

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)

| Autor | Obszar: | |
|--|---|---|
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| Pani Prof. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska | <ol style="list-style-type: none"> 1. Obowiązująca <i>Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych</i> nie umieszcza Poradni pediatrycznej w wykazie poradni specjalistycznych. 2. Dopuszcza obecność pediatry w POZ jedynie do 2015 r. 3. Pediatra nie może kontraktować świadczeń medycznych dla dzieci. | |
| Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak obowiązującego dokumentu strategicznego opisującego docelowy model POZ. 2. Nierealistyczne i oderwane od EBM rozporządzenia (np. badania przesiewowe) Godycki-Ćwirko²⁰⁰⁹ 3. Doraźne i zmienne regulacje głównie poprzez zarządzenia prezesa NFZ (brak jednolitej wersji!) 4. Połączenie funkcji regulatora i płatnika w systemie. 5. System akredytacji placówek POZ jednak bez zachęty do wdrażania. 6. Ograniczona liczba rzetelnych wytycznych postępowania bez promocji i edukacji. 7. Brak analizy zbieranych danych i systemu ich wykorzystania przez POZ. | <p>Dostępne wzorce</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Określenie celów zdrowotnych jako klucz do polityki państwa w POZ <small>Starfield 2005</small> 2. Konieczne mechanizmy gwarantujące równomierny dostęp do POZ i przeznaczanych na nią środków <small>Macinko 2003</small> 3. Wzmocnienie POZ skutkuje lepszymi wynikami w zdrowiu i większą skutecznością prewencji <small>Starfield 2006</small> 4. Dobre prawo chroni pacjentów i lekarzy oraz podnosi jakość opieki <small>Scrivens 2007</small> 5. Formalny konsensus dot. zasad systemu POZ wzmacnia go <small>Lanier 2003</small> 6. Niepubliczne placówki medycyny rodzinnej sprawują opiekę lepszej jakości od podmiotów publicznych <small>Chlabicz 2005</small> 7. Systematycznie implementowane wytyczne EBM z silnym elementem edukacji poprawiają wyniki leczenia <small>Mc Alister 2006</small> |
| | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> | <p>Dostępne wzorce</p> |

2. Podstawowymi regulacjami prawnymi wyznaczającymi obecną konstrukcję systemu opieki zdrowotnej są dwie ustawy:
 - z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U z 2007 r.nr 14, poz. 89 ze zm.) – określająca strukturę właścicielską i formy organizacyjne podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych,
 - z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.; dalej: ustawa o ś.o.z.f.ś.p.), która reguluje zakres podmiotowy i przedmiotowy świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków pochodzących ze składek ubezpieczonych i budżetu państwa, organizację kontraktowania i wykonywania świadczeń zdrowotnych.
3. Nowelizacja ustawy o ś.o.z.f.ś.p. z czerwca 2009 r wprowadzająca koszyki świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych poprzez unormowanie, że to minister zdrowia w drodze rozporządzeń określa zakres świadczeń gwarantowanych, także w zakresie POZ
4. Wprowadzona w 2003 r. zmiana systemu najbardziej radykalnie zmieniła zasady organizacji płatnika świadczeń, wprowadzając jeden zcentralizowany Narodowy Fundusz Zdrowia, który jest państwową jednostką organizacyjną mającą osobowość prawną, składa się z centrali i oddziałów wojewódzkich. NFZ jest jednostką podległą administracji rządowej.
5. Ogólną normą w ubezpieczeniu zdrowotnym jest, że świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego, a więc takich, z którymi Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub zawarł taką umowę z ich pracodawcą
6. Minister zdrowia powinien dokonywać oceny dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, jednak planowanie potrzeb zdrowotnych i zapewnienie ich realizacji w postaci umów na świadczenia jest domeną NFZ przy niedookreślonym udziale ministra zdrowia ¹

W tak regulowanym systemie uwidaczniają się:

- 1) nadmierna polityzacja (na różnych szczeblach, także samorządowych) ochrony zdrowia (polityczna a nie merytoryczna ocena przydatności zakładu)
- 2) Nieprecyzyjny, niestabilny i niespójny system prawny, Przeregulowanie systemu,
- 3) brak docelowej i pożądanej wizji systemu
- 4) nierówność praw publicznego i niepublicznego sektora ochrony zdrowia
- 5) nierównowaga praw i obowiązków pacjentów i

| | | |
|--|--|--|
| | <p>pracowników ochrony zdrowia</p> <p>6) preferowanie (prawne, finansowe, propagandowe) publicznych zoz –ów</p> <p>7) brak opracowywania wytycznych postępowania medycznego (tzw. standaryzacji świadczeń) i wprowadzania do systemu jako obowiązujących standardów.</p> <p>8) Brak efektywnego prowadzenia systematycznych analiz i wprowadzanie do zarządzania ocen typu HTA (health technology assessment) i health impact assessment w odniesieniu do stosowanych technologii oraz leków</p> <p>9) W niewystarczającym zakresie prowadzenie systematycznych analiz korzystania ze świadczeń przez różne grupy ludności (na poziomie populacyjnym) w celu osiągnięcia możliwości prowadzenia odpowiedniej polityki równości w dostępie do świadczeń.</p> | |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego</p> | <p>Obszar:</p> | |
| | <p>Stan obecny</p> | <p>Dostępne wzorce</p> |
| | <p>Struktura POZ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Płatnik NFZ 2. Świadczeniodawca (zoz-y, grupowe lub indywidualne praktyki) 3. Świadczeniobiorca – pacjent 4. Apteki, sklepy medyczne 5. Zespół POZ <p>Regulacje prawne</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 2. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej 3. Ustawa z dnia 05 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej 4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej 5. Rozporządzenie z dnia 20 października 2005 w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej poz 6. Zarządzenie 74/2010 zmienione na 87/2010 Prezesa NFZ 7. Konstytucja RP <p>Zapisy w Zarządzeniu Prezesa NFZ są niespójne, nie gwarantują pielęgniarkom zachowania właściwej konkurencji przy podpisywaniu kontraktów z NFZ, przyczyniają się do ograniczenia samodzielności zawodowej pielęgniarek, pozbawiają podopiecznych świadczeń z zakresu pielęgniarstwa w miejscu zamieszkania (nie ma rozpoznania środowisk), płatnik decyduje gdzie i komu należą się świadczenia gwarantowane, zapisy degradują rolę pielęgniarstwa</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 2000 rok – Deklaracja Monachijska 2. Teorie pielęgnowania – teoria Doroty Orem 3. Podejście strukturalno – funkcjonalne rodziny 4. Podejście holistyczne opieki pielęgniarki rodzinnej 5. Pojedynczy członek rodziny jest klientem i przyczyną dla której obejmuje się opieką całą rodzinę (ostre zachorowania, opieka nad noworodkiem, rekonwalescent po pobycie w szpitalu) 6. Rodzina jest przyczyną rozpoczęcia opieki i odbiorcą tej opieki (niedołęstwo społeczne, niesamodzielność opieki, interwencje pielęgniarstwa, wczesne wykrycie i reakcja, zapobieganie chorobom, kontrola ryzyka i promocja zdrowia, realizacja programów edukacyjnych) |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| | rodzinnego do roli podwykonawcy, eliminowanie samodzielnych podmiotów gospodarczych prowadzonych przez pielęgniarki rodzinne. Ogromne potrzeby populacji, zbyt mało uwagi poświęca się na zagadnienia zapobiegania i promocji zdrowia, brak jasnego rozróżnienia między opieką a leczeniem oraz wyraźnego ich zróżnicowania w opiece pielęgniarskiej, niechęć innych pracowników i decydentów (płatnika) do uznania prawa pielęgniarek do podejmowania nowych zadań i form pracy, niejasne pojęcia POZ i opieki środowiskowej. | |
| Departament Matki i Dziecka MZ | Obszar: POZ Pielęgniarka szkolna | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Obowiązujące przepisy prawa w sposób wyczerpujący określają organizację opieki zdrowotnej i zakres udzielanych świadczeń, 2. Prowadzona sprawozdawczość obejmuje statystykę udzielonych świadczeń przez pielęgniarkę bez możliwości weryfikacji rzeczywistej ich realizacji, 3. Brak narzędzi umożliwiających ocenę jakości realizacji świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami oraz ewaluacji działań, 4. Brak powiązania systemu finansowania świadczeń z odpowiednio wysokim poziomem ich jakości. | „Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej |
| Departament Matki i Dziecka MZ | Obszar: Stomatologia | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | Rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego bez podziału na podstawową i specjalistyczną opiekę. Leczenie stomatologiczne stanowi odrębną grupę świadczeń zdrowotnych. | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak obowiązującego dokumentu strategicznego opisującego docelowy model POZ. 2. Brak klarownej wizji rozwoju. 3. Brak wskaźników jakości. | |

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia</p> | | |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych</p> | <p>Stan obecny</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Struktura POZ: <ul style="list-style-type: none"> - płatnik NFZ, - świadczeniodawca, - świadczeniobiorca, - pozostali wykonawcy usług medycznych w systemie, producenci sprzętu medycznego, opatrunkowego , farmaceutycznego ... 2. Brak dokumentu określającego potrzeby zdrowotne społeczeństwa na świadczenia udzielane w miejscu zamieszkania. 3. Brak dokumentu określającego miejsce w systemie oraz zadania zarówno zdrowotne jak i społeczne pielęgniarki poz. 4. Wiele podmiotów posiada certyfikaty jakości | <p>Dostępne wzorce</p> |
| | <p>Stan obecny</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak jednolitych regulacji prawnych określających zakres kompetencji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ich obowiązków, ale także uprawnień do wykonywania określonych procedur diagnostycznych, leczniczych, w tym możliwości samodzielnego zapisywania refundowanych leków. Brak rozróżnienia uprawnień specjalistów medycyny rodzinnej oraz specjalistów pediatrii i specjalistów internistów. 2. Regulacje w zakresie kompetencji lekarskich i organizacji pracy w POZ są w dużej mierze w kompetencjach płatnika (zarządzenia Prezesa NFZ). Organem decyzyjnym winno być Ministerstwo , a płatnik (NFZ) powinien czuwać nad odpowiednią realizacją zadań nałożonych | <p>Dostępne wzorce</p> |

przez władzę ustawodawczą i rząd. Taki rozdział zapobiegałby arbitralnym zmianom w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej przez decyzje płatnika – często w trakcie trwania kontraktu.

