

Raport „Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce - diagnoza i projekty zmian”

(nr umowy FGZ.270.78.2018)

Autorzy:

*Prof. dr hab. n. med. Adam Windak,
Prof. dr hab. n. med. Rafał Niżankowski,
Prof. dr hab. n. med. Witold Łukas,
Dr hab. n. med. Tomasz Tomasik,
Dr hab. n. med. Lech Panasiuk,
Dr hab. n. o zdr. Magdalena Florek-Łuszczki,
Dr n. med. Piotr Paprzycki,
Lek. med. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk,
Lek. med. Artur Jakubiak,
Lek. med. Jacek Łuczak,
Mgr Piotr Lutomski,
Mgr Kamil Golema,
Mgr Violetta Kijowska,
Mgr Ilona Barańska,
Mgr Robert Chmura.*



Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie

ul. Jaczewskiego 2

20-090 Lublin

Tel: 81 71 84 400

Fax: 81 74 78 646

E-mail: imw@imw.lublin.pl

28 lutego 2019

Spis treści:

1. Wprowadzenie	4
1.1. Cel i zakres analizy	4
1.2. Źródła danych i ograniczenia	5
1.3. Obowiązki statystyczno-sprawozdawcze w zakresie zdrowia i ochrony zdrowia	5
1.4. Prognoza demograficzna dla Polski	7
1.5. Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce i na świecie – zakres i podstawy organizacyjno-prawne	19
2. Stan obecny podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce	29
2.1. Zasoby Podstawowej Opieki Zdrowotnej	29
2.1.1. Podmioty i lekarze POZ oraz lekarze dentyści	29
2.1.2. Pielęgniarki i położne POZ	42
2.2. Akredytacja praktyk POZ	50
2.3. Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami	53
2.4. Świadczenia w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej	54
2.4.1. Świadczenia lekarskie w POZ	55
2.4.2. Specjalistyczna opieka lekarska	57
2.4.3. Badania diagnostyczne i inne świadczenia POZ	61
2.4.4. Świadczenia pielęgniarki POZ	61
2.4.5. Świadczenia położnej POZ	62
2.5. Szczepienia ochronne w Polsce	63
2.5.1. Zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze	64
2.5.2. Obowiązkowe szczepienia ochronne	65
2.5.3. Szczepienia zalecane – szczepienia przeciwko grypie	68
2.6. Wydatki na Podstawową Opiekę Zdrowotną i leczenie ambulatoryjne	69
3. Dokument pt. „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”	76
3.1. Ogólne omówienie dokumentu	76
3.2. Omówienie szczegółowe zapisów dokumentu z uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej	76
3.3. Analiza narzędzi implementacyjnych w zakresie uwzględniania POZ	81
3.4. Wnioski z analizy dokumentu	88
4. Zadania wynikające z analizy zapisów ustawy o POZ	89
5. Narzędzia wsparcia rozwoju POZ	99
5.1. Rejestr podmiotów POZ	100
5.2. Wsparcie publiczne dla uruchamiania placówek POZ w obszarach deficytowych	101
5.3. Nowe metody opłacania świadczeń z zakresu POZ	102
5.4. System monitorowania i poprawy jakości	105
5.5. Kształcenie kadr	110
5.6. Informatyzacja w POZ	114
5.7. Rozwój wiedzy o POZ	117
6. Badanie opinii w sprawie projektowanych zmian	118
6.1. Metodologia i cel badania ankietowego	118
6.2. Charakterystyka badanej grupy	121

6.3.	Rejestr pomiotów prowadzących działalność z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	123
6.4.	Wsparcie publiczne dla podmiotów prowadzących działalność z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	126
6.5.	Nowe metody opłacania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	129
6.6.	Monitorowanie i poprawa jakości w podstawowej opiece zdrowotnej	138
6.7.	Kształcenie kadr dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej	148
6.8.	Informatyzacja w podstawowej opiece zdrowotnej	157
6.9.	Prowadzenie badań naukowych na potrzeby podstawowej opieki zdrowotnej	161
6.10.	Organizacja pracy w podstawowej opiece zdrowotnej	165
6.11.	Współpraca pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a leczeniem specjalistycznym	173
6.12.	Podsumowanie badania ankietowego	176
7.	Podsumowanie i wnioski końcowe	177
7.1.	Kluczowe wnioski z raportu	177
7.2.	Obszary wsparcia rozwoju POZ w perspektywie finansowej Unii Europejskiej na lata 2021–2027	178
7.3.	Inne działania niezbędne dla poprawy funkcjonowania i jakości POZ	179
7.4.	Działania legislacyjne niezbędne dla realizacji zapisów ustawy o POZ	180
7.5.	Wnioski końcowe	181
8.	Załączniki	182
	Załącznik 1. Zakres poszukiwanych danych do raportu o POZ	182

1. Wprowadzenie

1.1 Cel i zakres analizy

Głównym celem przedmiotowego opracowania jest syntetyczne przedstawienie informacji na temat podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a w szczególności zdefiniowanie zakresu danych gromadzonych/dostępnych w obszarze informacji publicznej nt. podstawowej opieki zdrowotnej (lekarze, pielęgniarki, położne POZ), w szczególności w aspekcie:

- koordynacji udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 4, art. 14, art. 29 ust. 11 ustawy o POZ z 2017 r.);
- finansowania świadczeń (art. 29 ust. 10 o POZ z 2017 r., w tym: sposób finansowania, finansowanie koordynacji opieki nad świadczeniodawcą, profilaktycznej opieki zdrowotnej);
- monitorowania jakości (art. 23 ustawy o POZ z 2017 r., w tym: 1. dostępność świadczeń opieki zdrowotnej; 2. kompleksowość świadczeń opieki zdrowotnej; 3. ciągłość świadczeń opieki zdrowotnej; 4. zarządzanie i organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej; 5. uzyskanie efektu zdrowotnego).

Zebrano informację o aktach prawnych, które nakładają na podmioty wykonujące działalność leczniczą w zakresie POZ obowiązek statystyczno-sprawozdawczy w zakresie zdrowia i ochrony zdrowia oraz określono zakres przekazywanych przez te podmioty danych. Celem niniejszego raportu jest określenie warunków działania POZ, potencjału i zakresu udzielanych świadczeń. Zestawienie podstawowych wskaźników w ujęciu regionalnym może ułatwić identyfikację ograniczeń i zagrożeń, ale także ułatwić określenie propozycji działań, zmierzających do określenia pożądanego zakresu gromadzenia danych dla celów zarządczych w w/w obszarach.

Zakres Raportu obejmuje następujące zagadnienia:

Część I: Analiza obecnego stanu w zakresie wskaźników podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce gromadzonych i dostępnych w obszarze informacji publicznej.

Część II: Prezentacja danych gromadzonych w odniesieniu do koordynacji, finansowania, monitorowania jakości w POZ.

Część III: Propozycja działań zmierzających do określenia pożądanego zakresu gromadzenia danych dla celów zarządczych w w/w obszarach.

1.2 Źródła danych i ograniczenia

Dane wykorzystane w opracowaniu pochodzą z zasobów Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny, Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Najwyższej Izby Kontroli, Centrum Monitorowania Jakości. Ich źródłem są zarówno umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - dane o potencjale, jak i sprawozdania świadczeniodawców w zakresie ich aktywności, w tym przede wszystkim informacje o udzielonych świadczeniach. W opracowaniu wykorzystano najbardziej aktualne dane, a w sytuacji braku aktualnych danych, użyto danych z opracowań z lat poprzednich. Zwracając uwagę na rozbieżności pomiędzy regionami należy mieć na uwadze, że część z nich może wynikać ze zróżnicowania poziomu sprawozdawczości. Część prezentowanych danych wymaga weryfikacji, z uwagi na duże rozbieżności w sprawozdawczości poszczególnych instytucji.

Pomimo definicyjnie szerokiego zakresu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, obejmującego m. in. świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej oraz transportu sanitarnego, opracowanie koncentruje się na trzech głównych obszarach POZ, to jest świadczeniach lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

1.3 Obowiązki statystyczno-sprawozdawcze w zakresie zdrowia i ochrony zdrowia

Podmioty gospodarki narodowej, do których należą także jednostki systemu opieki zdrowotnej, zobowiązane są do przekazania jednorazowo, systematycznie lub okresowo, nieodpłatnie informacji i danych statystycznych, dotyczących prowadzonej działalności i jej wyników w formach i terminach oraz według zasad metodologicznych określonych szczegółowo w programie badań statystycznych statystyki publicznej. Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dn. 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 997 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 19 grudnia 2017 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej za rok 2018 (Dz. U. poz. 2471) - dział 1.29 Zdrowie i ochrona zdrowia (termin do 2019-03-29). Na każdy rok kalendarzowy Rada Ministrów, na podstawie art. 18 ww. ustawy, ustala w drodze rozporządzenia program badań statystycznych statystyki publicznej. Zgodnie z zapisem w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2018, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na 2018 r. (Dz. U. poz. 2471), jednostki POZ są zobowiązane do zdania sprawozdania ZD-3 za rok 2018 (termin do 2019-01-28). Ponadto podmioty lecznicze zobowiązane są do wypełnienia formularzy sprawozdawczych (o symbolu

MZ - CSIOZ), które odnoszą się do prowadzonej działalności leczniczej, zgodnej z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Dane dotyczące liczby podmiotów oraz udzielonych świadczeń gromadzone są przez Główny Urząd Statystyczny (formularz ZD-3), Ministerstwo Zdrowia (formularz MZ-11, formularz MZ-54) oraz NFZ (miesięczne i kwartalne informacje od świadczeniodawców m.in. o podopiecznych, zrealizowanych świadczeniach i wykonanych badaniach diagnostycznych). Na ich podstawie obliczane i publikowane są wskaźniki, dotyczące głównie zasobów (struktury) pozostających w dyspozycji POZ.

Sprawozdawczość przekazywana do Narodowego Funduszu Zdrowia wynika z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 20 czerwca 2008 roku w sprawie zakresu informacji przekazywanych przez świadczeniodawców podmiotom finansującym świadczenia. Określona jest także Zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 17 sierpnia 2017 roku nr 71/2017/DSM w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

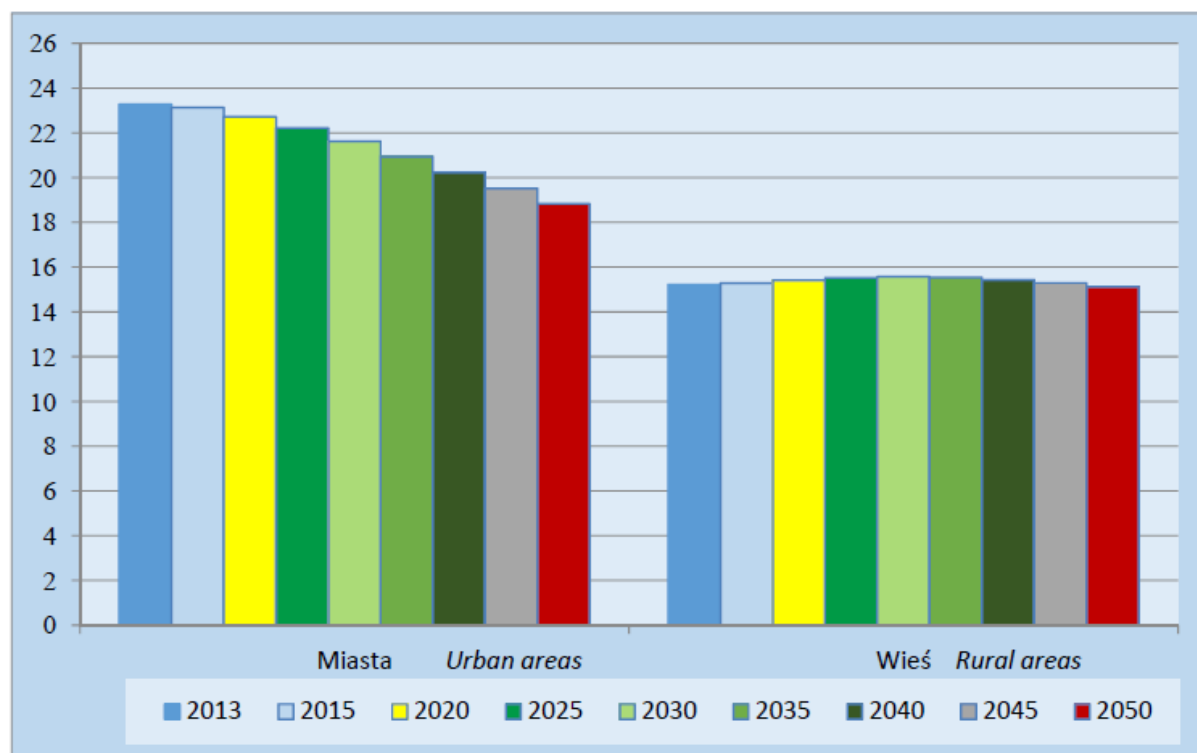
W ramach realizacji umowy POZ, Świadczeniodawcy zobowiązani są do przekazywania:

1. W zakresach świadczeń lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej odpowiednio do przedmiotu umowy: informacji o Świadczeniobiorcach objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, wykazu uczniów w formie list Świadczeniobiorców, zawierającej każdorazowo aktualne informacje o wszystkich Świadczeniobiorcach, których obejmuje opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń w ramach umowy – w terminie do 7. dnia każdego okresu sprawozdawczego;
2. W zakresach świadczeń lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej odpowiednio do przedmiotu umowy: informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy – w terminie do 10. dnia po upływie każdego okresu sprawozdawczego;
3. Informacji o badaniach diagnostycznych wykonanych w ramach świadczeń udzielonych przez lekarzy POZ – w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po upływie każdego półrocza roku kalendarzowego;
4. W zakresach świadczeń lekarza POZ oraz pielęgniarki POZ, odpowiednio do przedmiotu umowy: danych dotyczących liczby świadczeniobiorców na liście, będących podopiecznymi DPS albo placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych, potwierdzanych przynajmniej w styczniu i lipcu każdego roku, w terminach do dnia 7. stycznia i dnia 7. Lipca;
5. W zakresie świadczeń pielęgniarki szkolnej: danych dotyczących liczby uczniów na liście potwierdzanych przynajmniej w marcu i październiku, w terminach do dnia 7. marca i dnia 7. października.

1.4 Prognoza demograficzna dla Polski

Główny Urząd Statystyczny w prognozie na lata 2014-2050 wskazuje, że liczba ludności Polski będzie systematycznie się zmniejszać. Ubytek, w stosunku do 2013 roku wyniesie, w końcu horyzontu prognozy, 4 545 tys. osób, w tym aż 98% przewidywanego spadku wielkości populacji będzie dotyczyło mieszkańców miast. Od 2020 r. do 2050 r., liczba ludności zmniejszy się o ok. 4 187 tys. osób. Po roku 2035, każde pięciolecie prognozowanego okresu zaznaczy się spadkiem liczebności populacji o ponad 800 tys. W roku 2050, ludność Polski osiągnie 33 951 tys., co stanowić będzie 89% prognozowanego stanu z 2020 r. Biorąc pod uwagę podział na obszary miejskie i wiejskie, można zaobserwować istotne różnice w przebiegu procesów demograficznych.

Rys. 1.1 Prognoza ludności miast i wsi do 2050 r. (w mln).



Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

Na terenach wiejskich, będzie można zaobserwować systematyczny, choć powolny wzrost liczby ludności do roku 2030. W okresie tym, liczebność populacji zwiększy się o 343 tys. w stosunku do 2013 r. i osiągnie poziom 15,6 mln (wzrost o 145,5 tys. względem roku 2020). Od 2031 r. będzie następował stopniowy ubytek liczby ludności, jednak dopiero w 2048 r. liczba ludności zamieszkałej na obszarach wiejskich będzie kształtowała się nieco poniżej stanu notowanego w końcu 2013 r., czyli 15,2 mln. Konsekwencją opisanych zmian będzie zmniejszenie – w prognozowanym okresie – udziału ludności miast w populacji ogółem z 60,5% w 2013 r. do 55,5% w 2050 r.

Tab. 1.1. Stany ludności, przyrosty/ubytki i zmiany stanów w latach 2013-2050.*

Wyszczególnienie	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ludność na 31 XII (w tys.)										
Ogółem	38495,7	38461,8	38419	38137,8	37741,5	37185,1	36476,8	35668,2	34817,4	33950,6
Miasta	23271,8	23202,5	23129,5	22716,6	22216,3	21618,4	20945,4	20234,5	19522,2	18825,8
Wieś	15223,9	15259,2	15289,5	15421,2	15525,1	15566,7	15531,4	15433,7	15295,2	15124,8
Zmiana w stosunku do okresu poprzedniego w %										
Ogółem	x	-0,1	-0,1	-0,7	-1,0	-1,5	-1,9	-2,2	-2,4	-2,5
Miasta	x	-0,3	-0,3	-1,8	-2,2	-2,7	-3,1	-3,4	-3,5	-3,6
Wieś	x	0,2	0,2	0,9	0,7	0,3	-0,2	-0,6	-0,9	-1,1
Przyrost/ubytok ludności w stosunku do okresu poprzedniego (w tys.)										
Ogółem	x	-33,9	-42,7	-281,2	-396,3	-556,4	-708,3	-808,6	-850,9	-866,8
Miasta	x	-69,3	-73	-412,9	-500,3	-598	-673	-710,9	-712,3	-696,4
Wieś	x	35,3	30,3	131,7	103,9	41,6	-35,3	-97,7	-138,5	-170,4
Zmiany w stosunku do 2013 r. (2013=100)										
Ogółem	100	99,9	99,8	99,1	98	96,6	94,8	92,7	90,4	88,2
Miasta	100	99,7	99,4	97,6	95,5	92,9	90	86,9	83,9	80,9
Wieś	100	100,2	100,4	101,3	102	102,3	102	101,4	100,5	99,3

* Dane rzeczywiste; actual data

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

Biorąc pod uwagę prognozę liczby ludności w poszczególnych województwach, będzie można zaobserwować okresowy wzrost liczby ludności w województwach: małopolskim, mazowieckim, pomorskim i wielkopolskim. W województwie małopolskim liczba mieszkańców będzie wzrastała do roku 2026, w województwie pomorskim do roku 2027, podczas gdy w województwie mazowieckim do roku 2028. Najszybciej, bo w roku 2023 tendencja wzrostowa zakończy się w województwie wielkopolskim.

Po okresie wzrostu we wszystkich województwach wystąpi spadek liczebności populacji, choć w wymienionych regionach liczba ludności nadal będzie wyższa niż w roku wejściowym (do 2039 r. w województwie małopolskim, do 2042 r. w województwie pomorskim i do 2030 r. w województwie wielkopolskim). W pozostałych województwach przewiduje się stały systematyczny spadek liczby ludności, w całym okresie objętym prognozą. Można zaobserwować dwa scenariusze przebiegu zmian – niewielkie ubytki (do 1,5% w stosunku do 2013 r.) w pierwszych latach prognozowanego okresu i znacznie większe po 2020 r. (m.in. województwa: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie, podkarpackie, warmińsko-pomorskie, zachodniopomorskie) lub znaczne ujemne zmiany (powyżej 2,5%) widoczne już w początkowych latach prognozy (województwa: lubelskie, łódzkie, podlaskie, śląskie, świętokrzyskie). O ponad 20% w stosunku do 2013 r. zmniejszy się populacja osób zamieszkałych na terenach województw: lubelskiego, łódzkiego, opolskiego i świętokrzyskiego.

W większym stopniu zmiany te będą dotyczyły mieszkańców miast. Znaczące, o ponad 20%, zmniejszenie liczebności ludności miejskiej przewiduje się w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, podkarpackim, śląskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim. Większe zróżnicowanie w przebiegu zmian prognozowanych stanów ludności będzie obserwowane na obszarach wiejskich. Dwie skrajne

grupy stanowią województwa, w których z jednej strony przewidywany jest systematyczny wzrost liczby ludności zamieszkałej na terenach wiejskich (znaczące zmiany w województwach: małopolskim - o 7,9%, pomorskim - o 20,4% i wielkopolskim o 12,8%) lub z drugiej, odwrotnie - systematyczny ubytek tej populacji (kilkunastoprocentowy spadek przewiduje się w województwach: lubelskim - o 14,7%, warmińsko-mazurskim - o 10,5%, opolskim o 20,0%, podlaskim - o 17,8%, świętokrzyskim - o 13,1%). W pozostałych województwach przewiduje się kilkuprocentowe zmiany w obu kierunkach.

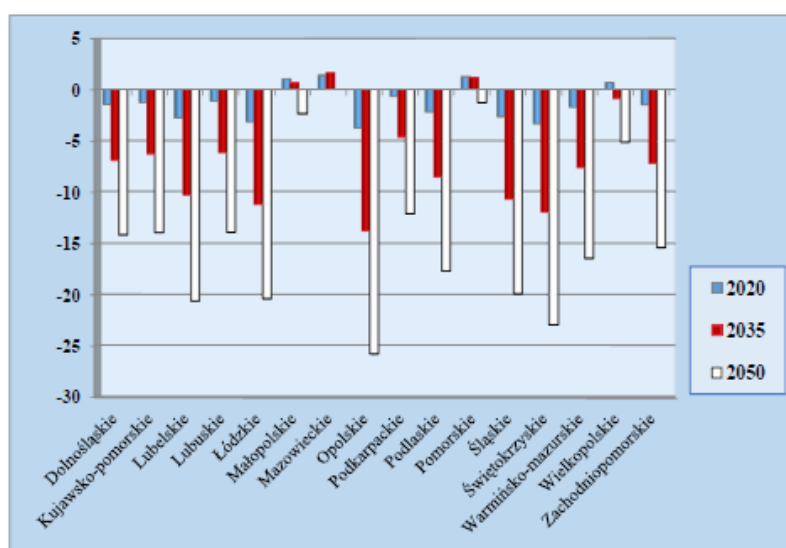
Na obszarach wiejskich województw przez wszystkie lata prognozy przewiduje się systematyczny wzrost udziału osób starszych w strukturze populacji, największy po 2035 r. od 7,3 do 9,3 p. proc. We wcześniejszym okresie, zwłaszcza do 2020 r. zmiany nie przekroczą 4 p. proc., a w większości województw będą nawet poniżej 3 p. proc. W 2050 r. w porównaniu z rokiem wyjściowym (2013 r.) przyrost odsetka ludności powyżej 64 roku życia na wsi będzie zawierał się w przedziale od 15,5 p. proc. (łódzkie), poprzez 16,7 p. proc. (lubelskie) do 19,8 p. proc. (opolskie).

Tab. 1.2. Zmiany stanów ludności w latach 2013-2050 (w tys.) z podziałem na województwa.

