

Notatka z posiedzenia Zespołu do opracowania założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej w dniu 26 stycznia 2016 r.

I. W spotkaniu uczestniczyli:

Lista w załączeniu (załącznik nr 1).

II. Na spotkaniu poruszono następujące kwestie:

- 1) sporządzono wstępny zarys elementów strategii opracowania założeń do projektu ustawy, (załącznik nr 2).
- 2) pod dyskusję Zespołu poddano następujące problemy:
 - a) wybór lekarza i pielęgniarki; wspólne listy pacjentów dla lekarza, pielęgniarki i położnej *versus* wybór pielęgniarki i położnej przez pacjenta w pełni wolny i nie uzależniony od wyboru określonego lekarza POZ;
 - b) pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej i pielęgniarki gabinetu zabiegowego i szczepień; ścisłe rozdzielenie kompetencji i zadań *versus* możliwość pokrywania się zakresów działalności (uzupełnianie, zastępstwa);
 - c) fund holding w dyspozycji lekarza rodzinnego; system dodatkowych umiejętności medycznych lekarzy i pielęgniarek oraz jego finansowanie; plany opieki koordynowanej (usługi POZ kontraktowane zbiorczo z usługami AOS i rehabilitacją);
 - d) mieszany sposób finansowania świadczeń; kapitacja + za usługę+ za efekt/wynik opieki;
 - e) promowanie praktyk do określonego górnego limitu pacjentów (np. 7,5 tyś.);
 - f) przenoszenie części zadań lekarza do zakresu pielęgniarki i farmaceuty;
 - g) przypisywanie pacjentów, którzy nie wypełnili deklaracji wyboru do lekarza, pielęgniarki/położnej wg adresu zameldowania lub zamieszkania.
- 3) przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawił dane statystyczne dot. populacji świadczeniobiorców na listach POZ z uwzględnieniem struktury umów ze świadczeniodawcami.

III. Ustalenia ze spotkania:

- 1) Zespół ustalił układ opracowania strategicznego:
 - a) cz. I - Diagnoza (Jaki jest stan obecny) : omówienie wg podziału: silne i słabe strony;
 - b) cz. II - Cele (Jaki powinien być model docelowy); cele bezpośrednio interwencji w omawianych obszarach; w miarę możliwości uwzględnianie zasady SMART w określaniu celu oraz relacji przyczynowo – skutkowej;
 - c) cz. III - Działania/metody (W jaki sposób cele zostaną osiągnięte).
- 2) na kolejnym posiedzeniu Zespołu, zostaną omówione następujące kwestie:
 - a) porównanie podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, na tle innych krajów;
 - b) definicja pojęć używanych w opracowaniu;
 - c) cele ogólne w POZ;
 - d) inne zagadnienia na wniosek Członków Zespołu.
- 3) Określono harmonogram prac na najbliższy okres:
 - a) do **1 lutego** doprecyzowanie celów w 11 opracowywanych obszarach i przesłanie do Członków Zespołu: T. Tomasiak, A. Windak, A. Koziarkiewicz, A. Jankowska-Zduńczyk, M. Godycki-Ćwirko;
 - b) do **5 lutego** przesyłanie do osób koordynujących propozycji działań/metod w 11 omawianych obszarach oraz definicji pojęć używanych w opracowaniu;
 - c) do **8 lutego** złożenie i ujednoczenie tekstów przez osoby koordynujące;
 - d) do **9 lutego** przesłanie tekstów do wszystkich Członków Zespołu.

IV. Termin kolejnego spotkania:

17 lutego 2016 r. o godz. 11:00, Sala Kolegialna w siedzibie Ministerstwa Zdrowia