3. Niedoceniana rola specjalistów interny i pediatrii w systemie POZ: ich umiejętności w zakresie profilaktyki, diagnostyki i terapii są ograniczone poprzez ograniczoną listę badań diagnostycznych, a w praktyce także ograniczone możliwości terapeutyczne. Nawet ci specjaliści kierują pacjentów do poradni specjalistycznych w prostych schorzeniach przewlekłych, by mieć potwierdzenie rozpoznania choroby i możliwość zapisania refundowanych leków (przykład: spirometria nie jest na liście badań POZ, stąd nie ma możliwości rozpoznania astmy oskrzelowej, stąd w razie rozpoznania tej choroby w POZ i zapisania leków na „P” (bez konsultacji pulmonologicznej) naraża się lekarza na konieczność zwrotu kwoty refundacji w razie kontroli przez NFZ – są tego liczne przykłady).
4. Brak motywacji finansowej do poszerzania w POZ diagnostyki chorych i nie kierowania do poradni specjalistycznych. Przy finansowaniu prawie wyłącznie „kapitacyjnym” lekarze POZ nie mają bodźca do przejścia diagnostyki w szerszym zakresie, - wręcz przeciwnie, mają motywację do przerzucenia kosztów diagnostyki na poradnie specjalistyczne, lub jeszcze gorzej – na diagnostykę szpitalną (hospitalizacja jest szybciej dostępna z powodu kolejek do poradni specjalistycznych). Skutkuje to także ubóstwem zaplecza diagnostycznego (spirometria, USG, Holter EKG, Holter ciśnienia tętniczego, bieżnia ruchoma do prób obciążeniowych etc) – brak możliwości starania się o finansowanie przez płatnika powyższych badań w ramach POZ.
5. Niedobór lekarzy w POZ – wynik ograniczonych możliwości realizowania się w zawodzie – poprzez bariery organizacyjno – finansowe. W chwili obecnej można zauważyć lukę pokoleniową wśród lekarzy pracujących w POZ – brak napływu młodych lekarzy (szczególnie na terenach wiejskich). Skutkuje to przeciążeniem pracą lekarzy zatrudnionych w POZ, a przez to nacisk głównie na medycynę naprawczą (najpilniejsze w danym momencie) a zaniedbywanie profilaktyki i badań skriningowych.
6. Brak stworzonych algorytmów dla lekarzy POZ – na wzór algorytmów diagnostycznych i leczniczych dla lekarzy specjalistów. Skutkuje to z jednej strony możliwością zaniedbań diagnostyczno-terapeutycznych, z drugiej strony nie ma ochrony prawnej dla lekarza w sytuacjach niepowodzeń terapeutycznych i powikłań terapii.
7. Brak systemów motywacji podnoszenia jakości. Stawka kapitacyjna w wysokości niezależnej od stopnia wykształcenia lekarzy (rodzaju i stopnia specjalizacji), od posiadanych certyfikatów i

| | | |
|--|--|--|
| | <p>akredytacji przez zakłady opieki zdrowotnej. O ile w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej posiadanie certyfikatu jakości zwiększa szansę na kontrakt , lub wyższą jego wartość, to w POZ nie ma takiego przełożenia.</p> <p>8. Brak równości dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych najbardziej widoczny jest w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Bariery są tutaj kolejki do poradni. Ponieważ w chwili obecnej nie ma kolejek do POZ można założyć, iż finansując możliwe do zrealizowania w POZ badania diagnostyczne i procedury terapeutyczne dostęp do tych świadczeń stałby się równy. Warunkiem jest stworzenie możliwości organizacyjnych i finansowania takich świadczeń w POZ.</p> | |
|--|--|--|

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)

| Autor | Obszar: | |
|--|---|--|
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| Kolegium Lekarzy Rodzinnych | <ol style="list-style-type: none"> 1. Niskie nakłady na ochronę zdrowia ogółem. 2. Głównie kapitałowy system finansowania bez zachęty do racjonalizacji działań. 3. Brak rzetelnej analizy kosztów funkcjonowania praktyki. <small>Godycki-Ćwirko 2009</small> 4. Brak sprawiedliwych rozwiązań dot. finansowania struktury. 5. Częściowa (regionalna) prywatyzacja ze znaczącym udziałem etatowych pracowników. 6. POZ jako mechanizm napędowy zysku w specjalistycznej ambulatoryjnej i szpitalach. | <ol style="list-style-type: none"> 1. „Pay for performance” wiąże się ze wzrostem jakości świadczeń <small>Pink 2006</small> 2. „Pay for performance” w POZ wpływa na poprawę wyników opieki <small>Doran 2006</small> 3. Praca na własny rachunek wiąże się z lepszą dostępnością, jakością i wynikami w tym umieralnością <small>Aakvik 2006</small> 4. Kapitał silniej niż pensja wpływa na jakość i dostępność POZ <small>Kuusela 2004</small> 5. Kapitał wywiera większą presję na lekarza niż fee for service <small>Shen 2004</small> Wynagrodzenie zależne od wyników opieki zmniejsza nierówności w zdrowiu <small>Doran 2008</small> 6. Gate-keeping zawsze ogranicza koszty oraz zbędne świadczenia <small>Levaggi 2007</small> |
| Prof. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska | Obszar: Pediatria | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lekarze POZ są wynagradzani za potencjalną pracę a nie za faktycznie wykonaną. 2. Lekarze POZ nie realizują podstawowych obowiązków wynikających ze sposobu finansowania - profilaktyki. 3. Dzieci nie mają dostępu do opieki medycznej w nocy, w dni wolne od pracy pomimo jej finansowania. 4. Zbyt niskie finansowanie świadczeń dla dzieci, generalnie. | |
| Dr n. med. Mariola Gaca | Obszar: | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Finansowanie opieki POZ wg stawki kawataryjnej. 2. Zwiększona stawka za pacjentów z chorobami przewlekłymi z zakresu chorób układu krążenia i cukrzycy. 3. Finansowanie wynagrodzeń lekarza w formie kontraktowej ok. 50 zł/godzinę. Takie wynagrodzenie skutkuje tym, że lekarze płacą | |

| | <p>najniższą stawkę ZUS (konsekwencje w postaci przyszłej niskiej emerytury).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Brak chętnych do pracy w POZ (zbyt niski poziom wynagrodzeń). 5. Zmniejszenie ilości chętnych do specjalizacji z medycyny rodzinnej (zbyt niski poziom wynagrodzeń). 6. Zbyt duża populacja pacjentów przypadających na jednego lekarza – 2750. Taka sytuacja uniemożliwia rzetelne wykonywanie zawodu lekarza i stanowi zagrożenie zdrowia i życia pacjentów załatwianych przez nadmiernie obciążonego pracą lekarza. Lekarz mający pod sobą taką populację przyjmuje śr. ok. 60-80 pacjentów na dzień. | | | | |
|---|---|-------------|-----------------|---|--|
| Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” | Obszar: | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Stan obecny</th> <th>Dostępne wzorce</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1. Niski poziom nakładów na ochronę zdrowia. 2. Niski udział nakładów na poz w strukturze wydatków NFZ (nieprawidłowa struktura). 3. Niemotywacyjny system finansowania poz (kapitacja) 4. Brak stabilizacji (możliwości planowania w dłuższej perspektywie) finansowej poz 5. brak regulatorów finansowych zachowań prozdrowotnych (pacjentów) 6. mała atrakcyjność finansowa dla personelu (szczególnie średniego) 7. zwolnienie z podatku VAT (uznanie za odbiorcę końcowego) 8. Centralizacja środków oraz zarządzania nimi Dotyczy ona rozdzwiewu między osiągnięciem znacznej autonomii placówek opieki zdrowotnej (samodzielność lub prywatna własność), a “naturą” centralnego zarządzania, w której mieści się arbitralność i niechęć a także trudność negocjacji z rozproszonymi podmiotami. </td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Stan obecny | Dostępne wzorce | <ol style="list-style-type: none"> 1. Niski poziom nakładów na ochronę zdrowia. 2. Niski udział nakładów na poz w strukturze wydatków NFZ (nieprawidłowa struktura). 3. Niemotywacyjny system finansowania poz (kapitacja) 4. Brak stabilizacji (możliwości planowania w dłuższej perspektywie) finansowej poz 5. brak regulatorów finansowych zachowań prozdrowotnych (pacjentów) 6. mała atrakcyjność finansowa dla personelu (szczególnie średniego) 7. zwolnienie z podatku VAT (uznanie za odbiorcę końcowego) 8. Centralizacja środków oraz zarządzania nimi Dotyczy ona rozdzwiewu między osiągnięciem znacznej autonomii placówek opieki zdrowotnej (samodzielność lub prywatna własność), a “naturą” centralnego zarządzania, w której mieści się arbitralność i niechęć a także trudność negocjacji z rozproszonymi podmiotami. | |
| Stan obecny | Dostępne wzorce | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Niski poziom nakładów na ochronę zdrowia. 2. Niski udział nakładów na poz w strukturze wydatków NFZ (nieprawidłowa struktura). 3. Niemotywacyjny system finansowania poz (kapitacja) 4. Brak stabilizacji (możliwości planowania w dłuższej perspektywie) finansowej poz 5. brak regulatorów finansowych zachowań prozdrowotnych (pacjentów) 6. mała atrakcyjność finansowa dla personelu (szczególnie średniego) 7. zwolnienie z podatku VAT (uznanie za odbiorcę końcowego) 8. Centralizacja środków oraz zarządzania nimi Dotyczy ona rozdzwiewu między osiągnięciem znacznej autonomii placówek opieki zdrowotnej (samodzielność lub prywatna własność), a “naturą” centralnego zarządzania, w której mieści się arbitralność i niechęć a także trudność negocjacji z rozproszonymi podmiotami. | | | | | |
| Departament Matki i Dziecka MZ | Obszar: POZ pielęgniarka szkolna | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Stan obecny</th> <th>Dostępne wzorce</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dostępność do świadczeń pielęgniarki szkolnej <ol style="list-style-type: none"> a. szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku – 880 – 1100 b. szkoły specjalne dla dzieci i młodzieży 150– 80–30 2. Finansowanie świadczeń – stawka kapitulacyjna na podstawie listy uczniów (co miesiąc). </td> <td> <p>Liczba uczniów na jedną pielęgniarkę/higienistkę (Zakład Medycyny Szkolnej IMiDz):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku – 800 +/- 10 % b. szkoły specjalne dla dzieci i młodzieży 150 – 80 – 30 </td> </tr> </tbody> </table> | Stan obecny | Dostępne wzorce | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dostępność do świadczeń pielęgniarki szkolnej <ol style="list-style-type: none"> a. szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku – 880 – 1100 b. szkoły specjalne dla dzieci i młodzieży 150– 80–30 2. Finansowanie świadczeń – stawka kapitulacyjna na podstawie listy uczniów (co miesiąc). | <p>Liczba uczniów na jedną pielęgniarkę/higienistkę (Zakład Medycyny Szkolnej IMiDz):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku – 800 +/- 10 % b. szkoły specjalne dla dzieci i młodzieży 150 – 80 – 30 |
| Stan obecny | Dostępne wzorce | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Dostępność do świadczeń pielęgniarki szkolnej <ol style="list-style-type: none"> a. szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku – 880 – 1100 b. szkoły specjalne dla dzieci i młodzieży 150– 80–30 2. Finansowanie świadczeń – stawka kapitulacyjna na podstawie listy uczniów (co miesiąc). | <p>Liczba uczniów na jedną pielęgniarkę/higienistkę (Zakład Medycyny Szkolnej IMiDz):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku – 800 +/- 10 % b. szkoły specjalne dla dzieci i młodzieży 150 – 80 – 30 | | | | |

