

## Struktura POZ - zarządzanie systemem POZ

*(regulacje prawne, klarowna wizja rozwoju, dokumenty strategiczne, rozkład decyzji, systemy i narzędzia podnoszenia jakości, prawa zapewniania równości zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta)*

<b>Autor</b>	<b>Obszar: Pediatria</b>
<b>Pani Prof. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska, Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii</b>	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pediatra ma miejsce w POZ, sprawuje opiekę medyczną (profilaktykę pierwszorzędową, drugorzędową i trzeciorzędową oraz medycynę naprawczą) nad populacją wieku rozwojowego.</li> <li>2. Pediatra może kontraktować świadczenia medyczne dla dzieci.</li> <li>3. Utworzenie Poradni Pediatrycznych z całodobowym zapleczem diagnostycznym.</li> </ol>
	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potrzeba opracowania dokumentu strategicznego określającego docelowy model POZ oraz ustawy regulującej organizację i funkcjonowanie POZ.</li> <li>2. Rozdzielenie funkcji organizatora i płatnika.</li> <li>3. Zagwarantowanie stabilizacji regulacji – prawny zakaz zmian w trakcie roku.</li> <li>4. Potrzeba stworzenia systemu edukacyjnego wspierającego tworzenie i implementację wytycznych w najważniejszych problemach klinicznych.</li> <li>5. Opracowanie prostego zestawu wskaźników monitorowania systemu w otwartym dostępie wraz z możliwością dokonywania indywidualnych porównań przez świadczeniodawców.</li> </ol>

<b>Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce</b>	
	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stworzenie „Kodeksu Medycznego” (ujednoczenie prawa medycznego na wzór kodeksu karnego, cywilnego)</li> <li>2. Stworzenie dokumentu strategicznego określającego cele systemu ochrony zdrowia oraz niezbędne do ich realizacji środki i narzędzia wraz z realnym harmonogramem ich dochodzenia</li> <li>3. Zrównanie praw publicznego i niepublicznego sektora ochrony zdrowia (prawne, finansowe, propagandowe)</li> </ol>
	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontraktowanie świadczeń pielęgniarstwa rodzinnego przez podmioty pielęgniarstwa</li> <li>2. Zachowanie autonomiczności zawodowej pielęgniarstwa i położnictwa</li> <li>3. Zwiększenie dostępności do świadczeń pielęgniarstwa rodzinnego w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy</li> <li>4. Dookreślić miejsce pielęgniarstwa rodzinnego w systemie ochrony zdrowia</li> <li>5. Identyfikacja potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia</li> <li>6. Usługi pielęgniarstwa rodzinnego oparte na potrzebach odbiorców</li> <li>7. Finansowanie oparte na demograficznej strukturze i potrzebach społeczności</li> <li>8. Regulacje spójne z praktyką</li> </ol>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Departament Matki i Dziecka MZ Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Departament Matki i Dziecka MZ Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego</p>	<p><b>Obszar: POZ Pielęgniarka szkolna</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opracowanie zasad rozliczania świadczeń w zależności od liczby uczniów objętych opieką oraz jakości realizacji wszystkich świadczeń pielęgniarstwa szkolnego określonych w części I załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu poz.</li> <li>2. Aktualizacja „Standardów i metodyki pracy pielęgniarstwa i higienistki szkolnej” – wstępnie uzgodniono z IMiDz.</li> <li>3. Opracowanie systemu sprawozdawczości oraz ewaluacji realizacji świadczeń, w szczególności nieobjętych drukiem sprawozdawczym MZ 06: <ul style="list-style-type: none"> <li>- kierowanie postępowaniem poprzemieszowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów,</li> <li>- czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi,</li> <li>- sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością (realizacja świadczeń pielęgniarstwa i zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole),</li> <li>- udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc,</li> <li>- doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole,</li> <li>- edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej (program, formy, metody, tematyka),</li> <li>- udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji (program, formy, metody, tematyka, grupy odbiorców – uczniowie, rodzice, nauczyciele).</li> </ul> </li> </ol>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Departament Matki i Dziecka MZ Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego</p>	<p><b>Obszar: Stomatologia</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <p>Planowany jest podział opieki stomatologicznej na podstawową i specjalistyczną oraz połączenie opieki podstawowej stomatologicznej z opieką lekarza rodzinnego. Na świadczenia specjalisty pacjenci będą mogli być kierowani przez lekarza podstawowej opieki stomatologicznej lub lekarza</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Departament Matki i Dziecka MZ</p>	<p>rodzinnego. Lekarz rodzinny będzie miał możliwość wysłania pacjenta na badanie stomatologiczne np. przy bilansie dziecka.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia</p>	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potrzeba opracowania dokumentu strategicznego określającego docelowy model POZ oraz regulacji prawnych określających organizację i funkcjonowanie POZ, w tym wizję rozwoju.</li> <li>2. Opracowanie wskaźników monitorowania systemu POZ.</li> </ol>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Izba Pielęgniarek i Położnych</p>	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w miejscu jego zamieszkania</li> <li>2. Opracowanie strategicznego dokumentu określającego kierunki rozwoju pielęgniarstwa rodzinnego/położniczego, pielęgniarki środowiska wychowania i nauczania</li> <li>3. Motywowanie do podnoszenia jakości poprzez zwiększenie stawki podstawowej za posiadanie certyfikatów jakości, posiadane kwalifikacje np. specjalizacja</li> <li>4. Opracowanie i ujednoczenie wzorów dokumentacji pielęgniarskich</li> <li>5. Opracowanie standardów pracy pielęgniarki rodzinnej (środowiskowej)</li> </ol>
	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stworzenie jednolitych regulacji prawnych określających zakres świadczeń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ich obowiązków, ale także uprawnień do wykonywania określonych procedur diagnostycznych, leczniczych, w tym możliwości samodzielnego</li> </ol>

- zapisywania refundowanych leków. Usankcjonowanie większych uprawnień specjalistów pediatrii i specjalistów internistów w przynależnych im obszarach działań. Dotyczy zarówno procedur diagnostycznych (możliwość kierowania na badania finansowane przez płatnika (np. TK, MRI, badania naczyniowe etc) jak i terapeutyczne (przepisywanie leków specjalistycznych” na „P”)
2. Rozdział funkcji organizacyjno –legislacyjnej (władza ustawodawcza i rząd) i kontroli realizacji nałożonych zadań (płatnik).
  3. Stworzenie mechanizmów motywujących do podejmowania pracy w POZ przez młodych lekarzy poprzez:
    - możliwość specjalizowania się w chorobach wewnętrznych, czy pediatrii w czasie zatrudnienia w POZ,
    - motywację finansową do uzyskania specjalizacji w zakresie interny i pediatrii (wyższa stawka kapitacyjna w przypadku opieki przez lekarzy specjalistów),
    - możliwość pracy w „Poradni Specjalistycznej Internistycznej” lub Pediatrycznej w ramach POZ, co nobilitowałoby zarówno zakład, jak i pracującego tam lekarza, a pacjentom dało poczucie większej satysfakcji z leczenia w Poradni Specjalistycznej.
  4. Stworzenie algorytmów postępowania w najczęstszych sytuacjach klinicznych występujących w POZ – adekwatnych do możliwości organizacyjnych i finansowych płatnika i zakładów opieki zdrowotnej.
  5. Stworzenie systemów motywacji podnoszenia jakości poprzez zróżnicowanie finansowania (wysokości stawki kapitacyjnej lub ceny punktu) w zależności od stopnia wykszolenia pracujących lekarzy (rodzaju i stopnia specjalizacji), od posiadanych certyfikatów i akredytacji przez zakłady opieki zdrowotnej.
  6. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń poprzez umożliwienie lekarzom POZ głębszej diagnostyki i leczenia poprzez dodatkowe finansowanie takich świadczeń. Warunkiem skuteczności tego mechanizmu jest odpowiednia wycena tych świadczeń.

## Struktura POZ - uwarunkowania ekonomiczne

*(poziom nakładów na POZ - wartości bezwzględne i odsetek wydatków na zdrowie, sposób finansowania opieki i określonych świadczeń, sposób wynagradzania personelu, poziom uzyskiwanych wynagrodzeń, amortyzacja i inwestycje)*

<b>Autor</b>	<b>Obszar:</b>
<b>Kolegium Lekarzy Rodzinnych</b>	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wprowadzenie mechanizmów finansowych stanowiących zachętę do racjonalizacji działań oraz finansowanie pożądanych aktywności (system mieszany – kapitacja + fee for service).</li> <li>2. Zapewnienie mechanizmów gwarantujących systematyczny wzrost nakładów na POZ wraz ze wzrostem skuteczności jego funkcjonowania.</li> <li>3. Promocja prywatyzacji i samozatrudnienia w POZ, zachęty do pracy na własny rachunek (kontrakt).</li> <li>4. Organizacyjne i finansowe wydzielenie POZ w systemie z uszczelnieniem systemu „gate-keepingu” przy stworzeniu zachęt dla lekarzy i pacjentów.</li> </ol>
<b>Prof. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska, Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii</b>	<b>Obszar: Pediatria</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Finansowanie za wykonaną pracę.</li> <li>2. Kontraktowanie wizyt (nie głów) w godzinach przedpołudniowych, popołudniowych, nocnych, w domu chorego, w dni wolne od pracy, wizyt profilaktycznych .</li> <li>3. Wynagrodzenie uzależnione od ilości wykonanych zadań.</li> </ol>
	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Finansowanie opieki POZ wg stawki kawitacyjnej.</li> </ol>

Dr n. med. Mariola Gaca	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Utrzymanie zwiększonej stawki za pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz określenie kryteriów opieki nad tą populacją.</li> <li>3. Rozszerzenie oferty świadczeń o niektóre usługi z zakresu specjalistyki – finansowane zadaniowo poza stawką kapitacyjną (z limitem tych usług określonych przez NFZ).</li> <li>4. Zmniejszenie populacji pacjentów przypadających na lekarza poz z 2750 do ok. 1750, podobnie w stosunku do pielęgniarki poz.</li> <li>5. Określenie czasu na przyjęcie jednego pacjenta np. 10-15 minut.</li> <li>6. W celu zapewnienia zadawalającego poziomu wynagrodzenia, które zachęci lekarzy do pracy w POZ należy zapewnić wzrost stawki kapitacyjnej do poziomu umożliwiającego finansowanie pensji lekarza (ok. 100 zł/ godzinę pracy ) i pielęgniarki ( do 30 zł/ godzinę).</li> </ol>
Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia</li> <li>2. Zwiększenie finansowania poz w proporcji do leczenia specjalistycznego i stacjonarnego.</li> <li>3. Motywacyjny system finansowania poz (kapitacja + usługa).</li> <li>4. Wprowadzenie finansowych regulatorów zachowań prozdrowotnych (zróżnicowanie składki).</li> <li>5. Zwiększenie atrakcyjności pracy w poz dla personelu medycznego</li> <li>6. Wprowadzenie zerowej (możliwie najniższej) stawki podatku VAT.</li> <li>7. Wprowadzenie wieloletnich, stabilnych prawnie i finansowo (np. ustalony procentowy udział) umów z płatnikiem (płatnikami)</li> <li>8. rozwój sektora prywatnego</li> <li>9. wprowadzenie systemu ubezpieczeń dodatkowych</li> </ol>
Departament Matki i Dziecka MZ	<b>Obszar: POZ pielęgniarka szkolna</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b> <p>1. a. Wymagana dostępność personelu.</p> <p>„2.1. Przyjmuje się, że objęcie opieką przez pielęgniarkę szkolną od 880 do 1100 uczniów nie wymagających wzmożonej opieki jest traktowane jako wartość jednego etatu przeliczeniowego, przy jednoczesnym założeniu, że przy ustalaniu liczby uczniów objętych opieką:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) uczeń z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, sprawny ruchowo; słabowidzący i niedowidzący; słabosłyszący i niesłyszący; przewlekle chorzy traktowany jest jak 7 uczniów,</li> <li>2) uczeń z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkimi niepełnosprawny ruchowo oraz z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i sprawny ruchowo traktowany jest jak 10 uczniów,</li> <li>c) Uczeń z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanymi uczeń z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym i niepełnosprawny ruchowo traktowany jest jak 30 uczniów,</li> <li>d) uczeń w klasie prowadzącej naukę zawodu z warsztatami w szkole traktowany jest jak 1,5 ucznia,</li> <li>e) uczeń szkoły lub klasy sportowej traktowany jest jak 2 uczniów,</li> <li>f) uczeń w szkole, w której liczba uczniów nie przekracza 150 uczniów, traktowany jest jak 2 uczniów.”</li> </ol>