Wyszczególnienie	2013-2014	2014-2015	2015-2020	2020-2025	2025-2030	2030-2035	2035-2040	2040-2045	2045-2050	2013-2050
Polska <i>Poland</i>	-33,9	-42,7	-281,2	-396,3	-556,4	-708,3	-808,6	-850,9	-866,8	-4545,1
Dolnośląskie	-5,0	-5,7	-32,8	-40,6	-52,5	-64,3	-71,2	-72,3	-70,2	-414,6
Kujawsko-pomorskie	-3,1	-3,5	-20,6	-26,4	-35,1	-44,2	-50,9	-54,3	-55,5	-293,6
Lubelskie	-8,1	-8,3	-43,3	-46,7	-54,0	-62,9	-70,4	-74,9	-77,0	-445,6
Lubuskie	-1,1	-1,4	-9,2	-12,8	-17,3	-21,8	-25,2	-26,8	-27,2	-142,8
Łódzkie	-10,7	-11,1	-57,2	-60,4	-67,3	-74,7	-78,6	-78,1	-75,8	-514,0
Małopolskie	6,8	5,9	22,7	11,4	-4,3	-19,2	-29,3	-35,3	-39,9	-81,2
Mazowieckie	12,8	11,5	47,2	27,7	2,3	-17,4	-26,2	-27,1	-28,8	1,9
Opolskie	-4,8	-5,1	-27,9	-30,8	-33,8	-36,9	-39,3	-40,6	-40,7	-259,8
Podkarpackie	-0,9	-1,5	-12,3	-19,0	-27,9	-38,1	-47,2	-53,8	-58,3	-259,0
Podlaskie	-3,5	-3,7	-19,6	-21,4	-25,0	-29,4	-33,7	-37,1	-39,4	-212,6
Pomorskie	5,0	4,5	18,8	10,7	-0,8	-10,5	-16,7	-19,7	-21,4	-30,1
Śląskie	-14,6	-15,9	-91,3	-107,9	-124,6	-137,3	-143,3	-143,1	-140,8	-918,8
Świętokrzyskie	-5,7	-5,9	-30,7	-32,5	-36,1	-40,8	-45,0	-47,2	-47,5	-291,3
Warmińsko-mazurskie	-3,2	-3,5	-19,1	-22,5	-28,0	-34,3	-39,9	-43,4	-45,0	-239,0
Wielkopolskie	5,0	4,2	14,1	0,0	-19,5	-36,2	-45,7	-49,4	-51,7	-179,1
Zachodniopomorskie	-2,9	-3,3	-20,2	-25,3	-32,4	-40,2	-45,8	-47,9	-47,6	-265,5

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

Rys. 1.2. Zmiany stanów ludności województw w porównaniu do 2013 r. (w %).



Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

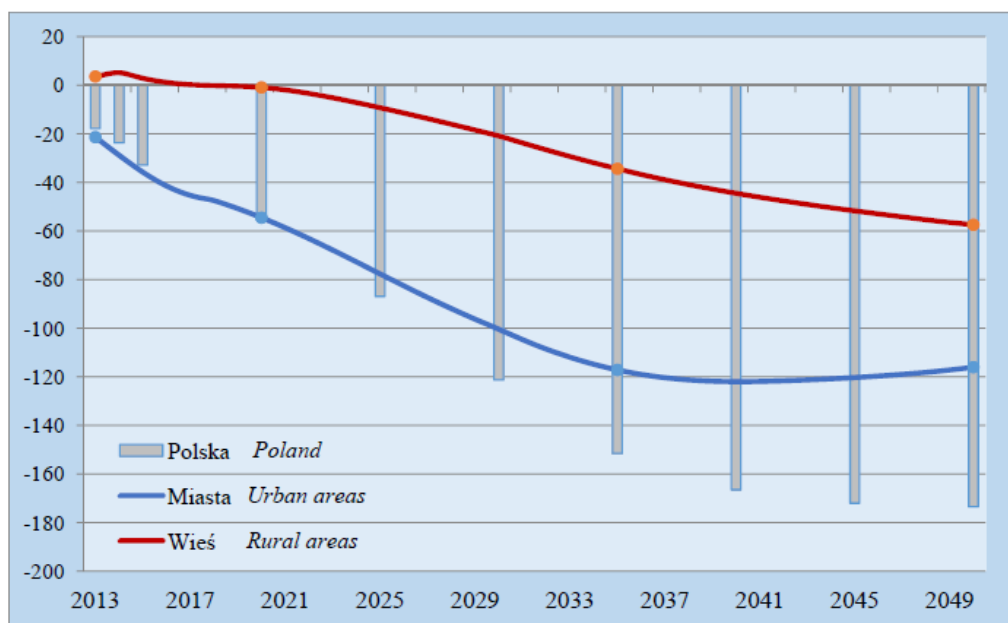
Rys. 1.3. Prognozowane zmiany stanów ludności w latach 2020-2030 (w tys.).



Opracowanie własne na podstawie: Prognoza ludności na lata 2014-2050 Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

Ubytki populacji w latach 2014-2050, wynikać będą głównie z prognozowanych zmian w intensywności urodzeń, zgonów oraz migracji ludności. Prognoza wskazuje na utrzymywanie się ujemnego przyrostu naturalnego do roku 2050 (z wyłączeniem początku prognozy). Po roku 2018, zarówno w miastach jak i na wsi będzie można zaobserwować pogłębiający się ujemny przyrost naturalny. Finalnie, w roku 2050, nadwyżka zgonów nad urodzeniami przekroczy 173 tys. Na terenach wiejskich, nadwyżka zgonów nad urodzeniami będzie stopniowo wzrastała do wartości -57, 4 tys. w 2050 r., a poziom ten będzie ponad dwukrotnie mniejszy niż w miastach.

Rys. 1.4. Przyrost naturalny ludności (w tys.) w latach 2013-2050.



^a 2013 r. – dane rzeczywiste; 2013 - actual data

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

Z uwagi na gwałtownie postępujący proces starzenia się społeczeństwa (m.in. wzrost udziału osób w wieku zaawansowanym), przewiduje się, że liczba zgonów będzie rosła stopniowo do 2043 r., natomiast później nastąpi niewielki jej spadek. W 2050 roku liczba zgonów wyniesie 428,3 tys., a więc o blisko 41 tys. więcej, niż w 2013 r. Według prognozy GUS, do roku 2030 tempo przyrostu liczby zgonów w miastach będzie nieco większe niż na wsi. Po tym okresie, tendencja ta ulegnie odwróceniu.

Tab. 1.3. Prognozowana liczba zgonów według wybranych grup wieku (w tys.).

Wyszczególnienie <i>Specification</i>	Grupa wieku <i>Age Group</i>	2013 ^a	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ogółem	Ogółem	387,3	384,1	386,8	394,7	397,7	406,2	425,7	440,0	440,9	428,3
<i>Total</i>	0-24 lata	5,1	4,2	4,1	3,4	2,9	2,6	2,2	1,9	1,6	1,3
	25-64	104,9	97,3	94,6	79,0	63,9	54,3	52,8	48,4	40,8	31,7
	65+	277,4	282,6	288,1	312,3	330,9	349,2	370,7	389,7	398,5	395,2
W odsetkach	Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>In Percentage</i>	0-24 lata	1,3	1,1	1,1	0,9	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3
	25-64	27,1	25,3	24,5	20,0	16,1	13,4	12,4	11,0	9,2	7,4
	65+	71,6	73,6	74,5	79,1	83,2	86,0	87,1	88,6	90,4	92,3
Miasta	Ogółem	235,2	235,2	237,3	244,4	248,1	254,0	264,9	271,1	267,4	254,5
<i>Urban Areas</i>	0-24 lata	2,6	2,2	2,1	1,7	1,5	1,3	1,1	1,0	0,8	0,7
	25-64	65,8	60,5	58,4	46,9	37,0	31,3	30,5	27,7	22,8	17,1
	65+	166,8	172,5	176,7	195,7	209,6	221,3	233,4	242,4	243,8	236,7
Wieś	Ogółem	148,9	148,9	149,5	150,3	149,7	152,2	160,8	168,9	173,5	173,8
<i>Rural Areas</i>	0-24 lata	2,5	2,0	2,0	1,7	1,5	1,3	1,1	1,0	0,8	0,7
	25-64	39,1	36,8	36,2	32,1	26,9	23,0	22,3	20,7	18,0	14,6
	65+	110,6	110,1	111,4	116,6	121,3	127,9	137,3	147,3	154,7	158,5

^a dane rzeczywiste; *actual data*

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

Rezultatem zmian w umieralności i przewidywanego wydłużania się okresu przeciętnego trwania życia, liczba zgonów osób młodych oraz osób w wieku średnim (tj. poniżej 65 r.ż., tzw. zgonów przedwczesnych), w roku 2050, w porównaniu z rokiem 2013 zmniejszy się ponad trzykrotnie (ze 110 tys. do 33 tys.). Udział zgonów osób w wieku starszym, (65 lat i więcej) zwiększy się w całym prognozowanym okresie o 20,7 p. proc. Odsetek osób zmarłych w tym wieku w roku 2013 wynosił nieco ponad 71,6% (277 tys. zgonów), natomiast w roku 2050 przekroczy 92,3% (395 tys. zgonów).

W roku 2013 różnica między przeciętnym trwaniem życia mężczyzn i kobiet w Polsce wynosiła ok. 8,3 lat. Według prognoz, do roku 2050 - nadumieralność mężczyzn powinna zmniejszyć się dość znacznie. Tempo przyrostu przeciętnego trwania życia kobiet ulegnie natomiast spowolnieniu i w okresie od 2014 do 2050 wyniesie 6,4 roku.

Według Eurostatu, mediana wieku (wiek środkowy) dla całej Unii Europejskiej wynosił w roku 2015- 42,4 lat. Polska, na tle pozostałych krajów członkowskich, jest krajem stosunkowo młodym (najmłodsza ludność Irlandii, dla której wiek środkowy wynosił 36,4 lat, najstarsza - populacja Niemiec - 45,1 lat). W 2015 r. wartość tego współczynnika dla Polski wynosiła 39,6 lat. Cypr i Polska są jedynymi państwami członkowskimi Unii Europejskiej, w których przewidywana mediana wieku wzrośnie, w latach 2015- 20150, o więcej niż 10 lat (wzrost o odpowiednio 15,6 lat i 10,8 lat).

Tab. 1.4. Mediana wieku ludności w UE w latach 2015-2080.

Państwo/lata	2015	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080
Unia Europejska	42,4	43,5	45,4	46,6	46,7	46,8	46,7	46,6
Austria	43,0	43,2	44,1	46,1	47,5	47,8	48,3	48,8
Belgia	41,5	41,7	42,4	43,3	43,5	44,1	44,6	45,0
Bulgaria	43,4	44,8	47,9	50,5	50,1	49,4	49,5	48,6
Chorwacja	42,8	43,9	46,2	47,8	48,8	49,3	49,8	49,8
Cypr	37,0	39,0	43,0	47,1	49,8	50,9	52,0	52,6
Czechy	41,1	43,1	46,1	48,0	46,7	47,0	47,3	46,2
Dania	41,5	41,8	41,6	43,2	44,7	45,5	45,9	47,0
Estonia	41,5	42,5	44,7	47,4	46,7	47,4	47,9	47,4
Finlandia	42,4	42,9	44,3	45,5	45,8	46,6	47,3	47,7
Francja	41,0	41,6	42,4	42,3	42,7	42,9	43,1	43,8
Grecja	43,4	45,6	49,9	52,7	52,3	52,1	52,1	50,4
Hiszpania	42,3	44,7	48,7	48,8	46,5	45,6	43,7	43,0
Holandia	42,2	42,7	42,8	43,6	44,7	44,8	45,1	46,0
Irlandia	36,4	38,2	41,3	41,8	41,7	43,2	43,4	42,7
Litwa	42,7	44,5	47,6	51,0	51,8	47,6	48,3	47,7
Luxemburg	39,3	39,8	41,3	43,3	44,8	45,6	46,1	46,6
Łotwa	42,7	44,0	46,9	50,6	49,3	47,0	48,1	46,5
Malta	41,0	42,0	44,1	46,4	47,4	47,2	47,6	47,6
Niemcy	45,9	46,0	46,6	48,4	49,3	48,4	48,6	49,0
Norwegia	39,1	39,7	41,2	42,9	43,9	44,7	45,3	45,9
Polska	39,6	41,4	45,7	49,4	50,7	50,5	51,1	50,4
Portugalia	43,5	45,7	49,8	51,6	52,4	53,4	53,4	52,4
Rumunia	41,0	42,9	46,3	48,8	48,3	47,8	47,0	46,3
Słowacja	39,0	41,1	45,0	48,2	49,0	48,9	49,2	48,4
Słowenia	42,8	44,3	47,5	49,1	47,7	47,3	47,1	45,8
Szwecja	40,9	40,7	40,9	41,9	41,8	42,4	43,0	43,2
Węgry	41,6	43,4	45,7	47,0	47,3	47,2	47,1	47,1
Wielka Brytania	40,0	40,1	41,1	42,5	43,1	44,0	44,7	45,2
Włochy	45,1	47,0	50,2	51,2	51,4	51,6	51,3	50,6

Źródło: Starzenie się ludności w Unii Europejskiej – stan obecny i prognoza. Opracowania tematyczne OT-662. Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji. Warszawa 2018. Dane z Eurostatu.

Główny Urząd Statystyczny przewiduje, że w 2020 roku wartość tego wskaźnika dla Polski będzie wynosiła 40,3 lat dla mężczyzn i 43,6 dla kobiet. Natomiast w roku 2035, wiek środkowy wzrośnie do 46,7 lat dla mężczyzn i do 50,4 lat dla kobiet, co oznacza w skali kraju wzrost, o odpowiednio 6,4 i 6,8 lat.

Tab. 1.5. Mediana wieku ludności Polski.

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem			
2013	39,1	37,4	40,9
2020	41,9	40,3	43,6
2035	48,6	46,7	50,4
2050	52,5	50,1	54,8
Miasta			
2013	40,2	38,2	42,6
2020	43,1	41,2	45,1
2035	50,1	47,9	52,0
2050	54,0	51,1	56,6
Wieś			
2013	37,3	36,3	38,4
2020	40,0	39,0	41,2
2035	46,5	45,2	47,9
2050	50,8	49,0	52,6

^a dane rzeczywiste; *actual data*

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

W roku 2050, średnia wieku mężczyzn zamieszkałych w mieście przekroczy 51 lat, natomiast średnia wieku mieszanek miast 56 lat. O kilka lat młodsza będzie populacja zamieszkująca wieś; średnia wieku mężczyzn osiągnie 49 lat, natomiast średnia wieku kobiet 52,6 lat. W końcowym horyzoncie prognozy, różnica w średniej wieku mężczyzn zamieszkujących w miastach w stosunku do mężczyzn zamieszkujących na wsiach będzie się wahała od 1,2 roku (województwo lubuskie) do 4,6 lat (województwo wielkopolskie).

Wyniki prognozy wykazują jednoznacznie, że do roku 2050 wystąpi znaczne zmniejszenie liczby dzieci (0-14 lat) i osób w wieku 15-64 lat, oraz wzrost liczby osób starszych (65 lat i więcej).

W miastach, w latach 2020-2040 liczba dzieci zmniejszy się o 98,4 tys., natomiast pomiędzy rokiem 2040 a 2050, kierunek zmian ulegnie odwróceniu i liczba dzieci w populacji miejskiej wzrośnie o 99,3 tys. W liczbach bezwzględnych w ciągu lat objętych prognozą, w porównaniu do bazowego 2013 roku, w 2050 będzie mniej dzieci w Polsce o 1486 tys.

Tab. 1.6. Zmiany stanów ludności według biologicznych grup wieku w latach 2013-2050 (w tys.).

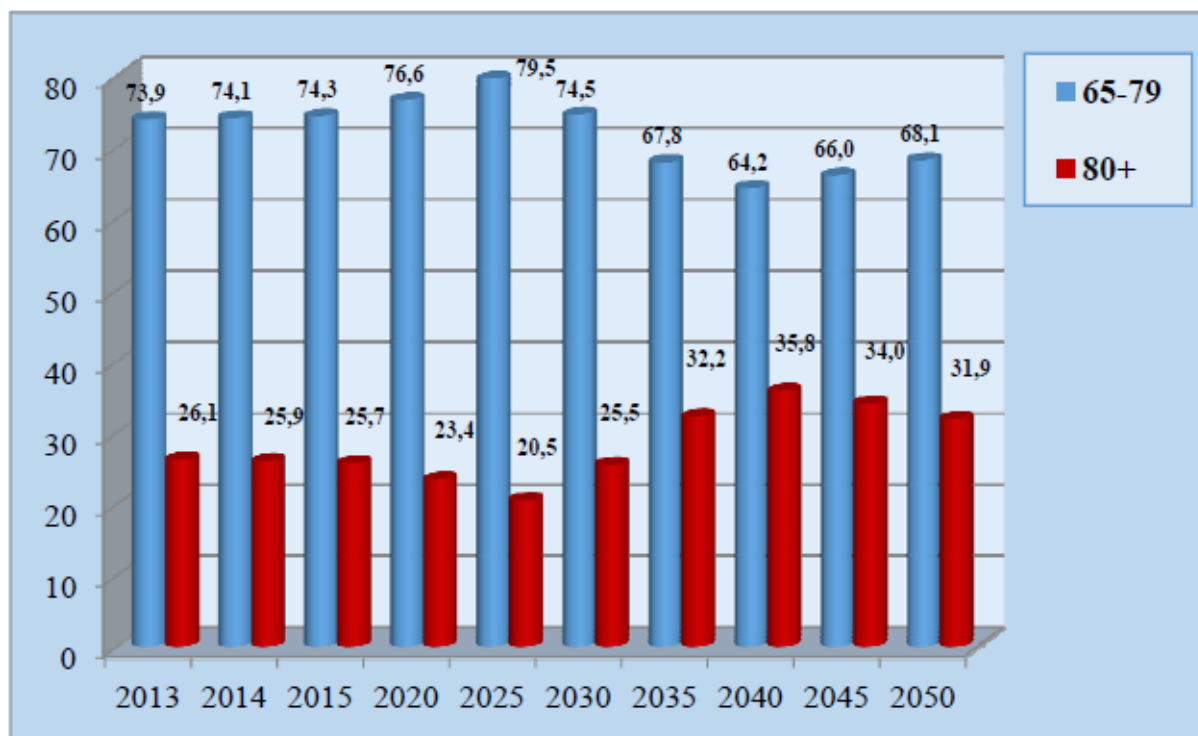
Wyszczególnienie	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2013=100
POLSKA Ogółem	-33,9	-42,7	-281,2	-396,3	-556,4	-708,3	-808,6	-850,9	-866,8	88,2
0-14	-20	-23	-69,5	-431,7	-371,6	-319,4	-234,7	-103,9	-77,2	71,4
15-64	-206,5	-225,3	-1334,7	-959,9	-642,3	-659,3	-1086,5	-1518,9	-1685,6	69,2
65+	192,5	205,5	1123	995,3	457,5	270,4	512,6	772	896	195,6
MIASTA	-69,3	-73	-412,9	-500,3	-598	-673	-710,9	-712,3	-696,4	80,9
0-14	-4,6	-8,6	-39,3	-283,2	-254	-205,3	-137,7	-51,3	-38,4	68,4
15-64	-208	-214,1	-1156,2	-810,2	-509,3	-494,6	-760,4	-1044	-1116,9	61,5
65+	143,4	149,7	782,5	593,2	165,3	26,9	187,3	383	458,9	179,3
WIEŚ	35,3	30,3	131,7	103,9	41,6	-35,3	-97,7	-138,5	-170,4	99,4
0-14	-15,4	-14,3	-30,2	-148,5	-117,6	-114,1	-97	-52,5	-38,8	75,2
15-64	1,6	-11,3	-178,6	-149,7	-133	-164,7	-326	-475	-568,7	81,2
65+	49,2	55,9	340,5	402,1	292,2	243,6	325,3	389	437,1	224,9

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

Do roku 2025 będzie można odnotować wzrost udziału subpopulacji 65-79 lat. Tę grupę zasilały będą osoby urodzone w latach 1949-1965, a jednocześnie zanotuje się ubytek osób starszych w wieku 80 lat i więcej.

Po 2025 r. zauważalnym będzie wzrost odsetka osiemdziesięciolatek i osób starszych. Stanie się tak z uwagi na fakt, że wiek ten osiągną osoby urodzone w 1945 r. i później, a więc wywodzące się z powojennego wzrostu urodzeń. Echo tego wyżu zasili grupę osób w wieku 65 lat i więcej. W 2040 r. osoby ponad osiemdziesięcioletnie będą stanowiły aż 36% zbiorowości osób starszych (65 lat i więcej).

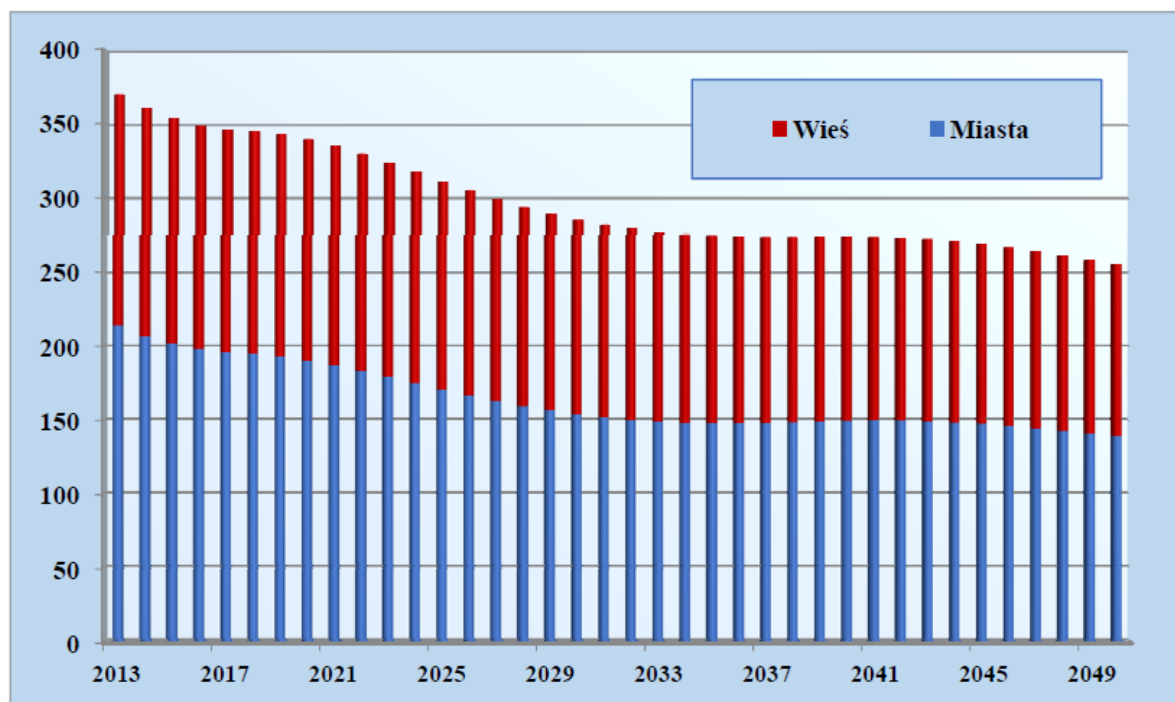
Rys. 1.5. Struktura populacji osób starszych (osoby w wieku 65 lat i więcej = 100%).



Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

Według prognoz GUS, w ciągu najbliższych lat należy spodziewać się systematycznego spadku liczby urodzeń. Jak wskazują wyniki wszystkich czterech scenariuszy, tendencja ta utrzyma się do końca horyzontu prognozy, tj. 2050 roku. Na początku prognozy, urodzenia w miastach stanowiły 58% urodzeń ogółem. Przewiduje się, że do 2050 roku, ich udział zmniejszy się o 3,5 p. proc.

Rys. 1.6. Prognozowana liczba urodzeń (w tys.) w latach 2013-2050.



^a 2013 r. - dane rzeczywiste; 2013 – actual data

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050 Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

Według danych Eurostatu, średni wiek rodzenia dziecka w Polsce jest ciągle jednym z niższych w Europie. W 2016 roku najniższy średni wiek dla pierwszego porodu odnotowano w Bułgarii (26 lat), Rumunii (26,4), Słowacji (27) i w Polsce (27,2). Dla porównania, najwyższy średni wiek (ponad 30 lat) osiągnęły: Włochy (31 lat), Luksemburg (30,5) oraz Grecja (30,3). Można jednak zauważyć, że we wszystkich krajach odnotowuje się systematyczny wzrost tego miernika.