| | | |
|--|---|------------------------|
| Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Ochrony Zdrowia | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kapitacyjny system finansowania POZ 2. Brak analiz kosztów funkcjonowania POZ | |
| Naczelną Izba Pielęgniarek i Położnych | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kapitacyjny system finansowania POZ, najniższe nakłady na świadczenia udzielane przez pielęgniarkę „szkolną” 2. Brak analiz kosztów funkcjonowania POZ 3. Brak uregulowań odpłatności za obsadę egzaminów kompetencji klas VI szkół podstawowych, klas III gimnazjów, egzaminów maturalnych. 4. W placówkach szkolnych III B i III C dochodzi do absurdu zatrudnienia równocześnie 3 kilku pielęgniarek (wynika to z rozporządzenia) 5. Przerzucanie kosztów utrzymania kosztów gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej na świadczeniodawców – bark uwzględnienia tych kosztów przez płatnika w stawce kapitacyjnej. | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Poziom nakładów na POZ jest nieproporcjonalnie niski w stosunku do nakładów na Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną i Opiekę Szpitalną. Płace w POZ są skutkiem tego zbyt niskie, by ściągnąć tu do pracy lepiej wykształconych, ambitnych lekarzy, także personel średni. Jest to także powodem (współ z małymi możliwościami diagnostyczno – terapeutycznymi) coraz rzadszego wybierania pracy w POZ jako swojej drogi zawodowej przez młodych lekarzy. | |

| | | |
|--|--|--|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pan Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych</p> | <ol style="list-style-type: none"> 2. Finansowanie wyłącznie przez stawkę kapitacyjną nie jest motywujące do podejmowania trudu diagnostyczno – terapeutycznego przez lekarzy w POZ. Przeciążenie ilością wizyt lekarze POZ wybierają często wypisanie skierowania dla chorego do Poradni Specjalistycznej lub do Szpitala celem diagnostyki i leczenia zamiast prowadzić je samemu. Pozwala im to zmniejszyć koszty i przetrzymać wysiłek na innych lekarzy. Jest to jednak najdroższy sposób leczenia dla płatnika. Generowane w ten sposób kolejki są powodem niezadowolenia społeczeństwa z istniejącego systemu opieki zdrowotnej. 3. Istniejący system finansowania POZ nie motywuje właścicieli zakładów opieki zdrowotnej do wyposażania swoich zakładów w sprzęt diagnostyczny, gdyż nie ma możliwości finansowania tych badań przez płatnika w ramach POZ (np. spirometria, Holter EKG, Holter ciśnieniowy, echokardiografia, przepływy naczyniowe, badania ultrasonograficzne inne niż jamy brzusznej i In.) 4. Nie ma możliwości wykorzystania potencjału intelektualnego posiadanego personelu (pracującego w ramach POZ – np. specjalistów interny lub pediatrii) nawet w sytuacji, gdy ten personel (zwłaszcza lekarski) byłby kompetentny wykonać wiele procedur specjalistycznych, gdyż w stanie obecnym brak jest możliwości pozyskania za te procedury środków finansowych od płatnika. 5. Wymóg NFZ zawierania umowy o pracę jako formy zatrudnienia z lekarzami zatrudnionymi w POZ posiadającymi listy pacjentów jako formy zatrudnienia. W sytuacji gdyby miało miejsce finansowanie mieszane (stawka kapitacyjna plus fee for service) wskazane byłoby umożliwienie umów kontraktowych. | |
|--|--|--|

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: Pediatria | |
|---------------------------------------|---|------------------------|
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| Prof. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lekarz rodzinny ma zbyt krótki okres szkolenia w dziedzinie pediatrii i nie jest kompetentny do opieki nad populacją wieku rozwojowego. 2. Zbyt mała liczba lekarzy w POZ. 3. Pediatrzy obecni w POZ są najczęściej po egzaminie pierwszego stopnia i są w wieku przed i emerytalnym. <p><u>Definicja:</u> Pediatria to specjalność medyczna zajmująca się zdrowiem i chorobą człowieka, będącego w wieku rozwojowym.</p> | |
| Dr n. med. Mariola Gaca | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <p><u>ZAWODY I SPECJALNOŚCI MEDYCZNE:</u></p> <p>Właściwie każdy może pracować w poz:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) lekarz rodzinny, b) lekarz ogólny, c) pediatra z I i II stopniem specjalizacji, d) lekarz chorób wewnętrznych z I i II stopniem specjalizacji, e) lekarz bez specjalizacji lub innej specjalności pracujący w poz powyżej 5 lat. <p>PIŁĘGNIARKA POZ NAJCZĘŚCIEJ PO KURSACH ŚRODOWISKOWO-RODZINNYCH.</p> | |
| Dr n. med. Mariola Gaca | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <p><u>ZAKRES KOMPETENCJI</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zbyt duże obciążenie lekarza dodatkowymi obowiązkami powoduje, iż lekarz ogranicza czas na leczenie pacjentka i na profilaktykę, 2. Zbyt ograniczone możliwości diagnostyczne powodują wysyłanie pacjenta do specjalisty, gdzie zajmuje on kolejkę po to tylko, by otrzymać skierowanie na badania, tym samym generuje koszty i wydłuża czas przyjęcia do | |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| | specjalisty, a w skrajnych przypadkach zbyt długiego oczekiwania do specjalisty pacjent zostaje wysyłany na oddział celem diagnostyki, którą można przeprowadzić w warunkach ambulatoryjnych, co jeszcze bardziej generuje koszty. | |
| Dr n. med. Mariola Gaca | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <p><u>STAN I PLANOWANIE KADR</u></p> <p>wyda się, iż lekarzy w systemie poz jest wystarczająca liczba w przeliczeniu 2750 pacjentów na jednego lekarza, jednakże konieczna byłaby dokładna analiza przeprowadzona przez NFZ jakich specjalności są to lekarze i co najważniejsze w jakiej strukturze wiekowej.</p> | |
| Dr n. med. Mariola Gaca | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <p><u>KSZTAŁCENIE PRZED I PODYPLOMOWE</u></p> <p>LEKARZE: być może zbyt małe doświadczenie szpitalne powoduje nadmierne odsyłanie pacjentów do szpitali.</p> <p>PIELEGNIAKKA POZ: zbyt długi okres specjalizacji powoduje, iż wiele pielęgniarek woli odbywać kursy.</p> <p><u>USTAWICZNY ROZWÓJ ZAWODOWY</u></p> <p>LEKARZE: Mają obowiązek w ciągu 4 lat wziąć udział w szkoleniach, aby uzyskać 200 punktów.</p> <p>PIELEGNIAKKI nie mają takiego obowiązku.</p> | |
| Dr n. med. Mariola Gaca | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <p><u>ROZWÓJ NAUKOWY I AKADEMICKI</u> - brak współpracy z poz</p> <p><u>STOWARZYSZENIA I ORGANIZACJE</u> - organizacja zjazdów i szkoleń</p> | |
| Kolegium Lekarzy Rodzinnych | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tylko 1/3 lekarzy POZ to lekarze rodzinni. 40% stanowią interniści a 25% pediatrzy. 2. Wśród lekarzy rodzinnych połowa ma specjalizację z interny lub pediatrii. 3. Brak zachęt do podejmowania specjalizacji z medycyny rodzinnej. 4. Mało miejsc specjalizacyjnych (rezydentur) w medycynie rodzinnej. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wzrost liczby lekarzy rodzinnych wiąże się z poprawą efektywności systemu, a wzrost liczby specjalistów ze wzrostem kosztów i gorszą jakością opieki. <small>Starfield 2005 Godycki-Ćwirko 2010</small> 2. Wiedza i kompetencje lekarzy rodzinnych w leczeniu chorób przewlekłych nie odbiegają od |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>internistów w POZ ^{Windak 2007,2009,2010}</p> <p>3. Wzrost liczby pielęgniarek w POZ wiąże się ze wzrostem zakresu świadczeń. ^{Halcomb 2005}</p> <p>4. Różnorodność lekarzy w POZ obniża ciągłość opieki. ^{Peckham 2006}</p> |
| Federacja związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Utrata atrakcyjności zawodowej i finansowej pracy w poz 2. Niski prestiż lekarza rodzinnego w środowisku medycznym i wśród pacjentów 3. Nadmierne obciążenie (fizyczne i psychiczne) pracą 4. Ograniczanie faktyczne (czas i ilość wizyt) kompetencji lekarza rodzinnego 5. Brak odpowiedniej ilości wyszkolonych kadr 6. Odchodzenie lekarzy rodzinnych do innych działów ochrony zdrowia (zmiana specjalizacji) 7. Próby wprowadzania do poz lekarzy innych specjalności 8. Znaczne utrudnienie (w porównaniu z innymi działami medycyny) podnoszenia kwalifikacji zawodowych | |
| | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – ze specjalizacją w dziedzinie: piel. rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo –rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa : rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub w trakcie kursu.(1) 2. Kompetencje zgodne z rozp. Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 – zakres zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. 3. Stan kadr odpowiada zapisom Zarządzeń Prezesa NFZ – populacja nie więcej jak 2750 | <p>Jak obok - w obszarze stan obecny</p> <p>Literatura:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prof. Zofia Kawczyńska – Butrym „Rodzina – Zdrowie-Choroba. Koncepcja i praktyka pielęgniarstwa Rodzinnego” 2. Dorota Kiliańska – „Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej” 3. Klasyfikacja procedur pielęgniarstkich i ich zastosowanie do polskiego systemu ochrony zdrowia – projekt opracowany na zamówienie Ministerstwa Zdrowia – ICNP – Międzynarodowa Klasyfikacja |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego</p> | <p>świadczeniobiorców na jedną piel POZ</p> <p>4. Kształcenie zgodne z ustawą z dnia 05 lipca 1996 o zawodach pielęgniarki i położnej oraz zgodne z rozp. Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych</p> <p>5. Organizacje: PTP, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodziny w Polsce, Samorząd Zawodowy</p> | <p>dla praktyki pielęgniarstwa – praca zespołowa</p> |
| <p>Departament Matki i Dziecka MZ</p> | <p>Obszar: POZ Pielęgniarka szkolna</p> | |
| | <p>Stan obecny</p> | <p>Dostępne wzorce</p> |
| | <p>Świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowana jest przez:</p> <p>1. Pielęgniarkę, która:</p> <p>a. ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania,</p> <p>b. ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania,</p> <p>c. odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania,</p> <p>d. odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania,</p> <p>e. posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej 3-letni staż pracy w poz;</p> <p>2. higienistkę szkolną;</p> <p>3. położną, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania oraz posiada co najmniej 5-letni staż pracy w środowisku nauczania i wychowania.</p> | |
| | <p>Obszar: stomatologia</p> | |
| | <p>Stan obecny</p> | <p>Dostępne wzorce</p> |
| | <p>Brak powiązania pracy lekarza dentystry z pracą lekarza poz.</p> | |

| | | |
|--|---|------------------------|
| Departament Matki i Dziecka MZ | | |
| Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak lekarzy ze specjalizacją z medycyny rodzinnej. 2. Zbyt szeroka definicja lekarza POZ. 3. Zbyt mała liczba lekarzy w POZ. 4. Problemy z interpretacją zakresu współpracy lekarza POZ i pielęgniarki POZ (w tym ich kompetencje) | |
| Naczelną Izba Pielęgniarek i Położnych | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lekarz poz 2. Pielęgniarka poz <ul style="list-style-type: none"> ▪ aktualnie wykonuje świadczenia w ambulatorium oraz domu pacjenta, ▪ posiadane szkolenia: specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny zgodnie z art. 5 pkt. 25 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, kurs szczepień, ▪ liczba pacjentów na jedną pielęgniarkę- max. 2750 3. Położna poz <ul style="list-style-type: none"> ▪ udziela świadczeń w miejscu zamieszkania ubezpieczonego ▪ liczba pacjentek wynosi 6600 | |