	<p>b. Istnieje różnica pomiędzy zapisami rozporządzenia MZ a sposobem finansowania świadczeń określonym w Zarządzeniu NFZ – konieczne jest dostosowanie przepisów zarządzenia do standardu określonego w rozporządzeniu.</p> <p>3. Finansowanie świadczeń na podstawie listy uczniów oraz sprawozdania z realizacji świadczeń jako podstawa rozliczania świadczeń.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia</p>	<p><b>Obszar:</b></p>
	<p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wprowadzenie odpowiednich mechanizmów finansowych zapewniających wzrost skuteczności funkcjonowania POZ</li> </ol>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych</p>	<p><b>Obszar:</b></p>
	<p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wprowadzenie odpowiednich mechanizmów finansowych zapewniających wzrost skuteczności funkcjonowania POZ.</li> <li>2. Pielęgniarki rodzinne (środowiskowe) finansowanie wg populacji + wskaźnik demograficzny + plus dodatkowe finansowanie za kwalifikacje + wydzielone świadczenia zdrowotne czynności + programy zdrowotne.</li> <li>3. Stawka kapitacyjna powinna gwarantować uzyskiwanie przychodów przez pielęgniarkę medycyny szkolnej porównywalnie do pozostałych pielęgniarek w systemie – POZ.</li> <li>4. Rozwiązać kwestie zasad odpłatności pkt 5 powyżej (kto płaci za zabezpieczenie imprez masowych oraz egzaminów przeprowadzanych w szkole).</li> <li>5. Przeanalizowanie wskaźników dostępności określających jeden etat przeliczeniowy w medycynie szkolnej</li> <li>6. Zrównanie współczynnika korygującego poprzez stawkę kapitacyjną ze wskaźnikiem wymaganej dostępności dla danego typu szkoły.</li> </ol>
	<p><b>Obszar:</b></p>
<p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Finansowanie POZ na podstawie stawki kapitacyjnej</u> za dotychczasowy zakres pracy, natomiast <u>dodatkowe finansowanie za wykonanie procedur specjalistycznych</u> (lub leczenie JGP) będących w kompetencjach specjalistów <u>interny lub pediatrii</u> pracujących jako lekarze POZ. Alternatywą, może nawet prostszą do wdrożenia w życie, byłoby</li> </ol>	



Pan Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych

finansowanie opieki specjalistycznej za pośrednictwem POZ. Wtedy lekarz POZ płaciłby poradniom specjalistycznym za prowadzone przez nich leczenie. Jeśli wykonałby diagnostykę i leczenie w swoim zakresie, byłoby to oszczędność dla zakładu i zarobek dla lekarza. Byłoby to system motywujący do rozszerzania obszaru działania w POZ, dałoby możliwość zatrudniania lokalnie w przychodniach POZ lekarzy specjalistów. Specjaliści zatrudniani przez przychodnie POZ staraliby się spełniać postawione przed nimi oczekiwania, nie byłoby problemu z komunikacją pomiędzy lekarzem specjalistą a lekarzem POZ.

2. Dzięki finansowaniu procedur diagnostyczno-terapeutycznych właściciele przychodni POZ mieliby motywację do wyposażania gabinetów w sprzęt diagnostyczny. Duża część świadczeń zostałaby przesunięta bliżej pacjenta. Nie byłoby kolejek do poradni specjalistycznych i do dużej części badań diagnostycznych.

## Struktura POZ

### Kadry

(zawody ochrony zdrowia i specjalności medyczne, zakres kompetencji, stan i planowanie kadr, kształcenie przed- i podyplomowe, ustawiczny rozwój zawodowy, rozwój naukowy i akademicki, stowarzyszenia i organizacje)

Autor	Obszar:
Kolegium Lekarzy Rodzinnych	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="389 622 1418 654">1. Zapewnić stały odsetek (1/3?) rezydentur na potrzeby medycyny rodzinnej.</li><li data-bbox="389 654 1418 719">2. Specjalny tryb szkolenia w zakresie medycyny rodzinnej dla internistów i pediatrów pracujących w POZ.</li><li data-bbox="389 719 1418 779">3. Stworzyć zachęty do podejmowania kariery w medycynie rodzinnej (tanie kredyty, ułatwienia dla praktyki etc.)</li></ol>
Pani Prof. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska, Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii	<b>Obszar: Pediatria</b>
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="389 927 1418 992">1. Zgodnie z definicją lekarzem zajmującym się dziećmi w POZ w zdrowiu i chorobie powinien być pediatra.</li><li data-bbox="389 992 1418 1086">2. Drugim ogniwem w opiece ambulatoryjnej nad dziećmi powinien być pediatra z zapleczem diagnostycznym (całodobowym) do szybkiej diagnostyki problemów chorobowych.</li></ol>

<b>Dr n. med. Mariola Gaca</b>	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>
	<p>W poz powinni pracować lekarze rodzinni oraz pediatrzy i interniści z I LUB II stopniem specjalizacji w ramach praktyk grupowych lub ZOZ-u.</p> <p><u>DZIAŁANIA NAPRAWCZE:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozszerzenie możliwości szybkiej specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej lekarzom mającym specjalizację z pediatrii lub interny lub innej specjalności.</li> <li>2. Nie ograniczanie możliwości dostępu do specjalizacji z medycyny rodzinnej poprzez limitowanie miejsc, powinno to dotyczyć również pediatrii i chorób wewnętrznych;</li> <li>3. Rozszerzenie możliwości akredytacji o ośrodki posiadające w swoich strukturach zatrudnionych lekarzy ze specjalizacją z medycyny rodzinnej oraz pediatrii i interny, a nie ograniczanie się tylko do praktyk lekarzy rodzinnych.</li> <li>4. Zrezygnować ze specjalizacji w dziedzinie medycyny ogólnej.</li> <li>5. Jasno określić status lekarzy z I stopniem specjalizacji z pediatrii i chorób wewnętrznych.</li> </ol> <p>Jeżeli utrzymamy status pielęgniarki poz to należałoby zmienić specjalizację lub wprowadzić umiejętności, do rozważenia możliwości odbycia obowiązkowych krótkich kursów odnawialnych co 5 lat.</p>
<b>Dr n. med. Mariola Gaca</b>	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przede wszystkim powrócić do założeń reformy, iż lekarz poz jest przewodnikiem po systemie opieki zdrowotnej.</li> <li>2. Rozszerzenie możliwości wykonania badań o EKG wysiłkowe, echo serca, badanie Holtera, usg tarczycy, usg dopplerowskie naczyń.</li> <li>3. Ustalenie jasnych wytycznych kierowania pacjenta do specjalisty, tzn; wyznaczenie schorzeń, które bezwzględnie leczone powinny być przez specjalistę, np.; do kardiologa powinni być kierowani tylko pacjenci z opornym nadciśnieniem tętniczym, niestabilną chorobą wieńcową, niewydolnością krążenia powyżej III NYHA, po implantacji stymulatora czy stentów itd. Ograniczyłyby to znacznie porady specjalistyczne tylko dlatego, że pacjent się ich domaga lub w celach diagnostycznych.</li> <li>4. Wprowadzenie porad konsultacyjnych, bezpośredni kontakt listowny czy e-mail lub telefoniczny z konkretnym problemem, przyspieszony tryb, możliwość zatrudnienia specjalisty przez poz lub porada finansowana po połowie przez poz i NFZ.</li> <li>5. Zlikwidowanie porady recepturowej u specjalisty.</li> <li>6. Powstanie poradni konsultacyjnych pediatrycznych i internistycznych przyszpitalnych przeprowadzających kwalifikację wstępną przy przyjęciu do szpitala oraz możliwość jednodniowych pobytów diagnostycznych na oddziałach pediatrycznych i chorób wewnętrznych.</li> <li>7. Zdjęcie obowiązku wystawiania druku L4 powyżej 30 dni, powinno to być w zakresie obowiązków orzecznika ZUS.</li> <li>8. Lekarz poz tylko za pierwszym razem powinien wystawiać druki na rentę (ZUS N-9, KRUS N-14), każde następne badanie kontrolne po czasie określonym przez orzecznika powinno odbywać się bez konieczności wystawiania kolejnych druków tylko na podstawie badań i załączonej dokumentacji leczenia, jeżeli orzecznik chce mieć badania musi dać na nie skierowania i ponosić koszty tych badań.</li> <li>9. Powinny być ustalone standardy rozpoznawania i leczenia chorób.</li> <li>10. Do zadań NFZ należy wprowadzenie centralnego wykazu ubezpieczonych i weryfikacji list pozytywnych pacjentów.</li> <li>11. Należy jasno określić osoby uprawnione do korzystania z ulg w wydawaniu leków. powinny być wprowadzone jednolite legitymacje wystawiane przez NFZ, który przeprowadza weryfikację uprawnionych.</li> <li>12. Jasno określić czy lekarz może powtórzyć leki stałe nie oglądając pacjenta (w okresie 3 miesięcy) po wstępnej kwalifikacji przeprowadzonej przez pielęgniarkę (Kontrola RR, czynności serca, płuc itp.)</li> </ol>

	<p><u>PIELĘGNIARKI POZ:</u> Rozszerzenia kompetencji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w zakresie wstępnej kwalifikacji do szczepienia u dzieci powyżej 6 roku życia i dorosłych,</li> <li>2) diagnozowanie i leczenie ran przewlekłych z możliwością wypisania leku,</li> <li>3) leczenie niepowikłanych zapaleń dróg moczowych u kobiet,</li> <li>4) kwalifikacja wstępna pacjentów-zbieranie wywiady ,badanie RR ,osłuchiwanie serca i płuc.</li> </ol>
Dr n. med. Mariola Gaca	<b>Obszar:</b>
	<p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przy znacznie poszerzonych kompetencjach zarówno w zakresie rozpoznawania jak i leczenia oraz profilaktyki, docelowe byłoby zmniejszenie ilości pacjentów przypadających na lekarza i pielęgniarkę poz do 1750, przy takim założeniu mamy bardzo duży niedostatek kadry lekarskiej i pielęgniarskiej.</li> <li>2. Należy jak najbardziej umożliwić specjalizację w dziedzinach potrzebnych dla poz, tj. medycyny rodzinnej, pediatrii i interny, a w przypadku pielęgniarek skrócić specjalizację lub wprowadzić umiejętności lub krótkie obowiązkowe kursy odnawiane co 5 lat</li> </ol>
Dr n. med. Mariola Gaca	<b>Obszar:</b>
	<p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <p>LEKARZE</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. może należy rozważyć w ramach specjalizacji z medycyny rodzinnej większą ilość staży na oddziałach szpitalnych z pediatrii i interny.</li> <li>2. Może w przypadku pediatrów i internistów wprowadzić umiejętności lub krótkie kursy z okulistyki ,laryngologii itp.</li> </ol> <p>PIELĘGNIARKI ;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Może rozważyć możliwość skrócenia czasu specjalizacji.</li> <li>2. Wprowadzić umiejętności.</li> <li>3. Wprowadzić kursy obowiązkowe dla pielęgniarki poz np. <ol style="list-style-type: none"> <li>a) kurs z zakresu szczepień;</li> <li>b) kurs z podstaw dietetyki w cukrzycy i otyłości,</li> <li>c) kurs środowiskowy,</li> <li>d) kurs leczenie ran,</li> <li>e) profilaktyczne badania przesiewowe,</li> <li>f) kurs z pierwszej pomocy,</li> <li>g) kurs EKG</li> </ol> </li> </ol> <p>oraz konieczności ich odnowienia co 5 lat.</p> <p>Wprowadzenie do nauczania i szkolenia materiału pozwalającego na poszerzenie kompetencji pielęgniarki poz, nauka badania przedmiotowego w tym badania serca i płuc</p> <p><u>USTAWICZNY ROZWÓJ ZAWODOWY</u> Lekarz powinien mieć w ciągu dnia zagwarantowany czas na pogłębianie swojej wiedzy, Pielęgniarki powinny mieć obowiązek odnawiania wiedzy na kursach co 5 lat.</p>
Dr n. med. Mariola Gaca	<b>Obszar:</b>
	<p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <p><u>ROZWÓJ NAUKOWY I AKADEMICKI</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kliniki powinny ustalić standardy rozpoznawania i leczenia chorób.</li> <li>2. Ustalić jakie choroby w danej specjalności powinny pozostać pod opieką specjalisty, a które powinny być prowadzone przez poz.</li> </ol> <p><u>STOWARZYSZENIA I ORGANIZACJE</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zmiana wizerunku i statusu pielęgniarki, jako asystentki lekarza, podniesienie prestiżu zawodu poprzez poszerzenie kompetencji.</li> <li>2. Dążenie do ustalenia ochrony godności osobistej i zawodowej pielęgniarki przyznanie</li> </ol>

