznych. Niemal wyłącznie kapitacyjny sposób finansowania świadczeń POZ jest w niewielkim stopniu motywujący do wykorzystywania wszystkich kompetencji posiadanych przez zespół medycyny rodzinnej. Stawka kapitacyjna jest warunkiem koniecznym, jednak niewystarczającym dla sprawnego funkcjonowania tej części systemu. Istotnym zagadnieniem jest, aby wprowadzając inne, bardziej motywujące metody finansowania, utrzymać ją na dotychczasowym poziomie i tym samym zapewnić akceptowalność rozwiązań przez świadczeniodawców. Tak ustalona stawka kapitacyjna powinna być uzupełniona o dwie składowe: (1) opłatę za usługę lub zadanie (fee for service) w odniesieniu do wybranych świadczeń określonych standardami i wycenionych jednostkowo oraz (2) bonus za osiąganie określonych wyników lub poziomu jakości opieki (pay for performance). Dodatkowe, opisane powyżej metody finansowania powinny przyczynić się do zwiększenia środków przeznaczanych do podmiotów POZ o 15–30%. W odniesieniu do opłat za usługę celowe jest opracowanie zasad uzyskiwania przez lekarzy POZ dodatkowych kompetencji oraz potwierdzanie tego faktu certyfikatem. Postuluje się przeznaczenie na opisane powyżej nowe elementy finansowania świadczeń dodatkowych środków w takiej wysokości, by docelowe nakłady na POZ stanowiły w planie finansowym płatnika ok. 20%. W następnych latach powinien następować wzrost nakładów o 1–2% budżetu płatnika w stosunku do obecnego poziomu. Proponowane jest także umożliwienie rozwiązań organizacyjnych, pozwalających podmiotom POZ na kontraktowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem budżetu powierzonego (fund-holding), obejmującego: zakres POZ (świadczenia nocnej i świątecznej opieki, świadczenia w środowisku nauczania, transport sanitarny), zakres AOS (konsultacje jednorazowe i stałe leczenie) oraz szersze zakresy świadczeń w ramach opieki koordynowanej. Przykładami świadczeń, które stosunkowo łatwo można przenieść na poziom POZ, może być fizykoterapia oraz opieka nad nieuleczalnie chorymi (medycyna paliatywna). Pokrycie kosztów tych i wielu innych świadczeń może odbyć się przy wykorzystaniu opłat za usługę lub budżetu powierzonego. Wdrażanie nowych metod finansowania powinno być poprzedzone pilotażem testującym jakość świadczeń i efektywność rozwiązań. Należy wspierać możliwość kontraktowania usług zdrowotnych przez grupy świadczeniodawców POZ, obejmujących określoną populację pacjentów, z zachowaniem priorytetu potrzeb wynikających z analizy liczby i rodzaju udzielonych świadczeń.

WYMIAR	OBSZAR POZ	DZIAŁANIE UMOŻLIWIAJĄCE WPROWADZENIE ZMIANY	
		NR STRONY OPRACOWANIA	NR DZIAŁANIA
STRUKTURA	Podmioty	**13**	1, 5, 9
	Kadry	**16**	7
	Uwarunkowania ekonomiczne	**19**	1, 4, 6, 7, 8, 10
PROCES	Koordynacja	**26**	5, 7, 11
	Wszechstronność	**28**	2, 3, 7, 8
WYNIKI	Efektywność	**31**	3, 6, 8, 9
	Równość	**35**	1