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| | <p>4. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny zgodnie z art. 5 pkt. 25 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ▪ liczba uczniów 800-1100. <p>5. Odchodzenie z medycyny „szkolnej” do innych miejsc pracy, brak zainteresowania młodych pielęgniarek pracą w medycynie szkolnej</p> | |
| <p>Pan Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych</p> | <p>Stan obecny</p> <p>6. Permanentny niedobór dobrze wyszkolonej i kompetentnej kadry lekarskiej w POZ. Stan w którym lekarz rodzinny mający tylko podstawową wiedzę z zakresu wielu dziedzin medycyny kieruje pacjenta do specjalistów z każdym nawet niezbyt skomplikowanym problemem nie sprawdza się. Generowane w ten sposób kolejki do Poradni Specjalistycznych uniemożliwiają często sprawną diagnostykę i leczenie większości chorych. Dużą część tych pacjentów można leczyć w POZ pod warunkiem zatrudnienia tam specjalistów interny i pediatrii dając im do ręki narzędzia diagnostyczne i terapeutyczne, pod warunkiem ich odpowiedniego finansowania (zapłata za procedurę? JPG?).</p> <p>7. Istnieją wątpliwości czy każdy specjalista interny i pediatrii jest lekarzem POZ i czy tym samym jest uprawniony do zbierania list swoich pacjentów. Lekarz, który nie posiada zebranych deklaracji pacjentów nie może być finansowany przez NFZ w ramach POZ.</p> <p>8. Pracujący w POZ specjaliści pediatrii lub interny często nie czują się kompetentni spotykając się z problemami medycznymi dotyczącymi innych specjalności niż własna. Nie mają w chwili obecnej możliwości dokończenia się z szeroko pojętej medycyny rodzinnej, innej niż podjęcie tej specjalizacji. Brak odpowiednio przygotowanych kursów i szkoleń w tym zakresie.</p> <p>9. Z powodu braku kadry lekarskiej limity ilościowe pacjentów przynależnych do lekarza są zbyt wysokie. Pacjenci z tego powodu przyjmowani są w pośpiechu, jakość świadczeń jest niezadowolająca a ich zakres bardzo ograniczony.</p> <p>10. Lekarze POZ i Poradni Specjalistycznych są niepotrzebnie obciążeni „przygotowaniem” pacjenta do komisji orzeczniczej (ZUS, KRUS, Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności). Obciążenie to jest zarówno w wymiarze poświęconego czasu jak i środków finansowych płatnika.</p> <p>11. Przeciążenie lekarzy POZ pracą, którą powinien wykonywać personel średni (np. poradnictwo dietetyczne, część informacji o szczepieniach ochronnych, kwalifikowanie do szczepień dzieci powyżej 6 roku życia i dorosłych, wypisywanie wniosków na środki pomocnicze)</p> <p>12. Brak centralnego systemu informatycznego zbierającego dane medyczne o pacjencie,</p> | <p>Dostępne wzorce</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>wykonanych badaniach diagnostycznych, wykonanych zabiegach i zleconym leczeniu powoduje często dublowanie kosztownych procedur diagnostycznych czy konsultacji specjalistycznych a także przepisywanych leków. Chory często nie posiada dokumentu potwierdzającego jego ubezpieczenie. Nie posiada także nośnika elektronicznego, na którym mogłyby być zapisane wszystkie (lub tylko najważniejsze) dane o jego leczeniu.</p> | |
|--|---|--|

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)

| Autor | Obszar: Dostępność | |
|--------------------------------------|---|---|
| Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. W niektórych regionach (Warszawa) oczekiwanie na konsultację w POZ może wynosić nawet kilka dni 2. W placówkach publicznych jest gorsza dostępność niż w niepublicznych 3. W niektórych regionach wiejskich lekarz sprawuje opiekę nad populacją > 3 tys., a w wielkich miastach ok. 1 tys. 4. Brak usankcjonowanej prawnie możliwości konsultacji telefonicznej 5. Konieczność wizyty w celu powtórzenia recept na stale zażywane leki utrudnia dostęp osobom rzeczywiście potrzebującym konsultacji (Inf. MOW NFZ z 4 marca 2011) 6. 50 godzinny tydzień pracy bez względu na wielkość listy pacjentów | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dobra dostępność i dłuższy czas konsultacji w POZ ma wpływ na stan zdrowia populacji <small>Sans-Corrales 2006</small> 2. Większa dostępność do świadczeń POZ ma wpływ na zmniejszenie umieralności ogólnej, sercowo-naczyniowej i nowotworowej <small>Lee 2007</small> 3. Zwiększenie o 15-20% liczby lekarzy POZ zmniejsza śmiertelność ogólną o ok. 6% <small>Starfield 2005</small> 4. Zwiększenie liczby lekarzy rodzinnych obniża koszty opieki, zwiększenie liczby specjalistów ma efekt odwrotny <small>Starfield 2005</small> 5. Pacjenci akceptują dzień oczekiwania na konsultację i do 10 minut w poczekalni <small>Bower 2003</small> 6. Rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i wprowadzenie konsultacji telefonicznych poprawia dostępność <small>Chapman 2005</small> 7. Dłuższy czas konsultacji (pow. 9 min.) wpływa na lepszą promocję zdrowia, prewencję chorób, racjonalne korzystanie z badań i przepisywanie leków (optymalnie 10 min.) <small>Willson 2002</small> |
| Pani d n. med. Mariola Gaca | Obszar: | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Na jednego lekarza poz przypada 2750 pacjentów, podobnie pielęgniarka poz to oznacza ,iż na 100 000 populacji jest 36 lekarzy i 36 pielęgniarek – to stanowczo za mało ,powoduje to utrudnienie dostępności do lekarza poz , zbytnie przeciążenie powoduje, iż i lekarz i pielęgniarka skupiają się na „załatwianiu' doraźnych potrzeb i nie starcza czasu na profilaktykę 2. nie ma ustalonego czasu na przyjęcie pacjenta , ani ograniczonej liczby przyjmowanych pacjentów, nikogo nie dziwią kolejki miesięczne do specjalisty , za to lekarz rodzinny musi przyjąć pacjenta natychmiast. | <p style="text-align: center;">Dostępne wzorce</p> |
| | Obszar: | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Zbyt duża ilość pacjentów pod opieką personelu poz 2. Brak prawnej możliwości porad telefonicznych 3. Duża ilość porad „recepturowych” | <p style="text-align: center;">Dostępne wzorce</p> |

| | | |
|---|--|------------------------|
| Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” | 4. Nierównomierność geograficzna rozmieszczenia kadr | |
| Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <p>3. Regulacje prawne warunkujące pracę pielęgniarki realne w obszarze miejskim. Brak regulacji co do odrębności i zróżnicowania terenu – góry, lasy, wieś, odległość w km.</p> <p>4. Brak realizacji świadczeń pielęgniarki rodzinnej w domu chorego – obecnie w przypadkach uzasadnionych medycznie</p> <p>5. Brak realizacji świadczeń edukacyjno – promocyjnych w gabinecie pielęgniarki, gdyż obecnie realizują pielęgniarki w gabinetach pielęgniarki poz tylko świadczenia wynikające ze zleceń lekarskich – lekarza poz i specjalistów</p> <p>6. Mieszkańcy wsi niesamodzielnymi, niepełnosprawni nie korzystają z opieki w zakładach pielęgnacyjno –opiekuńczych, gdyż należy uiszczać opłatę w wysokości 70% emerytury lub renty, zatem ciężar obowiązków spoczywa na pielęgniarkach rodzinnych</p> | |
| | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | 1. Opis procedur i ich finansowanie są niedostateczne, co uniemożliwia kontrolę | |

| | | |
|--|--|--|
| Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych | <p>jakości udzielanych świadczeń.</p> <p>2. Brak standardów dotyczących dostępu do świadczeń i usług.</p> | |
| | Obszar: | |
| Departament Matki i Dziecka MZ | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dostępność do świadczeń pielęgniarki szkolnej - wskaźnik 880 – 1100 uczniów. Przypadek szczególny - szkoły specjalne, w których wskaźnik warunkowany jest stopniem niepełnosprawności uczniów i wynosi odpowiednio - 150 – 80 – 30. 2. Podstawą kwalifikacji ucznia do typu niepełnosprawności dla płatnika jest orzeczenie o niepełnosprawności dla celów zabezpieczenia społecznego. Istnieją przypadki, gdy dziecko – pomimo niepełnosprawności czy choroby przewlekłej – nie posiada orzeczenia. 3. Finansowanie świadczeń – stawka kapitacyjna na podstawie listy uczniów (co miesiąc). 4. Zadania określone przepisami rozporządzenia w odniesieniu do ucznia przewlekle chorego lub niepełnosprawnego często nie są przez pielęgniarkę realizowane. | <p>Standard IMiDz: liczba uczniów na jedną pielęgniarkę/ higienistkę: 800 +/- 10 %.</p> <p>W odniesieniu do szkół specjalnych standard określa dostępność jako 150 – 80 – 30 uczniów</p> |
| | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak systemu motywacyjnego (płacenia za jakość udzielanych świadczeń), 2. Zasady dostępu określone ale dostęp do świadczeń jest ograniczony (czas oczekiwania) 3. Liczba przypisanych pacjentów ? 4. Brak dookreślenia stosowania standardów postępowania medycznego 5. Rodzaje świadczeń wraz z warunkami realizacji są określone - ale czy są wystarczająco dookreślone, i czy może | | |