	statusu funkcjonariusza publicznego
Federacja związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie"	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zwiększenie atrakcyjności (także finansowej) pracy w poz</li> <li>2. Propagowanie (media, studia medyczne) pozytywnego wizerunku specjalisty lekarza rodzinnego</li> <li>3. Uznanie specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej jako priorytetowej</li> </ol>
Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>
	<p>Stan pożądaný</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozdzielenie funkcji jednej pielęgniarki POZ na funkcję pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej i funkcję pielęgniarki praktyki (gabinetu zabiegowego ) jak przed rokiem 2004</li> </ol> <p>Działania naprawcze</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przywrócenie w systemie pielęgniarki rodzinnej dla pacjenta niesamodzielnego w środowisku zamieszkania (standaryzacja)</li> <li>2. Przywrócenie w systemie pielęgniarki praktyki realizującej zadania pielęgniarki gabinetu zabiegowego (standaryzacja)</li> <li>3. Określenie norm zatrudnienia pielęgniarek w POZ ( nie więcej jak 1500 świadczeniobiorców na jedną pielęgniarkę + zadanie)</li> <li>4. Opracowanie standardów opieki pielęgniarki rodzinnej nad pacjentem w środowisku zamieszkania</li> </ol>

Departament Matki i Dziecka MZ	<b>Obszar: POZ Pielęgniarka szkolna</b>
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>
	Kadry medyczne przygotowane na poziomie gwarantującym należyte wykonywanie świadczeń. Zasadne jest określenie ram kształcenia ustawicznego w celu podnoszenia kwalifikacji z uwzględnieniem aktualizacji potrzeb zdrowotnych populacji oraz indywidualnych potrzeb uczniów.
Departament Matki i Dziecka MZ	<b>Obszar: stomatologia</b>
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>
	Umożliwienie współpracy i wzajemnego kierowania na badania i leczenie. Rozdzielenie opieki stomatologicznej na podstawową oraz specjalistyczną, wyodrębnienie specjalistyki stomatologii dziecięcej i zachowawczej. Lekarz poz będzie mógł skierować pacjenta na badania i leczenie stomatologiczne
Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozszerzenie możliwości dostępu do specjalizacji z medycyny rodzinnej.</li> <li>2. Doprecyzowanie kompetencji i zakresu współpracy lekarza i pielęgniarki POZ</li> </ol>
	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozdzielenie funkcji pielęgniarki poz na: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pielęgniarkę rodzinną (środowiskową), oraz pielęgniarkę gabinetu i punktu szczepień,</li> <li>▪ pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania.</li> </ul> </li> <li>2. Praktyka lekarza poz:</li> </ol>

<p style="text-align: center;"><b>Naczelnia Izba Pielęgniarek i Położnych</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ lekarz o specjalności mającej zastosowanie w opiece nad pacjentem w miejscu jego zamieszkania,</li> <li>▪ pielęgniarka gabinetu zabiegowego i punktu szczepień posiadająca ukończony kurs specjalistyczny z resuscytacji krążeniowo-oddechowej, wykonywania i interpretacji EKG oraz szczepień.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pielęgniarka rodzinna (środowiskowa): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kwalifikacje: specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa mający zastosowanie w opiece nad pacjentem w miejscu jego zamieszkania model docelowy specjalizacja (dodatkowe finansowanie),</li> <li>▪ liczba pacjentów powinna pozostać na poziomie 2750 zadeklarowanych .</li> </ul> </li> <li>4. Położna rodzinna (środowiskowa) – specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych.</li> <li>5. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania,</li> <li>▪ liczba uczniów na jedną pielęgniarkę powinna wynosić 880 – 1100 z jednoczesnym wzrostem stawki zabezpieczającej funkcjonowanie gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej.</li> </ul> </li> <li>6. Tworzenie pozytywnego wizerunku pielęgniarek i położnych marketing i przekazy medialne – zwłaszcza w lokalnych mediach</li> <li>7. Udział Krajowego Stowarzyszenia Pielęgniarek Medycyny Szkolnej w opracowaniu nowych standardów i wzorców dokumentacji pielęgniarki „szkolnej”</li> <li>8. Kompetencje wynikając z poziomu wykształcenia, ukończonych specjalizacji i kursów. (NRPiP ma przygotowany projekt zmian).</li> <li>9. Aktualizacja wiedzy, umiejętności wprowadzanie nowoczesnej technologii do praktyki – zapewnienie czasu w regulacjach prawnych.</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Pan Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych</b></p>	<p><b>Obszar</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Przesunięcie części specjalistów interny</u> (zwłaszcza tych bez podspecjalizacji i nowo wyspecjalizowanych) <u>do POZ</u>. Warunkiem tego jest <u>finansowanie dodatkowe</u>, poza stawką kapitacyjną procedur lub Jednorodnych Grup Pacjentów. Finansowanie Poradni Specjalistycznych za pośrednictwem POZ zlikwiduje kolejki do Poradni Specjalistycznych i wymusi przejście części personelu lekarskiego (szczególnie internistów i pediatrów) do POZ. To lekarz POZ dostaje do ręki pieniądze na specjalistkę i wysyła pacjenta tam, gdzie spodziewa się, że świadczenie specjalistyczne będzie na odpowiednio wysokim poziomie, lub wykonuje je sam. Będą w ten sposób mogli realizować diagnostykę i leczenie większości problemów medycznych swoich pacjentów. ZOZy kontraktujące POZ mogłyby zatrudniać specjalistów w swoich poradniach i bliżej pacjenta rozwiązywać ich problemy. Alternatywą jest <u>finansowanie przez płatnika odrębnie Poradni Specjalistycznych (bezpośrednio) i POZ</u> (w POZ odrębnie stawka kapitacyjna plus dodatkowe środki za procedury „specjalistyczne” internistyczne i pediatryczne lub za JPG).</li> <li>2. <u>Usankcjonowanie wszystkich specjalistów interny i pediatrii jako lekarzy POZ</u>. Umożliwienie podpisywania umów z NFZ specjalistom interny i pediatrii w ramach POZ na świadczenie wybranych procedur lub leczenia Jednorodnych Grup Pacjentów, nawet w sytuacjach, gdy nie mają zebranych deklaracji pacjentów. Rozładuje to kolejki do Poradni specjalistycznych i spowoduje, że bardziej ambitna część kadry lekarskiej będzie miała motywację do pracy w POZ, pracy, która będzie bliżej domu chorego, będzie łatwiej osiągalna dla każdego potrzebującego.</li> <li>3. Stworzenie odpowiednio przygotowanych <u>kursów z zakresu medycyny rodzinnej dla internistów i pediatrów</u> pracujących w POZ. Mimo, iż najczęściej będą oni pracować zespołowo (modelem wzorcowym byłaby praktyka grupowa: internista, pediatra, lekarz rodzinny, ginekolog) to zawsze będą się spotykać z problemami spoza swojej specjalizacji.</li> <li>4. Należy dążyć do zatrudnienia w POZ lekarzy w proporcji - <u>jeden lekarz na maksimum 1750 - 2000</u> populacji. Deklaracje przynależności należy składać na określony zakład opieki zdrowotnej a nie na lekarza. Wykluczy to fikcyjne zatrudnianie emerytowanych lekarzy mających uprawnienia do pracy jako lekarza POZ a często nie mających</li> </ol>

	<p>odpowiednio wysokich kwalifikacji zawodowych oraz zbędne i czasochłonne przepisywanie deklaracji przy rotacji pracowników.</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="363 255 1410 412">5. Można stworzyć instytucję <u>lekarza orzecznika w ZUS, KRUS, przy zespołach ds. orzekania o niepełnosprawności</u>, który wstępnie kwalifikowałby pacjenta jako inwalidę lub niepełnosprawnego, lub „zdrowego” i prowadziłby dalsze postępowanie diagnostyczne i orzecznicze. Po przyznaniu grupy inwalidzkiej czy stopnia niepełnosprawności ci sami orzecznicy prowadziliby postępowanie po zakończeniu orzeczonego okresu inwalidztwa.</li><li data-bbox="363 416 1410 629">6. Usankcjonowanie większych <u>uprawnień personelu średniego</u> (np. poradnictwo dietetyczne, poradnictwo pod kątem prozdrowotnego trybu życia, poradnictwo na temat szczepień ochronnych, kwalifikowanie do szczepień dzieci powyżej 6 roku życia i dorosłych, leczenie mniejszych ran i owrzodzeń z możliwością zapisywania leków i środków opatrunkowych, wypisywanie wniosków na środki pomocnicze) celem odciążenia pracą lekarzy z czynności, których wykonywać nie muszą. Niezbędne byłyby powtarzane kursy dla takiego personelu dające odpowiednie uprawnienia.</li><li data-bbox="363 633 1410 972">7. Wykorzystanie kadr medycznych znacznie poprawiłoby wprowadzenie <u>centralnego systemu informatycznego</u>, w którym zapisana byłaby cała historia zdrowia i choroby pacjenta. Wgląd do tej historii udostępniałby pacjent np. poprzez kartę chipową, która byłaby jednocześnie dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie pacjenta oraz kopią jego historii choroby (np. dla lekarzy pracujących poza systemem ubezpieczenia publicznego). Dzięki dostępowi do wszystkich informacji nie dochodziłoby do dublowania badań diagnostycznych, zwłaszcza tych kosztownych, ale także przepisywania kolejnych zestawów leków przez lekarzy poradni specjalistycznych, jeśli chory miał analogiczne leczenie zlecone w POZ lub w szpitalu i ma wykupione leki (sytuacja nagminna). Płatnik miałby także bezpośredni wgląd w proces diagnostyczno – terapeutyczny bez konieczności wysyłania swoich pracowników na kontrole.</li></ol>
--	--



## Proces zapewniania opieki w POZ – Dostępność

*(liczba personelu/100.000 populacji, bariery i zróżnicowanie geograficzne, bariery finansowe, zasady dostępu do świadczeń, organizacja ordynacji, rodzaje świadczeń i usług)*