W roku 2030, mężczyźni, przy niezmiennych warunkach wymierania ludności, będą żyli przeciętnie – według wariantu A1 – 78 lata, natomiast kobiety 84,8 lat. Według wariantu A2 – odpowiednio 77,5 i 84,4 lat. Wariant A3 – przewiduje dla mężczyzn 78,3 lat życia, natomiast dla kobiet blisko 84,8 lat.

Tab. 1.7. Przewidywane przeciętne trwanie życia w Polsce do 2050 r.

Rok	A1			A2			A3		
	mężczyźni	kobiety	różnica	mężczyźni	kobiety	różnica	mężczyźni	kobiety	różnica
2013 ^{*)}	73,1	81,1	8,0	73,1	81,1	8,0	73,1	81,1	8,0
2015	73,5	81,5	8,0	73,6	81,5	7,9	73,7	81,6	7,9
2020	74,9	82,5	7,6	75,0	82,6	7,6	75,3	82,7	7,4
2025	76,3	83,6	7,3	76,6	83,8	7,2	77,2	84,0	6,8
2030	78,0	84,8	6,8	77,5	84,4	6,9	78,3	84,8	6,5
2035	79,1	85,6	6,5	78,5	85,2	6,7	79,6	85,7	6,1
2040	80,3	86,5	6,2	79,5	85,9	6,4	80,9	86,7	5,8
2045	81,6	87,4	5,8	80,6	86,7	6,1	82,4	87,8	5,4
2050	83,0	88,4	5,4	81,8	87,6	5,8	84,1	88,9	4,8

^{*)} parametry trwania życia wyznaczone na podstawie danych rzeczywistych

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

Global Health Metrics ("Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories") przewiduje, że Polacy w 2040 roku będą żyli mniej więcej o pięć lat dłużej (z 77,89 lat w 2016 roku do 82,65 lat). W rankingu państw w których mieszkańcy żyją najdłużej, Polska awansuje z 48. lokaty (w 2016 roku) na miejsce 34 w 2040 (dane z: Forecasting paper Life expectancy 2016- 2040).

Według Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju - Polska 2030, wartość docelowa przeciętnego trwania życia w zdrowiu (HLY) w momencie narodzin w roku 2030 wyniesie: 69 lat u mężczyzn i 75 u kobiet. Natomiast oczekiwana wartość docelowa długości życia (LE), będzie oscylować w granicach 78 lat u mężczyzn i 84 u kobiet.

Tab. 1.8. Wybrane wskaźniki demograficzne wg. dokumentu Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju - Polska 2030, Trzecia Fala Nowoczesności.

Obszar strategiczny/cel		Wskaźnik	Wartość 2010		Wartość docelowa 2030	
Konkurencyjność i innowacyjność gospodarki		Wskaźnik „gniazdownictwa”	K: 30,4%	M: 44%	K: 15%	M: 30%
		Wiek wejścia na rynek pracy	22 lata (2007)		21 lat	
		Wskaźnik bierności społecznej młodzieży (NEET) – bierność społeczna młodzieży	20–24: 17,3% (2010)		<10%	
		- wskaźnik NEET dla grupy wiekowej 20-24	25–29: 21,7% (2010)		<15%	
		- wskaźnik NEET dla grupy wiekowej 25-29				
		Umowy na czas określony w grupie wiekowej 15–24 lat	66,1% (IV kw. 2010)		<40%	
Konkurencyjność i innowacyjność gospodarki		Umowy na czas określony w grupie wiekowej 25–49 lat	25,6% (IV kw. 2010)		<20%	
		Bilans migracyjny netto (na podstawie szacunków GUS)	Okolo – 1,5 mln osób		Dodatni bilans migracyjny	
Efektywność i sprawność państwa		Wskaźnik aktywności zawodowej imigrantów	(wartość możliwa do obliczenia po uzyskaniu wyników NSP 2011)		> 75%	
		Wskaźnik efektywności urzędów pracy	61,7%		> 80%	
		Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (<i>Euro Health Consumer Index</i>)	565 (2009)		750	
Konkurencyjność i innowacyjność gospodarki		Wskaźnik deprivacji materialnej	32 (17 dla EU27)		15	
		Przeciętne trwanie życia w zdrowiu (HLY) w momencie narodzin	58,1 (mężczyźni) i 62,1 (kobiety) (2009)		69 (mężczyźni) i 75 (kobiety)	
Konkurencyjność i innowacyjność gospodarki		Oczekiwana długość życia (LE)	72,1 (mężczyźni) i 80,7 (kobiety)		78 (mężczyźni) i 84 (kobiety)	

Źródło: HLY i LE, Monitor Polski – Dziennik urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, dnia 1 marca 2013 r. Poz. 121.

1.5 Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce i na świecie - zakres i podstawy organizacyjno-prawne

Pojęcie podstawowa opieka zdrowotna ewaluuje i rozwija się wraz ze zmianami, zachodzącymi w systemach opieki zdrowotnej na świecie. Centra opieki podstawowej po raz pierwszy wyodrębniono w strukturach systemu opieki zdrowotnej w Anglii w latach 20. ubiegłego stulecia. Znaczenie tej części systemu zaczęło być dostrzegane w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie dopiero w latach 60., jednak powszechne zainteresowanie podstawową opieką zdrowotną (POZ) datuje się od roku 1978, kiedy w Alma-Aty odbyła się konferencja Światowej Organizacji Zdrowia. Będąca jej następstwem Deklaracja z Alma-Aty po raz pierwszy usystematyzowała i podkreśliła znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej. Deklaracja określiła POZ, jako najważniejszy segment ochrony zdrowia i pierwszy szczebel procesu ciągłej opieki zdrowotnej. W jej zapisach można było przeczytać między innymi, że podstawowa opieka zdrowotna jest zasadniczą i integralną częścią systemu ochrony zdrowia, wykonującą ściśle sprecyzowane zadania. Szczególny nacisk położony został na zapewnienie jednostkom, rodzinom i społecznościom lokalnym opieki zdrowotnej w miejscu życia i pracy. Po raz pierwszy mówiono w niej o wykorzystaniu specyficznych i praktycznych metod i technologii o naukowo potwierdzonej skuteczności. Definicja zwróciła także uwagę na

potrzebę dostosowania kształtu i zakresu podstawowej opieki zdrowotnej do poziomu socjoekonomicznego i możliwości finansowych każdego systemu. Od czasu Deklaracji z Ałma-Aty rola i znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej stale rośnie, a wysiłki większości rozwiniętych krajów świata zmierzają do jej rozwoju. Zasadniczą wartością podstawowej opieki zdrowotnej wynika z faktu, że dobrze zorganizowana i sprawna jest w stanie odpowiedzieć na zdecydowaną większość, bo nawet 80%, potrzeb zdrowotnych, przy wykorzystaniu stosunkowo niewielkich środków. Docenienie roli podstawowej opieki zdrowotnej było pokłosiem analiz, określających wpływ poszczególnych czynników na stan zdrowia społeczeństw. W roku 1974 Marc Lalonde, ówczesny minister zdrowia Kanady, przedstawił koncepcję obszarów (pól) zdrowia. Koncepcja ta wyróżniała cztery kategorie czynników wpływających na stan zdrowia społeczeństwa: biologię i genetykę, zachowania zdrowotne i styl życia, środowisko (do którego zaliczono czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne) oraz organizację systemu ochrony zdrowia, i szacowała procentowy wpływ każdego z tych czynników na stan zdrowia. Ustalono, że czynnikiem najbardziej, bo aż w 50%, determinującym stan zdrowia społeczeństwa jest styl jego życia. Wpływ innych czynników oszacowano następująco: za stan zdrowia w 20% odpowiadają czynniki biologiczne (genetyczne), w 20% czynniki środowiskowe, a jedynie w 10% organizacja systemu ochrony zdrowia. Z rozważań tych wynikały oczywiste kierunki działań, które należało podejmować aby poprawić stan zdrowia społeczeństw, a więc propagowanie prozdrowotnego stylu życia i tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu. Zadaniom tym mogła sprostać jedynie dobrze zorganizowana i sprawnie działająca podstawowa opieka zdrowotna. Dalsze prace i badania nad istotą podstawowej opieki zdrowotnej przyniosły nowe perspektywy. Szczególny nacisk został położony na ciągłość i wszechstronność opieki, a także na jej dostępność w sensie finansowym, kulturowym i geograficznym. W nowym podejściu do określania zadań podstawowej opieki zdrowotnej sfera biomedyczna została uzupełniona o perspektywę emocjonalną i psychospołeczną. Tylko takie kompleksowe podejście mogło rozwiązać większość problemów, z którymi do systemu opieki zdrowotnej zgłaszał się pacjent. W nowym podejściu do opieki medycznej podkreślano stale rosnącą rolę pacjenta. Pacjent przestał być wyłącznie izolowaną jednostką, zaczął być postrzegany jako członek specyficznej rodziny i społeczności lokalnej, posiadającej odrębne, czasami swoiste uwarunkowania społeczne, ekonomiczne, kulturowe, czy religijne. Ich uwzględnienie stało się warunkiem koniecznym do zaspokajania większości potrzeb osób szukających pomocy w strukturach systemu. Całkowicie zmieniło się też podejście do spraw jakości w podstawowej opiece zdrowotnej. W tym aspekcie absolutny priorytet uzyskała perspektywa pacjenta, a jednym z zasadniczych kryteriów oceny jakości świadczonych usług stał się poziom satysfakcji pacjenta. Innym niezwykle ważnym miernikiem stał się poziom efektywności wydawanych środków, widziany jako stosunek nakładów do osiągniętych korzyści. Ten ostatni aspekt stał się szczególnie istotny w obliczu stale rosnących kosztów nowych technologii medycznych, starzenia się społeczeństw i rosnącej świadomości ograniczeń finansowych, jakie stanęły przed wszystkimi, nawet najbogatszymi systemami ochrony zdrowia. W swoim klasycznym już badaniu, Barbara Starfield udowodniła ponad wszelką wątpliwość, że jakość całego systemu ochrony zdrowia

zdecydowanie bardziej zależy od stopnia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej niż od wielkości ogólnych nakładów na system ochrony zdrowia. Studium to pokazało, że kraje z dobrze rozwiniętą opieką podstawową (np. Holandia, Kanada, Dania), przy relatywnie niższych nakładach na ochronę zdrowia, uzyskują lepsze wskaźniki zdrowotne, mierzone między innymi śmiertelnością noworodków czy oczekiwaną długością życia, oraz wyższe wskaźniki satysfakcji społecznej, niż kraje o szczególnie wysokich nakładach na opiekę medyczną (np. Stany Zjednoczone).

Mimo docenienia roli podstawowej opieki zdrowotnej i wzrostu jej znaczenia w wielu krajach, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że nadal bardzo duży odsetek światowej populacji jest całkowicie pozbawiony do niej dostępu, a w licznych krajach poziom tego segmentu usług medycznych, na skutek zaniedbań, stoi na rażąco niskim poziomie. Ponad 1,6 miliarda ludzi (22% globalnej populacji) żyje w miejscach, w których przedłużające się kryzysy (jak susze, głód, konflikty i przesiedlenia ludności) oraz słabe usługi zdrowotne sprawiają, że nie mają oni dostępu do podstawowej opieki medycznej. Jednym z głównych kierunków działań WHO w najbliższej dekadzie będzie wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej w tych krajach, tak aby były lepiej przygotowane do wykrywania i reagowania na nadchodzące zagrożenia zdrowotne, w tym epidemie, a także były w stanie świadczyć wysokiej jakości usługi zdrowotne, także szczepienia. W październiku 2018 r. WHO była współgospodarzem globalnej konferencji w Astanie (Kazachstan). Czterdzieści lat po konferencji w Ałma-Acie postanowiono rozpocząć proces uaktualniania zapisów Deklaracji z Ałma-Aty. Podstawą modyfikacji było odniesienie do Celów Zrównoważonego Rozwoju, strategii zaproponowanej przez ONZ i przyjętej przez kraje członkowskie w 2015 roku. W odniesieniu do opieki zdrowotnej ponownie podkreślono rolę podstawowej opieki zdrowotnej oraz istotność zadań przed nią stojących. Zaakcentowano, że podstawowa opieka zdrowotna ma zapewnić powszechny dostęp do opieki zdrowotnej. Cel ten będzie możliwy do osiągnięcia, dzięki odejściu od ukierunkowania systemów opieki zdrowotnej na leczenie konkretnej choroby i przywróceniu podejścia holistycznego, skierowanego na rzeczywiste, kompleksowe potrzeby osoby wymagającej leczenia, uwzględniającego poszanowanie godności i praw jednostki. Podczas Konferencji przyjęto, opracowywany przez blisko rok, tekst Deklaracji z Astany, w którym zobowiązano uczestników konferencji do odnowienia zapisów Deklaracji z Ałma-Aty.

Zadania stojące przed nowoczesną podstawową opieką zdrowotną postawiły i stale stawiają nowe wyzwania przed przedstawicielami profesji medycznych. Najlepiej przygotowany do sprostania tym wyzwaniom jest lekarz praktykujący w lokalnej społeczności. Po raz pierwszy w sposób kompleksowy rolę i zadania lekarza ogólnego określiła w roku 1974 Definicja Leeuwenhorst, wypracowana przez grupę nauczycieli medycyny ogólnej z ośmiu krajów europejskich. Dokument ten kładł podwaliny pod nową specjalność i dyscyplinę medyczną, którą stała się medycyna rodzinna. Termin "lekarz rodzinny" stał się określeniem powszechnie używanym, chociaż w niektórych krajach, ze względów historycznych, do dziś funkcjonują nazwy "lekarz ogólny" (Wielka Brytania, Francja), czy "lekarz domowy" (Holandia). Definicja

Leeuwenhorst po raz kolejny położyła szczególny nacisk na ciągłość i wszechstronność opieki. W odniesieniu do definicji, ciągłość opieki rozumiana była jako opieka osobistego lekarza, tak w stanie zdrowia, jak i choroby, w różnych chorobach, czy powtarzających się epizodach tej samej choroby. Wszechstronność opieki, według definicji, miała podwójne znaczenie. Z jednej strony rozumiana była jako gotowość niesienia pomocy i zajmowania się każdym problemem pacjenta, niezależnie od wieku, płci i rodzaju zgłaszanych dolegliwości, z drugiej, jako podejście obejmujące aspekty, nie tylko biomedyczne, ale także psychospołeczne. Definicja podkreśliła także zapobiegawczy charakter sprawowanej opieki. Szczególny nacisk położyła na rodzinę. Według niej każdy problem winien być rozważany w kontekście rodziny, w której pacjent żyje i z której się wywodzi. Szczególną uwagę zwrócono na uwarunkowania socjalne, ekonomiczne, higieniczne, nawyki oraz zachowania zdrowotne. Kontekst rodzinny uległ także poszerzeniu o kontekst środowiskowy, rozumiany jako uwarunkowania związane z miejscem zamieszkania, nauki i pracy. Uwypukleniu wreszcie uległa rola lekarza rodzinnego jako osoby odpowiedzialnej za funkcjonowanie pacjenta w całym systemie ochrony zdrowia. Na nim spoczywał obowiązek udzielania pacjentowi pomocy w uzyskiwaniu innych świadczeń zdrowotnych, niezbędnych do rozwiązania problemu. Na przestrzeni lat rozumienie zadań medycyny rodzinnej i roli lekarza rodzinnego w systemie uległo dalszemu poszerzeniu. Rosnącym oczekiwaniom i potrzebom zdrowotnym pacjentów coraz trudniej było sprostać w pojedynkę. Coraz większego znaczenia nabierała praca zespołowa. Oczekiwano, że lekarze rodzinni będą ściśle współpracować z przedstawicielami innych profesji medycznych, wśród których, w zależności od rozwiązań systemowych, znajdowali się: fizjoterapeuci, pielęgniarki środowiskowe, pracownicy socjalni, edukatorzy zdrowotni, czy pracownicy administracyjni. W powstających zespołach lekarza rodzinnego, ten ostatni miał odgrywać kluczową rolę i koordynować wysiłki zmierzające do kompleksowego zapewnienia podstawowej opieki zdrowotnej. Kolejnym elementem było tworzenie list pacjentów, rozwiązanie zacieśniające i formalizujące specyficzne relacje lekarz rodzinny- pacjent. Szczęólnego znaczenia nabrała rola lekarza rodzinnego jako "odźwiernego" systemu ochrony zdrowia. Rozwiązanie to, z jednej strony postrzegane było i nadal jest, jako element kontroli i racjonalizacji wykorzystania kosztownych, specjalistycznych procedur medycznych, z drugiej jako ochrona przed ich nadużywaniem, a w konsekwencji przed ich niepożądanymi i szkodliwymi działaniami. Medycyna rodzinna rozwinęła wreszcie własną filozofię zapewniania jakości świadczeń. Siła ciężkości została przeniesiona z nieefektywnej, restrykcyjnej, kosztownej i biurokratycznej kontroli zewnętrznej na mechanizmy kontroli wewnętrznej, sprawowanej przez samych lekarzy i członków ich zespołów. Podstawowego znaczenia nabrał cykl poprawy jakości, w którym systematyczna ocena mierzalnych parametrów prowadzi do budowy realnych planów poprawy jakości opieki. Szczęólna uwaga została poświęcona kwestii wdrażania zasad praktyki medycznej w oparciu o potwierdzone wyniki badań naukowych (EBM - Evidence Based Medicine). Skutecznym i specyficznym dla medycyny rodzinnej, narzędziem stały się grupy rówieśniczo- koleżeńskie, których funkcjonowanie zostało ujęte w formy odpowiadające potrzebom podstawowej opieki zdrowotnej.

Na początku obecnego stulecia Europejski Oddział Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych (WONCA) podjął prace nad zdefiniowaniem uniwersalnych kompetencji lekarzy rodzinnych, które odpowiadałyby wyzwaniom związanym z rozwojem cywilizacji, postępem technologicznym i migracjami ludności. Efektem tych prac była przyjęta w Londynie w roku 2002 Europejska Definicja Medycyny Rodzinnej (aktualizowana w roku 2005 i 2011), która wskazała obszary działania medycyny rodzinnej. Według tej definicji medycyna rodzinna jest akademicką dyscypliną naukową z własnym programem nauczania, badaniami i dowodami naukowymi, a także aktywnością kliniczną ukierunkowaną na podstawową opiekę zdrowotną. Medycyna rodzinna jest miejscem pierwszego i nieograniczonego kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia, bez względu na jego płeć, wiek i zgłaszany problem. Ma za zadanie efektywne wykorzystanie środków przeznaczonych na ochronę zdrowia poprzez koordynację opieki i ścisłą współpracę z innymi specjalistami. Promuje zdrowie i wspiera pacjenta w jego zachowaniu, a także rozwija opiekę zorientowaną nie tylko na osobę pacjenta, ale także na całą rodzinę, a nawet całą społeczność lokalną. Zapewnia opiekę długotrwałą, bazując na unikalnym sposobie konsultacji i komunikacji, sprzyjającym rozwojowi długotrwałych relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Medycyna rodzinna zajmuje się zarówno ostrymi, jak i przewlekłymi chorobami, także stanami wymagającymi pilnej interwencji, a sposób podejmowania decyzji przez lekarza wynika z lokalnych uwarunkowań epidemiologicznych. Jej cechą charakterystyczną jest holistyczne podejście do zgłaszanych przez pacjenta problemów, obejmujące zarówno fizyczny, jak i psychologiczny, społeczny, kulturowy i egzystencjonalny ich wymiar. Nowa definicja medycyny rodzinnej grupuje wymienione cechy w sześć podstawowych kompetencji do których zalicza: sprawowanie opieki podstawowej, ukierunkowanie jej na pacjenta, specyfikę rozwiązywania problemów, wszechstronność, orientację na lokalną społeczność i podejście holistyczne.

Początków zorganizowanej formy podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce można się doszukiwać w dwudziestoleciu międzywojennym. Narastający kryzys gospodarczy spowodował konieczność uchwalenia ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Ustawa z 23 marca 1933 roku powołała Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz ujednoliciła lecznictwo dla osób podlegających ubezpieczeniom opierając je na lekarzach domowych, kompetentnych w wielu dziedzinach medycyny. Powstały rejony lecznicze, a zadania opiekującego się nimi lekarza domowego były bardzo wszechstronne. Mimo podejmowanych wysiłków taką opiekę lekarską udało się zapewnić jedynie kilkunastu procentom mieszkańców Polski. Ubezpieczenia niemal zupełnie nie dotarły na wieś. W roku 1939 uchwalono ustawę, która miała zmienić tę sytuację, ale wybuch II wojny światowej nie pozwolił na wprowadzenie jej w życie. W pierwszych latach po wojnie opieka zdrowotna działała na podobnych zasadach jak w okresie międzywojennym, ale uchwalona dnia 28 października 1948r ustawa o społecznych zakładach służby zdrowia rozpoczęła zmiany, mające upodobnić polski system ochrony zdrowia do modelu obowiązującego w Związku Radzieckim. Lekarzom praktykującym prywatnie zalecono przeniesienie praktyk z mieszkań prywatnych do ośrodków zdrowia, które stały się podstawową jednostką organizacyjną lecznictwa otwartego. W skład ośrodka zdrowia wchodziły trzy przychodnie: ogólna, dla matki i dziecka oraz dla dzieci w wieku przedszkolnym

i szkolnym. W latach 50. dalej rozwijany był państwowy model ochrony zdrowia, aczkolwiek na terenach wiejskich ponownie dopuszczono możliwość zakładania spółdzielczych ośrodków zdrowia. Pomimo szybkiego rozwoju szkolenia podyplomowego lekarzy narastała dysproporcja w wykształceniu pomiędzy lekarzami praktykującymi w miastach a lekarzami praktykującymi w rejonach wiejskich. W roku 1963, z inicjatywy Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie minister zdrowia i opieki społecznej wydał rozporządzenie ustanawiające nową specjalizację medyczną - medycynę ogólną, dedykowaną głównie lekarzom pracującym na terenach wiejskich. W założeniach specjalizacja ta miała ułatwić lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej uzyskanie tytułu specjalisty i w pewnym sensie wyrównać szanse awansu zawodowego lekarzy pracujących w miastach i na wsiach. W ówczesnym systemie organizacyjnym wiązało się to w bezpośredni sposób z zatrudnieniem na konkretnym stanowisku. Lekarz bez specjalizacji zatrudniany był jako młodszy asystent, lekarz posiadający specjalizację I stopnia jako asystent, a lekarz legitymujący się specjalizacją II stopnia, jako starszy asystent. Na każdym z tych stanowisk obowiązywała inna grupa zaszerzegowania w tabeli wynagrodzeń. Program specjalizacji z zakresu medycyny ogólnej w miarę upływu czasu ulegał systematycznej modernizacji. Ostatecznie od roku 1963 do roku 2003 specjalizację z zakresu medycyny ogólnej uzyskało ok. 4 tys. lekarzy z całej Polski, głównie z Lubelszczyzny i ze Śląska. Należy podkreślić, że do końca lat 80. XX wieku lekarz był urzędnikiem, którego pensja płacona przez Państwo nie zależała ani od ilości ani od jakości świadczonych przez niego usług. Taka sytuacja nie sprzyjała pogłębianiu wiedzy i zdobywaniu nowych umiejętności. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej stał się praktycznie dystrybutorem skierowań, a właściwe leczenie odbywało się w poradniach specjalistycznych i oddziałach szpitalnych. Nikt nie kontrolował kosztów, a w systemie narastał chaos. Pomimo istnienia specjalizacji z medycyny ogólnej spadał prestiż lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a na skutek niezależnych od lekarza okoliczności i decyzji administracyjnych, jakość świadczonych przez podstawową opiekę zdrowotną usług pozostawała na niezadawalającym poziomie. Narastający kryzys ekonomiczny i przemiany społeczno-gospodarcze przełomu lat 80. i 90. uświadomiły osobom odpowiedzialnym za kształt ochrony zdrowia w Polsce konieczność przeprowadzenia radykalnych zmian, także w podstawowej opiece zdrowotnej. Kwestę potrzebnych reform rozważano już w trakcie obrad "okrągłego stołu". Konieczność położenia większego nacisku na podstawową opiekę zdrowotną i wzmocnienie roli lekarzy w niej pracujących stała się oczywista. W wyniku międzynarodowych konsultacji, z udziałem ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, Unii Europejskiej i Banku Światowego, zaakceptowana została koncepcja wprowadzenia do Polski instytucji lekarza rodzinnego. W roku 1991 został opracowany dokument zatytułowany Zakres kompetencji lekarza rodzinnego, który stał się podstawą do tworzenia programów szkolenia z zakresu medycyny rodzinnej. W roku 1992 powstała pierwsza profesjonalna organizacja, której celem stał się rozwój medycyny rodzinnej - Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Na przełomie roku 1993 i 1994 ruszyły pierwsze szkolenia z zakresu medycyny rodzinnej, a ich uczestnicy wysyłani byli na staże zagraniczne. Programy pomocowe Unii Europejskiej i Banku Światowego wspierały remonty oraz wyposażanie praktyk uczestników tych szkoleń. Popularność szkoleń