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia</p> | <p>należy je rozszerzyć ?</p> | |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Naczelną Izba Pielęgniarek i Położnych</p> | <p>Obszar:</p> | |
| | <p>Stan obecny</p> | <p>Dostępne wzorce</p> |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pielęgniarka poz – max. liczba pacjentów 2750 2. Położna poz-6600 liczba pacjentek 3. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania 880-1100 liczba uczniów | |
| | <p>Stan obecny</p> | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ograniczona dostępność do świadczeń o odpowiedniej jakości. Przyczyną jest realny niedobór personelu lekarskiego o odpowiednio wysokich kwalifikacjach w POZ (brak napływu nowej kadry młodych internistów i pediatrów, także specjalistów medycyny rodzinnej). Nadal duża część lekarzy w POZ to lekarze w starszym wieku, nie nadążający za postępem wiedzy medycznej, nastawieni na postępowanie doraźne. 2. Obecne są sztuczne limity ilości pacjentów zapisanych do jednego lekarza (2750). Przy braku odpowiednio wykwalifikowanych kadr lekarskich do pracy w POZ tworzenie takich limitów jest fikcyjne i jest powodem zatrudniania emerytów lub lekarzy o wątpliwych | <p>Dostępne wzorce</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Pan Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych</p> | <p>kwalifikacjach ale posiadających uprawnienia „lekarza poz”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Brak jest (górných) limitów ilości przyjmowanych dziennie chorych, limitu (dolnego) czasu trwania jednej wizyty, zasad ustalania terminu wizyty (dopuszczalnego czasu oczekiwania na wizytę w POZ). Obniża to dostępność do świadczeń lekarskich na odpowiednim poziomie. 4. Przy ograniczeniu dostępności do lekarzy POZ jeszcze bardziej zauważalne jest utrudnienie dostępności do świadczeń profilaktycznych, które są zawsze przesuwane w bliżej nieokreśloną przyszłość przez potrzebę wykonania pilnych świadczeń medycyny naprawczej. 5. Zbyt małe uprawnienia personelu średniego (dublowanie wykonywania części zakresów świadczeń np. badań bilansowych zarówno przez pielęgniarkę jak lekarza). Zbyt duża ilość badań bilansowych w poszczególnych grupach wiekowych dzieci i młodzieży z niewielkim (i nie udokumentowanym) efekcie zdrowotnym w kontekście EBM. Zdecydowana większość problemów zdrowotnych nie jest rozpoznawana w trakcie badań bilansowych, ale już wcześniej. 6. Ograniczenie dostępności do Poradni Specjalistycznych i oddziałów szpitalnych przez wykonywanie zbędnych konsultacji i diagnostyki dla celów orzecznich (orzekanie o niepełnosprawności, orzekanie o niezdolności do pracy). Diagnostyka ta jest i tak wykonywana po raz wtóry np. przez ZUS czy KRUS celem weryfikacji rzetelności tej pierwszej. | |
|--|--|--|

Proces zapewniania opieki w POZ - Ciągłość

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

| Autor | Obszar: Ciągłość | |
|---|--|---|
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciągłość opieki jest największa w praktykach indywidualnych świadczących kompleksowe usługi lekarskie, pielęgniarskie i położnych, mniejsza w grupowych, a najmniejsza w dużych poradniach wielospecjalistycznych 2. Lekarze rodzinni sprawują opiekę ciągłą w długiej perspektywie czasu 3. Łatwość konsultacji u różnych specjalistów ogranicza ciągłość opieki 4. Relatywnie mała komputeryzacja kart pacjentów obniża ciągłość opieki 5. Systemy komputerowe specyficzne dla POZ ułatwiają sprawowanie opieki ciągłej, ale są wciąż zbyt rzadko używane | <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultacje u tego samego lekarza wpływają na satysfakcję z opieki <small>Bower 2003</small> 2. Wizyty u tego samego lekarza poprawiają jakość opieki w astmie i cukrzycy <small>Cabana 2004</small> 3. Opieka jednego lekarza nad dorosłymi i dziećmi obniża koszty, zmniejsza hospitalizację, zwiększa przestrzeganie zaleceń oraz zmniejsza liczbę błędów w diagnozie i leczeniu dzieci <small>Worrall 2006</small> 4. Opieka jednego lekarza wpływa na poprawę stanu zdrowia populacji i efektywność POZ <small>Sans-Corrales 2006</small> 5. Brak ciągłej opieki jednego lekarza wpływa na wzrost liczby konsultacji i hospitalizacji <small>De Maeseneer 2003</small> 6. Ciągła opieka jednego lekarza zmniejsza liczbę nagłych przypadków i hospitalizacji <small>Jee 2006</small> 7. Rejestr pacjentów z zawałem serca poprawia ciągłość i wizyty kontrolne szczególnie w wykonaniu pielęgniarek <small>Wilhelmsson 2007</small> |
| Pani Dr n. med. Mariola Gaca | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <p>Pacjent ma prawo do wyboru lekarza poz pielęgniarki rodzinnej oraz położnej pacjent ma prawo do zmiany lekarza i pielęgniarki bez opłat 2 razy w roku</p> | |
| | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Utrudnienie ciągłości udzielania świadczeń z powodu zbyt małej ilości personelu oraz zbyt dużej ilości udzielanych porad 2. Łatwe obchodzenie poz w celu dostania się do leczenia specjalistycznego i szpitalnego (nadmierne obciążenia najbardziej kosztownych działów ochrony zdrowia) 3. Niedostateczna informatyzacja systemu 4. Brak wymiany informacji o pacjencie pomiędzy elementami systemu 5. Brak wymiany informacji o zdarzeniach medycznych pomiędzy elementami systemu | |

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” | <ol style="list-style-type: none"> 6. Dublowanie sprawozdawczości 7. Lekarz POZ nie może w skutecznie monitorować procesu terapii pacjenta z powodu słabego przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi elementami systemu | |
| Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Brak możliwości świadomego wyboru pielęgniarki rodzinnej. Zdarza się, że jedna rodzina podzielona do dwóch pielęgniarek . 4. Brak ciągłości opieki po leczeniu szpitalnym lub w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym. 5. Na wsi często jest jeden świadczeniodawca – brak racjonalnego wyboru. 6. Brak wiedzy i niska świadomość społeczeństwa na temat zasad funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej jak i opieki specjalistycznej i umiejętności poruszania się w systemie ochrony zdrowia. 7. Brak systemu wymiany informacji o pacjencie oraz brak zasad gromadzenia danych i ich przetwarzania na nośnikach. | <p>Dostępne wzorce</p> |
| | <p>Obszar: Medycyna Szkolna - DMiDz</p> | |

| | | |
|---|--|------------------------|
| Departament Matki i Dziecka MZ | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Miejsce realizacji świadczeń pielęgniarki szkolnej – gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej na terenie szkoły, w przypadku braku gabinetu w szkole dopuszcza się możliwość realizacji świadczeń w miejscu określonym w umowie z NFZ 2. Pielęgniarka kontraktuje świadczenia z NFZ w oparciu o listę uczniów danej szkoły lub placówki 3. Dokumentację prowadzi i gromadzi pielęgniarka szkolna i (lub) lekarz POZ. | |
| Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwestie wyboru i zmiany świadczeniodawcy uregulowane w przepisach ustawy o świadczeniach 2. Długi czas oczekiwania na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną ogranicza ciągłość udzielania świadczeń 3. Brak danych z zakresu realizacji świadczeń POZ 4. Niezbyt dobry przepływ a nieraz całkowity brak przepływu informacji pomiędzy świadczeniodawcami | |

| | | |
|--|---|------------------------|
| | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pielęgniarka/położna poz – deklaracja wyboru 2. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania – ilość dzieci w placówce szkolnej 3. Co miesięczne przekazywanie danych do | |

| | | |
|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych</p> | <p>płatnika o liczbie osób będących na liście świadczeniodawcy</p> | |
| <p style="text-align: center;">Pan Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych</p> | <p>Stan obecny</p> <p>Utrudnienie ciągłości udzielania świadczeń z powodu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) braku możliwości informatycznych przekazu danych o procesie diagnostyczno-terapeutycznym pacjenta pomiędzy lekarzem POZ –specjalistą – szpitalem, 2) długi czas oczekiwania na świadczenia w poradniach specjalistycznych i procedury terapeutyczne w szpitalach, 3) brak motywacji w POZ do wprowadzania systemów informatycznych zapisujących i monitorujących procesy diagnostyczno-terapeutyczne pacjentów (wgląd w ich historie choroby z różnych gabinetów danej przychodni, lub innych przychodni w ramach tego samego ZOZu., 4) braku nośnika informacji elektronicznej pacjenta, który mógłby udostępnić w każdym zakładzie opieki zdrowotnej i każdej przychodni, 5) realne zagrożenia wynikające z braku przepływu informacji (dane o uczuleniach na leki, przepisywanie leków przez lekarzy różnych specjalności bez wglądu w już stosowaną farmakoterapię – interakcje lekowe... . 6) brak wiarygodnej informacji, czy pacjent wykupił zapisany lek. | <p>Dostępne wzorce</p> <p>System OSOZ (www.osoz.pl) – centralny system zbierający informacje o procesie terapeutyczno-leczniczym pacjenta, wraz z jego wynikami badań, danymi o uczuleniach, przepisanych lekach. System informatyczny przychodni może być on-line związany z systemem centralnym i może mieć dostęp do danych wprowadzonych przez inne zakłady opieki zdrowotnej. Dostęp do informacji jest za zgodą pacjenta (udostępnia odpowiedni kod dostępu) .</p> |