Akceptacja przewodniczącego Zespołu
Tomasz Tomasiak

**Lista osób na spotkanie w dniu 26.01.2015 r. o godz. 11.00,
dot. Zespołu ds. POZ w Sali Kolegialnej**

Lp.	Imię i Nazwisko	Instytucja/stanowisko	Podpis
1	Pan Tomasz Tomasik	Przewodniczący Zespołu, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce	<i>Tomasik</i>
2	Pan Maciej Godycki-Ćwirko	Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce	
3	Pan Witold Lukas	Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce	
4	Pan Adam Windak	Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce	
5	Pani Beata Ostrzycka	Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego	
6	Pani Agnieszka Jankowska- Zduńczyk	Konsultant Krajowy w Dziedzinie Medycyny Rodzinnej	
7	Pan Jarosław Drobnik	Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej	<i>J. Drobnik</i>
8	Pani Agnieszka Mastalerz-Migas	Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej	<i>Agnieszka Migas</i>
9	Pani Bożena Janicka	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	<i>Bożena Janicka</i>
10	Pan Andrzej Masiakowski	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	<i>Andrzej Masiakowski</i>
11	Pan Adam Kozierekiewicz	Ekspert ds. ochrony zdrowia	<i>A. Kozierekiewicz</i>
12	Pan Jacek Krajewski	Federacja „Porozumienie Zielonogórskie”	<i>Jacek Krajewski</i>
13	Pan Marek Twardowski	Federacja „Porozumienie Zielonogórskie”	
14	Pani Teresa Dobrzańska- Pielichowska	Federacja „Porozumienie Zielonogórskie”	<i>Teresa Dobrzańska- Pielichowska</i>

15	Pan Mariusz Kocój	Federacja „Porozumienie Zielonogórskie”	
16	Pan Adam Zapaśnik	Federacja „Porozumienie Zielonogórskie”	
17	Pani Maria Matusiak	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	
18	Pan Jarosław Wanecki	Naczelna Izba Lekarska	
19	Pani Maria Stachowska	Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce	
20	Pani Olga Wawrzynkiewicz-Jabłońska	Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce	
21	Pan Krzysztof Klichowicz	Narodowy Fundusz Zdrowia	
22	Pani Beata Rorant	Dep. Organizacji Ochrony Zdrowia MZ	
23	Pan Michał Sidoruk	Dep. Organizacji Ochrony Zdrowia MZ	
24			

Struktura POZ

ZARZĄDZANIE SYSTEMEM POZ

Diagnoza

- Nadmierna polityzacja (na różnych szczeblach, także samorządowych) ochrony zdrowia (polityczna a nie merytoryczna ocena przydatności zakładu)
- Nieprecyzyjny, niestabilny i niespójny system prawny, przeregulowanie systemu,
- Brak docelowej i pożądanej wizji systemu
- Nierówność praw publicznego i niepublicznego sektora ochrony zdrowia
- Nierównowaga praw i obowiązków pacjentów i pracowników ochrony zdrowia
- Preferowanie (prawne, finansowe, propagandowe) publicznych zoz –ów
- Praktycznie rzecz biorąc każdy może, po spełnieniu określonych formalności uzyskać tytuł do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Mimo to, wg danych przekazywanych przez Centralny Rejestr Ubezpieczonych, do 10 % obywateli Polski nie posiada prawa do tychże świadczeń.
- Ochronę prawną przynależną funkcjonariuszowi państwowemu mają wyłącznie pielęgniarki.

Cel

- Stworzenie „kodeksu Medycznego” (ujednoczenie prawa medycznego na wzór kodeksu karnego, cywilnego)
- Stworzenie dokumentu strategicznego określającego cele systemu ochrony zdrowia oraz niezbędne do ich realizacji środki i narzędzia wraz z realnym harmonogramem ich dochodzenia
- Zrównanie praw publicznego i niepublicznego sektora ochrony zdrowia (prawne, finansowe, propagandowe)
- Uporządkowanie ustawodawstwa w kierunku stworzenia czytelnych i stabilnych ram prawnych dla systemu opieki zdrowotnej w zakresie medycyny rodzinnej oraz roli praktyki lekarza rodzinnego w tym systemie.
- Wprowadzenie minimalnych standardów świadczeń w POZ (w tym realizowanych w miejscu zamieszkania pacjenta);
- Nadanie ochrony przysługującej osobom pełniącym funkcję urzędnika państwowego dla wszystkich pracowników medycznych (w tym lekarze i rejestratorki).
- Uprawnienia do świadczeń POZ powinny mieć osoby:
 - a) posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
 - b) wszystkie osoby posiadające obywatelstwo polskie które nie ukończyły 18-go roku życia, niezależnie od miejsca zamieszkania,
 - c) wszystkie kobiety w okresie ciąży, porodu lub połogu posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od posiadanego obywatelstwa.