5. WZMOCNIENIE ROLI PROMOCJI ZDROWIA I PREWENCJI

Istnieje potrzeba uporządkowania i racjonalizacji działań z zakresu prewencji chorób i promocji zdrowia. W tym celu należy w sposób jednoznaczny zdefiniować świadczenia o udowodnionej efektywności i skuteczności, zarówno w stosunku do osób dorosłych, jak i dzieci. W odniesieniu do tej ostatniej populacji należy zrewidować istniejące regulacje, dotyczące badań bilansowych. Konieczne jest zdefiniowanie w tym zakresie zadań tak lekarzy, jak i pielęgniarek oraz położnych rodzinnych i pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania. Profesjonalistom tym należy przyznać znacznie szerszy zakres uprawnień i autonomii. Nie jest uzasadnione wprowadzenie do POZ „edukatora zdrowotnego" realizującego zadania w praktyce (edukacja indywidualna i grupowa pacjentów). Pielęgniarki i położne powinny samodzielnie i kompleksowo realizować zadania z zakresu prewencji i promocji zdrowia. Poza działaniami takimi jak opieka nad dziećmi, możliwe jest rozszerzanie ich zadań związanych z: przeciwdziałaniem chorobom cywilizacyjnym, w tym poprawą sposobu żywienia (np. katalog porad żywieniowych w ciąży i u dzieci); aktywnością fizyczną; ograniczeniem rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych; zapobieganiem uzależnieniom behawioralnym; poprawą dobrostanu psychicznego; ograniczeniem narażenia na środowiskowe i biologiczne czynniki ryzyka; utrzymaniem i poprawą zdrowia osób starszych. Należy wyeliminować niepotrzebne dublowanie tych samych zadań przez pielęgniarki, położne i lekarzy. Zespoły medycyny rodzinnej powinny także odegrać większą rolę w zapobieganiu nadmiernej medykalizacji oraz narażeniu pacjentów na nieuzasadnione i szkodliwe działania medyczne (profilaktyka czwartorzędowa). Istotnym wsparciem dla zespołów medycyny rodzinnej byłaby współpraca z dietetykiem. Wskazane jest zastosowanie rozwiązania umożliwiającego mu konsultację i opiekę nad pacjentem bezpośrednio w praktyce POZ (na miejscu), a nie w praktyce zewnętrznej.

WYMIAR	OBSZAR POZ	DZIAŁANIE UMOŻLIWIAJĄCE WPROWADZENIE ZMIANY	
		NR STRONY OPRACOWANIA	NR DZIAŁANIA
Struktura	Zarządzanie	**11**	8
Proces	Dostępność	**21**	10
	Ciągłość	**23**	7
	Wszechstronność	**28**	4, 5, 6, 9
Wynik	Równość	**35**	8

6. INTEGRACJA WEWNĄTRZ- I MIĘDZYSEKTOROWA

Zespół medycyny rodzinnej powinien odgrywać kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, stanowiąc miejsce gromadzenia najważniejszych informacji na temat pacjenta i jego problemów zdrowotnych. Lekarz rodzinny nie może ograniczać się wyłącznie do leczenia, diagnozowania czy zupełnie drugorzędnych czynności administracyjnych. Musi przyjąć na siebie rolę rzeczywistego przewodnika pacjenta po systemie ochrony zdrowia. Dla realizacji tej funkcji powinien posiadać skuteczne narzędzia umożliwiające kontrolę zasadności wykorzystania kosztochłonnych świadczeń specjalistycznych, optymalnie powiązane z ich finansowaniem. Sprawdzonym i naturalnym rozwiązaniem jest opcja budżetu powierzonego, zarządzanego w skali pozwalającej na racjonalny rozkład ryzyka. Rozwiązanie takie umożliwi lekarzowi rodzinnemu realizację rzeczywistej roli przewodnika pacjenta w systemie i koordynatora opieki oraz zagwarantuje wpływ na całość procesu diagnostyczno-terapeutycznego i jego koszty. Pomoże także w rozwiązaniu problemu zagubienia pacjenta w skomplikowanym i wielopoziomowym systemie ochrony zdrowia oraz skróci jego czas oczekiwania na uzasadnione świadczenia zdrowotne. Zespół medycyny rodzinnej powinien posiadać także narzędzia dla realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego oraz efektywnej współpracy w ramach społeczności lokalnej, w tym z sektorem opieki społecznej. Integracja działań jest szczególnie ważna w odniesieniu do opieki nad samotnymi osobami starszymi i niepełnosprawnymi, opieki długoterminowej oraz nad osobami z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami. Poza pomocą społeczną POZ powinien rozwijać współpracę z sektorem edukacji, bezpieczeństwa, kultury oraz rynkiem pracy.