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)

| | | |
|---|---|--|
| Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce | Obszar: Koordynacja | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gate-keeping w praktyce jest iluzoryczny 2. Duża łatwość w omijaniu konieczności uzyskania skierowania 3. Długa lista świadczeń dostępnych bez skierowania 4. Brak motywacji dla lekarzy POZ do ograniczania świadczeń specjalistycznych 5. Brak efektywnej komunikacji pomiędzy lekarzem POZ a specjalistami innych dziedzin 6. Brak informacji o stanie zdrowia pacjenta od lekarzy specjalistów, do których skierowanie nie jest wymagane (ginekolodzy, psychiatry, dermatolodzy, wenerolodzy). 7. Brak efektywnej komunikacji pomiędzy lekarzem i pielęgniarką/położną POZ w przypadku osobnych kontraktów 8. Brak efektywnej komunikacji pomiędzy pielęgniarką szkolną i lekarzem POZ. 9. Pacjenci bez problemu pozostają pod opieką specjalistów przez dowolnie długi czas i bez wskazań medycznych 10. Skierowanie do specjalisty oraz jego odpowiedź dla lekarza rodzinnego są sprowadzone do biurokratycznej formalności 11. NFZ nadinterpretacją przepisów wypacza znaczenie informacji i sprowadza je do zaświadczenia stanowiącego podstawę do kontynuowania leczenia. (w praktyce receptariusz) oraz do karania lekarzy. 12. Bardzo zróżnicowane formy organizacyjne praktyk POZ | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gate-keeping wpływa pozytywnie na efektywność systemu ^{Bhat 2005} 2. Świadczenia specjalistyczne są wyższej jakości jeżeli są udzielone w efekcie skierowania przez lek rodz ^{Starfield 2005} 3. Lekarze pracujący w grupie świadczą opiekę wyższej jakości ^{Friedberg 2007} 4. Praktyki grupowe lekarzy rodzinnych udzielają świadczeń wyższej jakości ^{Ashworth 2006} 5. Wpływ lekarzy rodzinnych na sposób udzielania świadczeń specjalistycznych podnosi ich efektywność ^{Stille 2005} 6. Małe praktyki grupowe zapobiegają chorobom lepiej niż duże centra medyczne ^{Hung 2007} 7. Dobra komunikacja ze specjalistą podnosi jakość jego konsultacji ^{Satfield 2005} |
| | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Praktyczne zlikwidowanie funkcji odzwiernego oraz przewodnika po systemie (rozszerzenie systemu) 2. Zlikwidowanie konsultacji pacjenta „lekarz dla lekarza” 3. Brak specjalistycznych konsultacji telefonicznych 4. Łatwe obchodzenie poz w celu dostania się do lecznictwa specjalistycznego i szpitalnego (nadmierne obciążenia najbardziej kosztownych działów ochrony zdrowia) 5. Łatwość przekazywania pacjenta z poz do aos 6. Medialne popularyzowanie konieczności leczenia specjalistycznego w każdym przypadku 7. Ograniczenie możliwości konsultacyjno – | |

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”</p> | <p>diagnostycznych poz (formalne i faktyczne; niskie finansowanie)</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Brak akceptacji społecznej (opinia publiczna, media), politycznej (klasa polityczna) oraz instytucjonalnej (MZ, NFZ) do „zatrzymania” pacjenta (w możliwych przypadkach) na etapie poz („zły lekarz bo nie chce dawać skierowań do specjalistów”) 9. „Specjalistyczno i szpitalo – rodny” system orzekania o inwalidztwie zawodowym (ZUS; KRUS) 10. Brak zcentralizowanej (u lekarza poz) informacji o jego pacjentach 11. Brak znajomości zasad kontraktowania świadczeń przez POZ – odsyłanie pacjentów po badania niebędące w kompetencjach lekarza POZ | |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego</p> | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci nie wiedzą lub nie pamiętają do jakiej pielęgniarki są zapisani, również ma miejsce nieuczciwa konkurencja- nieinformowanie pacjenta o tym do jakiej pielęgniarki jest zapisany i podkładanie deklaracji wyboru bez świadomego wyboru. 2. Brak opieki zespołowej, nierówny dostęp w mieście i na wsi do specjalisty 3. Brak komunikacji pomiędzy świadczeniodawcami | <p>Dostępne wzorce</p> |
| | <p>Obszar:</p> | |

| | | |
|---|---|------------------------|
| Pani dr n. med. Mariola Gaca | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak koordynacji działań osób będących w bezpośrednim zespole opiekującym się daną rodziną , dotyczy to głównie pielęgniarek rodzinnych i lekarzy poz, od momentu usamodzielnienia się brak jakiejkolwiek informacji od pielęgniarki do lekarza poz na temat pacjenta w przypadku , gdy nie jest to ta sama jednostka np. NZOZ , podobnie w odniesieniu do opieki długoterminowej lekarz musi wystawić skierowanie ,lecz pielęgniarka nie ma obowiązku przekazania informacji po zakończeniu opieki do lekarza poz 2. Brak rzetelnej informacji od lekarza specjalisty opiekującego się pacjentem: w tej chwili informacja jest zbyt lakoniczna tylko rozpoznanie najczęściej w systemie ICD10 i ewentualnie leczenie 3. Brak zwrotnej informacji po leczeniu szpitalnym 4. Bbrak danych w systemie jakie badania pacjent ma wykonywane, co generuje koszty ponieważ podobne badania są wykonywane przez różnych specjalistów 5. Podobnie w odniesieniu do badań profilaktycznych 6. Pacjent może skorzystać bez skierowania z poradni ginekologicznej, okulistycznej , stomatologicznej, dermatologicznej i psychiatrycznej , to działa dobrze należy utrzymać | |
| Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak przepływu informacji pomiędzy świadczeniodawcami i brak standardów przepływu informacji. 2. Brak integracji funkcjonowania POZ z działaniami z zakresu zdrowia publicznego. 3. W wielu przypadkach brak w POZ informacji dotyczących dyżurów specjalistycznych. 4. Brak analizy statystycznej danych wprowadzanych do systemu, w tym o: zachorowalności, chorobowości, umieralności, śmiertelności, kosztach antybiotykoterapii i procedurach nielimitowanych z podziałem na ich przyczyny w powiązaniu z kosztami POZ (w skali makro). | |
| | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Obowiązujący systemy tworzenia list oczekujących nie rozwiązuje problemu dostępności do świadczeń 2. Brak opieki zespołowej 3. W POZ świadczenia realizowane są bez | |

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia</p> | <p>skierowania</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jest określony wykaz badań diagnostycznych w POZ oraz system kierowania na te badania ale czy ten system jest właściwy ? brakuje monitoringu i efektów !!! 5. System kierowania do AOS i leczenia szpitalnego jest określony ale czy jest właściwy? 6. Brak przepływu informacji pomiędzy świadczeniodawcami | |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Naczelną Izba Pielęgniarek i Położnych</p> | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak współpracy pomiędzy lecznictwem stacjonarnym a podstawową opiekę zdrowotną (np. o wypisie pacjenta, planowaniu dalszego leczenia) 2. POZ nie uzyskuje informacji zwrotnej o udzielonych świadczeniach przez specjalistów i lecznictwo stacjonarne 3. Recepty na środki opatrunkowe, oraz pomocnicze wypisywane są przez lekarza 4. Częsty brak kwalifikacji dzieci szkolnych przez lekarza do grupy w-f na drukach dotyczących powszechnych profilaktycznych badań lekarskich przekazywanych pielęgniarce „szkolnej” 5. Brak wiedzy i niska świadomość społeczeństwa na temat zasad funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, jak i opieki specjalistycznej i umiejętności poruszania się po systemie ochrony zdrowia. | <p>Dostępne wzorce</p> |
| | <p>Stan obecny</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Brak prawdziwej komunikacji pomiędzy ogniwami systemu opieki nad chorym – szczególnie pomiędzy POZ a Poradniami Specjalistycznymi. Pomimo nakazów informację z Poradni Specjalistycznych są najczęściej zdawkowe, nie zawierają planu postępowania i | <p>Dostępne wzorce</p> |

zaleceń – zwłaszcza co do czasokresu leczenia i dawek leków, także co do możliwości ich przepisywania na „P”, co jest podstawą do roszczeń NFZ o zwrot refundacji przez lekarzy POZ.

14. Lekarz POZ de facto nie ma kontroli nad tym, gdzie pacjent trafia do dalszego leczenia – „Gate keeping” nie funkcjonuje (gdyż nie idzie za tym „found keeping”. Lekarze POZ lekką ręką wydają skierowania tam, gdzie pacjent sobie życzy, często kilkakrotnie do różnych poradni tego samego profilu (pacjenci weryfikują opinie specjalistów). Gdyby lekarz POZ miał w rękę finansowanie tych świadczeń kierowałby tam, gdzie spodziewa się rzeczywistego rozwiązania problemu i tylko wtedy gdy sam nie jest kompetentny go rozwiązać. Jeśli zapłata za świadczenie specjalistyczne pochodziłaby od lekarza kierującego, to jakość wizyty specjalistycznej dramatycznie wzrosłaby, a odpowiedź specjalisty lekarzowi POZ zawierałaby te treści, których oczekuje.
15. Zupełny brak wykorzystania systemów informatycznych do komunikacji pomiędzy ogniwami systemu opieki medycznej. Brak wspólnego, spójnego systemu danych. Brak możliwości usankcjonowanej porady specjalistycznej wykonanej na drodze mailowej (np. z wykorzystaniem podpisu cyfrowego).
16. Zbyt duża ilość Poradni Specjalistycznych dostępnych dla pacjenta bez skierowania. Z tego także wynika brak informacji dla lekarza POZ od lekarzy tych poradni specjalistycznych o prowadzonym leczeniu.
17. Brak motywacji dla lekarzy POZ do ograniczania świadczeń specjalistycznych
18. Pacjenci bez problemu pozostają pod opieką specjalistów przez dowolnie długi czas i bez wskazań medycznych co wydłuża kolejki do tych poradni i utrudnia dostęp faktycznie potrzebnym.
19. Brak komunikacji na odpowiednim poziomie w ramach istniejących przychodni POZ na temat procesu diagnostyczno – terapeutycznego, zwłaszcza w przypadkach zakładów o wielu lokalizacjach , gdy pacjent trafia do różnych miejsc udzielania świadczeń – brak informatyzacji przychodni POZ.

Proces zapewniania opieki POZ - Wszelchstronność

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

| | | |
|---|--|---|
| Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce | Obszar: Wszelchstronność | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wyłącznie biomedyczne podejście u „nierodzinnych” lekarzy POZ. 2. Administracyjne ograniczenie kompetencji lekarzy POZ 3. Zawężony dostęp do badań dodatkowych w POZ 4. Konieczność kierowania do specjalisty w celu przeprowadzenia badań dodatkowych 5. Brak rekompensat finansowych za podejmowanie szerszego zakresu świadczeń. 6. Brak systemu motywacyjnego do wykonywania umiejętności nabytych w trakcie procesu kształcenia lekarzy rodzinnych 7. Brak przepływu informacji mających wpływ na stan zdrowia od innych jednostek samorządowych (MOPS) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Im szerszy zakres kompetencji lekarza POZ ty większa efektywność systemu^{Lee 2007} 2. Szerokie kompetencje lekarza rodzinnego wiążą się z lepszą opieką podstawową^{Starfield 2005} 3. Prewencja jest najbardziej efektywna w POZ^{Sans-Corrales 2006} 4. Brak motywacji finansowych dla personelu ogranicza wszelchstronność^{Nelson 2003} 5. Ograniczenie wizyt domowych, wzrost liczby porad telefonicznych i praca zespołowa sprzyjają wszelchstronnej opiece^{Schellevis 2005} |
| Pani Prof. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dzieci są kierowane na badania do poradni specjalistycznych niezwykle często i łatwo, bez próby diagnostyki i leczenia. Skutkuje to wydłużaniem terminu oczekiwania do specjalisty. Podobnie, dzieci często są kierowane szpitala, przynajmniej na Izbę Przyjęć co najczęściej kończy się hospitalizacją, niestety często diagnostyczną. 2. Dziecko nie jest diagnozowane w POZ Dziecko pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej przewlekłe co jest nieprawidłowe. Po leczeniu szpitalnym tez pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej przyszpitalnej. 3. Programów prewencyjnych i promocji zdrowia w POZ, nie ma. | |
| | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Administracyjne ograniczanie kompetencji poz 2. Określanie kompetencji poz bez odzwierciedlenia w finansowaniu 3. Ograniczone możliwości realizacji programów zdrowotnych i profilaktycznych w związku z nakierowaniem POZ na medycynę naprawczą 4. Brak skutecznych narzędzi do kontynuacji leczenia (brak informacji) specjalistycznego i szpitalnego | |