gwałtownie wzrosła po utworzeniu przez ministra zdrowia, w roku 1994, specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej. Pod koniec 1994 roku odbyła się pierwsza sesja egzaminacyjna z zakresu medycyny rodzinnej. Dalszy rozwój medycyny rodzinnej przebiegał w trzech podstawowych kierunkach, na które składały się: rozwój form kształcenia, zmiany organizacyjne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz rozwój organizacji lekarzy rodzinnych. Szkolenie specjalizacyjne z zakresu medycyny rodzinnej od początku przebiegało dwutorowo. Było to szkolenie rezydenckie dla lekarzy kończących studia oraz tzw. "krótka ścieżka" dla lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, ale posiadających inne specjalizacje. Powołano regionalne ośrodki kształcenia lekarzy rodzinnych, które koordynowały proces szkolenia, realizowały obowiązkowe kursy i sprawowały nadzór nad jakością szkolenia. Rocznie do egzaminu z medycyny rodzinnej przystępowało od kilkuset, nawet do tysiąca lekarzy. Do roku 2005 ponad 8 tys. uzyskało stosowane kwalifikacje oraz dyplomy lekarza rodzinnego. Szkolenie rezydenckie, po raz pierwszy wprowadzone w medycynie rodzinnej, oparte na relacji mistrz - uczeń stało się z czasem standardem obowiązującym we wszystkich specjalizacjach medycznych. W miarę upływu czasu rozwinęły się także szkolenia przeddyplomowe w medycynie rodzinnej. We wszystkich uczelniach medycznych powstały katedry, zakłady, czy pracownie zajmujące się tą dziedziną, rosła też liczba godzin przeznaczonych na jej nauczanie. Wielkim osiągnięciem medycyny rodzinnej był rozwój kształcenia ustawicznego. Medycyna rodzinna, jak żadna inna specjalizacja rozwinęła różne jego formy: seminaria, warsztaty szkoleniowe, kursy doskonalące, konferencje naukowe, zjazdy towarzystw naukowych, konferencje organizowane we współpracy z innymi towarzystwami naukowymi, a przede wszystkim szkolenia w małych grupach, prowadzone przez wykształconych tutorów. Z pełnym przekonaniem można powiedzieć, że lekarze rodinni byli i nadal są jedną z najintensywniej szkolących się grup lekarzy. Medycyna rodzinna stała się w pełni tego słowa znaczeniu dyscypliną akademicką. We wszystkich uczelniach medycznych, ale także w praktykach lekarzy rodzinnych prowadzone są badania naukowe. Wielu lekarzy rodzinnych uzyskało stopnie i tytuły naukowe.

Rzeczywisty rozwój medycyny rodzinnej zapoczątkował zmiany systemowe w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zaczęły powstawać pierwsze prywatne praktyki i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Pierwsza w pełni prywatna praktyka lekarza rodzinnego, włączona poprzez kontrakt do publicznego systemu ochrony zdrowia, powstała w roku 1995. Wkrótce powstawały następne, głównie na terenach województw: krakowskiego, zachodniopomorskiego, dolnośląskiego i lubelskiego. Do końca roku 1998 umowy z lekarzami rodzinnymi podpisywali wojewodowie lub jednostki samorządu terytorialnego. Od roku 1999, na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym rozpoczęło działalność 16 regionalnych i jedna branżowa kasa chorych. W ten sposób powstało 17 różnych systemów kontraktowania usług w podstawowej opiece zdrowotnej. Działalność niektórych kas sprzyjała rozwojowi medycyny rodzinnej. Tak działo się na przykład w województwie lubelskim i zachodniopomorskim, gdzie wyższe stawki kapitałowe dla lekarzy posiadających specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej sprzyjały rozwojowi tej specjalizacji. W wielu regionach kraju powstawały niepubliczne zakłady opieki

zdrowotnej, czemu niejednokrotnie sprzyjały władze samorządowe i płatnicy. Prywatyzacja podstawowej opieki zdrowotnej spowodowała znaczną poprawę standardów opieki nad pacjentem. Nowe praktyki różniły się znacząco od starych struktur, przede wszystkim standardem wyposażenia, organizacją pracy, lepszą dostępnością świadczeń, ale także lepszym wykorzystaniem środków. Badania satysfakcji pacjentów wykazały powszechną akceptację dla zachodzących zmian, a rozwiązania organizacyjne, wprowadzone w podstawowej opiece zdrowotnej, stały się wzorem dla innych, przede wszystkim dla ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego.

Niemal we wszystkich opisywanych przemianach niebagatelny udział odegrało Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, którego istotnym obszarem zainteresowań stała się także działalność międzynarodowa. Wyrazem tej działalności było uzyskanie pełnego uczestnictwa w Światowej Organizacji Kolegiów, Towarzystw Naukowych i Akademii Medycyny Rodzinnej (WONCA), zwanej potocznie Światową Organizacją Lekarzy Rodzinnych. Kolegium delegowało też swoich przedstawicieli do prac w organizacjach sieciowych WONCA zajmujących się edukacją (EURACT), jakością opieki (EQUIP), badaniami naukowymi (EGPRN) oraz prewencją i promocją zdrowia (EUROPREV). Do chwili obecnej Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce było organizatorem dwóch konferencji WONCA EUROPE, w Warszawie i Krakowie. Członkowie Kolegium byli także inicjatorami powstania Związku Lekarzy Rodzinnych Pracodawców, a także Porozumienia Zielonogórskiego, które od roku 2004 przejęło zadania Kolegium w negocjacjach z Narodowym Funduszem Zdrowia. W roku 1999 powstała kolejna organizacja zrzeszająca lekarzy rodzinnych, głównie z terenów zachodniej Polski - Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, którego zakres i cele działania są podobne do tych realizowanych przez Kolegium lekarzy Rodzinnych w Polsce.

W chwili obecnej od momentu powstania medycyny rodzinnej w Polsce minęło już ponad 25 lat. O ile w ciągu pierwszych lat rozwój medycyny rodzinnej przebiegał harmonijnie, to jednak w późniejszym okresie napotykał na liczne przeszkody, głównie o charakterze politycznym. Po powołaniu Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2004 doszło do istotnego ograniczenia roli lekarza rodzinnego. Zakres kompetencji lekarzy rodzinnych został znacznie ograniczony poprzez zapewnienie wolnego dostępu do wielu specjalistów, bez konieczności skierowania. Zaowocowało to wzrostem kosztów oraz wydłużeniem się kolejek pacjentów oczekujących na konsultacje. Kolejne niekorzystne zmiany dotyczyły systemu kształcenia lekarzy rodzinnych. Zlikwidowano regionalne ośrodki kształcenia, które były odpowiedzialne za przekazywanie misji medycyny rodzinnej i stały poprawę edukacji. Zrezygnowano z obowiązku uzupełniania specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej przez pracujących w POZ internistów i pediatrów. Następował gwałtowny wzrost obciążeń biurokratycznych. Powyższe zmiany wpłynęły w sposób znaczący na obniżenie prestiżu podstawowej opieki zdrowotnej i obniżenie motywacji młodych lekarzy i pielęgniarek do podejmowania decyzji o specjalizowaniu się w zakresie medycyny rodzinnej. Proponowane arbitralnie przez kolejnych ministrów zdrowia rozwiązania dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej budziły powszechny sprzeciw, były

przyczyną licznych akcji strajkowych, w które zaangażowanych była znaczna część środowiska lekarzy rodzinnych.

Dnia 27 października 2017 r. uchwalona została Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej, która ma szansę stać się nowym impulsem w rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Założeniem ustawy była poprawa dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej oraz skrócenie czasu oczekiwania na konsultacje specjalistyczne. Zgodnie z projektem koordynatorem opieki nad pacjentem jest lekarz POZ, współpracujący z pielęgniarką i położną, a także z lekarzami innych specjalności, którzy opiekują się pacjentem np. podczas jego pobytu w szpitalu. Ministerstwo zdrowia wskazało, że celem projektowanych zmian są: lepsza opieka skoncentrowana na pacjencie, zwiększenie roli profilaktyki i edukacji zdrowotnej; optymalizacja procesu leczenia poprzez poprawę organizacji i funkcjonowania POZ; zwiększenie efektywności POZ i skoordynowanie działań na różnych poziomach opieki zdrowotnej oraz zapewnienie ciągłości leczenia i wewnętrznego nadzoru nad jakością świadczeń w POZ. Podstawą finansowania POZ będzie nadal stawka kapitacyjna. Obok niej pojawią się: budżet powierzony (środki przeznaczone na zapewnienie opieki koordynowanej), opłata zadaniowa (dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej) oraz dodatek motywacyjny za wynik leczenia i jakość opieki. Ustawa w nowy sposób definiuje uprawnienia lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej oraz zakłada stworzenie instytutu naukowego, którego zadania będą skoncentrowane na podstawowej opiece zdrowotnej.

Sprawdzenie założeń ustawy, dotyczących przede wszystkim opieki skoordynowanej, ma nastąpić w ramach programu pilotażowego POZ PLUS do końca roku 2019. Założeniem modelu jest skoncentrowanie działań zespołu profesjonalistów medycznych na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjentów objętych opieką lekarza POZ oraz ich realizacja w sposób kompleksowy, planowany, ciągły i zintegrowany. Istotą opieki koordynowanej wdrażanej w ramach modelu POZ PLUS jest prowadzenie przez świadczeniodawcę aktywnej opieki nad pacjentem w zdrowiu i chorobie. Pacjent staje się aktywnym partnerem we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących postępowania w zdrowiu i chorobie, w oparciu o wypracowany razem z nim indywidualny plan opieki medycznej (IPOM). W realizacji planu opieki pacjent uzyskuje wsparcie zespołu profesjonalistów medycznych, w skład którego wchodzi, oprócz lekarza i pielęgniarki, również dietetycy i edukatorzy zdrowotni oraz fizjoterapeuci. Realizacja modelu POZ PLUS wymaga zmian organizacyjnych u świadczeniodawcy, polegających na wprowadzeniu koordynacji medycznej i administracyjnej. Zarówno płatnik, jak i świadczeniodawcy będą monitorować jakość opieki i efektywność kosztową, w oparciu o wypracowane w trakcie pilotażu wskaźniki. Oczekiwany wynikiem pilotażu jest wprowadzenie takiego sposobu kontraktowania i finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, który zapewni realizację powyższych celów. Program pilotażowy mogą realizować zakłady, które mają zawartą umowę z Funduszem na realizację świadczeń POZ, co najmniej w zakresie świadczenia lekarza POZ, posiadają od 2 500 do 10 000 pacjentów na listach aktywnych lekarzy, zapewniają dostęp do

konsultacji specjalistów w dziedzinach: diabetologii, endokrynologii, kardiologii, neurologii, pulmonologii, ortopedii, zapewniają dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych oraz do badań diagnostycznych i laboratoryjnych. Zakłady przystępujące do pilotażu muszą mieć opracowany regulamin organizacyjny opisujący sposób koordynacji podejmowanych działań, kompetencje i zadania personelu medycznego zespołu POZ PLUS: lekarzy rodzinnych/POZ, konsultujących specjalistów, pielęgniarek, położnych, edukatora zdrowotnego (np. dietetyka, psychologa, asystenta zdrowia), fizjoterapeuty oraz zasady współpracy pomiędzy nimi. Muszą zapewnić możliwości wzajemnego komunikowania się osób zaangażowanych do realizacji projektu oraz przekazywania niezbędnych informacji pacjentowi. Konieczne jest także opracowanie sposobu monitorowania jakości opieki oraz nadzoru nad udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi. W ramach POZ PLUS mają być także realizowane zadania dodatkowe, do których zaliczyć można badania bilansowe osób dorosłych. Zakładane korzyści programu pilotażowego to między innymi: wzrost poziomu satysfakcji pacjentów z realizowanych usług zdrowotnych, poszerzenie zakresu świadczeń udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej o świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne oraz wybrane konsultacje specjalistyczne, zwiększenie skuteczności profilaktyki chorób, w tym edukacji zdrowotnej, umożliwienie lekarzom rodzinnym wykorzystania w większym stopniu swoich kompetencji, zwiększenie kompetencji i roli pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej oraz optymalizacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

2. Stan obecny podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce

Wyniki prezentowane w niniejszej części raportu przedstawiają analizę aktualnego stanu w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) w naszym kraju i powstały w oparciu o dane uzyskane z Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Tam gdzie było to możliwe, rozdział uzupełniono o dane pozyskane z ogólnodostępnych raportów i opracowań (np. Głównego Urzędu Statystycznego – GUS, Naczelnej Izby Lekarskiej – NIL, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych – NIPiP, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – CSIOZ, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – NIZP-PZH, Najwyższej Izby Kontroli – NIK, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – CMKP). Należy zaznaczyć, że na moment przygotowywania raportu, nie wszystkie dane, o które zwrócili się autorzy zostały im przekazane. Niektóre instytucje (Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ) odpowiedziały, że nie będą miały możliwości przekazania danych przed końcem marca br. Należy podkreślić, że jakość niektórych z pozyskanych dotychczas danych, a także rozbieżność pomiędzy tymi samymi danymi, pochodzącymi z różnych źródeł, budzą wątpliwości, co autorzy raportu opatrzyli odpowiednim komentarzem.

Zakres danych do raportu o udostępnienie, których wystąpili autorzy stanowi **załącznik nr 1**.

2.1 Zasoby Podstawowej Opieki Zdrowotnej

W niniejszym rozdziale zostały zawarte dane opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, na podstawie informacji przekazanych przez NFZ (stan na grudzień 2018). Dotyczą one liczby świadczeniodawców POZ, liczby lekarzy oraz liczby pacjentów, dla których dane zostały przekazane do analizy Departamentu Analiz i Strategii przy Ministerstwie Zdrowia – DAiS MZ. Dla każdego z województw zostały zaprezentowane dane dotyczące liczby świadczeniodawców POZ, pracujących w nich lekarzy oraz pacjentów korzystających z ich usług, uwzględniając stan ludności na dzień 30 czerwca 2018 roku. Dane DAiS uzupełniono informacjami (np. struktura demograficzna lekarzy) z raportów, które dotyczą lat wcześniejszych. W przypadku danych dotyczących pielęgniarek i położnych POZ, informacje nt. struktury zatrudnienia oraz struktury wieku pochodzą z lat 2014-2017 i zostały opracowane przez Departament Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia. Informacje te uzupełniono danymi z ogólnodostępnych raportów i analiz, co również opatrzone stosownym komentarzem.

2.1.1 Podmioty i lekarze POZ oraz lekarze dentyści

Jednym z zasadniczych elementów opieki zdrowotnej są zasoby kadrowe, które gwarantują skuteczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Czynnikiem, wpływającym na

efektywność działania całego systemu, jest wielkość i jakość kadry medycznej. W tym przypadku istotna jest zarówno liczba osób uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych, liczba osób faktycznie pracujących z pacjentem i udzielających im świadczeń, jak i poziom wykształcenia kadry w ochronie zdrowia. Lekarz pracujący w POZ w teorii jest dla pacjenta pierwszym ogniwem łączącym go z systemem opieki zdrowotnej i to on inicjuje oraz koordynuje cały proces leczenia. Pełni zatem rolę *gatekeepera*, a jego podopieczny aby uzyskać świadczenia na innym poziomie publicznego systemu, musi posiadać odpowiednie skierowanie.

Według danych Eurostatu wskaźnik liczby lekarzy medycyny ogólnej przypadających na 100 tys. ludności w 2015 roku wyniósł dla Polski 38,48 to jest ponad 6-cio krotnie mniej niż w Portugalii (240,78) i ponad 4-krotnie mniej niż w Irlandii (184,80), Niemczech (170,46), czy Austrii (165,35). Niedobory kadrowe są głównym problemem związanym z realizacją świadczeń udzielanych przez lekarza POZ w polskim systemie ochrony zdrowia.

Liczba podmiotów udzielająca świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej

Według statystyki GUS („Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku”) w roku 2016 funkcjonowało w Polsce 21 299 przychodni¹ (o 817 więcej niż w roku poprzednim), w których udzielano świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (POZ i AOS). Na koniec 2017 roku działało już 21 665 przychodni (przyrost o 1,7%, czyli o 366 więcej niż w roku poprzednim). Utrzymuje się zatem trwający od kilkunastu lat systematyczny wzrost liczby przychodni. W 2017 r. najwięcej przychodni znajdowało się na terenie województwa mazowieckiego i śląskiego – łącznie ponad 5,8 tys. przychodni. Najmniej w opolskim i lubuskim – nieco ponad 500.

Odmienny trend obserwowany jest w przypadku liczby praktyk lekarskich udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych, gdzie od 2011 roku ich liczba systematycznie spada (w 2017 r. spadek o 5,6% w porównaniu do 2016 r.). W roku 2017 funkcjonowało łącznie 963 praktyk lekarskich, najwięcej w województwie wielkopolskim (176), najmniej w województwie małopolskim (18). Dla porównania w roku 2016 funkcjonowało w opiece ambulatoryjnej 1 020 praktyk lekarskich. Informacje te dotyczą jednak całej opieki ambulatoryjnej, a zatem nie obrazują rzeczywistej sytuacji w podstawowej opiece zdrowotnej.

¹ Przychodnie łącznie z ośrodkami zdrowia, poradniami, ambulatoriami i izbami chorych oraz zakładami badań diagnostycznych i medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. łącznie z danymi o placówkach podległych resortom MON i MSWiA.

Liczba umów (podmiotów), miejsc udzielania świadczeń i liczba lekarzy POZ

Dane prezentowane poniżej odnoszą się wyłącznie do podmiotów POZ i pozwalają na ocenę zasobów kadrowych i dostępności do lekarza POZ. Informacje Ministerstwa Zdrowia (DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS) wskazują, że w roku 2018 w całym kraju świadczeń lekarza POZ udzielało 6 711 podmiotów (wzrost o 7,8% w porównaniu do roku 2015), zatrudniając w sumie 43 131 lekarzy POZ – Tab. 2.1.

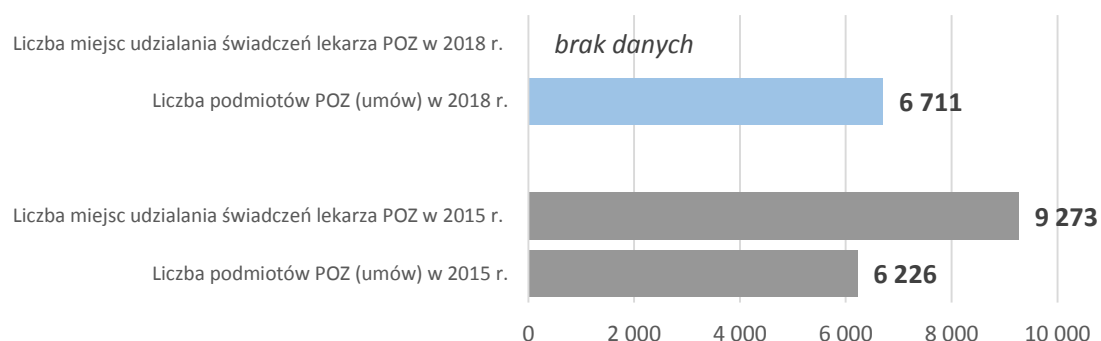
Tab. 2.1. Liczba lekarzy POZ i pacjentów według województw w 2018 r.

Województwo	Liczba podmiotów POZ	Liczba lekarzy POZ [tys.]	Liczba pacjentów w POZ [tys.]	Liczba mieszkańców [tys.]	Liczba POZ na 1 tys. mieszkańców	Liczba lekarzy POZ na 1 tys. mieszkańców	Liczba pacjentów POZ na 1 tys. mieszkańców	Odsetek mieszkańców niebjętych świadczeniem POZ [%]
POLSKA	6711	43,13	33805,30	36910,13	0,18	1,17	915,88	13,02
dolnośląskie	494	2,64	2 276,35	2 901,00	0,17	0,91	784,68	21,53
kujawsko-pomorskie	318	2,18	1 859,18	2 079,92	0,15	1,05	893,87	10,61
lubelskie	440	1,85	1 876,45	2 121,61	0,21	0,87	884,45	11,56
lubuskie	186	0,72	897,89	1 015,44	0,18	0,71	884,23	11,58
łódzkie	649	4,04	2 283,22	2 470,61	0,26	1,64	924,15	7,58
małopolskie	480	2,91	3 017,45	3 395,66	0,14	0,86	888,62	11,14
mazowieckie	708	6,30	5 075,38	5 391,81	0,13	1,17	941,31	5,87
opolskie	184	0,63	818,20	988,01	0,19	0,64	828,13	17,19
podkarpackie	335	1,89	1 773,37	2 128,75	0,16	0,89	833,06	16,69
podlaskie	243	0,86	1 003,60	1 182,68	0,21	0,73	848,58	15,14
pomorskie	310	1,95	2 072,93	2 328,21	0,13	0,84	890,35	10,96
śląskie	760	11,38	4 021,24	4 540,14	0,17	2,51	885,71	11,43
świętokrzyskie	288	1,61	1 069,41	1 244,38	0,23	1,30	859,39	14,06
warmińsko-mazurskie	274	0,84	1 197,99	1 431,30	0,19	0,59	836,99	16,30
wielkopolskie	634	1,81	3 057,63	3 490,60	0,18	0,52	875,96	12,40
zachodniopomorskie	398	1,47	1 458,60	1 703,01	0,23	0,86	856,48	14,35

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS.

Według danych NFZ z roku 2015, było 9 273 miejsc udzielania świadczeń lekarza POZ (Rys. 2.1). Niestety autorzy raportu nie otrzymali z centrali NFZ danych aktualnych za 2018 r.

Rys. 2.1. Liczba umów i miejsc udzielania świadczeń w podziale na zakres świadczeń.



Źródło: Raport NFZ z roku 2016 pt. „Podstawowa opieka zdrowotna - potencjał i jego wykorzystanie”.