- d) uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji i innych przepisów szczególnych.

KADRY

Diagnoza

- Utrata atrakcyjności zawodowej i finansowej pracy w poz
- Niski prestiż lekarza rodzinnego w środowisku medycznym i wśród pacjentów
- Nadmierne obciążenie (fizyczne i psychiczne) pracą
- Ograniczanie faktyczne (czas i ilość wizyt) kompetencji lekarza rodzinnego
- Brak odpowiedniej ilości wyszkolonych kadr
- Niewydolny system kształcenia uzupełniającego lekarzy POZ
- Szkolenia po pracy w czasie wolnym
- Odchodzenie lekarzy rodzinnych do innych działów ochrony zdrowia (zmiana specjalizacji)
- Próby „zaśmiecania” poz lekarzami innych specjalności
- Znaczne utrudnienie (w porównaniu z innymi działami medycyny) podnoszenia kwalifikacji zawodowych
- Niewystarczające uznanie medycyny rodzinnej za jedną z priorytetowych dziedzin medycyny. Nie przekłada się to bowiem na rzeczywiste zwiększenie lekarzy w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej

Cel

- Zwiększenie atrakcyjności (także finansowej) pracy w poz
- Uznanie specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej jako priorytetowej na poziomie przepisów rangi ustawowej
- Poprawienie jakości kształcenia lekarzy rodzinnych, dostosowanego do rzeczywistych kompetencji i skutkującego nabywaniem faktycznych umiejętności a nie tylko wiedzy;
- Obowiązek kształcenia uzupełniającego lekarzy POZ z możliwością przeznaczenia na ten cel części godzin harmonogramu pracy w dwóch dniach w miesiącu
- Zachowanie przez lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej funkcji nauczyciela w procesie kształcenia lekarzy rodzinnych, m.in. poprzez właściwy system akredytacji.

UWARUNKOWANIA EKONOMICZNE

Diagnoza

- Niski poziom nakładów na ochronę zdrowia
- Niski udział nakładów na poz w strukturze wydatków NFZ (nieprawidłowa struktura)
- Niemotywacyjny system finansowania poz (kapitacja)
- Brak stabilizacji (możliwości planowania w dłuższej perspektywie) finansowej poz
- Brak regulatorów finansowych zachowań prozdrowotnych (pacjentów)
- Mała atrakcyjność finansowa dla personelu (szczególnie średniego)
- Zwolnienie z podatku VAT (uznanie za odbiorcę końcowego)
- Centralizacja środków oraz zarządzania nimi Dotyczy ona rozdźwięku między osiągnięciem znacznej autonomii placówek opieki zdrowotnej (samodzielność lub prywatna własność), a “naturą” centralnego zarządzania, w której mieści się arbitralność i niechęć a także trudność negocjacji z rozproszonymi podmiotami. ¹

Cel

- Zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia
- Zwiększenie finansowania poz w proporcji do leczenia specjalistycznego i stacjonarnego
- Motywacyjny system finansowania poz (kapitacja + usługa)
- Wprowadzenie finansowych regulatorów zachowań prozdrowotnych (zróżnicowanie składki)
- Zwiększenie atrakcyjności pracy w poz dla personelu medycznego
- Wprowadzenie zerowej (możliwie najniższej) stawki podatku VAT
- Wprowadzenie wieloletnich, stabilnych prawnie i finansowo (np. ustalony procentowy udział) umów z płatnikiem (płatnikami)
- Wprowadzenie finansowania higieny szkolnej z subwencji oświatowej;

PODMIOTY POZ

Diagnoza

- Marginalizacja praktyk lekarzy rodzinnych w systemie ochrony zdrowia, na wielu płaszczyznach jego funkcjonowania.
- Niekorzystne zmiany w sposobie i poziomie finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Na świadczenia lekarza POZ przypada ok. 10,5 %.
- Zbyt duża liczba pacjentów zadeklarowanych do lekarza, pielęgniarki i położnej POZ
- Nie jest zaspokajane duże zapotrzebowanie na inwestycje w podstawowej opiece zdrowotnej.