WYMIAR	OBSZAR POZ	DZIAŁANIE UMOŻLIWIAJĄCE WPROWADZENIE ZMIANY	
		NR STRONY OPRACOWANIA	NR DZIAŁANIA
PROCES	Ciągłość	**23**	6
	Koordynacja	**26**	1, 2, 4, 5, 9, 10, 11
WYNIK	Efektywność	**31**	6, 7, 10
	Równość	**35**	4

7. INFORMATYZACJA

Wdrażanie rozwiązań informatycznych w POZ, zwłaszcza w sytuacji dotychczasowych zaniechań i opóźnień, jest nie tylko ważnym, ale i pilnym zadaniem. Rozwiązania w tym zakresie mogą znacząco ułatwić wprowadzenie pozytywnych zmian i powinny skupić się w kilku obszarach. Pierwszym z nich są praktyki i podmioty udzielające świadczeń. Drugi obszar to współpraca świadczeniodawców z administracją oraz płatnikiem, a kolejny – współpraca z innymi poziomami opieki zdrowotnej, w tym AOS, szpitalami i aptekami. Nowe rozwiązania powinny ułatwić także współpracę z sektorem pozamedycznym, w tym zwłaszcza z opieką społeczną. Konieczne jest motywowanie i wspieranie świadczeniodawców we wdrażaniu elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów, systemów ułatwiających współpracę w ramach zespołu medycyny rodzinnej, elektronicznej rejestracji w POZ, wspomagania procesów podejmowania decyzji przy zachowaniu bezpieczeństwa pacjenta. Istotną rolę w tym obszarze mogą odegrać programy Polska Cyfrowa i Regionalny Program Operacyjny. W POZ do rozważenia pozostaje wprowadzenie międzynarodowej klasyfikacji dla opieki podstawowej – ICPC 2 oraz międzynarodowej klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej – ICNP. Kompleksowych działań wymagają rozwiązania ułatwiające współpracę z podmiotami zewnętrznymi, w tym z płatnikiem. Konieczne są prace nad ułatwieniem wymiany danych o pacjencie pomiędzy poszczególnymi podmiotami systemu ochrony zdrowia, elektronicznym obiegiem dokumentacji, sprawdzaniem czasu oczekiwania na świadczenie, elektronicznym przesyłaniem skierowania i e-recepty oraz udzielaniem konsultacji specjalistycznych na odległość. Wskazane jest zaplanowanie i realizacja w dłuższym okresie szkoleń personelu medycznego z zakresu obsługi systemów i programów informatycznych, w tym korzystania z różnych form komunikacji elektronicznej, telekonsultacji, telemonitoringu oraz telemedycyny. Wsparcia organizacyjnego i finansowego wymaga rozwój edukacji podyplomowej i ciągłej edukacji medycznej, z wykorzystaniem metod kształcenia na odległość. Większą rolę w tym zakresie powinny odegrać uniwersyteckie jednostki medycyny rodzinnej i pielęgniarstwa środowiskowego. Należy wspierać rozwój portali edukacyjnych dla pacjentów informujących o radzeniu sobie w zdrowiu i chorobie oraz możliwościach zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w ramach systemu ochrony zdrowia, finansowanego ze środków publicznych.