Świadczeniobiorcy objęci opieką lekarza POZ

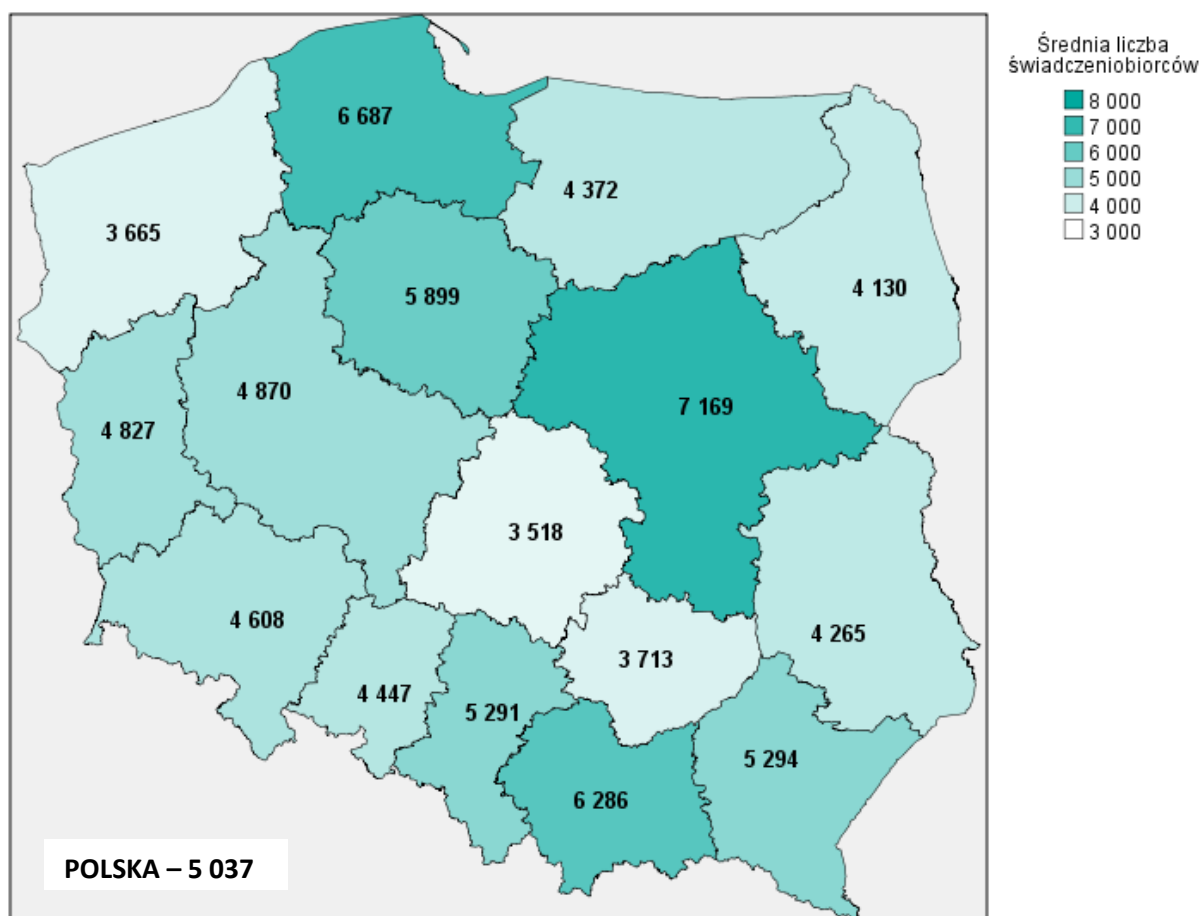
Łączna liczba pacjentów, znajdujących się na listach lekarzy POZ wynosiła 33 805 298. Odsetek mieszkańców nieobjętych opieką podstawową w skali całego kraju wynosił 13%, z czego najwięcej przypadało na województwo dolnośląskie (21,53%), a najmniej na województwo mazowieckie (5,87%). Analizując liczbę lekarzy POZ przypadających na 1 tys. mieszkańców możemy zaobserwować znaczne różnice między poszczególnymi regionami w Polsce. Przykładowo, w województwie śląskim wskaźnik ten jest najwyższy i wynosi 2,51. Z kolei w województwie warmińsko-mazurskim i wielkopolskim jest on 4-krotnie mniejszy w porównaniu do województwa śląskiego i 2-krotnie niższy niż średnia dla całego kraju (1,17). Szczegóły prezentuje Tab. 2.1.

Dane Ministerstwa Zdrowia (DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS) pokazują, że średnia liczba świadczeniobiorców przypadająca na 1 świadczeniodawcę (podmioty POZ – 6 711) w Polsce wynosiła w 2018 r. 5 037 i jest różna w zależności od województwa (Rys. 2.2). Najwięcej świadczeniobiorców na jednego świadczeniodawcę przypada w województwach: mazowieckim (7 169), pomorskim (6 687) i małopolskim (6 286), a najmniej w województwie łódzkim (3 518), świętokrzyskim (3 713) oraz zachodnio-pomorskim (3 655). Liczebność populacji przypadającej na jeden podmiot jest uzależniona m.in. od formy organizacyjno-prawnej danego świadczeniodawcy oraz typu zawartej umowy. Nie bez przyczyny np. w województwie mazowieckim jest najwyższa liczba świadczeniobiorców na 1 świadczeniodawcę – bowiem w tym województwie działa wiele dużych podmiotów (świadczeniodawcy), obejmując swoją opieką większą populację. Zatrudniają one większą liczbę personelu, niż np. samodzielne i indywidualne praktyki działające w głównej mierze w mniejszych miejscowościach.

Średnią liczbę świadczeniobiorców przypadających na 1 lekarza obrazuje Rys. 2.3 (dane DAiS). Tutaj również widać dużą rozpiętość – najwyższy wskaźnik wynosi 1 708 osób w Wielkopolskim OW NFZ, najniższy zaś – 353 w Śląskim OW NFZ, przy średniej dla kraju 784.

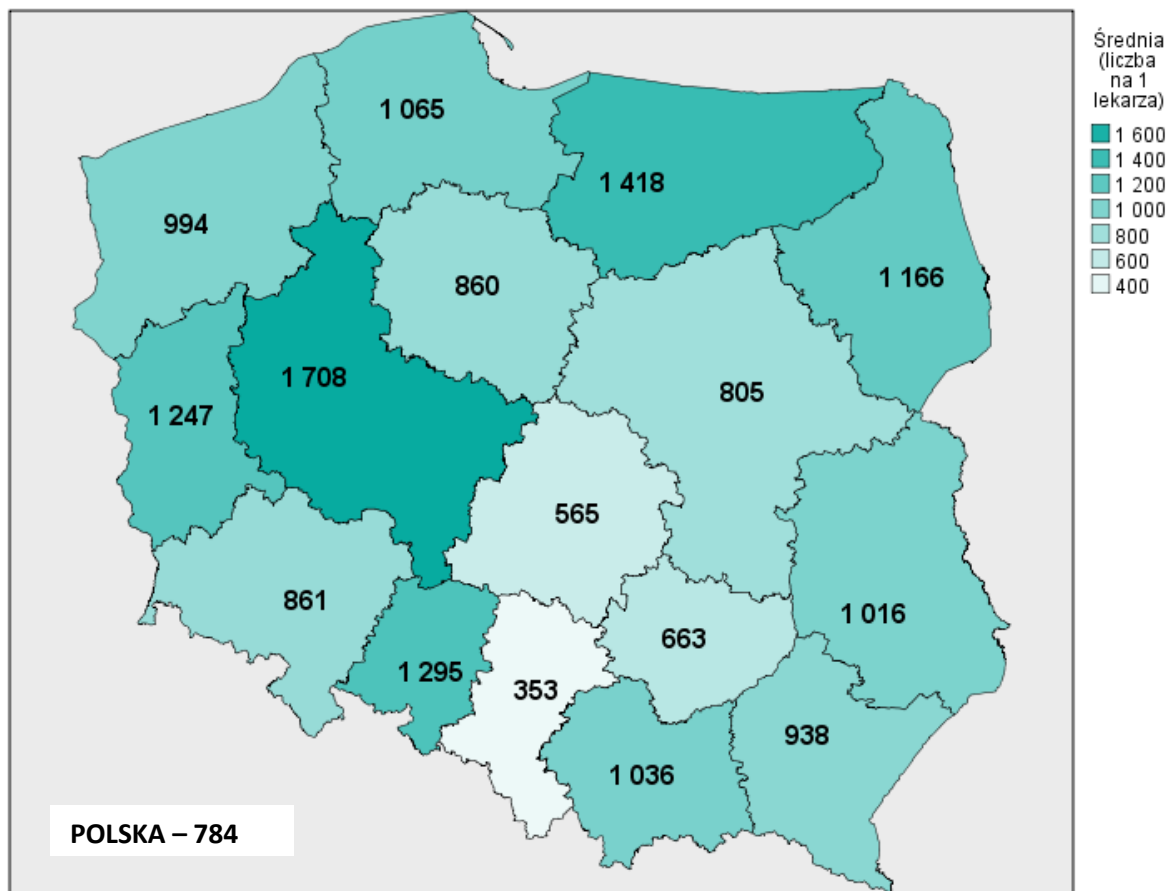
Największe różnice występują w przypadku praktyk grupowych i indywidualnych oraz dużej liczebności lekarzy na danym regionie (np. województwo śląskie).

Rys. 2.2. Średnia liczba świadczeniobiorców przypadająca na jeden podmiot POZ według województw w 2018 r.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS.

Rys. 2.3. Średnia liczba świadczeniobiorców przypadająca na jednego lekarza POZ według województw w 2018 r.



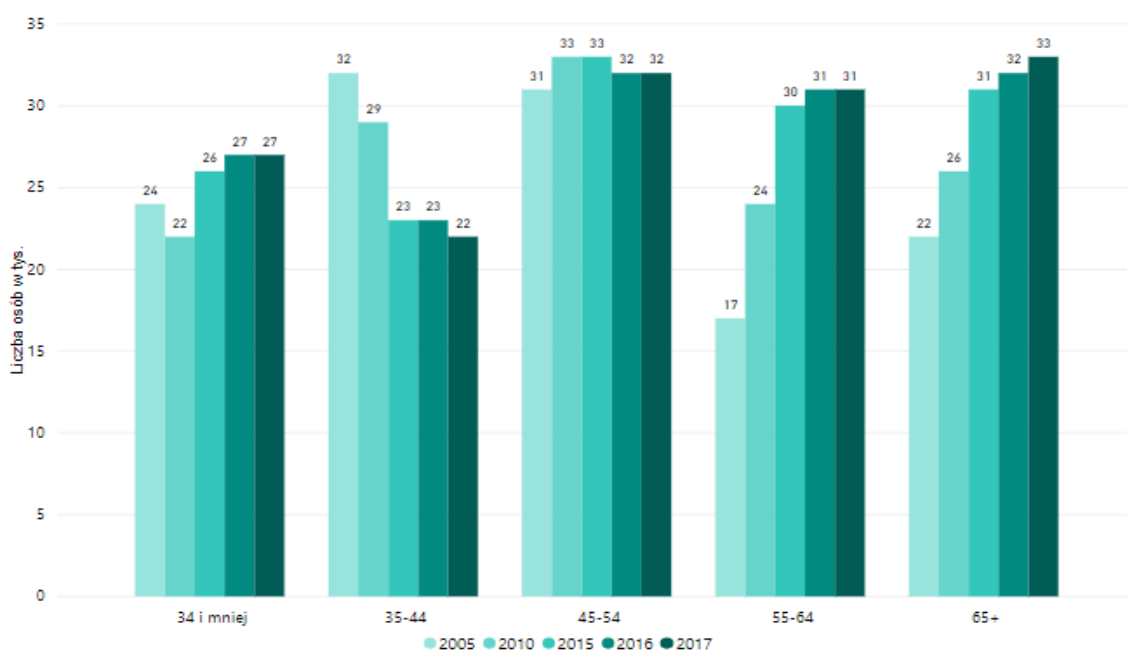
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS.

Struktura wieku lekarzy (ogółem)

Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego przy Ministerstwie Zdrowia nie dysponuje szczegółowymi danymi nt. demografii lekarzy pracujących w POZ. Jednak dla zobrazowania sytuacji starzenia się kadry medycznej w Polsce, autorzy raportu przedstawiają poniżej dane dotyczące struktury wieku wszystkich lekarzy (w tym lekarzy, którzy pracują w POZ). Dane zebrane na podstawie zestawienia „Sprawozdanie MZ-10A” i dostarczone przez Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia nt. demografii kadry medycznej w Polsce są zgodne z raportami GUS.

Według danych GUS struktura wieku lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego wskazuje na istotne różnice i na niepokojący trend związany ze starzeniem się tej grupy. W 2017 r., podobnie jak w latach poprzednich, miał miejsce wzrost liczby osób należących do najstarszej grupy wiekowej – 65 lat i więcej. W 2017 r. udział lekarzy w tej grupie wśród posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza wyniósł 22,7%. W stosunku do 2005 r. wskaźnik ten zwiększył się o 5,1%. (Rys.2.4).

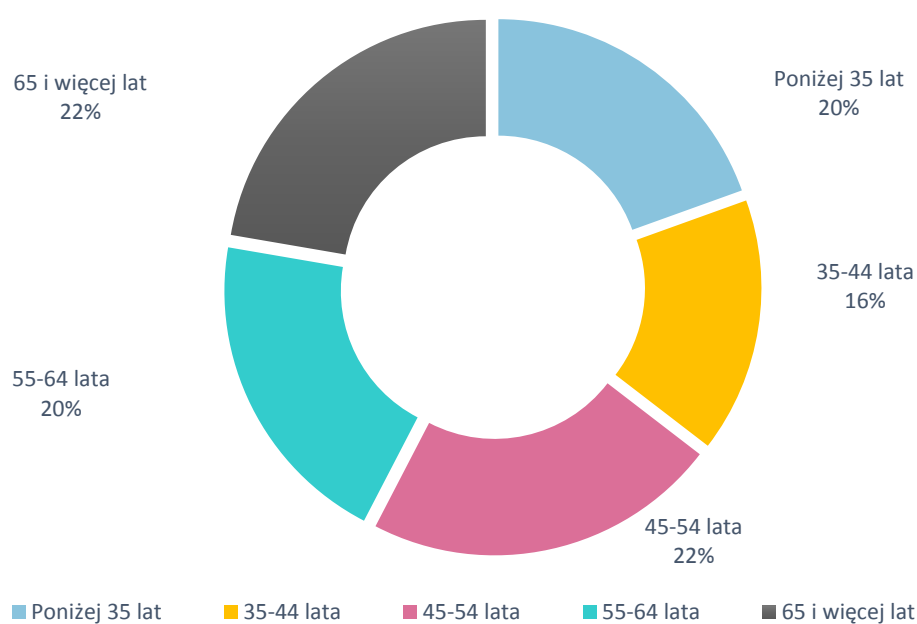
Rys. 2.4. Struktura wieku lekarzy uprawnianych do wykonywania zawodu w wybranych latach.



Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2018. Publikacja dostępna na <http://www.stat.gov.pl/>.

Należy zwrócić uwagę, że bardzo duża grupa lekarzy i lekarzy dentystów jest już w wieku 55 lat i powyżej. Łącznie ta grupa wiekowa stanowi 42% ogółu lekarzy (Rys. 2.5).

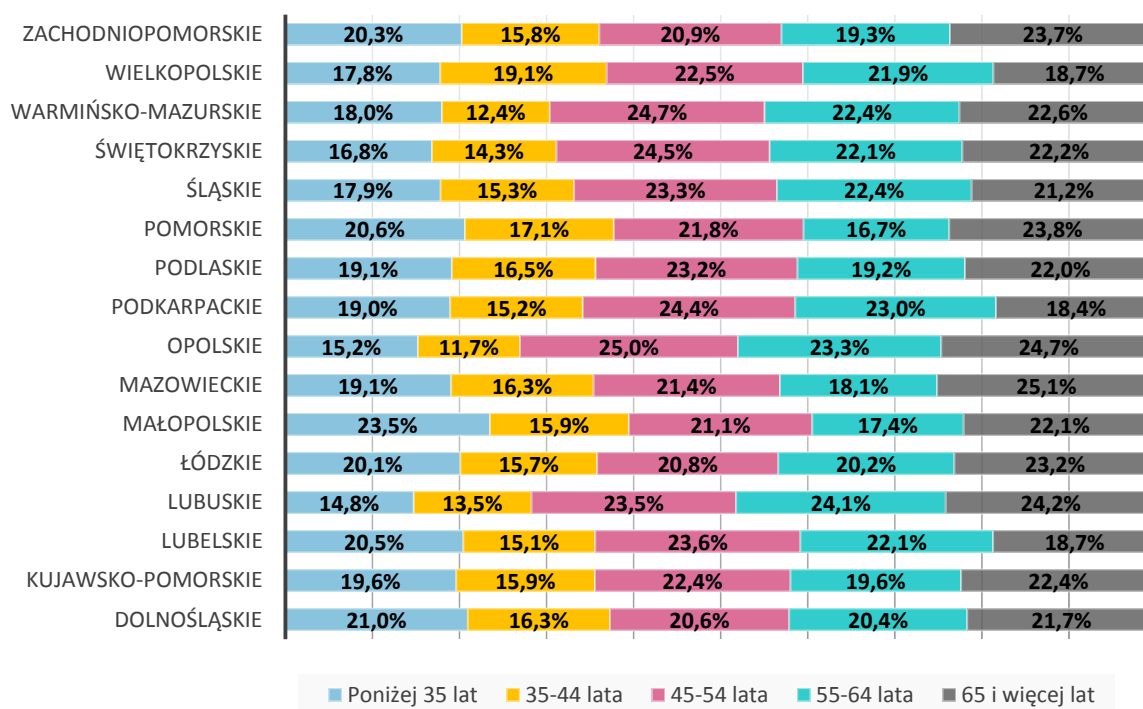
Rys. 2.5. Struktura wieku lekarzy i lekarzy dentystów w 2017 r.



Źródło: dane Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, na podstawie Sprawozdania MZ-10A.

W Polsce, pomiędzy poszczególnymi województwami występują istotne różnice w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentystów. Najwięcej lekarzy powyżej 55 roku życia pracuje w województwie lubuskim (48,3%) i opolskim (48,0%). Na tym tle dużo młodziej wypadają lekarze w województwie małopolskim, bo „tylko” 39,5% należy do tej grupy wiekowej (Rys. 2.6).

Rys. 2.6. Struktura wieku lekarzy i lekarzy dentystów w 2017 r. według województw.



Źródło: dane Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, na podstawie Sprawozdania MZ-10A.

W obliczu widocznego trendu starzenia się kadry medycznej wyzwaniem staje się zachęcenie odpowiedniej liczby osób do kształcenia na kierunkach medycznych, tak, aby zapewniona była zastępowalność pokoleń. Kluczowe znaczenie w odniesieniu do omawianego problemu ma współpraca z sektorem edukacji i planowanie liczby przyjęć na studia medyczne, jak również wsparcie rozwoju zawodowego obecnych pracowników, w tym dostępność do miejsc szkoleniowych w ramach specjalizacji.

Lekarze specjaliści udzielający świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej

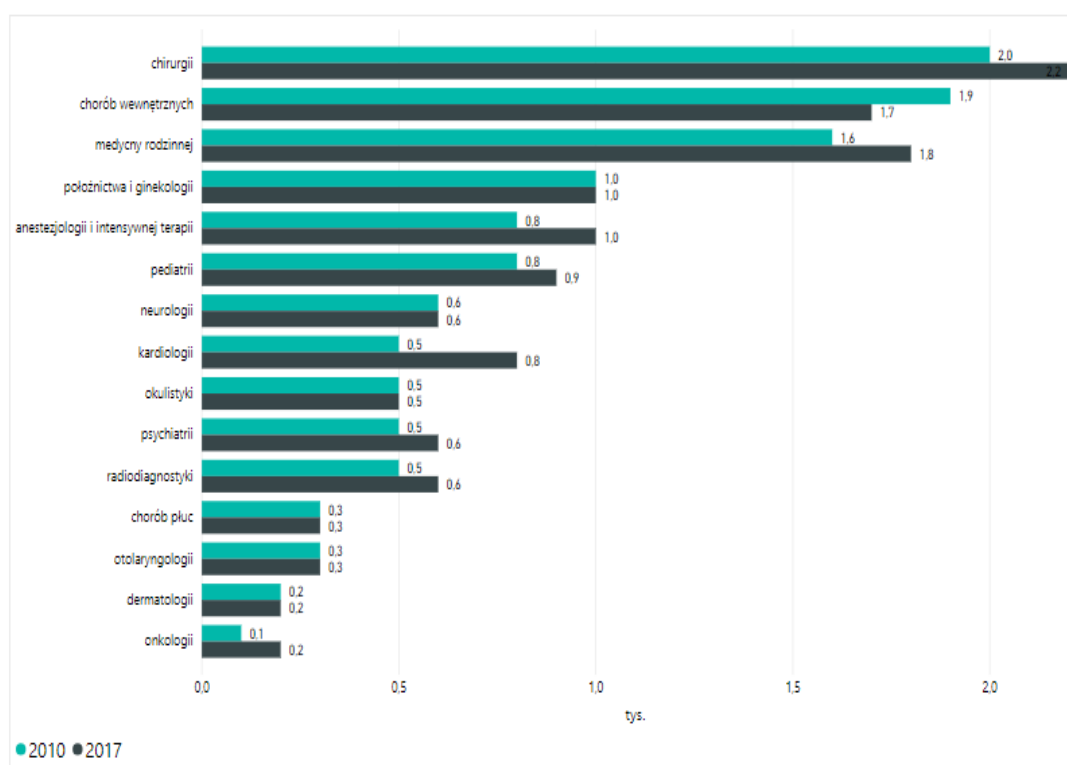
Poza dostępnością pracowników medycznych ważnym czynnikiem, wpływającym na jakość opieki zdrowotnej, są kwalifikacje kadry medycznej. Na potrzeby niniejszego raportu przyjęto, że miernikiem poziomu kwalifikacji dla lekarzy jest odsetek specjalistów, a w odniesieniu do pielęgniarek i położnych, liczba osób, które uzyskały dodatkowe kwalifikacje w różnych formach kształcenia podyplomowego.

Według danych CSIOZ w 2016 roku współczynnik liczby lekarzy specjalistów medycyny ogólnej oraz medycyny rodzinnej – stanowiących podstawowe specjalizacje dla zapewnienia roli *gatekeepera* POZ – wyniósł 0,1 i 1,7 na 10 tysięcy ludności. Jest to zdecydowanie za mało, by zaspokoić potrzeby zdrowotne pacjentów na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej².

Według danych GUS, na koniec 2017 roku najwięcej lekarzy posiadało specjalizację z zakresu chirurgii, medycyny rodzinnej oraz chorób wewnętrznych – średnio na 10 tysięcy osób przypadało ok. 2 lekarzy w każdej z wymienionych specjalizacji. Dla medycyny rodzinnej współczynnik ten wyniósł 1,8 (co w przeliczeniu na całą populację daje ok 6,6 tys. lekarzy ze specjalizacją z medycyny rodzinnej). Warto zauważyć, że na przestrzeni ostatnich 7 lat odnotowano wzrost liczby lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej na 10 tys. osób o ok. 0,2. Dla specjalizacji z chorób wewnętrznych współczynnik ten wyniósł w 2017 r. 1,9 (wzrost o 11,7% w stosunku do 2010 r.), a dla pediatrii 0,9 (wzrost o 12,5% w porównaniu do 2010 r.)

Według przytoczonych danych, w 2017 r. liczba lekarzy specjalistów ogółem w Polsce wynosiła ponad 60 tys. Szczegółowe dane z rozbiem na specjalizacje dla roku 2010 i 2017 prezentuje Rys. 2.7.

Rys. 2.7. Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) w roku 2010 i 2017 (na 10 tys. ludności).



Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2018. Publikacja dostępna na <http://www.stat.gov.pl/>.