| | | |
|---|--|---|
| Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” | <ol style="list-style-type: none"> 5. Kontraktowe ograniczenie diagnostyki w poz 6. Brak prawnie obowiązujących procedur (standardów) diagnostyczno-terapeutycznych w poz | |
| Pani dr n. med. Mariola Gaca | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. To nie lekarz poz jest przewodnikiem po systemie nierzadko spotykamy się z uwaga „iż” jestem leczony przez specjalistę to nie muszę się tu pokazywać przecież mam ustalone leczenie przez specjalistę „, często lekarz poz nie ma pełnej informacji na temat leczenia i badań wykonanych u pacjenta podobnie z leczeniem szpitalnym czy badaniami profilaktycznym 2. Ograniczone możliwości wykonania badań dodatkowych zmniejszają możliwości diagnostyczne, co generuje dodatkowe kolejki do specjalisty i dodatkowe koszty 3. Badania profilaktyczne ograniczone do konkretnego wieku i ograniczona liczba | <p>Dostępne wzorce</p> |
| | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak kontynuacji leczenia i pielęgnacji u pacjenta wypisanego z oddziału szpitalnego do domu (oddział nie ma obowiązku informowania pielęgniarki rodzinnej o pacjencie, który opuszcza oddział a jest niesamodzielny i potrzebujący ciągłości pielęgnacji i procedur na zlecenie lekarza) 2. Brak jasnych i dostępnych informacji dla pacjenta o zaopatrzeniu w środki pomocnicze i ortopedyczne (sam zapis na stronie internetowej NFZ to za mało dla ludzi , którzy nie posługują się komputerem- a tacy najbardziej potrzebują pomocy) | <p>Dostępne wzorce</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. W Europie istnieje odrębny i samodzielny model pielęgniarstwa środowiskowego z elementami pielęgniarstwa rodzinnego (między innymi Słowenia, Dania, Niemcy) jako odrębne produkty w systemie skierowane na opiekę domową. „Pielęgniarka rodzinna” Madrean Schroeder, Fadwa Affara, Międzynarodowa Rada Pielęgniarek 2001 |

| | | | | | | | | |
|---|---|----------------|--|--------------------|------------------------|---|--|--|
| Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego | <ol style="list-style-type: none"> 3. Brak opracowanych programów prewencyjnych i edukacyjnych zdrowotnych i w jednostkach chorobowych dla pacjentów realizowanych przez pielęgniarki 4. Brak standardu wyposażenia nesesera pielęgniarskiego (w sprzęt dostosowany do realizacji świadczeń pielęgniarki rodzinnej) | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="268 1050 855 1077">Obszar:</td> </tr> <tr> <td data-bbox="268 1077 855 1104">Stan obecny</td> <td data-bbox="863 1077 1418 1104">Dostępne wzorce</td> </tr> <tr> <td data-bbox="268 1104 855 1379"> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zgodnie z raportem z IMiDz za rok szkolny 2009/2010 edukacja zdrowotną objęto 80 % uczniów w mieście i 60 % uczniów na wsi. 2. Resort edukacji wskazuje na brak zaangażowania pielęgniarki szkolnej w szkolne programy profilaktyki i promocji zdrowia. </td> <td data-bbox="863 1104 1418 1379"></td> </tr> </table> | Obszar: | | Stan obecny | Dostępne wzorce | <ol style="list-style-type: none"> 1. Zgodnie z raportem z IMiDz za rok szkolny 2009/2010 edukacja zdrowotną objęto 80 % uczniów w mieście i 60 % uczniów na wsi. 2. Resort edukacji wskazuje na brak zaangażowania pielęgniarki szkolnej w szkolne programy profilaktyki i promocji zdrowia. | | |
| Obszar: | | | | | | | | |
| Stan obecny | Dostępne wzorce | | | | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Zgodnie z raportem z IMiDz za rok szkolny 2009/2010 edukacja zdrowotną objęto 80 % uczniów w mieście i 60 % uczniów na wsi. 2. Resort edukacji wskazuje na brak zaangażowania pielęgniarki szkolnej w szkolne programy profilaktyki i promocji zdrowia. | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="268 1402 855 1429">Obszar:</td> </tr> <tr> <td data-bbox="268 1429 855 1456">Stan obecny</td> <td data-bbox="863 1429 1418 1456">Dostępne wzorce</td> </tr> <tr> <td data-bbox="268 1456 855 1731"> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwestie organizacji realizacji świadczeń – lekarz/pielęgniarka 2. Kwestie kompetencji 3. Kwestie powszechności stosowania standardów medycznych 4. Kwestie wykazu badań diagnostycznych 5. Kwestie realizacji profilaktyki przez POZ </td> <td data-bbox="863 1456 1418 1731"></td> </tr> </table> | Obszar: | | Stan obecny | Dostępne wzorce | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwestie organizacji realizacji świadczeń – lekarz/pielęgniarka 2. Kwestie kompetencji 3. Kwestie powszechności stosowania standardów medycznych 4. Kwestie wykazu badań diagnostycznych 5. Kwestie realizacji profilaktyki przez POZ | | |
| Obszar: | | | | | | | | |
| Stan obecny | Dostępne wzorce | | | | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwestie organizacji realizacji świadczeń – lekarz/pielęgniarka 2. Kwestie kompetencji 3. Kwestie powszechności stosowania standardów medycznych 4. Kwestie wykazu badań diagnostycznych 5. Kwestie realizacji profilaktyki przez POZ | | | | | | | | |

| | | |
|---|------------------------|--|
| Pani Beata Rorant, Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia | | |
| Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych | Obszar: | |
| Stan obecny | Dostępne wzorce | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Pielęgniarka i położna poz: <ul style="list-style-type: none"> ▪ rozwiązywanie problemów pacjentów na poziomie podstawowym (współpraca z zespołem terapeutycznym), ▪ wyposażenie w sprzęt na podstawie zarządzeń Prezesa NFZ, ▪ programy prewencyjne – ograniczenie udziału i finansowania tylko do programu profilaktyki gruźlicy, ▪ udział w badaniach diagnostycznych pobieranie materiału do badań diagnostycznych w domu pacjenta oraz transport do wskazanej placówki, ▪ wykonywanie wizyt patronażowych i testów przesiewowych, ▪ wykonywanie świadczeń w gabinecie zabiegowym, punkcie szczepień oraz rejestracji. 2. Pielęgniarka środowiska w miejscu nauczania i wychowania: <ul style="list-style-type: none"> ▪ rozwiązanie kwestii gabinetu pielęgniarki w każdej szkole oraz czasu pracy ▪ nierówne traktowanie podmiotów ponieważ jest to jedyny zakres świadczeń gdzie został z góry narzucony czas pracy pielęgniarki w danym miejscu udzielania świadczeń- szkole) | | |

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ w medycynie szkolnej określona jest dostępność pielęgniarki w szkołach w przedziałach uczniów: 400-499; 251-399 i poniżej 250. | |
| Pan Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych | <p>Stan obecny</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Formalne, prawne i finansowe ograniczenia kompetencji lekarzy pracujących w POZ – niezależnie od posiadanej specjalizacji. 21. Brak motywacji finansowej do poszerzania diagnostyki i leczenia w POZ. Wynika z tego rutynowe kierowanie do poradni specjalistycznych, nawet w sytuacjach pełnej możliwości prowadzenia takiego leczenia w POZ. 22. Brak motywacji do kształcenia się i poszerzania swoich możliwości zawodowych przez lekarzy pracujących w POZ. 23. Brak motywacji dla właścicieli ZOZ-ów do wyposażania w sprzęt diagnostyczny i leczniczy na potrzeby POZ (nie ma możliwości dodatkowego finansowania procedur diagnostycznych i leczniczych w POZ) 24. Nastawienie na leczenie danej jednostki chorobowej, zamiast holistycznego podejścia do pacjenta u lekarzy poradni specjalistycznych. 25. Brak środków informatycznych gwarantujących przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi miejscami udzielania świadczeń, lub jednolitego systemu centralnego zapisu danych o pacjencie i jego leczeniu. | <p>Dostępne wzorce</p> |

Wyniki opieki - Jakość

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

| Autor | Obszar: Jakość | |
|---|---|--|
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce | <ul style="list-style-type: none"> 6. Nie zawsze zespołowy charakter opieki w POZ (odrębne kontrakty) 7. Różnice organizacyjne od praktyk indywidualnych do molochów multispecjalistycznych 8. Duży odsetek publicznych świadczeniodawców w niektórych regionach (Mazowieckie, Łódzkie, Świętokrzyskie) 9. Ograniczenie ciągłości opieki przy przejściu spod opieki pediatry pod opiekę internisty 10. Zmienne regulacje prawne obniżające jakość opieki | <ul style="list-style-type: none"> 1. Pacjenci bardziej cenią interpersonalne niż techniczne i systemowe aspekty jakości opieki (uprzejmość, czas konsultacji, wyjaśnienia) <small>Hanson 2004</small> 2. Dłuższy czas konsultacji wiąże się z lepszą jakością opieki w chorobach przewlekłych <small>Bower 2003</small> 3. Rejestracja pacjentów co 10 minut jest najsilniej powiązana z jakością opieki w chorobach przewlekłych <small>Wilson A</small> 4. Pacjenci preferują konsultacje lekarskie, mogą jednak akceptować pielęgniarskie, zwłaszcza o ile w ramach zespołu <small>Branson 2003</small> 5. Praktyki grupowe świadczą opiekę wyższej jakości <small>Asworth 2006</small> 6. Małe interdyscyplinarne zespoły, pracujące w jednej poradni, świadczą opiekę wyższej jakości <small>Xyriehis 2008</small> 7. Ciągłość opieki ma krytyczne znaczenie dla jej jakości <small>van Servellen 2006</small> 8. Ciągłość opieki wpływa pozytywnie na jakość opieki w astmie i cukrzycy <small>Cabana 2004</small> 9. Lekarze kontraktowi świadczą opiekę wyższej jakości niż etatowi <small>Aakvik 2006</small> 10. Jakość prawnych regulacji ma wpływ na jakość opieki <small>Scrivens 2007</small> 11. Jakość opieki w placówkach prywatnych jest wyższa niż w publicznych <small>Chlabicz 2005</small> |
| | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ul style="list-style-type: none"> a. Brak satysfakcji pacjentów z opieki w POZ b. Brak kontroli nad dziećmi z chorobami przewlekłymi c. Brak kontroli nad dzieckiem w systemie. | |