- Lecznictwo ambulatoryjne nie należące do JST jest najczęściej pomijane w planowanych inwestycjach. Ujmowanych w Regionalnych Programach Operacyjnych na 2016, pomimo jednoznacznych zapisów w Policy Paper dla ochrony zdrowia 2014-2020,
- Zróżnicowane formy organizacyjno-prawne podmiotów niepublicznych oraz zróżnicowany zakres realizowanych przez nie świadczeń
- Proces prywatyzacji objął również mienie ruchome i w najmniejszym stopniu nieruchomości. Samorządy terytorialne są nadal właścicielem większości lokali i wolą raczej czerpać korzyści z dzierżawy lokali niż je sprzedawać lekarzom rodzinnym.

Cel

- Zmiana systemu ochrony zdrowia w Polsce na taki, w którym wiodącą rolę pełnić będą praktyki lekarzy rodzinnych
- Optymalna liczba zadeklarowanych osób do lekarza i pielęgniarki, zgodna z normą w wielu krajach europejskich, która powinna zapewnić stabilność finansową praktyki, to 1 500 osób
- Systemowe środki przeznaczane na budowę i modernizację przychodni oraz ich wyposażenie (dotacje, preferencyjne kredyty itp.), z uwzględnieniem równości podmiotów leczniczych realizujących zadania publiczne, bez względu na rodzaj właściciela (publiczny czy niepubliczny).
- Prawne gwarancje dla dokonywania uzgodnień podstawowego zakresu wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną praktyk lekarzy rodzinnych z reprezentacją tych praktyk.
- Pełna prywatyzacja podstawowej opieki zdrowotnej. Jest to warunek *sine qua non* rozwoju medycyny rodzinnej.
- Stworzenie prawnych gwarancji stabilizujących prowadzoną przez praktyki lekarzy rodzinnych działalność gospodarczą oraz stwarzających możliwość zbycia swojej praktyki po podjęciu decyzji o zakończeniu tej działalności.
- W każdym z podmiotów realizujących POZ, niezależnie od jego wielkości i przyjętej przez niego formy, praktyki lekarzy rodzinnych powinny pełnić rolę wiodącą i realizować te same funkcje.

PROCES

DOSTĘPNOŚĆ

Diagnoza

- Zbyt duża ilość pacjentów pod opieką personelu poz
- Brak prawnej możliwości porad telefonicznych
- Duża ilość porad „recepturowych”
- Nierównomierność geograficzna rozmieszczenia kadr

Cel

- Zwiększenie ilości personelu w poz
- Wprowadzenie zachęt (w tym finansowych) do podejmowania pracy przez personel w miejscach jego niedoboru (stworzenie „mapy” rozmieszczenia kadr)
- Praktyka lekarza rodzinnego otwarta jest od poniedziałku do piątku od 8.00 do 18.00.
- Porady lekarskie udzielane są w niej przez minimum 5 godzin dziennie, w tym minimum jeden dzień w tygodniu w godzinach popołudniowych.
- Godziny pracy powinny być elastyczne w zakresie godzin i dostosowane do charakterystyki populacji, która jest pod opieką praktyki. Czas przeznaczony na poradę lekarską powinien średnio wynosić 15 minut.
- Wizyty domowe załatwiane są w dniu ich zgłoszenia lub w innym, uzgodnionym z pacjentem terminie.
- Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych powinna gwarantować lekarzowi rodzinnemu prawo do swobodnego korzystania z urlopu, szkoleń i administrowania swoją praktyką.