<b>Autor</b> <b>Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce</b>	<p><b>Obszar:</b> Dostępność</p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prawnie uregulować konsultacje telefoniczne i powtarzanie recept na leki przyjmowane przewlekle</li> <li>2. Po przeprowadzeniu realnej wyceny kosztów funkcjonowania praktyki LR obejmującej opieką 1500 podopiecznych (optymalna liczba podopiecznych) obniżyć górny limit pacjentów na jednego lekarza do max. 2200 pacjentów stosując powyżej tej liczby degresywną stawkę kapitulacyjną)</li> <li>3. Stworzyć zachęty do podejmowania praktyki w miejscach z niedoborem lekarzy</li> <li>4. Umowy na świadczenie POZ powinny być oparte jedynie o opublikowane przepisy, wykluczyć ich interpretacje przez NFZ</li> <li>5. Wprowadzić normy dostępu do świadczeń lekarza POZ w zależności od wielkości jego listy pacjentów (25 godzin w tygodniu na 2000 pacjentów)</li> </ol>
<b>Pani d n. med. Mariola Gaca</b>	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zmniejszyć liczbę pacjentów przypadających na jednego lekarza do 1750 to oznacza , iż na 100 000 populacji powinno być zatrudnionych w poz około 60 lekarzy</li> <li>2. Zmniejszyć liczbę pacjentów przypadających na pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną do 1750</li> <li>3. Utrzymać dla pielęgniarki praktyki stan obecny tj 2750 pacjentów to oznacza ,iż na 100 000 populacji należy w poz zatrudnić około 60 pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych oraz 36 pielęgniarek praktyki</li> <li>4. Przewidzieć możliwość zmniejszenia ilości pacjentów dla pielęgniarki środowiskowo-rodziennej pracującej w środowisku o bardzo małym zaludnieniu na dużym obszarze</li> <li>5. Jasno określić dostępność do lekarza ,to oznacza okres oczekiwania na wizytę do lek poz ,ale również czas przeznaczony na wizytę , uważam , iż czas na przyjęcie pacjenta powinien być w granicach 10-15 min , a okres oczekiwania nie powinien przekraczać 7 dni</li> <li>6. Aby poprawić dostępność do lekarza powinno się poszerzyć kompetencje pielęgniarki w zakresie wstępnej kwalifikacji do szczepienia u dzieci powyżej 6 roku życia i dorosłych, wstępną kwalifikację przy ustalaniu pilności przyjęcia pacjenta , ewentualne wydania skierowania czy też powtórzenia leków przepisywanych pacjentowi na stałe, rozpoznawanie i leczenie niepowikłanych zapaleń dróg moczowych u kobiet</li> <li>7. Możliwość porozumiewania się (w osobno ustalonym czasie w trakcie dnia ) przez telefon lub e-mail np. w sprawie ustalenia dawki acenocumarolu wg INR</li> </ol>
	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zwiększenie ilości personelu w poz</li> <li>2. Zalegalizowanie porady telefonicznej</li> <li>3. Wprowadzenie elektronicznej recepty (rocznej)</li> <li>4. Wprowadzenie zachęt (w tym finansowych) do podejmowania pracy przez personel w miejscach jego niedoboru (stworzenie „mapy” rozmieszczenia kadr )</li> </ol>

Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	
Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pacjenci 65+ wszyscy powinni być objęci opieką pielęgniarki rodzinnej i raportowani do płatnika (opracowanie procedury)</li> <li>4. Opracowanie regulacji odnośnie zróżnicowania terenu miasto –wieś</li> <li>5. Opracowanie systemu informatycznego spójnego pozwalającego na przekazywanie informacji o pacjencie w obrębie całego zespołu</li> <li>6. Wprowadzenie instytucji kontroli nad wydatkowaniem środków publicznych (sam NFZ jest niewydolny, działy kontroli to tylko kilku kontrolerów –stanowczo za mało aby skutecznie egzekwować jakość świadczeń i wydatkowanie środków)</li> <li>7. Realizacja profilaktyki zgodnie z wytycznymi WHO</li> </ol> <p>UWAGI:</p> <p>Opieka pielęgniarki rodzinnej - Opieka w środowisku domowym jest tańsza, kosztuje system 2,22 zł za pacjenta miesięcznie , pacjent 65+ to 3,77zł miesięcznie</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opieka pielęgniarki długoterminowej w skali miesiąca to 900 zł za pacjenta</li> <li>2. Opieka w zakładzie pielęgnacyjno –opiekuńczym to 1425 zł + 70% świadczenia emerytalnego lub rentowego za pacjenta</li> </ol>
	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Precyzyjny opis procedur - standardy udzielania świadczeń zdrowotnych, pełny opis miejsc realizacji świadczenia. Kalkulacja finansowania zapewniająca pełnostandardowe wykonanie zakontraktowanych usług oraz pokrycie wszelkich kosztów wykonania świadczenia wraz ze składowymi i zyskiem właściciela POZ.</li> <li>2. Stawka kapiacyjna właściwie skalkulowana. Wartość kontraktu/stawki kapiacyjnej (w</li> </ol>

<b>Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych</b>	<p>skali makro) zawierająca jasno określone części : koszty osobowe, koszty stałe i koszty medycznej diagnostyki laboratoryjnej (DL) , inne (np. zysk właściciela) .</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Obligatoryjne raportowanie realizacji świadczeń z uwzględnieniem świadczeń zleczanych na zewnątrz – diagnostyka, specjalistka, rehabilitacja, poradnictwo, inne, (farmakoterapia w wybranych grupach leków poprzedzona diagnostyką)</li> <li>4. Wyraźnie wskazany przez ustawodawcę organ kontroli uprawniony do prowadzenia <u>pełnej</u> kontroli funkcjonowania POZ, zarówno pod względem zakresu udzielanych świadczeń jak i ich kosztów.</li> <li>5. Bieżąca kontrola dyscypliny wydatkowania środków publicznych na świadczenia zdrowotne, z podziałem na określone w umowie części (pkt 3.). W sprawozdaniu do płatnika (NFZ, inny) osobny element rozliczeń mają stanowić środki przeznaczone na DL zleconą przez kontrolowanego świadczeniodawcę i wykonane w medycznym laboratorium diagnostycznym (MLD), posiadającym udokumentowaną wiarygodność. Sprawozdanie POZ <b>nie może obejmować</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- badań diagnostycznych wykonanych na podstawie zlecenia innego świadczeniodawcy, lub wykonanych prywatnie na koszt badanego,</li> <li>- badań, które zostały wykonane poza MLD i na urządzeniach przeznaczonych do samokontroli np. : glukometrach, hemoglobinometrach itp.</li> </ul> </li> <li>6. Bieżąca kontrola POZ pod kątem ich możliwości w udzielaniu deklarowanych świadczeń.</li> <li>7. Po podpisaniu umowy kontraktowej należy prowadzić bieżącą kontrolę dostępności, ciągłości i jakości realizacji umów na terenie gminy /powiatu</li> </ol>
<b>Departament Matki i Dziecka MZ</b>	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wymagana dostępność personelu. 800 +/- 10%. Proponuje się uproszczenie zapisu, który będzie koncentrował się na uczniu niepełnosprawnych lub przewlekle chorym, bez względu na to, do jakiego typu szkoły uczeń ten uczęszcza. Zapis otrzymałby brzmienie: „Przyjmuje się, że objęcie opieką przez pielęgniarkę szkolną do 880 uczniów nie wymagających wzmożonej opieki jest traktowane jako wartość jednego etatu przeliczeniowego, przy jednoczesnym założeniu, że przy ustalaniu liczby uczniów objętych opieką: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) uczeń z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, sprawny ruchowo; słabowidzący i niedowidzący; słabosłyszący i niesłyszący; przewlekle chorzy traktowany jest jak 7 uczniów,</li> <li>2) uczeń z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim niepełnosprawny ruchowo oraz z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i sprawny ruchowo traktowany jest jak 10 uczniów,</li> <li>3) Uczeń z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanymi uczeń z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym i niepełnosprawny ruchowo traktowany jest jak 30 uczniów,</li> <li>4) uczeń w klasie prowadzącej naukę zawodu z warsztatami w szkole traktowany jest jak 1,5 ucznia,</li> <li>5) uczeń szkoły lub klasy sportowej traktowany jest jak 2 uczniów,</li> <li>6) uczeń w szkole, w której liczba uczniów nie przekracza 150 uczniów, traktowany jest jak 2 uczniów.”</li> </ol> </li> <li>2. Lekarz właściwy dla ucznia, podczas profilaktycznego badania lekarskiego, może powinien dokonywać kwalifikacji ucznia do objęcia ucznia wzmożoną opieką pielęgniarki szkolnej, ze względu na chorobę przewlekłą lub niepełnosprawność.</li> <li>3. Istnieje różnica pomiędzy zapisami rozporządzenia MZ a sposobem finansowania świadczeń określonym w Zarządzeniu NFZ – konieczne jest dostosowanie przepisów zarządzenia do standardu określonego w rozporządzeniu.</li> <li>4. Finansowanie świadczeń na podstawie listy uczniów oraz sprawozdania z realizacji wszystkich świadczeń określonych przepisami rozporządzenia POZ (w tym zadań tzw.</li> </ol>

	<p>„miękkich”: a. czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi, b. doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków, warunków sanitarnych w szkole, c. edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej, d. udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej) jako podstawa rozliczania świadczeń.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia</p>	<p><b>Obszar:</b></p>
	<p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stworzenie motywacyjnego systemu finansowania świadczeń.</li> <li>2. Usankcjonowanie stosowania standardów postępowania medycznego.</li> <li>3. Dookreślenie rodzajów świadczeń z ewentualnym ich rozszerzeniem.</li> </ol>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych</p>	<p><b>Obszar:</b></p>
	<p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pielęgniarka rodzinna( środowiskowo) – liczba pacjentów na jedną pielęgniarkę 2750.</li> <li>2. Położna rodzinna (środowiskowa) -6600 liczba pacjentek</li> <li>3. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania 880-1100 liczba uczniów /wielość szkół zwłaszcza w terenie rozproszonym/. Proponujemy przyporządkować uczniów z orzeczeniem niepełnosprawności do etatu pielęgniarki szkolnej na dotychczasowych zasadach</li> <li>4. W przypadku terenu rozproszonego (wiejskiego, górskiego )zastosowanie wyższych wskaźników finansowych ewentualnie zmniejszenie liczby pacjentów objętych opieką( z zastosowaniem wskaźnika finansowego rekompensującego mniejszą ilość pacjentów)</li> <li>5. Należy wprowadzić w świadczeniach gwarantowanych zapisy dotyczące uczniów :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) uczeń z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkimi niepełnosprawny ruchowo oraz z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i sprawny ruchowo traktowany jest jak 10 uczniów,</li> <li>b) Uczeń z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanymi uczeń z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym i niepełnosprawny ruchowo traktowany jest jak 30 uczniów,</li> <li>c) uczeń w klasie prowadzącej naukę zawodu z warsztatami w szkole traktowany jest jak 1,5 ucznia, - obecnie jest 1,7</li> <li>d) uczeń szkoły lub klasy sportowej traktowany jest jak 2 uczniów,</li> <li>e) uczeń w szkole, w której liczba uczniów nie przekracza 150 uczniów, traktowany jest jak 2 uczniów.”</li> </ol> </li> <li>6. Zapewnienie dostępności do świadczeń pielęgniarki rodzinnej (środowiskowej) pomiędzy godziną 8,00 a 18,00</li> <li>7. Zapewnienie dostępności do świadczeń pielęgniarki rodzinnej (środowiskowej) od godziny 18,00 do 21,00 (zlecenia 2 razowe) oraz w dni wolne od pracy w celu zapewnienia wykonania</li> </ol>