² (dane Eurostatu) - „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2018

Według informacji przekazanych przez Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, w Polsce w 2017 r. tytuł specjalisty z medycyny rodzinnej posiadało 6 697 lekarzy (Rys. 2.8), co pozostaje w zgodzie z danymi GUS (Rys. 2.7). Informacje te stoją jednak w drastycznej sprzeczności z danymi Naczelnej Izby Lekarskiej z 31.12.2018, według których liczba specjalistów medycyny rodzinnej w Polsce wynosi 11 145. Wyjaśnienie powyższych rozbieżności musi nastąpić w toku dalszych prac.

Rys. 2.8. Liczba lekarzy zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia (wg podstawowego miejsca zatrudnienia) posiadających wybrane specjalizacje*, w tym specjalizację z medycyny rodzinnej; stan na 31.12.2017 r.



*uzyskany II stopień specjalizacji lub ukończenie specjalizacji na nowych zasadach, tj. specjalizacja jednostopniowa
 Źródło: dane Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, na podstawie „Sprawozdania MZ-89” za rok 2017. Uwaga: dane o personelu medycznym zatrudnionym w placówkach POZ zostały sporządzone według podstawowego miejsca zatrudnienia.

Specjalności lekarskie (lekarze zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia) według podstawowego miejsca zatrudnienia według województw prezentuje Tab. 2.2. Niestety brakuje danych, które dotyczą specjalistów medycyny rodzinnej (choć Autorzy raportu wystąpili o ich udostępnienie).

Tab. 2.2. Główne specjalności lekarskie (lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia) wg podstawowego miejsca zatrudnienia.

Województwo	Liczba specjalistów i lekarzy posiadających I stopień specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych, pediatrii i medycyny rodzinnej	w tym: liczba osób posiadających pełną specjalizację w wybranych dziedzinach medycyny		
		Choroby wewnętrzne	pediatria	Medycyna rodzinna
POLSKA (rok 2017)	16483	6 225	3 561	6 697
dolnośląskie	b.d.	492	265	b.d.
kujawsko-pomorskie		385	226	
lubelskie		276	143	
lubuskie		98	86	
łódzkie		524	335	
małopolskie		601	331	
mazowieckie		867	559	
opolskie		136	76	
podkarpackie		282	188	
podlaskie		168	87	
pomorskie		427	244	
śląskie		951	404	
świętokrzyskie		205	104	
warmińsko-mazurskie		220	122	
wielkopolskie		350	243	
zachodniopomorskie		243	148	

Źródło: Sprawozdanie MZ-89. Dane Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia

Lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii

Aktualnie szkolenie specjalizacyjne z zakresu medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii realizuje 6 420 lekarzy, w tym 5 588 osób w trybie rezydenckim i 832 osoby w trybie pozarezydenckim. Poniżej została zamieszczona tabela z podziałem liczby osób specjalizujących się w wyżej wymienionych dziedzinach w podziale na województwa (Tab. 2.3). Dane prezentują stan aktualny na styczeń 2019 roku.

Tab. 2.3. Liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii w 2019 r.

Województwo	CHOROBY WEWNĘTRZNE			MEDYCYNĄ RODZINNA			PEDIATRIA		
	Pozarezydentki	Rezydentki	Sumarycznie	Pozarezydentki	Rezydentki	Sumarycznie	Pozarezydentki	Rezydentki	Sumarycznie
POLSKA	312	2 363	2 675	405	1220	1 625	115	2005	2 120
dolnośląskie	19	188	207	24	102	126	5	148	153
kujawsko-pomorskie	12	77	89	11	69	80	3	113	116
lubelskie	8	201	209	21	57	78	9	82	91
lubuskie	6	18	24	7	16	23	0	26	26
łódzkie	23	221	244	27	55	82	9	141	150
małopolskie	32	259	291	46	116	162	11	235	246
mazowieckie	87	391	478	75	208	283	30	482	512
opolskie	3	29	32	12	17	29	0	33	33
podkarpackie	9	86	95	24	87	111	6	66	72
podlaskie	7	102	109	23	75	98	2	52	54
pomorskie	12	174	186	28	85	113	13	137	150
śląskie	45	296	341	34	111	145	10	189	199
świętokrzyskie	9	54	63	11	31	42	4	45	49
warmińsko-mazurskie	10	59	69	14	37	51	5	41	46
wielkopolskie	22	141	163	28	93	121	7	137	144
zachodniopomorskie	8	67	75	20	61	81	1	78	79

Źródło: Dane Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia.

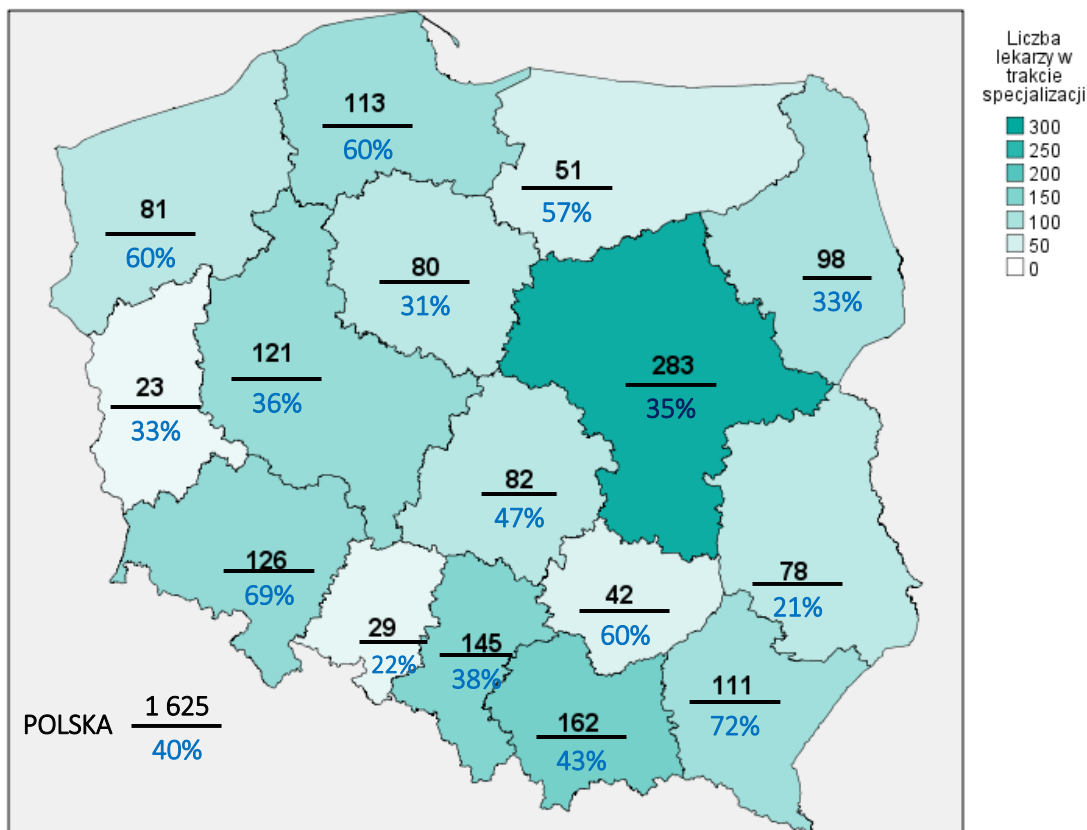
Aktualnie w trybie rezydentury specjalizuje się (dla wszystkich dziedzin) 18 830 osób, a w obydwu trybach 26 272 osoby. W trakcie rezydentury w zakresie medycyny rodzinnej jest 1 220 osób, co stanowi 6% wszystkich osób specjalizujących się w trybie rezydenckim w Polsce. Analizując dostępność i wykorzystanie miejsc szkoleniowych, można zaobserwować duże różnice między województwami. W sumie na 4 018 miejsc szkoleniowych, specjalizację z medycyny rodzinnej realizuje 1 625 lekarzy, najwięcej w województwie mazowieckim (283), a najmniej w województwie lubuskim (23). Najwięcej miejsc szkoleniowych dostępnych jest w województwach: mazowieckim (810), śląskim (378) i lubelskim (365), zaś najmniej w województwach: lubuskim (70) i świętokrzyskim (70). Wykorzystanie miejsc szkoleniowych w medycynie rodzinnej wynosi 40% z 4 018. Oznacza to, iż jest bardzo duża liczba wolnych miejsc specjalizacyjnych. Najmniejszy odsetek zajętych miejsc specjalizacyjnych jest w województwie lubelskim (21%) i opolskim (22%), najwięcej zaś w województwie podkarpackim (72%) i dolnośląskim (69%). Powyższe dane wskazują na dobrą dostępność do miejsc szkoleniowych w skali kraju. Szczegółowe dane prezentuje Tab. 2.4 i Rys. 2.9.

Tab. 2.4. Liczba przyznanych i wykorzystanych miejsc szkoleniowych w medycynie rodzinnej w 2019 r.

Województwo	Liczba osób w trakcie specjalizacji	Liczba jednostek prowadzących specjalizację	Liczba miejsc szkoleniowych	Zajętość miejsc w %
POLSKA	1625	624	4018	40%
dolnośląskie	126	64	182	69%
kujawsko-pomorskie	80	40	259	31%
lubelskie	78	39	365	21%
lubuskie	23	9	70	33%
łódzkie	82	25	173	47%
małopolskie	162	64	376	43%
mazowieckie	283	74	810	35%
opolskie	29	12	131	22%
podkarpackie	111	26	155	72%
podlaskie	98	50	296	33%
pomorskie	113	54	189	60%
śląskie	145	48	378	38%
świętokrzyskie	42	19	70	60%
warmińsko-mazurskie	51	23	89	57%
wielkopolskie	121	59	340	36%
zachodniopomorskie	81	18	135	60%

Źródło: Dane Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia.

Rys. 2.9. Liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny rodzinnej i odsetek wykorzystania dostępnych miejsc szkoleniowych w 2019 r.



Źródło: Dane Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia.

2.1.2 Pielęgniarki i położne POZ

Obowiązujące przepisy prawa, mianem pielęgniarki/położnej podstawowej opieki zdrowotnej, określają pielęgniarkę/położną legitymującą się stosownymi kwalifikacjami, będącą świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo, która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł stosowną umowę. Świadczeniobiorcy posiadają prawo wyboru pielęgniarki oraz położnej POZ i w tym celu wypełniają odpowiednią deklarację, zgodnie z zasadami określonymi w przepisach ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2217 z późn. zm.). W warunkach kontraktowania, zakres świadczeń pielęgniarki i położnej POZ oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, stanowią samodzielne przedmioty wniosku i umowy zawieranej przez NFZ. W ramach zawartych umów, pielęgniarki, położne, pielęgniarki/higienistki szkolne udzielają świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86 z późn. zm.). Natomiast zakres zadań dla poszczególnych świadczeniodawców określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1567).

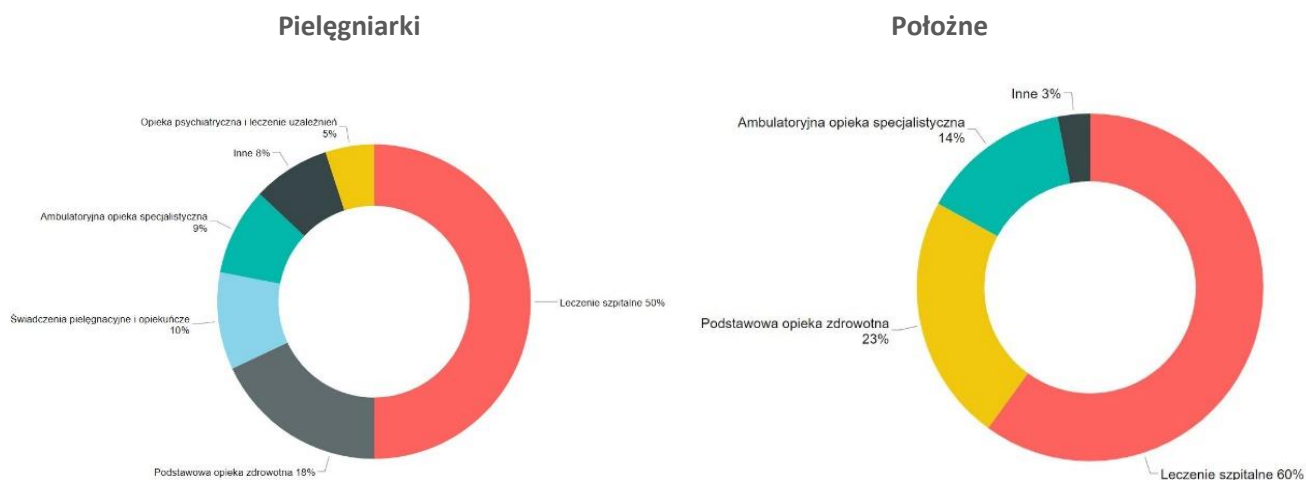
Liczba pielęgniarek i położnych udzielająca świadczeń POZ

W 2014 r. świadczeniodawcy zgłosili do realizacji umów o udzielanie w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna: 37 665 pielęgniarek oraz 5 484 położne. W liczbie 37 665 pielęgniarek świadczenia w zakresie medycyny szkolnej były realizowane przez 8 504 pielęgniarki i higienistki szkolne, a 19 711 pielęgniarek realizowało zakres świadczeń POZ. Pozostała liczba pielęgniarek realizowała zadania w gabinecie/praktyce lekarza POZ.

Z danych NFZ wynika, że w 2016 r. (stan na dzień 31 grudnia 2016 r.) świadczenia pielęgniarki i położnej POZ realizowało łącznie 44 220 pielęgniarek i położnych, co stanowi przyrost w stosunku do roku 2014 o ok. 2,5%. W tej liczbie było 26 425 pielęgniarek i położnych posiadających deklarację, 8 219 pielęgniarek i położnych współpracujących z lekarzem POZ, 6 966 pielęgniarek medycyny szkolnej.

Na podstawie danych NIPiP z 2016 roku, analizując udział pielęgniarek w realizacji świadczeń POZ należy stwierdzić, że liczba pielęgniarek zgłoszonych do realizacji umów w roku 2016 stanowiła 18% ogółu tej grupy zawodowej (38 161 z 217 288 zgłoszonych do realizacji umów). W przypadku położnych POZ ich udział w stanowił 23% ogółu tej grupy zawodowej (6 101 z 26 620 zgłoszonych do realizacji umów). Szczegóły przedstawia Rys. 2.10.

Rys. 2.10. Liczba pielęgniarek i położnych zgłoszonych do realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń w 2016 r.



Źródło: Na podstawie danych z NFZ. 2016 r. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych”, Warszawa 2017 r.

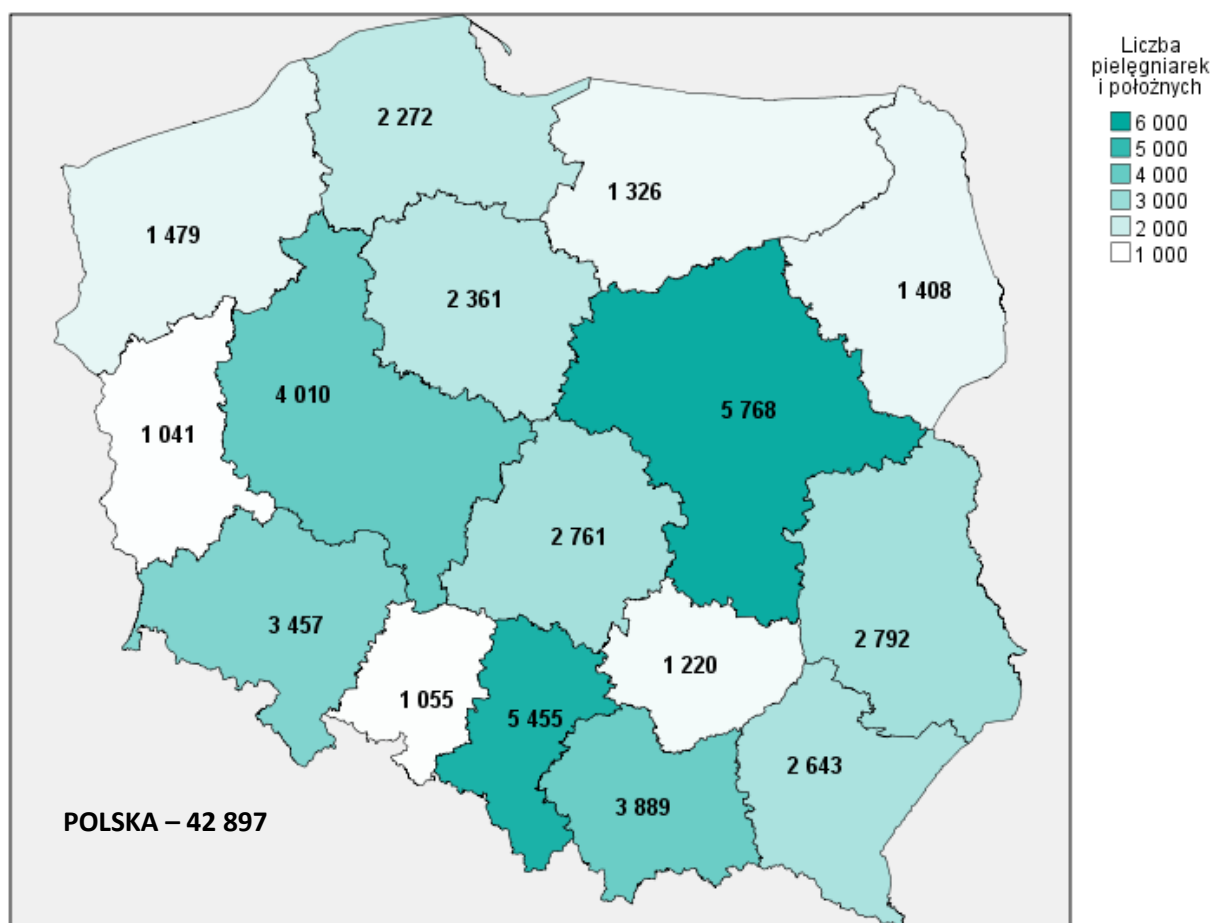
Porównując dane NFZ z 2014 r. i 2017 r. w zakresie liczby pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w POZ, należy stwierdzić, że ich liczba nieznacznie wzrosła.

W 2017 r. Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie danych sprawozdawczych dotyczących personelu medycznego wykazanego przez świadczeniodawców do realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych na 2017 r., wskazał, że świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej udzielało 42 897 pielęgniarek i położnych, co stanowi spadek w stosunku do roku 2016 o 3% (dane podane według niepowtarzalnego PESEL).

Najwięcej pielęgniarek i położnych udzielało świadczeń w województwie mazowieckim (5 768) i śląskim (5 455), zaś najmniej w lubuskim (1 041) i opolskim (1 055). Struktura ta odpowiada mapie demograficznej Polski (Rys. 2.11).

Należy jednak zaznaczyć, że w dokumencie Narodowego Funduszu Zdrowia z roku 2016 pt. „Podstawowa Opieka Zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie (zarys analizy)”, liczba pielęgniarek POZ zgłoszonych do realizacji umów w roku 2015 wynosiła 19 593, zaś położnych 6 046. Liczby te (poza liczbą położnych) stoją w znaczącej rozbieżności z powyższymi danymi, których źródło musi zostać ustalone z NFZ.

Rys. 2.11. Liczba pielęgniarek i położnych w podstawowej opiece zdrowotnej w podziale na oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.



Źródło: dane Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia, za: NFZ (Stan na dzień: 17.10.2017 r.).

Liczba umów (podmiotów) i miejsc udzielania świadczeń pielęgniarek i położnych POZ

Odnosząc się dalej do w/w raportu NFZ, w 2015 roku zawarto w sumie 6 393 umów na realizację świadczeń pielęgniarki POZ i 4 684 umów na świadczenia położnej POZ. Wśród umów na realizację świadczeń pielęgniarki POZ dominowały umowy z podmiotami będącymi przedsiębiorcami (74% umów), a w następnej kolejności – umowy z podmiotami niebędącymi przedsiębiorcami (12%), umowy w indywidualnych praktykach (11%) i umowy z praktykami grupowymi (3 %).

W 2015 r. liczba miejsc udzielania świadczeń pielęgniarki POZ wynosiła łącznie 8 260 dla świadczeń pielęgniarki POZ i 5 438 dla świadczeń położnej POZ. W przypadku indywidualnych bądź grupowych praktyk liczba ta w zasadzie była zbliżona do liczby zawartych umów w danej formie. Tam, gdzie umowy były zawarte z innymi podmiotami (będącymi bądź nie będącymi przedsiębiorcami), liczba miejsc udzielania świadczeń była zazwyczaj większa niż liczba umów. Ponadto należy zauważyć, że liczba miejsc udzielania świadczeń odpowiada strukturze zaludnienia (jest największa w Mazowieckim i Śląskim OW NFZ, a najmniejsza

w Opolskim i Lubuskim OW NFZ). Niestety brak danych za rok 2018 nie pozwala na pogłębioną analizę tego zagadnienia (choć Autorzy raportu wystąpili o takie dane).

Struktura wieku pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń POZ

Zarówno w grupie pielęgniarek jak i położnych POZ widoczne są zmiany w strukturze wiekowej. Według danych NFZ w 2017 roku najliczniejszą grupę wiekową pielęgniarek POZ stanowiły osoby w przedziale wiekowym 50-59 lat (43,4%). W wieku 30-39 lat zatrudnionych było 27,6% pielęgniarek. Najmniejszy odsetek stanowiły zaś osoby poniżej 30 roku życia (1,4%) i osoby w wieku powyżej 70 roku życia (0,9%).

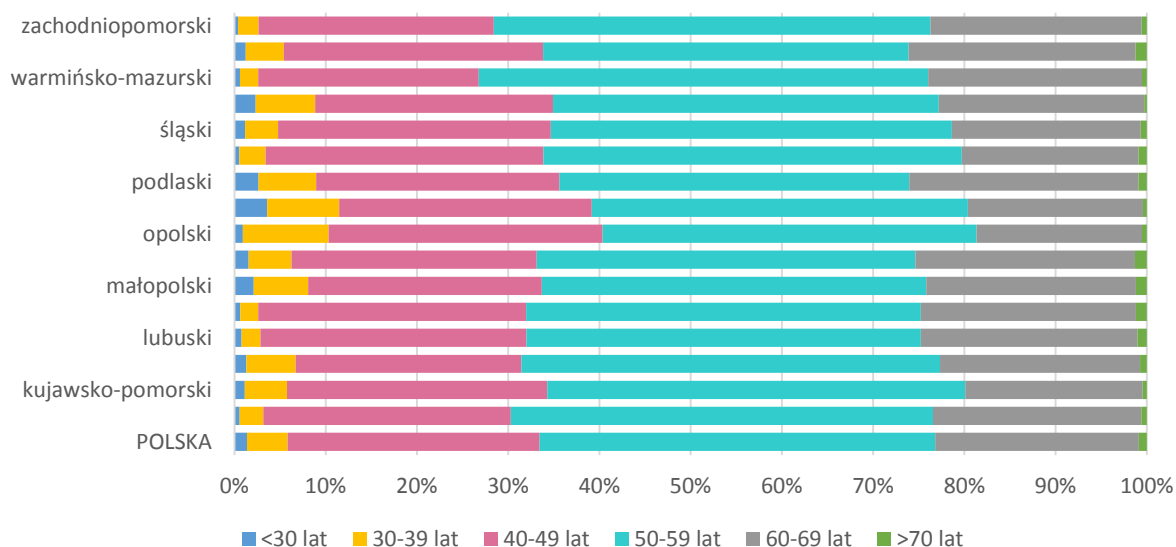
Należy zwrócić uwagę, że bardzo duża grupa pielęgniarek jest już w wieku 50 lat i powyżej (66,5%). Nadal obserwujemy wzrost liczby pielęgniarek w wieku 65 lat i więcej. Szczegółowe informacje dotyczące struktury wieku pielęgniarek udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w podziale na województwa przedstawia Tab. 2.5 i Rys. 2.12.