CIĄGŁOŚĆ

Diagnoza

- Utrudnienie ciągłości udzielania świadczeń z powodu zbyt małej ilości personelu oraz zbyt dużej ilości udzielanych porad
- Łatwe obchodzenie poz w celu dostania się do leczenia specjalistycznego i szpitalnego (nadmierne obciążenia najbardziej kosztownych działów ochrony zdrowia)
- Niedostateczna informatyzacja systemu
- Brak wymiany informacji o pacjencie pomiędzy elementami systemu
- Brak wymiany informacji o zdarzeniach medycznych pomiędzy elementami systemu
- Dublowanie sprawozdawczości
- Lekarz POZ nie może w skutecznie monitorować procesu terapii pacjenta z powodu słabego przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi elementami systemu

Cel

- Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń temu samemu pacjentowi przez tego samego lekarza lub ten sam zakład
- Informatyzacja systemu (oprogramowanie, sprzęt) przy udziale środków finansowych państwa
- Wymiana informacji (zautomatyzowana, za pomocą narzędzi elektronicznych) pomiędzy elementami systemu o pacjentach i zdarzeniach medycznych
- Uproszczenie sprawozdawczości
- Lekarz POZ organizacyjną osią, wokół której powinny być koncentrowane działania w zakresie informatyzacji opieki zdrowotnej, zwłaszcza w obszarze zarządzania dokumentacją medyczną pacjenta
- Plany opieki koordynowanej stanowią szczególną formą świadczenia usług POZ .Stanowią jedną z opcji świadczenia usług, pozostawioną do wyboru dla pacjentów.
- W planach opieki koordynowanej usługi POZ kontraktowane są zbiorczo z usługami AOS i rehabilitacją.

KOORDYNACJA

Diagnoza

- Praktyczne zlikwidowanie funkcji odźwiernego oraz przewodnika po systemie (rozszerzenie systemu)
- Zlikwidowanie konsultacji pacjenta „lekarz dla lekarza”
- Brak specjalistycznych konsultacji telefonicznych
- Łatwe obchodzenie poz w celu dostania się do leczenia specjalistycznego i szpitalnego (nadmierne obciążenia najbardziej kosztownych działów ochrony zdrowia)
- Łatwość przekazywania pacjenta z poz do aos
- Medialne popularyzowanie konieczności leczenia specjalistycznego w każdym przypadku
- Ograniczenie możliwości konsultacyjno – diagnostycznych poz (formalne i faktyczne; niskie finansowanie)
- Brak akceptacji społecznej (opinia publiczna, media), politycznej (klasa polityczna) oraz instytucjonalnej (MZ, NFZ) do „zatrzymania” pacjenta (w możliwych przypadkach) na etapie poz („zły lekarz bo nie chce dawać skierowań do specjalistów”)
- „Specjalistyczno i szpitalo – rodny” system orzekania o inwalidztwie zawodowym (ZUS; KRUS)
- Brak zcentralizowanej (u lekarza poz) informacji o jego pacjentach
- Brak znajomości zasad kontraktowania świadczeń przez POZ – odsyłanie pacjentów po badania niebędące w kompetencjach lekarza POZ
- Powielanie funkcji i działań,
- Brak odpowiedzialności za rezultat,

- Niezrozumiałe dla pacjentów spory kompetencyjne między świadczeniodawcami,
- Niewystarczająca skuteczność w leczeniu schorzeń,
- Brak regulacji dotyczących opieki koordynowanej.
- Podstawowym nośnikiem informacji medycznej jest pacjent.