	świadczeń zdrowotnych wynikających z zachowania ciągłości leczenia za dodatkową opłatą.
Pan Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Dopływ nowych kadr medycznych o wysokich kwalifikacjach do pracy w POZ</u> – co ewentualnie byłoby możliwe poprzez wprowadzenie „krótkich ścieżek” szkolenia internistów z medycyny rodzinnej, lepsze finansowanie pracy internistów w POZ tak aby opłacało im się przechodzić do pracy w POZ z poradni lub oddziałów szpitalnych. Zachęta finansowa mogłaby również być elementem wpływającym na przechodzenie internistów z poradni specjalistycznych do POZ. Pozwoliłoby to na pełniejszą diagnostykę chorych w POZ ze zmniejszeniem ilości hospitalizacji i porad specjalistycznych.</li> <li>2. <u>Ustalenie limitów pacjentów na zakład opieki zdrowotnej a nie na osobę lekarza</u>. Zakład posiadający określoną ilość etatów lekarskich może objąć ilość pacjentów równą ilości etatów razy np. 2750. Umożliwiłoby to sprawniejsze funkcjonowanie zakładu w przypadku ruchu kadr lekarskich po zmianie zasad funkcjonowania POZ. Przepisywanie deklaracji jest procesem bardzo czasochłonnym (szczególnie dla personelu średniego i odciąga go od zadań stricte medycznych).</li> <li>3. <u>Poprawa jakości świadczeń w POZ jest możliwa poprzez:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <u>Wydłużenie czasu trwania jednej wizyty</u>. Średni czas wizyty 10 minut wydaje się wystarczający (jeśli policzyć średnią z wizyt na których pacjent jest fizycznie obecny w gabinecie, wizyt recepturowych i porad telefonicznych)</li> <li>b. <u>Rejestracja chorych na określone terminy – usankcjonowanie kolejki do lekarza POZ w sytuacjach „niepilnych”</u></li> <li>c. <u>Usankcjonowanie przepisywania leków celem kontynuacji ustalonego leczenia bez wizyty pacjenta w gabinecie (porada recepturowa) i porad telefonicznych</u>.</li> <li>d. <u>Wydzielenie godzin na porady profilaktyczne, recepturowe, telefoniczne</u>.</li> <li>e. <u>Finansowanie działalności poz częściowo przez stawkę kapitacyjną a dodatkowo przez finansowanie poszczególnych procedur (lub JGP)</u>. Ten ostatni rodzaj finansowania miałby szczególne zastosowanie do finansowania pracy specjalistów interny lub pediatrii.</li> <li>f. <u>Ograniczenie ilości zbędnych wizyt poprzez choćby minimalne współpłacenie przez pacjentów</u></li> <li>g. <u>Praca on-line w systemie informatycznym płatnika, lub sprawozdawczość prowadzona przez system automatycznie w trakcie przyjmowania</u> pokazywałaby płatnikowi rzeczywisty czas pracy lekarza.</li> </ol> </li> <li>4. Przesunięcie realizacji części świadczeń na barki <u>personelu średniego</u>, głównie pielęgniarki środowiskowo –rodzinnej ( przy odpowiednim <u>finansowaniu</u> (określenie grup wiekowych do odpowiednich badań skreeningowych i umożliwienie jej wydawania skierowań, wstępną ocenę wyników i ustalanie dalszego postępowania. Dobrze przeszkolona pielęgniarka środowiskowa mogłaby realizować obecny program profilaktyki kardiologicznej, badania screeningowe cukrzycy, kwalifikację do szczepień dzieci od szóstego roku życia, zapisywanie na receptę lub odpowiedni wniosek środków opatrunkowych, cewników, pielucho majtek. Położna środowiskowo –rodzinna: badanie palpacyjne sutków i skierowania na mammografię, czy zalecenie wizyty u onkologa lub ginekologa, badania cytologiczne szyjki macicy). Jeśli byłyby to procedury dodatkowo płatne poza stawką kapitacyjną to ich ilość znacznie wzrosnie.</li> <li>5. <u>Zmniejszenie ilości badań patronażowych</u> – ograniczenie ich do tych rzeczywiście najistotniejszych – przy stworzeniu ściśle określonej procedury tych badań (wyszczególnienie punktów, które musi wykonać pielęgniarka- pomiary biometryczne, ocena krzywizn kręgosłupa, ocena rozwoju mowy .... ) i lekarz (punkty badania lekarskiego i wnioski). Motywacja do ich wykonania poprzez odrębne finansowanie. Finansowanie tylko po wypełnieniu formularza badania (przez pielęgniarkę i lekarza) np. w systemie informatycznym płatnika (np. na wzór badań profilaktyki kardiologicznej w SIMP).</li> <li>6. Przesunięcie oceny niepełnosprawności czy zdolności do pracy wraz z diagnostyką na <u>instytucje orzekające</u> – tj. ZUS, KRUS, Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności. Unika się w ten sposób dublowania badań diagnostycznych i zbędnej utraty środków.</li> </ol>

--	--

## Proces zapewniania opieki w POZ - Ciągłość

(zasady i racjonalność wyboru oraz zmiany świadczeniodawcy, gromadzenie, przetwarzanie i wymiana informacji)

<b>Autor</b>	<b>Obszar:</b> Ciągłość
Kolegium Lekarzy Rodzinnych	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stworzyć zachęty do pełnej komputeryzacji praktyk lekarzy i pielęgniarek POZ</li> <li>2. Promowanie form organizacyjnych zacieśniających współpracę lekarza, pielęgniarki i położnej</li> <li>3. Ograniczyć możliwość pozostawania pod opieką różnych specjalistów</li> <li>4. Zintensyfikować szkolenie lekarzy rodzinnych</li> </ol>
Pani Dr n. med. Mariola Gaca	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utrzymanie wyboru lekarza i pielęgniarki oraz położnej :przy zmianie świadczeniodawcy wydaje się, iż potrzebne by było przekazanie pełnej dokumentacji na nośniku elektronicznym jako obowiązek świadczeniodawcy, a nie jak to czasami ma miejsce tylko ostatni okres</li> <li>2. Gromadzenie powinno być również w formie elektronicznej :do przemyślenia czy po zgonie pacjentka jest potrzebne przechowywanie dokumentacji ,aż 20 lat</li> <li>3. Jak najszybsze wprowadzenie ujednoczonego nośnika elektronicznego jako sposobu przekazywania oraz gromadzenia danych</li> <li>4. Centralna baza danych , która zawiera dane o każdym usługach medycznych i farmaceutycznych: dostęp do bazy dla uprawnionych lekarzy</li> </ol>
Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń temu samemu pacjentowi przez tego samego lekarza lub ten sam zakład</li> <li>2. Informatyzacja systemu (oprogramowanie, sprzęt) przy udziale środków finansowych państwa</li> <li>3. Wymiana informacji (zautomatyzowana, za pomocą narzędzi elektronicznych) pomiędzy elementami systemu o pacjentach i zdarzeniach medycznych</li> <li>4. <b>Uproszczenie sprawozdawczości</b></li> <li>5. Lekarz POZ organizacyjną osią, wokół której powinny być koncentrowane działania w zakresie informatyzacji opieki zdrowotnej, zwłaszcza w obszarze zarządzania dokumentacją medyczną pacjenta</li> </ol>
	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>

MZ Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wprowadzić odrębne druki wyboru świadczeniodawcy jak i druki rezygnacji</li> <li>2. Akcje medialne dotyczące informacji korzystania z usług w poz</li> <li>3. Informatyzacja usług i wprowadzenie elektronicznych kart usług medycznych, jeden system dostępny dla realizatorów świadczeń w poz</li> <li>4. Aby zachować ciągłość opieki rozważenie wprowadzenia możliwości wypisywania środków pomocniczych (pielucho majtki, podkłady, wkładki) i opatrunków hydrokoloïdowych przez pielęgniarki rodzinne, co podniesie jakość usług i ułatwi życie pacjentom.</li> </ol>
Departament Matki i Dziecka	<p><b>Obszar:</b> Medycyna Szkolna - DMiDz</p> <p><b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obowiązek zapewnienia uczniowi dostępu do gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej, w tym sfinansowania wyposażenia spoczywa na organie prowadzącym szkołę, którym w przypadku szkół publicznych są władze samorządowe. Jeśli w szkole nie ma gabinetu profilaktyki, koszty zapewnienia pomieszczenia poza szkołą nakładane są na podmiot realizujący świadczenia (pielęgniarkę), pomimo braku dodatkowego finansowania na ten cel.</li> </ol> <p>Istnieje pilna potrzeba wzmocnienia współpracy pomiędzy podmiotami realizującymi świadczenia zdrowotne dla uczniów (gromadzenie i przetwarzanie informacji, uzgodnienie miejsca przechowywania dokumentacji oraz jej przekazywania)</p>
Departament Matki i Dziecka	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stworzenie systemu zbierania danych dot. realizacji świadczeń – informatyzacja</li> <li>2. Stworzenie systemu przepływu/wymiany informacji o pacjencie</li> <li>3. Stworzenie mechanizmów umożliwiających współpracę pomiędzy lekarzami</li> </ol>



<p style="text-align: center;">Pani Beata Rorant,, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia</p>	
<p style="text-align: center;">Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych</p>	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wprowadzić odrębne druki wyboru świadczeniodawców dla lekarza, pielęgniarki i położnej, przywrócić druk rezygnacji ubezpieczonego z wybranego wcześniej przez niego świadczeniodawcy.</li> <li>2. Liczba świadczeniobiorców na liście : <ul style="list-style-type: none"> <li>- pielęgniarki rodzinnej (środowiskowej) – pozostawić na dotychczasowy poziomie czyli 2750</li> <li>- pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania – 880-1100</li> <li>- położnej rodzinnej (środowiskowej) 6600</li> </ul> </li> <li>3. Ujednolicić nomenklaturę w regulacjach dotyczących pojęcia pielęgniarką „szkolna” i pielęgniarka środowiska i wychowania</li> <li>4. Pełna lista uczniów powinna być przesyłana dwa razy (październik , czerwiec) z podpisem dyrektora szkoły i pielęgniarki</li> <li>5. Ujednolicenie zasad przekazywania dokumentacji ucznia po opuszczeniu szkoły . Jaka powinna pozostać dokumentacja ucznia w szkole?</li> <li>6. Obowiązkowo wprowadzić pielęgniarkę gabinetu zabiegowego i punktu szczepień w godzinach od 8,00 do 18,00</li> <li>7. Rozwiązać problem iniekcji po godzinie 18,00 i w dni wolne od pracy dla populacji pozostające na liście pielęgniarki ( dodatkowo opłacane)</li> <li>8. Dodatkowo opłacane wlewy dożylnie – określenie czasu podawania w domu.</li> <li>9. Opieką pielęgniarki „szkolnej” powinny być objęte dzieci znajdujące się w klasie „O” w przedszkolu aktualnie bilanse u tych dzieci wykonuje pielęgniarka poz.</li> </ol>
	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zapisywanie historii choroby pacjenta i informacji o wykonanych świadczeniach (procedurach) na centralnym serwerze systemu (płatnika?). Dostęp do danych ma każdy zakład i lekarz systemu. Dostęp ma płatnik – płaci na podstawie zapisanych informacji, stąd pełna możliwość monitorowania wykonania świadczeń, poprawności przebiegu leczenia, adekwatności terapii, odpowiedniej do rozpoznania refundacji leków. Motywacja dla lekarzy i zakładów do pełnej sprawozdawczości</li> </ol>

Pan Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych

(tylko wtedy płatnik płaci). Jeśli odbywałoby się to poprzez strony www - brak konieczności zakupu drogiego oprogramowania medycznego – ogranicza koszty zakładów opieki zdrowotnej. Nie ma potrzeby drukowania w drukarniach recept – drukuje się gotowe z systemu, lub jeszcze lepiej – nie drukuje się wcale – apteka pracująca w tym samym systemie na podstawie zapisu elektronicznego realizuje „elektroniczną receptę” – a lekarz na kolejnej wizycie ma informację z systemu, czy lek został wykupiony. Ma też informację o wszystkich innych lekach wypisanych przez innych lekarzy w innych zakładach. Taki system mógłby monitorować możliwość interakcji lekowych i ostrzegać lekarza, iż może taka interakcja wystąpić.

2. Wprowadzenie nośnika informacji cyfrowej o procesie diagnostyczno-terapeutycznym , na którym może być kopia informacji systemu centralnego – aktualizowana przy każdej wizycie u lekarza, lub przez odpowiedni czytnik w domu chorego. Nośnik ten umożliwiłby udostępnienie tych informacji lekarzom i zakładom nie będącym w systemie (gabinety i szpitale prywatne). Umożliwiłby zapis informacji na tym nośniku i poprzez niego import danych do systemu.