Tab. 2.5. Struktura wieku pielęgniarek udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w podziale na OW NFZ.

OWNFZ	<30lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	>70lat	Razem	Podział procentowy
POLSKA	513	1638	10210	16016	8245	314	36936	100%
dolnośląski	17	77	801	1366	675	17	2953	7,99%
kujawsko-pomorski	23	92	570	915	388	9	1997	5,41%
lubelski	31	126	578	1072	512	17	2336	6,32%
lubuski	7	19	265	393	216	9	909	2,46%
łódzki	15	45	673	992	541	27	2293	6,21%
małopolski	73	203	877	1441	787	40	3421	9,26%
mazowiecki	76	231	1322	2041	1183	63	4916	13,31%
opolski	9	90	288	393	174	5	959	2,60%
podkarpacki	84	186	649	968	450	10	2347	6,35%
podlaski	32	77	324	466	305	11	1215	3,29%
pomorski	11	57	606	912	385	18	1989	5,38%
śląski	54	168	1383	2037	958	30	4630	12,54%
świętokrzyski	25	70	280	454	242	3	1074	2,91%
warmińsko-mazurski	7	23	279	568	270	6	1153	3,12%
wielkopolski	44	146	993	1401	870	42	3496	9,47%
zachodniopomorski	5	28	322	597	289	7	1248	3,38%

Źródło: NFZ (Stan na dzień: 17.10.2017 r.) z danych przekazanych przez Departament Pielęgniarek i położnych w Ministerstwie Zdrowia.

Rys. 2.12. Struktura wieku pielęgniarek udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w podziale na OW NFZ.



Źródło: NFZ (Stan na dzień: 17.10.2017 r.) z danych przekazanych przez Departament Pielęgniarek i położnych w Ministerstwie Zdrowia.

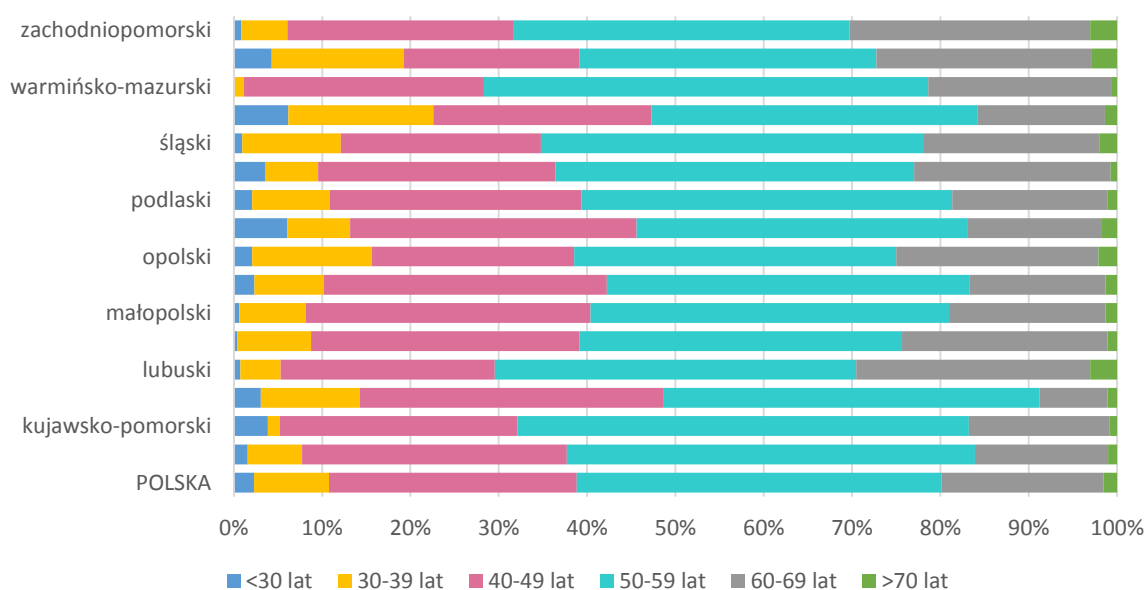
Podobne tendencje jak w przypadku pielęgniarek obserwowane są w strukturze wieku położnych. Najliczniejszą grupę wiekową położnych POZ stanowią osoby w przedziale wiekowym 50-59 lat (41,3%). W wieku 30-39 lat zatrudnionych było 28,1% pielęgniarek. Najmniejszy odsetek stanowią osoby poniżej 30 roku życia (2,3%) i powyżej 70 roku życia (1,5%). Należy zwrócić uwagę, że bardzo duża grupa położnych jest już w wieku 50 lat i powyżej (61,2%). Szczegółowe informacje dotyczące struktury wieku położnych udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w podziale na województwa przedstawia Tab. 2.6 i Rys. 2.13.

Tab. 2.6. Struktura wieku położnych udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w podziale na OW NFZ.

OWNFZ	<30lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	>70lat	Razem	Podział procentowy
POLSKA	137	509	1 684	2 479	1 101	91	6 001	100 %
dolnośląski	8	31	151	233	76	5	504	8,40 %
kujawsko-pomorski	14	5	98	186	58	3	364	6,07 %
lubelski	14	51	157	194	35	5	456	7,60 %
lubuski	1	6	32	54	35	4	132	2,20 %
łódzki	2	39	142	171	109	5	468	7,80 %
małopolski	3	35	151	190	83	6	468	7,80 %
mazowiecki	20	67	273	350	131	11	852	14,20 %
opolski	2	13	22	35	22	2	96	1,60 %
podkarpacki	18	21	96	111	45	5	296	4,93 %
podlaski	4	17	55	81	34	2	193	3,22 %
pomorski	10	17	76	115	63	2	283	4,72 %
śląski	8	92	187	357	165	16	825	13,75 %
świętokrzyski	9	24	36	54	21	2	146	2,43 %
warmińsko-mazurski		2	47	87	36	1	173	2,88 %
wielkopolski	22	77	102	173	125	15	514	8,57 %
zachodniopomorski	2	12	59	88	63	7	231	3,85 %

Źródło: NFZ (Stan na dzień: 17.10.2017 r.) z danych przekazanych przez Departament Pielęgniarek i położnych w Ministerstwie Zdrowia.

Rys. 2.13. Struktura wieku położnych udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w podziale na OW NFZ.



Źródło: NFZ (Stan na dzień: 17.10.2017 r.) z danych przekazanych przez Departament Pielęgniarek i położnych w Ministerstwie Zdrowia.

Kwalifikacje pielęgniarek i położnych (ogółem)

Zgodnie z regulacjami ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2217 z późn. zm.), pielęgniarka POZ to pielęgniarka, która:

- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa,

z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, który posiada taką umowę.

Pielęgniarką POZ jest także pielęgniarka, która:

- posiada tytuł specjalisty lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo pozostaje w trakcie jednego z tych szkoleń.

Ta sama regulacja stanowi, że położna POZ to położna, która:

- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa,

z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, albo która wykonuje zawód u odpowiedniego świadczeniodawcy.

Położną POZ jest także położna, która:

- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
- ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,

udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

Niestety Departament Pielęgniarek i Położnych przy Ministerstwie Zdrowia nie dysponuje danymi na temat kształcenia pielęgniarek i położnych POZ (choć Autorzy raportu wystąpili o nie). Dane zebrane w Tab. 2.7 i 2.8 dotyczą ogólnej liczby pielęgniarek i położnych, które

uzyskały dodatkowe kwalifikacje w różnych formach kształcenia podyplomowego, niezbędne do realizacji świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Tab. 2.7. Liczba pielęgniarek, które uzyskały dodatkowe kwalifikacje w różnych formach kształcenia podyplomowego.

Dziedzina specjalizacji	Łącznie (stan na dzień 31.12.2018r.)
POLSKA	18 234
Pielęgniarstwo zachowawcze	7 202
Pielęgniarstwo internistyczne	721
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	2 471
Pielęgniarstwo przewlekłe chorych i niepełnosprawnych	169
Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	1 511
Pielęgniarstwo rodzinne	1 137
Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	202
Pielęgniarstwo geriatryczne	2 050
Pielęgniarstwo pediatriczne	2 353
Ochrona zdrowia pracujących	18
Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących	204
Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania	182
Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna dla pielęgniarek	23
Dziedzina kursu kwalifikacyjnego	Łącznie (stan na dzień 31.12.2017r.)
POLSKA	74 955
Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	36489
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	18579
Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	4959
Pielęgniarstwo zachowawcze	3534
Pielęgniarstwo internistyczne	254
Ochrona zdrowia pracujących	4860
Pielęgniarstwo pediatriczne	1024
Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania	5188
Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna dla pielęgniarek	68
Dziedzina kursu specjalizacyjnego	Łącznie (stan na dzień 31.12.2017r.)
POLSKA	117 727
Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego	12876
Podstawy opieki paliatywnej/podstawy terapii objawowej w opiece paliatywnej	6680
Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie	1420
Terapia bólu przewlekłego u dorosłych	4134
Terapia bólu ostrego u dorosłych	3158
Leczenie ran dla pielęgniarek	25937
Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	63522

Źródło: Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia – na podstawie danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Tab. 2.8. Liczba położnych, które uzyskały dodatkowe kwalifikacje w różnych formach kształcenia podyplomowego.

Dziedzina specjalizacji	Łącznie (stan na dzień 31.12.2018 r.)
POLSKA	286
Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych	260
Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna dla położnych	26
Dziedzina kursu kwalifikacyjnego	Łącznie (stan na dzień 31.12.2017 r.)
POLSKA	8038
Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych	8038
Dziedzina kursu specjalizacyjnego	Łącznie (stan na dzień 31.12.2017 r.)
POLSKA	12 253
Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu	2732
Opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym	195
Szczepienia ochronne dla położnych	5538
Leczenie ran dla położnych	3788

Źródło: Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia – na podstawie danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Z powyższych danych wynika, że według stanu na dzień 31 grudnia 2018 r.:

- 18 243 pielęgniarek podniosło kwalifikacje w ramach szkoleń specjalizacyjnych;
- 286 położnych podniosło kwalifikacje w ramach szkoleń specjalizacyjnych.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2017 r.:

- 74 955 pielęgniarek podniosło kwalifikacje na kursach kwalifikacyjnych;
- 117 727 pielęgniarek podniosło kwalifikacje na kursach specjalistycznych;
- 8 038 położnych podniosło kwalifikacje na kursach kwalifikacyjnych;
- 12 253 położnych podniosło kwalifikacje na kursach specjalistycznych.

2.2 Akredytacja praktyk POZ

Akredytacja jest metodą oceny zewnętrznej, która ma na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot POZ standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz jego funkcjonowania. Od 2009 roku obowiązuje Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641). Wydane zostały także Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów

akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz.U. nr 150 poz. 1260) oraz Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2011 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. MZ z dnia 14 kwietnia 2011 r.). Wszystkie te akty prawne określają zasady i tryb udzielania akredytacji.

Program Akredytacji Podstawowej Opieki Zdrowotnej został po raz pierwszy w Polsce opracowany w 2002 roku przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Narzędziem oceny są standardy, określone w mechanizmie konsensusu we współpracy z najważniejszymi organizacjami i towarzystwami medycznymi. Wymogi akredytacyjne w formie standardów dotyczą kluczowych obszarów udzielania świadczeń w poszczególnych jednostkach POZ m.in.: bezpieczeństwa, wszechstronności opieki, zapewnienia ciągłości świadczeń pomiędzy różnymi podmiotami sprawującymi opiekę nad pacjentem, promocji i edukacji zdrowotnej oraz jakości dokumentacji medycznej. Realizacja wymogów standardów wymaga zaangażowania całej kadry medycznej w działania dla poprawy jakości. Znowelizowany zestaw standardów akredytacyjnych dla POZ został wprowadzony 7 kwietnia 2011 roku. Zawiera on 123 punktowane standardy, zgrupowane w 8 działach. Standardy promują sprawną organizację, respektowanie oczekiwań i opinii pacjenta oraz refleksję nad właściwym sposobem postępowania i jego doskonaleniem. Wszystkim świadczeniodawcom stwarzają możliwość sprawdzenia, w jaki sposób pracują i czy zapewniają opiekę na odpowiednim poziomie.

Akredytacja w jednostkach POZ nie jest jeszcze tak powszechna jak w lecznictwie zamkniętym. Od 2004 r., kiedy to rozpoczęto realizację akredytacji POZ, niewiele ponad 30 jednostek poddało się ocenie akredytacyjnej. W pokonaniu tych przeszkód pomaga projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Budżetu Państwa pod nazwą: „Wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”, realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER).

Projekt jest realizowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Jest on skierowany do podmiotów leczniczych świadczących usługi POZ, zlokalizowanych na terenie Polski, posiadających umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z OW NFZ. Dostępne w projekcie różne formy wsparcia obejmują m.in.: seminaria szkoleniowe oraz indywidualną opiekę rówieśnika zawodowego polegającą na: przeprowadzeniu wizyty pilotażowej w jednostce POZ, dokonaniu oceny wstępnej (ex-ante), wskazaniu kierunków koniecznych zmian w danej jednostce POZ oraz udzieleniu pomocy w procesie przygotowania jednostki POZ do wdrożenia standardów. Ponadto odbywają się warsztaty konsultacyjne zorganizowane w poszczególnych województwach, placówki otrzymują także opiekę merytoryczną i konsultacje koordynatora wojewódzkiego oraz liczne materiały edukacyjne dla personelu i pacjentów w zakresie jakości i bezpieczeństwa opieki w POZ. W ramach Projektu prowadzone są także przeglądy akredytacyjne we wszystkich jednostkach POZ.

W 2018 r. sześćdziesiąt jednostek POZ posiadało akredytację, a kolejnych 193 było w trakcie procesu akredytacji. W sumie w roku 2018 w projekcie „Wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki” wzięło udział 255 jednostek, które otrzymywały opisane wyżej wsparcie, z czego 56 otrzymało certyfikat akredytacyjny. Najwięcej podmiotów, które wzięły udział w w/w Programie pochodzi z województwa małopolskiego (53), najmniej z lubuskiego i opolskiego (2). Szczegółowe dane nt. liczby jednostek posiadających akredytację i będących w trakcie tego procesu, w podziale na województwa pokazano w Tab. 2.9.

Tab. 2.9. Liczba jednostek POZ aktualnie posiadających akredytację (stan na 31.12.2018 r.).

Województwo	Liczba jednostek POZ aktualnie posiadających akredytację (stan na 31.12.2018 r.)	Liczba jednostek POZ, które są w trakcie procesu akredytacji (stan na 31.12.2018 r.)	Liczba jednostek POZ, które uczestniczyły w projekcie "Wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki" w roku 2018	Liczba jednostek POZ, które uzyskały certyfikat akredytacyjny w ramach projektu "Wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki" w roku 2018
POLSKA	60	193	255	56
dolnośląskie	2	31	33	2
kujawsko-pomorskie	8	12	21	8
lubelskie	8	10	18	8
lubuskie	0	2	2	0
łódzkie	6	11	17	6
małopolskie	12	39	53	12
mazowieckie	12	21	28	10
opolskie	0	2	2	0
podkarpackie	0	6	6	0
podlaskie	5	12	18	5
pomorskie	2	16	19	0
śląskie	2	13	16	2
świętokrzyskie	0	3	3	0
warmińsko-mazurskie	2	4	7	2
wielkopolskie	1	3	4	1
zachodniopomorskie	0	8	8	0

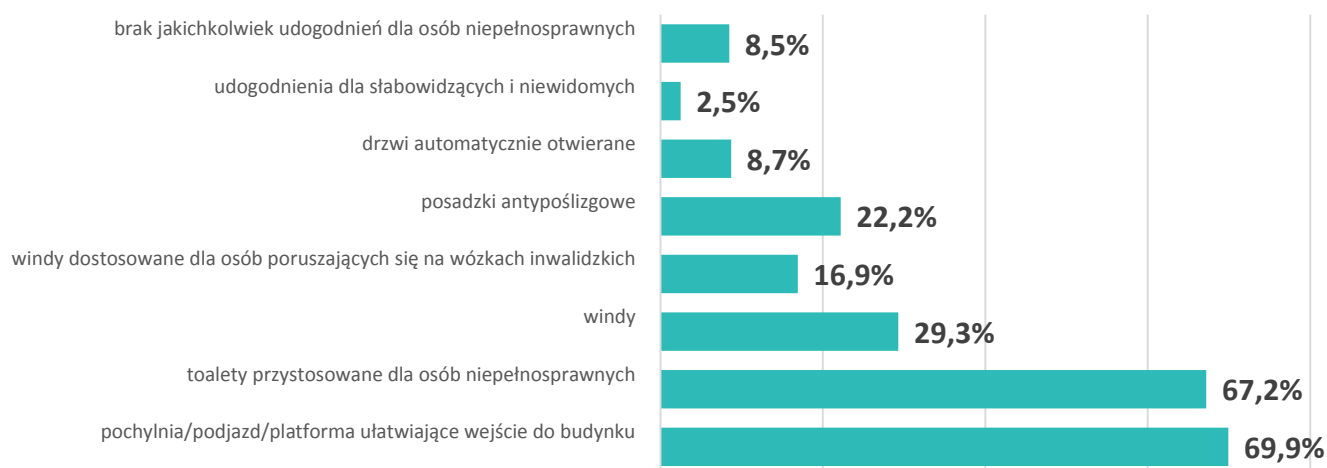
Źródło: dane z Centrum Monitorowania Jakości.

2.3 Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Według danych GUS z roku 2017, placówki świadczące ambulatoryjną opiekę zdrowotną (w tym POZ) nie są wystarczająco przystosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, chociaż z roku na rok sytuacja w tym zakresie polepsza się. Spośród ponad 26 tys. przychodni i praktyk lekarskich funkcjonujących w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, 11,3% wykazało brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych (o 3,3% mniej niż przed rokiem). Poziom dostosowania obiektów jest różny w przypadku przychodni i praktyk lekarskich, co w znacznym stopniu wynika z wielkości i charakteru lokali, gdzie świadczone są usługi lecznicze.

W przypadku przychodni najczęściej wprowadzano udogodnienia dla osób mających ograniczenia w poruszaniu się: pochylnia/podjazd/platforma ułatwiająca wejście do budynku czy toalety przystosowane dla osób niepełnosprawnych oraz windy dostosowane dla pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich. Istniejące inne rozwiązania to posadzki antypoślizgowe oraz automatycznie otwierane drzwi. Udogodnienia dla słabowidzących i niewidomych wprowadzono zaledwie w 2,5% przychodni. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych zarejestrowano w 8,5% przychodni (1,8 tys. przychodni) – Rys. 2.14.

Rys. 2.14. Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami w 2017 r.



Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2018. Publikacja dostępna na <http://www.stat.gov.pl/>.

2.4 Świadczenia w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej

Zgodnie z art. 4. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z roku 2017 (Dz.U. 2017 poz. 2217) koordynacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji. Koordynację, o której mowa, zapewnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, we współpracy z pielęgniarką i położną. Lekarz POZ w ramach koordynacji inicjuje lub kontynuuje postępowanie diagnostyczno-lecznicze, a pielęgniarka i położna POZ rozpoznają warunki i potrzeby zdrowotne u świadczeniobiorcy oraz problemy pielęgnacyjne, planują i sprawują kompleksową opiekę pielęgniarską, a także kontynuują postępowanie terapeutyczne zlecone przez innego świadczeniodawcę. Zadaniem lekarzy POZ jest także kierowanie pacjentów do innych części systemu opieki zdrowotnej, tj. do specjalistycznej opieki medycznej, szpitalnej, uzdrowskiej i innej.

W ramach koordynacji świadczeniodawca POZ zapewnia:

1. profilaktyczną opiekę zdrowotną dostosowaną do wieku i płci oraz zidentyfikowanych problemów zdrowotnych świadczeniobiorcy i populacji objętej opieką;
2. badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki.

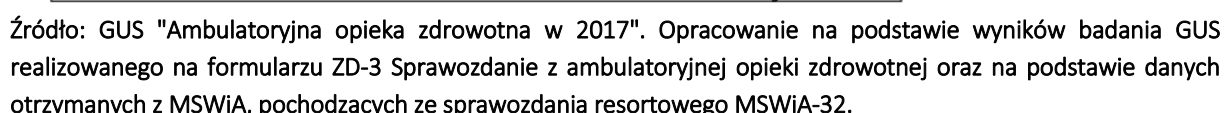
Wystawianie przez lekarzy pierwszego kontaktu skierowań jest uregulowane bezpośrednio w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 57, 58 i 59 (Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.). Taka regulacja umożliwia ograniczenie przesyłania pacjenta pomiędzy świadczeniodawcami AOS i daje rękojmię kierowania tylko pacjentów, którzy realnie wymagają opieki na danym poziomie, ponieważ kierowani są przez przygotowanego lekarza POZ.

Dane raportu GUS za rok 2017 podają, że w przychodniach i praktykach ogółem udzielono 291,3 mln porad lekarskich (wzrost o 1,1% w skali roku). Spośród wszystkich porad lekarskich 169,4 mln (52,9% wszystkich porad ambulatoryjnych) stanowiły porady udzielone w podstawowej opiece zdrowotnej³ (wzrost o 1,8% na przestrzeni roku), a 116,3 mln – porady w opiece specjalistycznej (co stanowi 36,6% wszystkich porad ambulatoryjnych).

Z analizy struktury udzielonych porad ambulatoryjnych w odniesieniu do danych demograficznych populacji Polski w 2017 r. wynika, że w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej, udział porad udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej był o 15,5 p. proc. większy, niż udział tej grupy wiekowej w populacji. Znaczący jest udział porad udzielonych osobom w wieku 18-64 lata w specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej.

³ Od 2017 r. łącznie z poradami nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Są to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane w godzinach od 18 do 8 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy. Obejmują również porady nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielone w ramach podkontraktów ze szpitalem na wykonywanie tych porad.

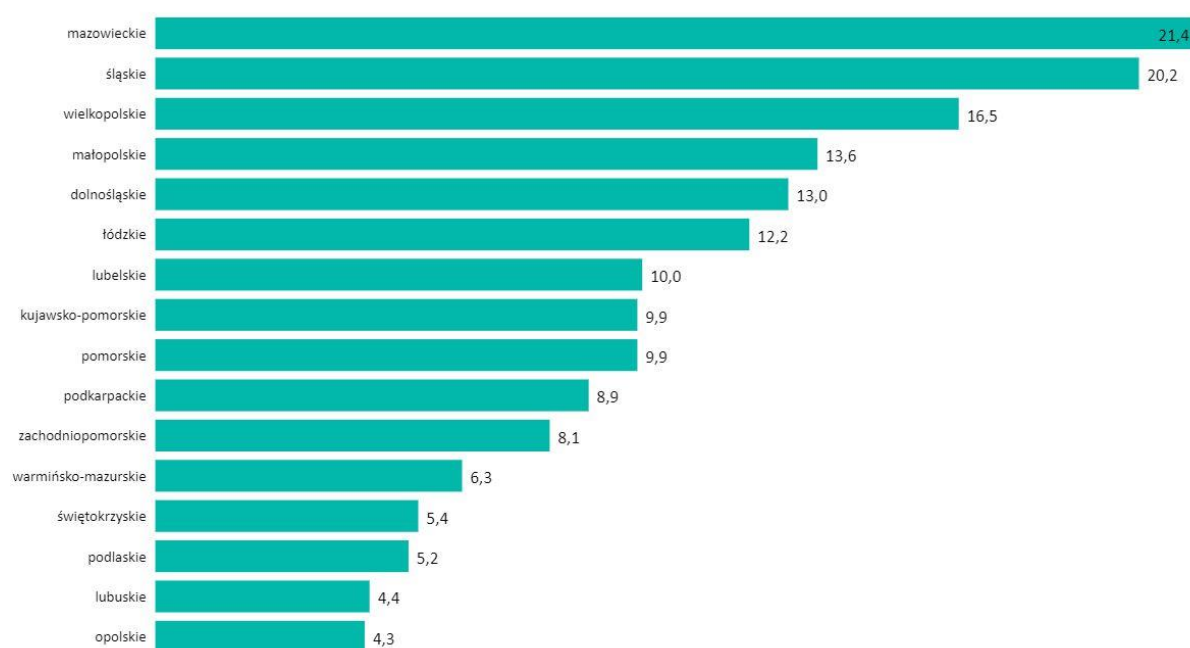
Rys. 2.15. Porady lekarskie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na 1 mieszkańca według województw w 2017.