Cel

- Przywrócenie funkcji odzwiernego oraz przewodnika po systemie
 - Uznanie lekarza poz jako rzeczywistego koordynatora opieki na pacjentem.
 - Przywrócenie konsultacji pacjenta „lekarz dla lekarza”
 - Stworzenie specjalistycznych konsultacji telefonicznych
 - Uszczelnienie systemu; ograniczenie możliwości ominięcia poz
 - Ograniczenie przekazywania pacjenta z poz do aos tylko do niezbędnych przypadków
 - Medialne popularyzowanie poz
 - Zwiększenie możliwości konsultacyjno – diagnostycznych poz (formalne; określenie czasu trwania wizyty i faktyczne; wzrost finansowania)
 - przywrócenie więzi funkcjonalnych pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych a gabinetami specjalistycznymi, szpitalami i ratownictwem medycznym;
 - Lekarz specjalista pełni przede wszystkim rolę konsultanta lekarza rodzinnego.
 - Instytucje państwowe winny wspierać lekarza w sytuacji kiedy odmawia dostępu do świadczeń, których jego zdaniem pacjent nie wymaga.
 - Wprowadzenie jednolitych w skali kraju i powszechnie obowiązujących zasad zbierania, przekazywania i przetwarzania danych o zdarzeniach medycznych;
 - Zapewnienie lekarzom POZ możliwości rzeczywistego dysponowania wszelkimi informacjami o jego pacjencie oraz jego leczeniu w poszczególnych działach opieki zdrowotnej:.
- A. Monitorowanie leczenia ambulatoryjnego prowadzonego przez lekarzy innych specjalności
- B. Przenoszenie kompetencji na najniższy efektywny poziom (m.in.. opieka farmaceutyczna)
- C. Interdyscyplinarna opieka ambulatoryjna nad pacjentami z wielochorobowością
- D. Opieka senioralna
- E. Opieka nad dziećmi i młodzieżą oraz kobietami w ciąży
- F. Opieka nad dziećmi niepełnosprawnymi, z ciężkimi wadami wrodzonymi i rozwojowymi
- G. Integracja POZ i opieki psychiatrycznej
- H. Integracja POZ i opieki socjalnej

WSZECHSTRONNOŚĆ

Diagnoza

- Administracyjne ograniczanie kompetencji poz
- Określanie kompetencji poz bez odzwierciedlenia w finansowaniu
- Ograniczone możliwości realizacji programów zdrowotnych i profilaktycznych w związku z nakierowaniem POZ na medycynę naprawczą

- Niska świadomość zdrowotna, niewystarczająca edukacja zdrowotna w całym życiu obywatela.
- Niewystarczający poziom edukacji prozdrowotnej w systemie szkolnictwa,
- Niedostateczne finansowanie i nieskutecznie zorganizowane programy profilaktyki pierwotnej
- Brak skutecznych narzędzi do kontynuacji leczenia (brak informacji) specjalistycznego i szpitalnego
- Kontraktowe ograniczenie diagnostyki w poz
- Brak prawnie obowiązujących procedur (standardów) diagnostyczno-terapeutycznych w poz

Cel

- Określanie kompetencji poz wraz ze wskazaniem finansowania
- Stworzenie programów zdrowotnych i profilaktycznych możliwych do realizacji w poz
- Stworzenie systemu motywującego pacjentów do dbałości o własne zdrowie.
- Stworzenie skutecznych (prawnie i rzeczywiście) narzędzi do kontynuacji leczenia specjalistycznego i szpitalnego
- Przeznaczenie dodatkowej puli finansowej na rozszerzenie diagnostyki w poz
- Stworzenie prawnie obowiązujących procedur (standardów) diagnostyczno-terapeutycznych w poz
- Wprowadzić standard organizacyjny udzielania świadczeń w praktyce lekarza rodzinnego pozwalający na pełne wykorzystanie jego kompetencji
- Praca zespołów podstawowej opieki zdrowotnej powinna być wspierana, także przez innych fachowych pracowników o określonych i specyficznych kompetencjach
- Zespoły te powinny być wyposażone w skuteczne narzędzia do realizacji polityki zdrowotnej, w tym stosowne regulacje prawne i instrumenty finansowe.
- Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, dla zapewnienia pełnej kompleksowości opieki, powinien także koordynować pracę wszystkich zaangażowanych profesjonalistów medycznych oraz pracowników pomocy społecznej.
- Przywrócić więzi funkcjonalne, organizacyjne i informacyjne pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych a gabinetami specjalistycznymi, ratownictwem medycznym, i opieką społeczną,
- Przywrócenie zasady, że praktyka lekarza rodzinnego jest miejscem zaspokajania 80% potrzeb zdrowotnych pacjenta;