## Proces zapewniania opieki - Koordynacja

*(funkcja regulacji dostępu, opieka zespołowa, świadczenia bez skierowania, zasady kierowania na badania, do specjalistów i szpitala, przepływ informacji pomiędzy świadczeniodawcami, integracja z działaniami z zakresu zdrowia publicznego)*

<b>Autor</b>	<b>Obszar:</b> Koordynacja
<b>Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce</b>	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ustawowo ograniczyć listę specjalistów dostępnych bez skierowania (dermatolog, onkolog, okulista z wyłączeniem zmiany okularów)</li> <li>2. Wprowadzić obowiązek przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta przez lekarzy, do których skierowanie nie jest wymagane.</li> <li>3. Wprowadzić motywację do ograniczenia liczby skierowań (pełny lub częściowy budżet w dyspozycji)</li> <li>4. Ograniczyć możliwość „sprawowania opieki” przez specjalistów poprzez przywrócenie roli konsultacyjnej specjalisty zakończonej odpowiednią informacją do lekarza kierującego.</li> <li>5. Wprowadzenie obowiązku przesyłania informacji lekarzowi POZ o realizacji zadań pielęgniarki/ położnej POZ wobec pacjenta z listy lekarza POZ</li> <li>6. Wprowadzić górny limit wielkości praktyki POZ (np. 7500 pacjentów), prowadzonej przez jeden podmiot</li> </ol>
<b>Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”</b>	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przywrócenie funkcji odzwiernego oraz przewodnika po systemie</li> <li>2. Przywrócenie konsultacji pacjenta „lekarz dla lekarza”</li> <li>3. Stworzenie specjalistycznych konsultacji telefonicznych</li> <li>4. Uszczelnienie systemu; ograniczenie możliwości ominięcia poz</li> <li>5. Ograniczenie przekazywania pacjenta z poz do aos tylko do niezbędnych przypadków</li> <li>6. Medialne popularyzowanie poz</li> <li>7. Zwiększenie możliwości konsultacyjno – diagnostycznych poz (formalne; określenie czasu trwania wizyty i faktyczne; wzrost finansowania)</li> <li>8. Zmiana systemu orzekania o inwalidztwie zawodowym (ZUS; KRUS)</li> <li>9. Stworzenie spójnego systemu informatycznego</li> <li>10. Wprowadzenie jednolitych w skali kraju i powszechnie obowiązujących zasad zbierania, przekazywania i przetwarzania danych o zdarzeniach w podstawowej opiece zdrowotnej.</li> </ol>
	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacjenci podporządkowani pielęgniarce powinni posiadać pełne informacje o zakresie świadczeń tej pielęgniarki, mieć dostęp również pomiędzy godz. 8.00 a 18.00 do konsultacji telefonicznych</li> </ol>

Pani Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Wprowadzenie wzoru dokumentu wypisu od pielęgniarki jak przed rokiem 2004 (uporządkuje to również niezadowolonych wiecznie pacjentów, którzy wielokrotnie bezpodstawnie zapisują się w różne miejsca lub nie są świadomi co podpisują po raz kolejny u lekarzy poz)</li> <li>3. Wprowadzić kartę opieki zespołowej</li> </ol>
Pani dr n. med. Mariola Gaca	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jak najszybciej wprowadzić ujednoczony system informatyczny do porozumiewania się świadczeniodawców oraz nośniki elektroniczne dla pacjenta</li> <li>2. Pielęgniarka rodzinna powinna raz na 6 miesięcy w postaci informacji pisemnej lub elektronicznej opisać lekarzowi stan podległych jej pacjentów łącznie z wykonanymi badaniami , oceną pacjenta , jego środowiska , zaleceń, samokontroli ; należałoby opracować druk na wzór specjalisty?</li> <li>3. Lekarz specjalista bezwzględnie raz w roku ma obowiązek wystawić zaświadczenie do POZ w którym musi być wyraźnie napisane rozpoznanie , co wykonano z badań dodatkowych , jakie ustalono leczenie z dawkowaniem , które z leków należy przepisywać na „P”, oraz na jaki okres , kiedy kolejna kontrolna wizyta , niestety nie wszyscy lekarze robią to należycie, marzeniem byłby list kolegi specjalisty do kolegi lekarza poz</li> <li>4. Należy też jasno określić w chorobach przewlekłych, jak często przy stałym rozpoznaniu pacjent musi potwierdzić uprawnienia do leczenia zniżkowego np. . ustalone leczenie padaczki bez napadów , czy też leczenie niedoczynności tarczycy po operacyjnym leczeniu.</li> <li>5. Wypisy ze szpitala powinny być przesłane bezpośrednio do lekarza poz ponieważ często zdarza się, iż pacjent zapomina dostarczyć wypis do lekarza poz ,</li> <li>6. Podobnie z badaniami , potem zdarzają się wypadki powtarzania badań nie tylko laboratoryjnych, ale również KT.</li> <li>7. Nie jest jasno określone jak często lekarz poz powinien wystawić skierowanie do specjalisty , u którego pacjent pozostaje pod stałą opieką , bardzo często specjaliści domagają się skierowania co roku , chociaż w założeniach nie ma takiego wymogu : ustalenie , iż trzeba to zrobić raz na 2 lub 3 lata rozwiązało by problem.</li> <li>8. Utworzenie przyszpitalnych poradni konsultacyjnych pediatrycznych oraz internistycznych umożliwiających ewentualne kontrolowanie przyjęć na oddział z możliwością szybkiej jednodniowej diagnostyki</li> <li>9. Ustalenie jednoznacznie kiedy pacjent z urazem może udać się do poradni chirurgicznej często zdarza się e, iż urazu doznał w piątek potem były dni wolne , uraz nie wydawał mu się tak groźny, aby udać się do Pogotowia ,a teraz musi zarejestrować się do swojego lekarza ,aby otrzymać</li> </ol>

	<p>skierowanie do chirurga ,często również w takiej sytuacji chirurdzy wymuszają skierowanie na rtg ( uzasadniające skierowanie) ,pomimo, iż de facto taką konieczność może ustalić tylko chirurg po badaniu, wydaje się logiczne , aby pacjenci do 3 dni po urazie mogli zgłosić się do chirurga bez skierowania</p>	
<b>Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych</b>	<b>Obszar:</b>	
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obowiązek posiadania interaktywnej strony POZ</li> <li>2. System powinien zapewnić wymianę informacji między świadczeniodawcami na temat własnych możliwości przyjmowania pacjentów/udzielania świadczeń. Informacja np. na stronie WWW.</li> <li>3. System powinien umożliwiać przyjmowanie pacjentów w innych POZ w określonych przypadkach oraz dawać możliwość ewentualnego przekierowania pacjentów do innego POZ.</li> <li>4. W każdym POZ aktualna informacja o ostrych dyżurach: <ul style="list-style-type: none"> <li>specjalistycznych, pielęgniarских, możliwości wykonania badań diagnostycznych w tym diagnostycznych badań laboratoryjnych w laboratorium analitycznym i pełniących dyżur aptekach.</li> </ul> </li> <li>5. Podejmowanie działań zgodnych z wytycznymi ekspertów zdrowia publicznego.</li> </ol>	
<b>Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia</b>	<b>Obszar:</b>	
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stworzyć mechanizmy umożliwiające przekazywania informacji pomiędzy świadczeniodawcami o pacjencie.</li> <li>2. Przywrócenie konsultacji specjalistycznych lub opieki zespołowej.</li> </ol>	
	<b>Obszar:</b>	
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pielęgniarkom specjalistom nadanie uprawnień na wypisywanie recept na materiały opatrunkowe, pielucho majtki, wkładki anatomiczne, cewniki zewnętrzne – zapisać w przepisach prawnych.</li> <li>2. Wprowadzenie wzoru zlecenia lekarskiego który będzie wymagany przy zleceniu na zabiegi lecznicze przez lekarza świadczeń realizowanych przez pielęgniarkę/położną-rodzinna (środowiskowa) oraz gabinetu zabiegowego i punktu szczepień zlecenie wydawane bez względu na to która pielęgniarka realizuje świadczenie, czy ta zatrudniona przez lekarza czy ta na samodzielnej działalności.</li> <li>3. Obowiązek przekazywanie informacji (drogą dokumentu papierowego lub elektroniczną)o udzielonych świadczeniach oraz stanie pacjenta/rodziny pomiędzy</li> </ol>	

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych</p>	<p>świadczeniodawcami poz- opracować druk</p> <p>4. Opracować dokumentację ucznia/ wychowanka.</p> <p>5. Konieczność określenia kwalifikacji do grupy w-f na drukach dotyczących powszechnych profilaktycznych badań lekarskich- dotyczy lekarza poz i medycyny szkolnej</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pan Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych</p>	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <p>1. Jedynie <u>płacenie za pośrednictwem kierującego</u> wymusi odpowiednią jakość informacji zwrotnej pomiędzy poszczególnymi ogniwami systemu (szczególnie dotyczy relacji lekarz POZ – specjalista). Jedyną receptą na „gate keeping” jest „found keeping”.</p> <p>Jeśli dużą część świadczeń specjalistycznych (internistycznych i pediatrycznych) przesunie się do wykonania w POZ to zniknie problem złej współpracy z poradniami specjalistycznymi.</p> <p>2. <u>Finansowanie świadczeń poradni specjalistycznych</u> poprzez POZ wymusi prawdziwy „gate keeping”, zlikwiduje kolejki do poradni specjalistycznych. Poprzez zmniejszenie ilości niepotrzebnych porad „specjalistycznych” zredukuje zatrudnienie w tych poradniach i umożliwi przesunięcie części Internistów i pediatrów do POZ, gdzie bez problemu znajdą pracę. Dobry internista stanie się bardzo poszukiwanym w POZ, gdyż to on dzięki szerokiej wiedzy będzie mógł koordynować profilaktykę i terapię, a także wykonywać wiele dodatkowo płatnych procedur.</p> <p>3. Stworzenie <u>ogólnopolskiego systemu informatycznego</u> (płatnika? Ministerialnego?), który umożliwiłby zbieranie informacji o opiece medycznej każdego pacjenta z różnych miejsc ich wykonywania (tak POZ jak i Poradnie Specjalistyczne i Szpitale). Kluczem dostępu do danych byłaby karta chipowa pacjenta, która także zawierałaby kopię danych medycznych na jego temat.</p> <p>Wykorzystanie drogi mailowej do wykonania części porad specjalistycznych (z wykorzystaniem podpisu cyfrowego).</p> <p>4. Ograniczenie ilości porad specjalistycznych dostępnych bez skierowania (np. Poradni Ginekologicznej i Wenerologicznej).</p> <p>5. <u>Ograniczanie niepotrzebnych konsultacji specjalistycznych</u> poprzez prawdziwy „gate keeping” związany z finansowaniem tych porad za pośrednictwem zakładów POZ.</p> <p>6. <u>Ustalenie limitu czasowego ważności skierowania do poradni specjalistycznej „na leczenie”</u> aby uniknąć przetrzymywania w leczeniu pacjentów, którzy takiego leczenia nie wymagają.</p> <p>7. <u>Motywacja finansowa do informatyzacji</u> przychodni (większa stawka kapitacyjna) przy zachowaniu określonych standardów.</p>

## Proces zapewniania opieki POZ - *Wszechstronność*

*(rodzaje rozwiązywanych problemów, podejmowanie i kontynuacja leczenia, procedury medyczne, badania dodatkowe, wyposażenie w sprzęt, działania i programy prewencyjne, promocja zdrowia)*

<b>Autor</b>	<b>Obszar:</b> Wszechstronność
<b>Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce</b>	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Otworzyć dostęp do badań obrazowych oraz zabiegów rehabilitacyjnych (z częściowym budżetem w dyspozycji).</li> <li>2. Rozważyć wprowadzenie systemu „umiejętności medycznych” dla LR z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej uprawniających do refundacji szerszego zakresu świadczeń przez płatnika w POZ</li> <li>3. Szkolenia w zakresie medycyny rodzinnej dla internistów i pediatrów pracujących w POZ</li> <li>4. Usankcjonowanie porady przez telefon lub za pośrednictwem poczty elektronicznej</li> <li>5. Umowa na świadczenie POZ z NFZ powinna odnosić się jedynie do opublikowanych przepisów.</li> </ol>
<b>Pani Prof. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska, Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii</b>	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dzieci powinny być diagnozowane podobnie jak na całym świecie, ambulatoryjnie. Hospitalizacje powinny być ograniczone do niezbędnych. Pediatra zajmujący się dziećmi w POZ musi mieć zaplecze, całodobowo: morf, mocz, CRP, Rtg, USG. Skierowanie do specjalisty powinno być jednorazowe ( na jedną wizytę) z wyraźnym zaznaczeniem o co prosimy. Zwrotnie, lekarz POZ otrzymuje informację o wykonanych badaniach , rozpoznaniu i proponowanym postępowaniu, dalej zajmuje się dzieckiem .</li> <li>2. Po leczeniu szpitalnym podobnie , z zaleceniami dziecko trafia do POZ. To pozwoli ograniczyć hospitalizacje, liczbę wizyt w poradniach specjalistycznych i podwójne finansowanie.</li> <li>3. Pediatra sprawujący opiekę nad dziećmi powinien sprawować działania profilaktyczne. Niezależnie od wizyt przy okazji choroby dziecko musi być regularnie badane, wizyty profilaktyczne( analiza rozwoju , żywienia, realizacji szczepień, choroby przewlekłe, wpływy środowiskowe, itd..) .</li> <li>4. Badania okresowe posłużą do oceny problemów w stanie zdrowia dzieci w określonym wieku i pozwolą na opracowanie działań zaradczych.</li> </ol>
	<b>Obszar:</b>