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pani Prof. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska, Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii</p> | | |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pani Dr n. med. Mariola Gaca</p> | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <p>1. Nie prowadzi się żadnych ocen jakościowych, wprowadzie w kwestionariuszu składanym do NFZ jest zapytanie o certyfikaty jakości, lecz nic z tego nie wynika.</p> | <p>Dostępne wzorce</p> |
| | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <p>1. Brak obiektywnych kryteriów do oceny jakości pracy poz.</p> | <p>Dostępne wzorce</p> |

| | | |
|---|---|---|
| Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” | | |
| | Obszar: | |
| Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pielęgniarki poz w 80% ograniczają opiekę nad świadczeniobiorcą do wykonywania zleceń lekarskich. 2. Brak regulacji co do realizacji zleceń dla pielęgniarki poz przez AOS (np.: pacjenci dializowani). 3. Nierówny dostęp do świadczeń pielęgniarstkich na wsi. 4. Brak oceny epidemiologicznej środowiska. 5. Środowiska niediagnozowane przez pielęgniarki. | ICN – Międzynarodowa Rada Pielęgniarek „Pielęgniarka Rodzinna” 2001 |
| | Obszar: Pielęgniarka szkolna | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Budzi niepokój stan profilaktycznej opieki | |

| | | |
|--|---|------------------------|
| Departament Matki i Dziecka MZ | <p>zdrowotnej na obszarach wiejskich, przede wszystkim w odniesieniu do najmłodszych uczniów.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 70% szkół wiejskich nie posiada gabinetu profilaktyki. 3. Pielęgniarka szkolna na wsi uwagi na małe liczebnie szkoły, znacznie oddalone od siebie, jest obecna w nich w niewystarczającym wymiarze czasu. 4. Prowadzi to do narastania nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej na terenie szkoły między uczniami w mieście i na wsi. | |
| Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak centralnego monitoringu skuteczności udzielanych świadczeń w POZ | |

| | | |
|---|--|------------------------|
| Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak jednego wzoru zlecenia od lekarza poz dla pielęgniarki poz zawierającego wszystkie konieczne elementy, tak aby pielęgniarka poz mogła w pełni rzetelnie wykonać zlecenie. 2. Zlecenia od lekarzy poz na wykonywanie zabiegów związanych z przerywaniem ciągłości tkanek w gabinecie pielęgniarki poz, który nie jest gabinetem zabiegowym. 3. Pacjent jest zdezorientowany, gdyż wszystkie zlecenia lekarskie są kierowane do wykonania przez pielęgniarkę poz, pomimo że gabinet zabiegowy lekarza poz stoi dostępny. 4. Konieczność wykonywania zleceń lekarskich w gabinetach pielęgniarki poz obniża możliwość udzielania świadczeń przez pielęgniarkę poz w domu pacjenta. 5. Konieczność transportu pobranego w domu pacjenta materiału zakaźnego przez pielęgniarkę poz, pomimo braku jakichkolwiek środków finansowych na dokonanie takiego transportu zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i przepisami prawa. 6. Obecne uregulowania prawne nie zabezpieczają opieki pielęgniarskiej w domach pomocy społecznej w zakresie poz. w ramach ubezpieczenia społecznego. 7. Łączona funkcja pielęgniarki rodzinnej z zadaniami pielęgniarki praktyki lekarza poz. ogranicza dostęp pacjentów do świadczeń pielęgniarki rodzinnej. 8. Populacja max 2750 dla pielęgniarki rodzinnej. 9. Wspólna deklaracja wyboru świadczeniodawcy bez konieczności składania deklaracji rezygnacji | |
| Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak obsady pielęgniarskiej w małych szkołach do 150 dzieci. 2. Brak nadzoru merytorycznego nad obowiązkiem zapewnienia pielęgniarki „szkolnej”. 3. Brak jasno określonych zasad korzystania przez pielęgniarki szkolne z gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej. 4. Stary sprzęt w gabinetach profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w szkole. 5. Niespójne zapisy w różnych aktach regulujących udzielanie świadczeń przez pielęgniarkę/położna środowiskowo-rodzinna. | |

| | | |
|---|--|------------------------|
| | | |
| Pani Jolanta Skolimowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pod wątpliwość poddawana jest jakość krwi pobieranej w domu pacjenta do badań laboratoryjnych. 2. Określony jest zakres zadań możliwych do realizacji przez pielęgniarki/położne poz oraz lekarza poz. 3. Wykonywanie przez pielęgniarki/położne poz dodatkowych zadań w rejestracji, sekretariacie medycznym , co jest niezgodne z zakresem zadań określonych dla pielęgniarki/położnej poz. 4. Ograniczona dostępność do świadczeń pielęgniarki poz w środowisku domowym ze względu na dużą liczbę świadczeniobiorców. | |

Wyniki opieki -Efektywność

(liczba i czas konsultacji, liczba wydawanych skierowań)

| Autor | Obszar: Jakość | |
|--------------------------------------|--|--|
| Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <p>11. Łatwy dostęp do specjalistów ogranicza efektywność systemu.</p> <p>12. Prawne nieusankcjonowanie porady telefonicznej lub e-mailowej.</p> <p>13. Brak systemu oceny potrzeb populacji i oparcia o nie decyzji.</p> <p>14. Nieefektywny sposób finansowania świadczeń POZ i AOS.</p> <p>15. Prymitywny sposób wynagradzania w POZ.</p> <p>16. Brak motywacji (zachęt finansowych) dla działań podnoszących efektywność.</p> <p>17. Brak warunków do pracy zespołowej (odrębne kontrakty lekarzy i pielęgniarek) w niektórych regionach.</p> <p>18. Oddzielenie POZ od opieki nocnej i świątecznej.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Czynniki wpływającymi na poprawę efektywności POZ jest zmniejszenie liczby wizyt domowych, zwiększenie liczby konsultacji telefonicznych oraz delegowanie przez lekarzy części zadań na innych członków zespołu <small>Schellevis 2005</small> 2. Szczelny „gate keeping” wpływa korzystnie na efektywność POZ <small>Bhat 2005</small> 3. Skuteczny system oceny potrzeb zdrowotnych populacji wpływa na poprawę efektywności <small>Starfield 2005</small> 4. Wynagrodzenie powiązane z osiąganiem celów zwiększa efektywność i zmniejsza nierówności w zdrowiu <small>Doran 2008</small> 5. Mieszany sposób wynagradzania (kapitacja + opłata za usługę) wiąże się z lepszą efektywnością <small>Simoens 2004</small> 6. Wielodyscyplinarne zespoły (lekarz, pielęgniarka) są bardziej efektywne niż działający osobno <small>Xyrichis 2008</small> 7. Nieuzasadnione hospitalizacje są miernikiem nieefektywnej alokacji środków <small>Ansari 2007</small> |
| | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> a. Niekontrolowana liczba wydawanych skierowań do szpitala i Poradni Specjalistycznych. b. Skierowania na żądanie. c. Wzrost nakładów finansowych na leczenie zamknięte. | |

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pani Prof. dr n. med. Anna Dobrzańska, Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii</p> | | |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pani Dr n. med. Mariola Gaca</p> | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <p>1. W tej chwili nie prowadzi się żadnej oceny efektywności poza statystyka udzielonych porad.</p> | <p>Dostępne wzorce</p> |
| | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <p>1. Brak obiektywnych kryteriów do oceny efektywności i jakości pracy poz.</p> <p>2. Obecnie efektywność i jakość POZ oceniana jest przez:</p> <p>1) subiektywną ocenę pacjenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. łatwość przyjęcia przez lekarza w porze ustalonej przez pacjenta b. łatwość uzyskania skierowań do aos, szpitala, c. łatwość uzyskania skierowania na badania dodatkowe według własnych potrzeb d. łatwość uzyskiwania zaświadczeń, zwolnień itp. | <p>Dostępne wzorce</p> |

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” | <ul style="list-style-type: none"> e. łatwość uzyskiwania leków (szczególnie antybiotyków) 2) subiektywną ocenę poz przez władze samorządowe w oparciu o w/w kryteria!!! 3) płatnika w oparciu o biurokratyczne zapisy w prawie, 4) organizatora systemu (państwo): <ul style="list-style-type: none"> a. spokój społeczny, b. zminimalizowanie kosztów ekonomicznych, możliwość przekazania dodatkowych środków finansowych na aos i szpitale. | |
| Pani Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego | <p>Obszar:</p> <p>Stan obecny</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak koordynacji po pobycie pacjenta w zakładach stacjonarnych z powodu nie funkcjonującego systemu informatycznego oraz nie funkcjonującego przepływu informacji, pacjenci często nie kontynuują leczenia 2. Wydawana ilość skierowań do specjalistów jest wystarczająca, lecz spora liczba pacjentów mieszkających na wsi nie korzysta ze świadczeń specjalisty z powodu braku własnego transportu, braku możliwości dojazdu autobusem (na wsiach kursują raz dziennie), czas oczekiwania na wizytę bardzo długi kilka miesięcy 3. Brak informacji od lekarza POZ, że w przypadkach uzasadnionych medycznie mogą pacjenci korzystać z transportu sanitarnego, który powinna pomóc zorganizować pielęgniarka POZ 4. Nadal duża liczba pacjentów nie korzysta z programów przesiewowych – do tego nie potrzebne są skierowania , potrzebne jest większe zainteresowanie lekarza POZ co do czujności onkologicznej (kolonoskopia, mammografia, cytologia) | <p>Dostępne wzorce</p> |
| | Obszar: Medycyna Szkolna | |

| | | |
|---------------------------------------|---|------------------------|
| Departament Matki i Dziecka MZ | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Testy przesiewowe wykonane na poziomie 99%, na poziomie szkół zawodowych wiejskich na poziomie 90% 2. Profilaktyka fluorkowa zębów -87% w mieście, na wsi na poziomie 83% 3. Edukacja zdrowotna – szkoły w mieście 80%, 60% szkoły na wsi, | |

| | | |
|--|--|------------------------|
| Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak standardów: <ol style="list-style-type: none"> a. zarządzania jakością, b. kierowania do lekarzy specjalistów. 2. Brak zestawienia koszty – efekty zdrowotne | |

| | | |
|--|---|------------------------|
| Kolegium Pielęgniarek i Położnych | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |
| | <ol style="list-style-type: none"> 5. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz nie powinna przekroczyć 2750 osób. 6. Jedyne program profilaktyczny skierowany do pielęgniarek rodzinnych dotyczy wczesnego wykrywania gruźlicy posiada dużo ograniczeń w zastosowaniu do szerszej populacji. Nie wykorzystuje kompetencji pielęgniarek rodzinnych w zakresie badań profilaktycznych | |

| | | |
|--|--------------------|------------------------|
| | Obszar: | |
| | Stan obecny | Dostępne wzorce |

Pani Jolanta Skolimowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych

1. Zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego realizowane są przez pielęgniarkę/położną poz.