WYMIAR	OBSZAR POZ	DZIAŁANIE UMOŻLIWIAJĄCE WPROWADZENIE ZMIANY	
		NR STRONY OPRACOWANIA	NR DZIAŁANIA
STRUKTURA	Podmioty	**13**	8
	Uwarunkowania ekonomiczne	**19**	5
PROCES	Dostępność	**21**	8
	Ciągłość	**23**	3
	Koordynacja	**26**	8, 12
WYNIK	Efektywność	**31**	13

8. OGRANICZENIE BIUROKRACJI

Rozwiązania biurokratyczne w POZ oderwane są od rzeczywistych potrzeb pacjentów i prowadzą do sprzecznych z ich interesami decyzji. Jako ich przykłady można przytoczyć: obowiązek określania przez lekarza poziomu refundacji leków, tworzenie sztywnych harmonogramów czasu pracy, realizację programu CHUK uzależnioną od roku urodzenia pacjenta, konieczność wystawiania kart DILO. Istotnym obciążeniem są różnego rodzaju zaświadczenia i orzeczenia lekarskie, wymagane dla potrzeb wielu instytucji, często bez uzasadnienia wynikającego z przepisów prawa. Na pacjencie spoczywa obowiązek ich dostarczania, a na lekarzu wystawienia, w ramach świadczeń realizowanych ze środków publicznych. Przykładem w tym zakresie są: zwolnienia lekarskie z pracy, szkoły i studiów, zaświadczenia o stanie zdrowia do żłobka i przedszkola, zaświadczenia dla nauczycieli, żołnierzy, matek karmiących, emerytów, firm ubezpieczeniowych, pomocy społecznej, testów sprawnościowych, przemocy w rodzinie, jazdy samochodem bez pasów, pieczy zastępczej, pełnienia funkcji ławników i wiele innych. Placówki POZ zmuszane są również do bardzo uciążliwej sprawozdawczości. Raportowanie świadczeń zdrowotnych wymaga korzystania z sześciu portali (eWUŚ, Portal Świadczeniodawcy, SIMP, DILO, RPWDL, PUE/eZLA), a kolejne są konieczne do prowadzenia działalności i jej sprawozdania przed innymi instytucjami (ISI, SNRL, SSRMZ, GUS, ePUAP). Problem nasila konieczność zgłoszenia chorób zakaźnych i sprawozdawczość szczepień do PSSE, zgłoszenie zużycia odpadów medycznych i korzystania ze środowiska oraz rozliczanie podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek oraz położnych. Obowiązki biurokratyczne stają się okazją do uciążliwych kontroli ze strony takich instytucji i urzędów jak: NFZ, PSSE, PIP, US, UW, GIODO. Zmniejszenie obowiązków administracyjnych i biurokracji daje nadzieję na uruchomienie rezerw istniejących w POZ. Umożliwi przeznaczenie większej ilości czasu na kontakt personelu z pacjentem, ograniczy nakłady ponoszone przez świadczeniodawców na realizację zbędnych obowiązków, generalnie poprawi wydajność systemu. Wpłynie także na usprawnienie działań w sytuacjach nietypowych oraz ułatwi wdrażanie innowacji. Koniecznością staje się nie tylko ograniczenie biurokracji, ale także poprawa współpracy pomiędzy administracją i płatnikiem z jednej strony, a świadczeniodawcami z drugiej oraz odejście od sztywnych, pisemnych regulacji i karania na rzecz wzajemnego zaufania, poszanowania i zrozumienia.

WYMIAR	OBSZAR POZ	DZIAŁANIE UMOŻLIWIAJĄCE WPROWADZENIE ZMIANY	
		NR STRONY OPRACOWANIA	NR DZIAŁANIA
STRUKTURA	Zarządzanie	**11**	10
	Podmioty	**13**	10
WYNIK	Efektywność	**31**	11, 12, 13