<b>Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”</b>	<p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określanie kompetencji poz wraz ze wskazaniem finansowania</li> <li>2. Stworzenie programów zdrowotnych i profilaktycznych możliwych do realizacji w poz</li> <li>3. Stworzenie skutecznych (prawnie i rzeczywiście) narzędzi do kontynuacji leczenia specjalistycznego i szpitalnego</li> <li>4. Przeznaczenie dodatkowej puli finansowej na rozszerzenie diagnostyki w poz</li> <li>5. Stworzenie prawnie obowiązujących procedur (standardów) diagnostyczno-terapeutycznych w poz</li> <li>6. Wprowadzić standard organizacyjny udzielania świadczeń w praktyce lekarza rodzinnego. pozwalający na pełne wykorzystanie jego kompetencji <sup>1</sup>.</li> <li>7. Przywrócić więzi funkcjonalne, organizacyjne i informacyjne pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych a gabinetami specjalistycznymi. ratownictwem medycznym i opieką społeczną.</li> </ol> <p><sup>1</sup> Jacek Ruskowski Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego PROJEKT ekspertyza finansowana ze środków projektu nr POPT.03.04.00-00-019/07 w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2007-2013 wykonana na zlecenie Ministerstwem Rozwoju Regionalnego Umowa: DKS/POPT/BDG –VII- 119/05/2010 Warszawa, wrzesień 2010</p>
	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jak najszybsze wprowadzenie ujednoczonego systemu informatycznego dla świadczeniodawców i nośnika elektronicznego dla pacjenta.</li> <li>2. To lekarz rodzinny powinien być przewodnikiem po systemie bez niego oraz bez przekazywania pełnej informacji do niego nie powinno się poruszać po systemie.</li> <li>3. Poszerzenie zakresu badań dodatkowych dla lekarza poz o usg naczyniowe i tarczycy , echo serca , badanie Holtera, badanie ekg wysiłkowego.</li> <li>4. Poszerzyć wyposażenie gabinetu zabiegowego praktyki o automatyczny defibrylator .</li> <li>5. Poszerzenie profilaktyki poprzez zwiększenie nakładów na programy profilaktyczne, nie stosować ograniczników wiekowych tylko ramowe od do .</li> <li>6. Programy prewencyjnych oraz promocji zdrowia w dużej mierze powinna być prowadzona przez odpowiednio wyszkolone pielęgniarki.</li> </ol>
	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opracowanie standardu opieki pielęgniarki rodzinnej (w ciągu 24 godz. od zgłoszenia z oddziału szpitalnego powinna odbyć się wizyta domowa pielęgniarki rodzinnej – opracowanie planu opieki i współpraca z lekarzem poz lub innymi świadczeniodawcami /instytucjami</li> <li>2. Opracowanie informatorów dla pacjenta dostępnych w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej i kioskach ruchu (likwidacja barier informatycznych)</li> <li>3. Opracowanie programów edukacyjnych realizowanych przez pielęgniarki rodzinne i ich skuteczne egzekwowanie</li> <li>4. Opracowanie standardu nesesera pielęgniarskiego</li> </ol>



<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">MZPani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Departament Matki i Dziecka</p>	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Objęcie edukacją zdrowotną 100 % uczniów, zarówno w mieście jak i na wsi; edukacja skierowana również do rodziców i nauczycieli</li> <li>2. Zwiększenie udziału pielęgniarki w szkolnych programach edukacji zdrowotnej</li> <li>3. Konieczność rzetelnego sprawozdawania realizacji edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia przez pielęgniarkę oraz uwzględnienie tych danych przy rozliczaniu tych świadczeń przez płatnika.</li> </ol>
	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jasno dookreślone wykazy świadczeń wraz z kompetencjami</li> <li>2. Usankcjonowanie stosowania standardów medycznych</li> <li>3. Dookreślenie (rozszerzenie) katalogu badań diagnostycznych</li> <li>4. Rozszerzenie kompetencji.</li> </ol>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Naczelną Izba Pielęgniarek i Położnych Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia</p>	
	<p><b>Obszar:</b></p>
	<p><b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pielęgniarka gabinetu zabiegowego i punktu szczepień – udzielająca świadczeń w ambulatorium wraz z testami przesiewowymi od 0 do 5 lat.</li> <li>2. Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wyposażenie w sprzęt w zależności od kompetencji pielęgniarki/położnej wynikające z jej kwalifikacji (poziom wykształcenia, kursy)</li> <li>2) rozwiązywanie problemów pacjentów na poziomie podstawowym (współpraca z zespołem terapeutycznym, organizacjami pozarządowymi, NFZ, innymi świadczeniodawcami)</li> <li>3) rozdzielić wizytę patronażową pielęgniarki rodzinnej (środowiskowej ) od testu przesiewowego i badania bilansowego (pozostawić u lekarza poz i pielęgniarki w gabinecie zabiegowy i punkcie szczepień)</li> <li>4) udział pielęgniarki we wszystkich programach profilaktycznych realizowanych w ramach poz również Narodowego Programu Zdrowia (profilaktyka chorób Seca, gruźlica, nowotwory)- dodatkowe finansowanie,</li> <li>5) jednoznaczne uznanie, że w gabinecie pielęgniarki /położnej rodzinnej (środowiskowej) nie wolno wykonywać zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanki skórnej, gdyż gabinet ten nie jest gabinetem zabiegowym. Gabinet pielęgniarki /położnej rodzinnej jest gabinetem spełniającym warunki realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia oraz udzielania informacji, przyjmowania zleceń.</li> </ol> </li> <li>3. Pielęgniarka środowiska w miejscu nauczania i wychowania: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) udzielanie świadczeń w gabinecie pielęgniarki lub innym pomieszczeniu udostępnionym przez dyrektora szkoły,</li> <li>2) ustalenie harmonogramu realizacji świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarkę szkolną zgodnie z ustaleniami, planem zajęć w porozumieniu z dyrektorem szkoły.</li> </ol> </li> </ol>
	<p><b>Obszar:</b></p>
	<p><b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Rozróżnienie kompetencji lekarzy pracujących w POZ w zależności od posiadanych specjalizacji i możliwość otrzymania dzięki dodatkowym procedurom dodatkowych środków od płatnika.</li> </ol>

Pan Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych

4. Motywowanie lekarzy POZ do podnoszenia swoich kwalifikacji (poprzez zróżnicowanie stawki kapitałowej w zależności od posiadanych kwalifikacji i kompetencji).
5. Dzięki umożliwieniu wykonywania dodatkowych procedur i uzyskiwaniu dodatkowych środków motywowanie właścicieli ZOZ-ów do wyposażania zakładów na potrzeby POZ w sprzęt diagnostyczny i terapeutyczny.
6. Stworzenie systemu informatycznego (najlepiej centralnego) zbierającego informacje o procesie diagnostyczno –terapeutycznym, do którego będzie miał wgląd każdy leczący lekarz systemu, a poprzez nośnik informatyczny chorego także lekarz spoza systemu.

## Wyniki opieki - Jakość

*(odsetek rozwiązywanych problemów, kontrola chorób przewlekłych, immunizacja, ordynacja leków, bezpieczeństwo i satysfakcja pacjenta, mapa nierówności zdrowia)*

<b>Autor</b>	<b>Obszar: Jakość</b>
<b>Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce</b>	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokończyć prywatyzację struktur POZ.</li> <li>2. Promować funkcjonowanie małych zespołów lekarsko – pielęgniarskich.</li> <li>3. Zagwarantować minimalny czas trwania konsultacji (10 min).</li> <li>4. Promować kontraktowe formy działalności.</li> </ol>
<b>Pani Prof. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska, Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii</b>	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poprawa satysfakcji pacjenta z opieki w POZ.</li> <li>2. Opieka kompleksowa nad dziećmi z chorobami przewlekłymi w POZ (pediatra).</li> </ol>
	<b>Obszar:</b> <b>Stan pożądany i działania naprawcze</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. W celu oceny jakości działania poz-u należy brać pod uwagę certyfikaty jakości jakie posiada dana placówka i w zależności od ustalenia powinno to mieć wpływ na wzrost kontraktu .</li> <li>2. W celu oceny kontroli chorób przewlekłych konsultanci krajowi powinni ustalić standardy dla poszczególnych jednostek chorobowych. Podobna sytuacja w odniesieniu do ordynacji leków, powinny być ustalone standardy.</li> <li>3. Osobną sprawą jest „wyszczepianie” danej populacji, do tej pory nie jest to doceniane przez NFZ. Wiadomo chociażby w oparciu o szczepienia przeprowadzone w Kieleckim przeciwko</li> </ol>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pani Dr n. med. Mariola Gaca</p>	<p>pneumokokom , jak zmalała tam zachorowalność oraz ilość hospitalizacji z tego powodu. Jeżeli więc dany poz wykazuje dużą ilość wykonanych szczepień spoza obowiązkowych i tym samym zmniejsza potencjalnie ilość zachorowań i hospitalizacji powinno to być premiuwane.</p> <p>4. Na bezpieczeństwo i satysfakcję pacjenta ma także wpływ otoczenie i w jakich warunkach pacjent jest przyjmowany. Wydaje się być to nie docenianym aspektem. Jeżeli dany poz ma wysoki standard pomieszczeń , wykonane podjazdy, windy itd. tym samym wydał na to pieniądze powinno to być również brane pod uwagę przy ocenie jakości danej placówki, a ocena globalna powinna mieć wpływ na wysokość kontraktu.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”</p>	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <p>1. Jakość poz oceniana poprzez ocenę realizacji celów - ściśle określonych i zdefiniowanych przez organizatora systemu, płatnika, państwo</p>
	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <p>1. Wprowadzenie obowiązku zdiagnozowania całej populacji zadeklarowanej do pielęgniarstwa - wymiana informacją środowisk zagrożonych z MOPS i GOPS, Policją.</p> <p>2. Ocena epidemiologiczna środowiska i podejmowanie interwencji oraz sprawozdawczość.</p> <p>3. Opieka pielęgniarska przyczynia się do osiągnięcia pożądanych efektów: wyedukowany pacjent umie sobie radzić z chorobą i niepełnosprawnością i nie wymaga hospitalizacji.</p> <p>4. Pacjent posiada zdolności do samo opieki i samo pielęgnacji – egzekwowanie od pacjenta wiedzy</p> <p>5. Zachowanie bezpieczeństwa chorego wypisywanego ze szpitala jako ciągłość opieki (obowiązek przekazania pacjenta dokumentem do pielęgniarstwa rodzinnej).</p> <p>6. Wprowadzić obowiązek dostępności do telefonu komórkowego pielęgniarki rodzinnej, Tel. dostępny w MOPS, GOPS, Gminie, POZ, oddziałach szpitalnych, na stronie NFZ.</p> <p>7. Wprowadzić pielęgniarską pomoc telefoniczną.</p> <p>8. Wprowadzenie poszczególnych modeli opieki:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) rodzina zdrowa,</li> <li>b) rodzina wysokiego ryzyka,</li> <li>c) rodzina z chorobą przewlekłą.</li> </ol>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">MZPani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Department Matki i Dziecka</p>	<p><b>Obszar:</b> Pielęgniarka szkolna</p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <p>Poprawa jakości profilaktycznej opieki zdrowotnej na wsi poprzez:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kontraktowanie mniejszej liczby uczniów w szkołach wiejskich,</li> <li>2) zwiększenie liczby szkolnych gabinetów profilaktyki na wsi</li> </ol>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Laboratoryjnych</p>	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Standardy i procedury zarządzania jakością,</li> <li>2. narzędzia monitorowania i pomiaru jakości,</li> <li>3. pomiary satysfakcji pacjentów.</li> <li>4. akredytacja i normy ISO jako zewnętrzne metody zapewnienia jakości</li> <li>5. Poprawa sytuacji zdrowotnej obywateli, mierzonej wg. wskaźników: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. czasu trwania życia,</li> <li>b. czasu trwania życia ze sprawnością psychofizyczną, umożliwiającą pełnienie stosownych ról społecznych,</li> <li>c. poziomem samooceny zdrowia i jakości życia.</li> </ol> </li> <li>6. Badania ankietowe pacjentów pozwalające na ocenę poziomu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. udzielanej usługi medycznej,</li> <li>b. obsługi średniego personelu medycznego.</li> </ol> </li> <li>7. Monitorowanie dostępności do usługi medycznej: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. czas oczekiwania,</li> </ol> </li> </ol>

	b. sposób rejestracji do lekarza.
<b>Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych</b>	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wyraźny podział na pielęgniarkę rodzinną udzielającą świadczeń w domu pacjenta i pielęgniarkę zabiegową udzielającą świadczeń w gabinecie zabiegowym.</li> <li>2. Jednolity wzór zlecenia lekarskiego dla wszystkich stanowiący załącznik do umowy o udzielanie świadczeń.</li> <li>3. Wyrażna regulacja sposobu finansowania i realizacji transportu materiału zakaźnego pobranego przez pielęgniarkę poz w domu pacjenta przez lekarza poz – zlecającego. Zapewni to bezpieczeństwo osobom trzecim oraz pacjentom i zagwarantuje w pełni rzetelne wyniki badań.</li> <li>4. Udział pielęgniarek rodzinnych we wszystkich programach profilaktyki zdrowia w ramach poz.</li> <li>5. Opracowanie i wdrożenie formy „zadaniowej”, połączonej z kapitaacją dla domów pomocy społecznej.</li> <li>6. Rozdzielenie funkcji.</li> <li>7. Pozostawienie populacji na poziomie max 2750 na jedną pielęgniarkę rodzinną i pozostawienie wskaźników demograficznych. I wdrożenie wskaźnika terytorialnego.</li> <li>8. Odrębna deklaracja wyboru dla każdego świadczeniodawcy: pielęgniarki rodzinnej , położnej rodzinnej, lekarza z koniecznością obowiązkowej deklaracji rezygnacji przy zmianie wyboru świadczeniodawcy.</li> </ol>