WYNIK

EFEKTYWNOŚĆ

Diagnoza

- Brak obiektywnych kryteriów do oceny efektywności i jakości pracy poz.
- Obecnie efektywność i jakość POZ oceniana jest przez:
 - 1) subiektywną ocenę pacjenta:
 - a. łatwość przyjęcia przez lekarza w porze ustalonej przez pacjenta
 - b. łatwość uzyskania skierowań do aos, szpitala,
 - c. łatwość uzyskania skierowania na badania dodatkowe według własnych potrzeb
 - d. łatwość uzyskiwania zaświadczeń, zwolnień itp.
 - e. łatwość uzyskiwania leków (szczególnie antybiotyków)
 - 2) subiektywną ocenę poz przez władze samorządowe w oparciu o w/w kryteria
 - 3) płatnika w oparciu o biurokratyczne zapisy w prawie,
 - 4) organizatora systemu (państwo):
 - a. spokój społeczny,
 - b. zminimalizowanie kosztów ekonomicznych, możliwość przekazania dodatkowych środków finansowych na aos i szpitale.

Cel

- Efektywność poz oceniana poprzez ocenę realizacji celów - ściśle określonych i zdefiniowanych przez organizatora systemu, płatnika, państwo. W tym:
 1. Ilość niekoniecznych wizyt w POZ
 2. Ilość pacjentów chorych przewlekłe leczonych w POZ
 3. Ilość skierowań do poradni AOS/ kolejki do AOS
 4. Ograniczenie groźnych dla życia i zdrowia powikłań chorób społecznych
 5. Udział wydatków na ochronę zdrowia (w tym leki) w budżecie gospodarstw domowych
 6. Ilość skierowań do szpitala/ liczba i koszty hospitalizacji planowych
 7. Ilość i koszty wizyt w SOR
 8. Koszty leczenia i opieki poza POZ

JAKOŚĆ

Diagnoza

- Niskie zaufanie do systemu spowodowane chaotycznym wizerunkiem opieki zdrowotnej.
- Niska satysfakcja obywateli z systemu opieki zdrowotnej,
- Zagubienie pacjenta w systemie (informacyjne i emocjonalne) wynikające z pomniejszenia roli i ograniczenia działania lekarza POZ
- Kult lekarza specjalisty w przypadku większości pacjentów.

Cel

- Propagowanie (media, studia medyczne) pozytywnego wizerunku specjalisty lekarza rodzinnego
- Poprawienie jakości kształcenia lekarzy rodzinnych, dostosowanego do rzeczywistych kompetencji i skutkującego nabywaniem faktycznych umiejętności a nie tylko wiedzy;
- Wprowadzenie powszechności procesu akredytacji praktyk lekarzy rodzinnych
- Opracowywanie wytycznych postępowania medycznego (tzw. standaryzacji świadczeń) i wprowadzania do systemu jako obowiązujących standardów.
- Prowadzenie systematycznych analiz korzystania ze świadczeń przez różne grupy ludności (na poziomie populacyjnym) w celu osiągnięcia możliwości prowadzenia odpowiedniej polityki równości w dostępie do świadczeń.

RÓWNOŚĆ

Diagnoza

- Wysoki udział wydatków na ochronę zdrowia (out-of-pocket) w budżecie gospodarstw domowych, w szczególności duże wydatki na leki.
- „Białe plamy” na obszarach wiejskich gdzie lekarzy POZ zaprzestających pracę nie ma kim zastąpić.
- Brak informacji o zasadach współpracy w ramach łańcucha opieki zdrowotnej, tj. podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szpitali, opieki długoterminowej:
 - a) niska wiedza o kosztach funkcjonowania opieki zdrowotnej,
 - b) niewystarczający dostęp do rzetelnych źródeł informacji o najnowszymi technologiach medycznych i ich efektywności,
 - c) brak dostatecznej informacji umożliwiającej pacjentowi podjęcie świadomej decyzji diagnostyczno-terapeutycznej.

Cel

- Tworzenie i wdrażanie polityki zdrowotnej, programów i projektów, które promują wzmocnienie roli pacjenta w podejmowaniu decyzji w zakresie zarządzania własnym zdrowiem według własnych preferencji oraz zwiększają świadomość jego praw i odpowiedzialności.
- Umożliwienie skorzystania z opcji (planów) opieki koordynowanej pacjentom mającym takie preferencje.
- Wspieranie rozwoju i możliwości działania organizacji pacjentów reprezentujących ich głos.