9. POPRAWA JAKOŚCI

W Polsce, w celu utrzymania poziomu opieki i zabezpieczenia przed jego obniżaniem, funkcjonuje tzw. zewnętrzny system zapewnienia jakości. Realizowany jest on przez płatnika, administrację rządową i samorządową, różnego rodzaju inspekcje oraz samorząd lekarski i pielęgniarski. Podejmowane przez niego działania, takie jak kontrole, oparte są na podstawach prawnych. Niemniej ich realizacja w dużym stopniu ma charakter doraźny, epizodyczny i biurokratyczny. Często jedynym efektem są działania restrykcyjne wobec świadczeniodawców i personelu medycznego. Konieczne jest rozwijanie wewnętrznych systemów poprawy jakości, inicjowanych przez samych lekarzy, pielęgniarki i położne. Działania realizowane w tym zakresie powinny mieć charakter systematyczny, zaplanowany, zintegrowany z codziennymi czynnościami w praktyce, a ich celem powinno być zaspokojenie potrzeb pacjenta. Należy wspierać opracowywanie i wdrażanie wytycznych klinicznych w podmiotach POZ, ułatwiać i promować systematyczne spotkania małych grup lekarzy i pielęgniarek (grupy „peer-review"), przekazywać informacje zawierające porównanie jakości opieki pomiędzy praktykami lub lekarzami (benchmarking). Poprawy wymaga także system ciągłej edukacji medycznej, zwłaszcza jego uniezależnienie od przemysłu farmaceutycznego oraz ukierunkowanie na umiejętności praktyczne oraz kształtowanie postaw. W ramach zewnętrznych systemów poprawy jakości wskazana jest popularyzacja akredytacji (dobrowolna ocena i weryfikacja spełniania określonych wymogów i standardów przez podmioty POZ) lub systemów ISO.

WYMIAR	OBSZAR POZ	DZIAŁANIE UMOŻLIWIAJĄCE WPROWADZENIE ZMIANY	
		NR STRONY OPRACOWANIA	NR DZIAŁANIA
STRUKTURA	Kadry	**16, 17**	7
PROCES	Wszechstronność	**28**	9
WYNIK	Efektywność	**31**	2
	Jakość	**33**	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
	Równość	**35**	3, 6

10. ROZWÓJ BADAŃ NAUKOWYCH

Określanie kierunków rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej oraz decyzje co do sposobu jej funkcjonowania powinny bazować na wynikach rzetelnych badań naukowych. Do ich realizacji niezbędna jest właściwa infrastruktura oraz kadra badawcza. Należy motywować uczelnie medyczne do dalszego wspierania rozwoju zakładów oraz katedr medycyny rodzinnej i pielęgniarstwa rodzinnego. Wskazane są preferencje w udzielaniu grantów ze środków publicznych (w tym NCN i NCBiR) na badania prowadzone w obszarze POZ. Korzystając z dotychczasowych doświadczeń, wynikających z realizacji dużych projektów badawczych o charakterze międzynarodowym, należy tworzyć sieć lekarzy badaczy, którzy są zainteresowani realizacją projektów naukowych w swoich praktykach. Zasadne jest także utworzenie Instytutu Medycyny Rodzinnej i Podstawowej Opieki Zdrowotnej, jako państwowej jednostki organizacyjnej. Jego główne zadania powinny polegać na inicjowaniu oraz prowadzeniu badań naukowych i prac rozwojowych, ukierunkowanych na wdrożenie i zastosowanie nowych rozwiązań w POZ. Instytut ułatwi lekarzom, pielęgniarkom i położnym rozwój w obszarze naukowym, przyczyni się do podniesienia prestiżu medycyny rodzinnej oraz personelu działającego na poziomie opieki podstawowej.

WYMIAR	OBSZAR POZ	DZIAŁANIE UMOŻLIWIAJĄCE WPROWADZENIE ZMIANY	
		NR STRONY OPRACOWANIA	NR DZIAŁANIA
Struktura	Podmioty	**13**	12
	Kadry	**16, 17**	10, 17
	Uwarunkowania ekonomiczne	**19**	12
Wyniki	Jakość	**33**	11