<b>Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych</b>	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zwiększenie stawki kapitacyjnej na ubezpieczonego zarówno dla pielęgniarki /położnej rodzinnej (środowiskowej), pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania z zastosowaniem wskaźnika dla terenów wiejskich i górskich , w tym w szkołach wiejskich i małych (wyrównywanie szans w zakresie sprawowania opieki zdrowotnej).</li> <li>2. Utworzenie ośrodka koordynacji nad zdrowiem populacji dzieci i młodzieży szkolnej na poziomie wojewódzkim</li> <li>3. Ujednolicenie zasad wyposażenia gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej – koszty wyposażenia po stronie organów założycielskich (współpraca MEN i MZ).</li> <li>4. Wprowadzenie wskaźnika w finansowaniu świadczeń dla podmiotów posiadających certyfikaty.</li> <li>5. Wprowadzenie do ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych definicji pielęgniarki/położnej rodzinnej (środowiskowej), pielęgniarki gabinetu zabiegowego i punktu szczepień, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.</li> <li>6. Redefiniować definicję podstawowej opieki zdrowotnej w ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, która powinna brzmieć: „podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne, profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, pediatrii oraz pielęgniarstwa, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz w miejscu zamieszkania ubezpieczonego”.</li> <li>7. Wprowadzić programy zdrowotne dla lekarzy, pielęgniarek i położnych zgodnie z Narodowym Programem Zdrowia (np. Profilaktyka chorób krążenia, chorób nowotworowych, programy promocji zdrowia w szkołach)-dodatkové finansowanie</li> <li>8. Uregulowanie sposobu transportu i finansowania badań diagnostycznych pobranych w domu pacjenta. Całkowitą odpowiedzialność za proces diagnostyczny winien ponosić świadczeniodawca, w którego kompetencjach jest zlecenie badań diagnostycznych.</li> </ol>

	9. Opracowanie odrębnego modelu opieki pielęgniarskiej w domach pomocy społecznej, z uwzględnieniem ich typów.
Pani Jolanta Skolimowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądany i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zmiana regulacji w zakresie organizacji pobrania i transportu krwi do badań laboratoryjnych, konieczne jest określenie w tym zakresie relacji lekarz – laboratorium.</li> <li>2. Określenie miejsca wykonywania świadczenia- zlecenia lekarskiego: czy w gabinecie pielęgniarki poz czy w gabinecie zabiegowym lekarza poz.</li> <li>3. Ustalenie zasad wzajemnej współpracy pomiędzy świadczeniodawcami (lekarz, pielęgniarka/położna).</li> <li>4. W przypadku osób przewlekle chorych przebywających w domu – uznanie priorytetowej roli pielęgniarki poz jako osoby przekazującej informacje lekarzowi poz.</li> <li>5. Wszystkie zadania związane i wynikające z porady lekarza poz powinny być wykonywane w gabinecie zabiegowym lekarza poz.</li> </ol>



## Wyniki opieki -Efektywność

*(liczba i czas konsultacji, liczba wydawanych skierowań)*

<b>Autor</b>	<b>Obszar:</b>
<b>Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce</b>	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usankcjonować prawnie poradę telefoniczną, mailową oraz zaoczne powtarzanie recept.</li> <li>2. Ograniczyć listę specjalistów dostępnych bez skierowania do ginekologa, psychiatry i okulisty (wyłącznie w celu doboru okularów).</li> <li>3. Wprowadzić dopłaty dla pacjentów do konsultacji specjalistycznych bez skierowania oraz częściowe współfinansowanie konsultacji specjalistycznych z budżetu powierzonego przez lekarzy POZ.</li> <li>4. Usprawnić pracę zespołową poprzez wprowadzenie wspólnej listy pacjentów lekarza, pielęgniarki i położnej.</li> </ol> <p>Powiązanie częściowo wynagrodzenie z uzyskiwanymi wynikami (w odniesieniu do zestawu najważniejszych wskaźników)</p>
<b>Pani Prof. dr n. med. Anna Dobrzańska, Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii</b>	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skierowanie wydawane jednorazowo - z określonym celem - zmniejszy się liczba skierowań do szpitala i do poradni specjalistycznych. Zmniejszy się liczba hospitalizacji.</li> <li>2. Pediatra po konsultacji i wynikach badań ponownie obejmie opiekę nad dzieckiem.</li> </ol>
<b>Pani Dr n. med. Mariola Gaca</b>	<b>Obszar:</b>
	<b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jeżeli mielibyśmy oprócz ocenę efektywności działania danego lekarza lub poz-u na liczbie i czasie konsultacji , a także na ilości wydanych skierowań to tylko w przypadku jeśli każde skierowanie do specjalisty lub na badania będzie suwerenną decyzją lekarza poz-u, a nie zaleceniem poszpitalnym lub specjalisty, u którego pacjent był.</li> <li>2. Jak również w przypadku skierowań do szpitala należałoby wykluczyć jednostki chorobowe, które z założenia muszą być leczone szpitalnie np. zawał mięśnia sercowego, udar itp.</li> <li>3. W przypadku skierowań na badania należy brać pod uwagę standardy zarówno w przypadku rozpoznawania chorób, jak ich kontrolowania.</li> <li>4. Dodatkowo do rozważenia wprowadzenie kwalifikacji porad udzielanych w poz np. porada zwykła, porada recepturowa, bilans, szczepienie, porady administracyjne tzn. wystawianie</li> </ol>

	<p>zaświadczeń, wystawienie wniosku na KIZ, PCPR, do sanatorium, porada profilaktyczna, porada dotycząca chorób przewlekłych (ICD 10 I i E), oraz zabiegi np. blokada, opatrzenie rany itd. W takim przypadku ocena efektywności byłaby pełniejsza i łatwiejsza.</p>
Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	<b>Obszar:</b>
	<p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <p>6. Efektywność poz oceniana poprzez ocenę realizacji celów - ściśle określonych i zdefiniowanych przez organizatora systemu, płatnika, państwo.</p>
Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego	<b>Obszar:</b>
	<p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bezwzględnie informatyzacja za pacjentem.</li> <li>2. Dostęp dla oddziałów szpitalnych do usługi po nr PESEL gdzie pacjent ma lekarza POZ i pielęgniarkę POZ aby realizować ciągłość opieki co przedłoży się na efektywność.</li> <li>3. Zwiększony procent populacji w realizacji badań przesiewowych.</li> <li>4. Zwiększony odsetek wykrywanych raków w stadium przed nowotworowym.</li> <li>5. Monitorowanie losów pacjentów z rozpoznanymi chorobami cukrzycą, CHUK, nowotworami.</li> </ol>
	<b>Obszar:</b> Medycyna Szkolna
	<p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zwiększenie odsetka procentowego w zakresie edukacji zdrowotnej we wszystkich typach</li> </ol>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Departament Matki i Dziecka MZ</p>	<p>szkół do poziomu 95%</p> <p>2. Zwiększenie odsetka procentowego w zakresie profilaktyki fluorkowej zębów w szkołach na wsi do poziomu uzyskanego w szkołach miejskich (87%)</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych</p>	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Obniżanie kosztów opieki medycznej</b> poprzez inwestowanie w programy ochrony zdrowia..</li> <li>2. Efektywna strategia prozdrowotna polegająca na implementowaniu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. programów promocji zdrowego trybu życia,</li> <li>b. programów profilaktycznych,</li> <li>c. programów, które mają na celu ograniczanie występowania określonych chorób,</li> <li>d. wprowadzenie statystyki i sprawozdawczości zdrowotnej, która da rzetelną wiedzę o potrzebach zdrowotnych poszczególnych grupach społecznych,</li> <li>e. wdrożenie systemu/standardów wczesnego rozpoznawania schorzeń o istotnym znaczeniu społecznym, stanowiących znaczne ryzyko powodowania zgonu lub utraty sprawności oraz opracowanie skutecznych metod zapobiegania im,</li> <li>f. poprawa jakości i efektywności świadczeń zdrowotnych oraz poprawa dostępności do nich, z uwzględnieniem relacji: <b>koszty - efekty zdrowotne</b>.</li> </ol> </li> <li>3. Zniesienie poczucia ekonomicznej bariery dostępu do systemu, związane ze wzrostem liczby świadczeń uzyskiwanych odpłatnie.</li> </ol>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Kolegium Pielęgniarek i Położnych</p>	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Powyższy stan jest optymalny i powinien pozostać bez zmian. Ta górna granica liczby pacjentów pozwala na objęcie opieką wszystkich pacjentów, którzy jej potrzebują. Dodatkowo należy podkreślić, że jest to górna granica, co nie oznacza że taka liczba pacjentów musi się zgłosić, ale ważne jest to że zagwarantowana jest opieka w domu dla wszystkich potrzebujących pacjentów, bez konieczności odmowy z uwagi na maksymalną liczbę pacjentów. W sytuacji gdy pielęgniarka rodzinna będzie wykonywać swoje świadczenia tylko w domu pacjenta to nie ma w ogóle podstaw do kwestionowania jakości świadczeń z uwagi na dużą liczbę pacjentów.</li> <li>2. Zwiększenie ilości i różnorodności programów profilaktycznych i przesiewowych prowadzonych samodzielnie przez pielęgniarki rodzinne/ położne rodzinne , pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania z dodatkowym finansowaniem badań diagnostycznych.</li> </ol>
	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądaný i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wprowadzenie tele-porady pielęgniarskiej /położnej-rodzinnej (środowiskowej) jako</li> </ol>

<p style="text-align: center;"><b>Naczelną Izba Pielęgniarek i Położnych</b></p>	<p>świadczenie zdrowotnego.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Wypisywanie przez specjalistę w dziedzinie pielęgniarstwa recept na materiały opatrunkowe, pielucho majtki, wkładki anatomiczne- uregulować prawnie.</li> <li>3. Uregulowanie skierowań do specjalistów (pielęgniarka szkolna) oraz badań laboratoryjnych – dodatkowe umowy z płatnikiem – lub uregulowanie sposobu transportu i finansowania badań laboratoryjnych pobieranych w domu pacjenta ( całkowita odpowiedzialność za proces diagnostyczny winien ponosić świadczeniodawca, którego w kompetencjach jest zlecenia badań diagnostycznych.</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Pani Jolanta Skolimowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych</b></p>	<p><b>Obszar:</b></p> <p><b>Stan pożądany i działania naprawcze</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokonanie oceny pod względem merytorycznym i finansowym liczby zleceń wydawanych przez lekarza poz i lekarzy specjalistów kierowanych do wykonania przez pielęgniarkę poz</li> </ol>