Jak wspomniano powyżej, w 2017 roku w Polsce zostało udzielonych łącznie 169,4 mln porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (wzrost o 2% w porównaniu do roku 2016), z czego wizyty domowe stanowiły 1% ogółu udzielonych porad. Najwięcej porad zostało udzielonych w województwie mazowieckim (12,6% w skali kraju) oraz śląskim (11,9%), a najmniej w lubuskim (2,6%) oraz w opolskim (2,5%). Szczegółowy podział liczby porad w podziale na województwa przedstawia Rys. 2.16.

RAPORT „Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce – diagnoza i projekty zmian”

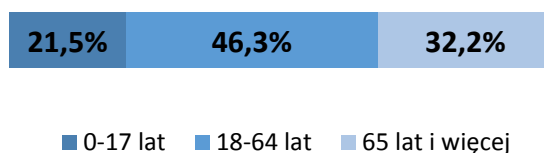
Rys. 2.16. Liczba udzielonych porad lekarskich w POZ według województw w 2017 r. (w mln).



Źródło: GUS "Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017" . Opracowanie na podstawie wyników badania GUS realizowanego na formularzu ZD-3 Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz na podstawie danych otrzymanych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, pochodzących ze sprawozdania resortowego MSWiA-32.

Dane GUS podają, że wśród porad udzielonych przez lekarzy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w miastach, 56,9% stanowiły porady udzielone kobietom, 22,1% porad udzielono dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (o 0,2 p. proc. mniej niż w 2016 r.), a 32,1% – osobom w wieku 65 lat i więcej (o 0,7 p. proc. więcej). Struktura porad udzielonych na wsi w podstawowej opiece zdrowotnej niewiele różniła się od tej w miastach. Odsetek porad udzielonych kobietom wynosił 56% (0,1 p. proc. mniej niż przed rokiem); 19,3% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat, natomiast udział porad udzielonych pacjentom w wieku 65 lat i więcej wyniósł 32,6% (o 0,6 p. proc. więcej). Oznacza to, że prawie 1/3 porad podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły porady udzielane osobom w wieku 65 lat i więcej (Rys. 2.17, Tab. 2.10).

Rys. 2.17. Struktura procentowa porad podstawowej opieki zdrowotnej według wieku pacjentów w 2017 r.



Źródło: GUS "Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017" .

Tab. 2.10. Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej* według województw i świadczeniobiorców.

Województwa		Porady udzielone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego								
		ogółem	w tym porady domowe	z liczby ogółem						
				dzieciom i młodzieży do lat 18		osobom w wieku 65 i więcej		kobietom		
				razem	w tym porady domowe	razem	w tym porady domowe	razem	w tym porady domowe	w tym opieka profilaktyczna
		w tys.								
POLSKA	2016	166413.0	2339.5	36030.1	238.2	52475.2	1543.4	94289.1	1350.3	24.0
	2017	169376.0	2422.8	36343.4	224.1	54578.2	1639.6	95969.4	1410.9	18.4
Dolnośląskie		12968.7	153.4	2647.6	19.3	4311.3	101.4	7333.2	90.2	0.4
Kujawsko-pomorskie		9919.4	151.5	2092.0	15.9	3165.3	97.2	5650.8	85.6	1.3
Lubelskie		9977.5	139.9	2018.2	13.6	3396.3	91.7	5696.8	79.1	1.5
Lubuskie		4408.4	64.7	918.8	4.1	1390.3	47.9	2497.2	39.6	0.1
Łódzkie		12184.4	206.8	2537.8	26.9	4000.7	128.2	7044.4	115.6	0.2
Małopolskie		13559.9	249.1	3283.1	21.6	4181.6	168.9	7608.0	146.9	1.8
Mazowieckie		21437.5	334.0	4982.9	21.6	6856.0	244.3	12288.9	204.5	1.6
Opolskie		4339.9	60.7	884.7	4.0	1539.5	45.2	2426.2	37.3	0.3
Podkarpackie		8930.0	117.6	1916.1	8.2	2755.8	81.5	5006.3	69.8	0.3
Podlaskie		5207.2	81.0	1097.2	10.2	1748.4	54.6	2933.5	46.4	0.8
Pomorskie		9915.3	101.2	2294.2	9.3	2951.3	68.3	5596.0	57.3	0.4
Śląskie		20233.7	287.4	4401.6	23.2	6436.0	206.9	11300.7	167.5	6.9
Świętokrzyskie		5404.0	65.4	1009.0	4.9	1885.5	45.0	3040.6	36.0	0.7
Warmińsko-mazurskie		6258.9	67.7	1210.7	4.5	2038.8	46.1	3582.6	38.8	0.1
Wielkopolskie		16496.0	240.3	3515.5	26.6	5086.5	147.9	9279.5	137.2	0.3
Zachodniopomorskie		8135.1	102.2	1534.0	10.3	2834.9	64.6	4684.7	59.0	1.7

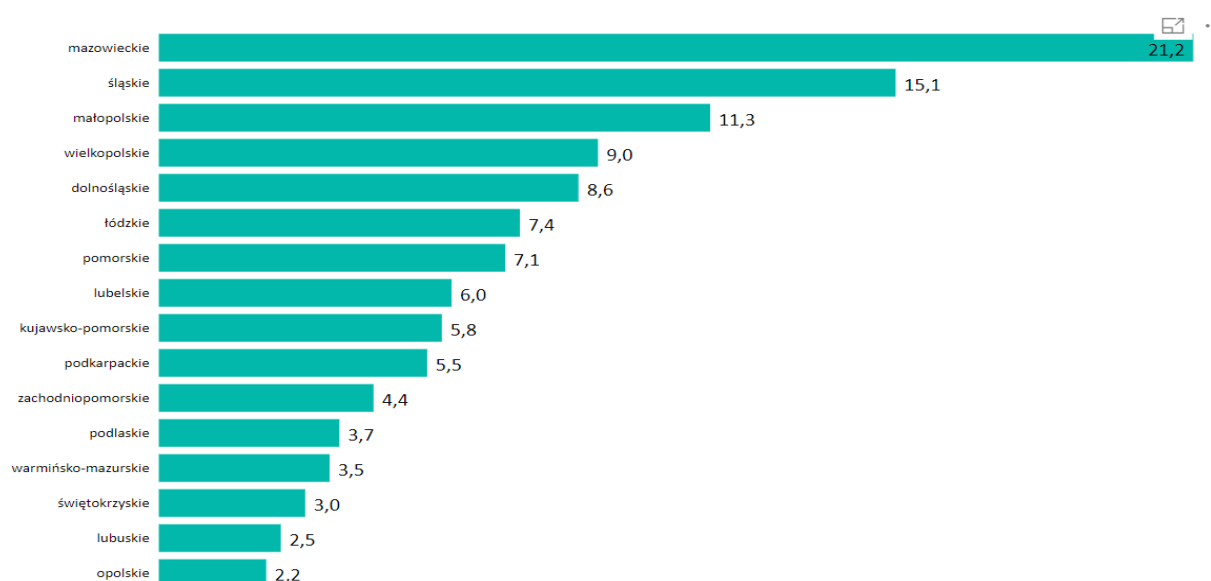
* Łącznie z poradami udzielonymi w ramach praktyk lekarskich.

Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2018. Publikacja dostępna na <http://www.stat.gov.pl/>.

2.4.2 Specjalistyczna opieka lekarska

Jak podano powyżej, według danych GUS w 2017 roku w Polsce udzielono łącznie 116,3 mln porad specjalistycznych. Można zaobserwować, że podobnie jak w przypadku porad w POZ, najwięcej porad specjalistycznych udzielonych zostało w województwie mazowieckim (21% w skali kraju) oraz śląskim (15%), a najmniej w lubuskim (2,5%) oraz opolskim (2,2%). Na Rys. 2.18 został zaprezentowany udział procentowy poszczególnych województw w liczbie udzielonych specjalistycznych porad.

Rys. 2.18. Liczba udzielonych specjalistycznych porad lekarskich według województw w 2017 r. (w mln).



Źródło: GUS "Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017" . Opracowanie na podstawie wyników badania GUS realizowanego na formularzu ZD-3 Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz na podstawie danych otrzymanych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, pochodzących ze sprawozdania resortowego MSWiA-32.

Analiza porad w zakresie opieki specjalistycznej przeprowadzona przez GUS wykazała, że w 2017 r. zdecydowanie częściej niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej, pacjentami były kobiety (60,4%). Porady udzielone kobietom stanowiły 60,3% porad w miastach i 66,7% na wsi. Odsetki te były znacznie wyższe niż wynikałoby ze struktury ludności, gdzie kobiety w miastach stanowiły 52,6% a na wsi – 50,2% ogółu ludności. Dzieci i młodzież rzadziej korzystały z porad lekarzy specjalistów. Porady udzielone tej grupie pacjentów stanowiły 12,8% porad w miastach (o 0,1 p. proc. mniej niż przed rokiem) i 13,4% (o 0,7 p. proc. więcej jak w 2016 r.) na wsi. Odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom starszym wyniósł 28,3% w miastach (o 0,7 p. proc. więcej niż przed rokiem) i 22,5% na wsi (o 1,7 p. proc. więcej) i był on znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej. Strukturę porad ogółem w zakresie opieki specjalistycznej prezentuje Rys. 2.19 i Tab. 2.11.

Rys. 2.19. Struktura specjalistycznych porad lekarskich ogółem według wieku pacjentów w 2017 r.



Źródło: GUS "Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017" .

Tab. 2.11. Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna* według województw - udzielone porady (w tys.) w 2017 r.

Województwa	ogółem	z liczby ogółem		
		<i>Dzieciom i młodzieży do lat 18</i>	<i>osobom w wieku 65 lat i więcej</i>	<i>kobietom</i>
POLSKA	2016 116121.2	14967.5	31883.4	70383.4
	2017 116281.6	14948.8	32719.2	70263.1
Dolnośląskie	8622.9	1062.4	2314.1	5200.7
Kujawsko-pomorskie	5775.8	762.6	1603.5	3475.1
Lubelskie	6015.2	768.8	1714.2	3632.8
Lubuskie	2451.5	344.3	700.2	1430.1
Łódzkie	7437.3	894.8	2262.1	4485.1
Małopolskie	11270.1	1420.1	3076.1	6750.4
Mazowieckie	21190.3	3095.0	5407.9	12980.7
Opolskie	2239.4	287.1	680.5	1338.3
Podkarpackie	5461.6	760.4	1478.5	3228.6
Podlaskie	3747.4	539.3	1042.7	2263.2
Pomorskie	7088.8	840.6	2027.2	4360.3
Śląskie	15067.8	1716.3	4647.4	9114.6
Świętokrzyskie	3008.8	350.3	940.2	1823.5
Warmińsko-mazurskie	3507.9	499.4	960.4	2122.0
Wielkopolskie	8970.2	1121.4	2462.0	5327.6
Zachodniopomorskie	4426.6	485.7	1402.3	2730.1

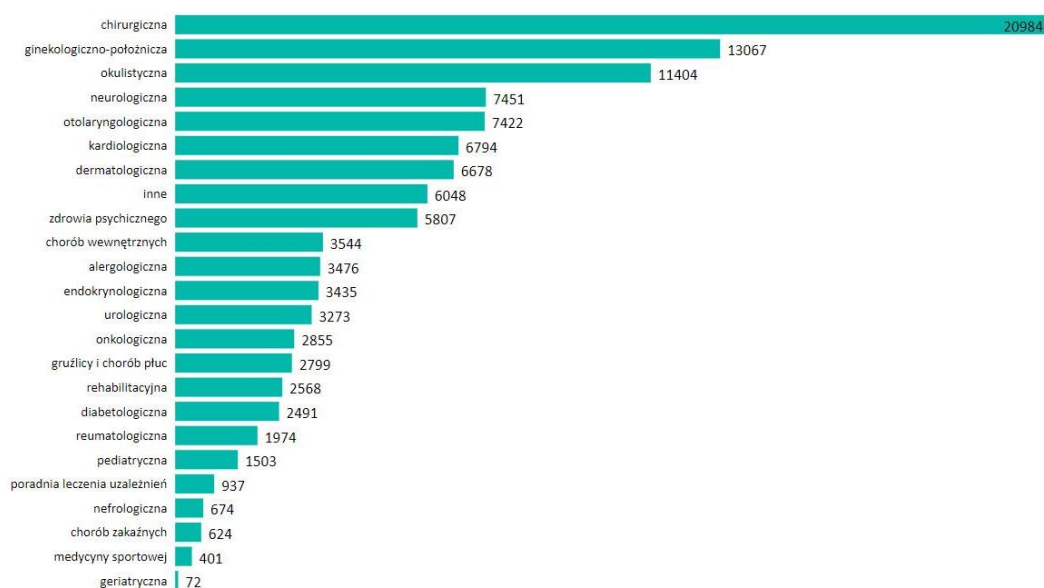
*Łącznie z poradami udzielonymi w ramach praktyk lekarskich.

Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2018.

Publikacja dostępna na <http://www.stat.gov.pl/>.

W specjalistycznej opiece lekarskiej największy udział stanowiły porady świadczone w poradniach chirurgicznych – blisko 21 mln (18,0%). Często udzielano również porad w poradniach ginekologiczno-położniczych (11,2%) oraz okulistycznych (9,8%), najmniej w geriatrycznych (0,1%) – Rys. 2.20 i Tab. 2.12.

Rys. 2.20. Specjalistyczne porady lekarskie według rodzaju poradni w 2017 r. (w tys.).



Źródło: GUS "Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017". Opracowanie na podstawie wyników badania GUS realizowanego na formularzu ZD-3 Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz na podstawie danych otrzymanych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, pochodzących ze sprawozdania resortowego MSWiA-32.

Tab. 2.12 Specjalistyczne porady lekarskie według województw udzielone w 2017 r. (w tys.).

Województwa		Ogółem w tys.	W tym								
			specjalizacja choroby wewnętrzne	pediatryczne	ginekologiczno- położnicze	chirurgiczne	gruźlicy i chorób płuc	dermatologiczne	okulistyczne	otolaryngologicz ne	zdrówia psychicznego
POLSKA	2016	116121	3423.7	1391.5	13319.9	20999.2	2852.7	6731.3	11484.9	7451.1	5770.9
POLAND	2017	116282	3544.1	1503.2	13067.2	20983.7	2799.0	6677.5	11404.2	7422.1	5807.0
Dolnośląskie		8623	8623	137.7	1079.2	1520.5	132.4	537.1	1028.0	607.5	408.3
Kujawsko-pomorskie		5776	5776	18.2	673.3	1055.1	119.9	323.5	502.5	356.0	375.9
Lubelskie		6015	6015	33.9	621.0	1049.6	191.0	387.6	659.3	405.8	260.0
Lubuskie		2451	2451	9.1	262.3	499.0	68.2	115.7	231.7	153.1	142.5
Łódzkie		7437	7437	63.0	738.1	1321.7	217.8	444.8	767.8	458.9	445.3
Małopolskie		11270	11270	173.5	1206.7	1934.7	316.7	567.8	1039.7	755.6	476.9
Mazowieckie		21190	21190	743.9	2499.4	3273.3	352.1	1114.5	2073.4	1311.4	911.9
Opolskie		2239	2239	10.3	250.6	423.1	47.8	116.0	224.0	162.7	129.7
Podkarpackie		5462	5462	18.7	552.1	945.9	190.1	366.0	521.0	347.6	311.1
Podlaskie		3747	3747	13.9	423.1	625.1	83.4	202.4	274.5	213.8	202.1
Pomorskie		7089	7089	56.8	789.0	1248.8	171.3	461.6	657.9	399.7	428.2
Śląskie		15068	15068	87.3	1621.5	2921.9	355.3	853.4	1555.6	941.6	700.2
Świętokrzyskie		3009	3009	9.7	342.8	542.0	85.3	164.2	279.4	170.7	153.4
Warmińsko-mazurskie		3508	3508	12.7	420.6	885.7	89.6	218.7	303.9	245.6	139.7
Wielkopolskie		8970	8970	93.3	1015.0	1848.7	257.9	570.9	835.0	608.9	525.5
Zachodniopomorskie		4427	4427	21.3	572.5	888.5	120.1	233.2	450.4	283.7	196.2

Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2018.

<http://www.stat.gov.pl/>.

2.4.3 Badania diagnostyczne i inne świadczenia POZ

W ramach umów na świadczenia POZ wykonuje się badania diagnostyczne, zgodnie ze specyfikacją wynikającą z wykazu świadczeń gwarantowanych w POZ. Dane na temat wykonania poszczególnych grup badań za lata 2013-2015 zostały zawarte w Tab. 2.13.

Tab. 2.13. Liczba wykonania badań diagnostycznych w POZ.

Grupa badań	2013	2014	I półrocze 2015 r*	Poziom wykonania 2014 r. do 2013 r.	Poziom wykonania 2015 r**, do 2014 r.
BADANIA RAZEM	93 282 616	100 850 805	52 362 737	108.11%	51.92%
Badania hematologiczne	18 299 750	19 524 344	9 067 960	106.69%	46.44%
Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	50 941 172	55 906 389	30 592 154	109.75%	54.72%
Badania moczu	8 797 542	9 207 772	4 569 618	104.66%	49.63%
Badania kału	952 476	1 114 037	546 105	116.96%	49.02%
Badania układu krzepnięcia	3 896 837	4 118 215	1 977 896	105.68%	48.03%
Badania mikrobiologiczne	551 001	631 403	278 661	114.59%	44.13%
Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku	4 292 625	4 354 955	2 003 107	101.45%	46.00%
Badanie ultrasonograficzne (USG)	1 589 125	1 779 354	1 080 229	111.97%	60.71%
Spirometria	0	0	59 332	x	x
Zdjęcia rentgenowskie	3 962 088	4 214 336	2 187 675	106.37%	51.91%

*) dane nie zawierają informacji o badaniach wykonanych przez 123 świadczeniodawców dla 482 091 osób łącznej populacji świadczeniobiorców objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru lekarza POZ; **) dane za I półrocze 2015.

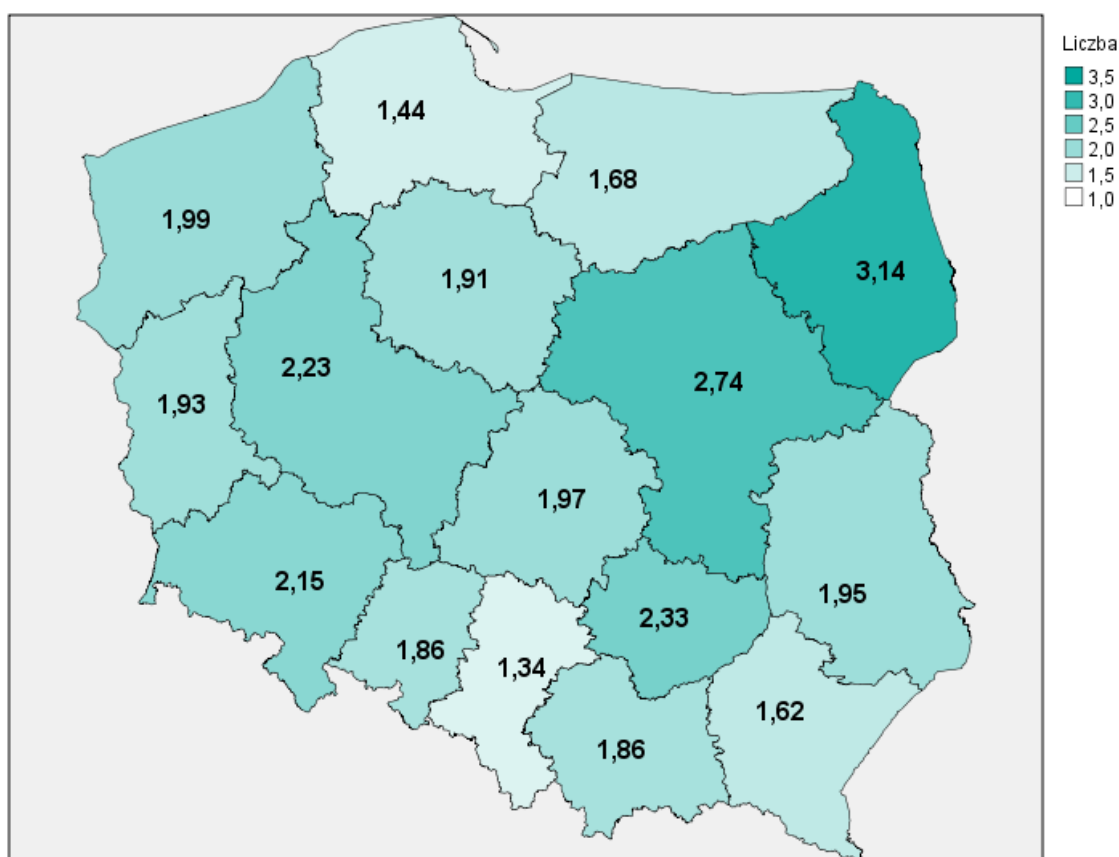
Źródło: Raport NFZ z roku 2016 pt. „Podstawowa opieka zdrowotna - potencjał i jego wykorzystanie”.

2.4.4 Świadczenia pielęgniarstwa POZ

Dane dotyczące świadczeń pielęgniarstwa POZ pochodzą z roku 2015. Niestety Autorzy niniejszego raportu nie otrzymali aktualnych danych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane omawiane poniżej pochodzą z raportu NFZ z roku 2016 pt. „Podstawowa opieka zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie”. Przedstawione poniżej porównania pomiędzy poszczególnymi OW NFZ przygotowane zostały na podstawie danych dotyczących liczby udzielonych świadczeń w poszczególnych zakresach, w odniesieniu do populacji osób zadeklarowanych.

Analizując w/w raport, można stwierdzić, że świadczenia pielęgniarstwa POZ w roku 2015 były udzielane na rzecz 35 481 424 zadeklarowanych osób - będących na aktywnych listach pielęgniarstwa POZ. W skali kraju w roku 2014 łącznie udzielono 71,4 mln świadczeń (wizyty, wizyty domowe, patronaże, zabiegi, świadczenia profilaktyczne i rehabilitacyjne). Średnia liczba świadczeń dla kraju w przeliczeniu na 1 zapisanego na listę pielęgniarstwa POZ pacjenta wynosiła 2,01. Wskaźnik ten był różny w poszczególnych OW NFZ – od 1,34 w województwie śląskim po 3,14 w województwie podlaskim. Szczegółowe dane na temat liczby świadczeń w poszczególnych regionach kraju przedstawia Rys. 2.21.

Rys. 2.21. Liczba świadczeń pielęgniarstwa POZ w przeliczeniu na 1 pacjenta w 2014 r.



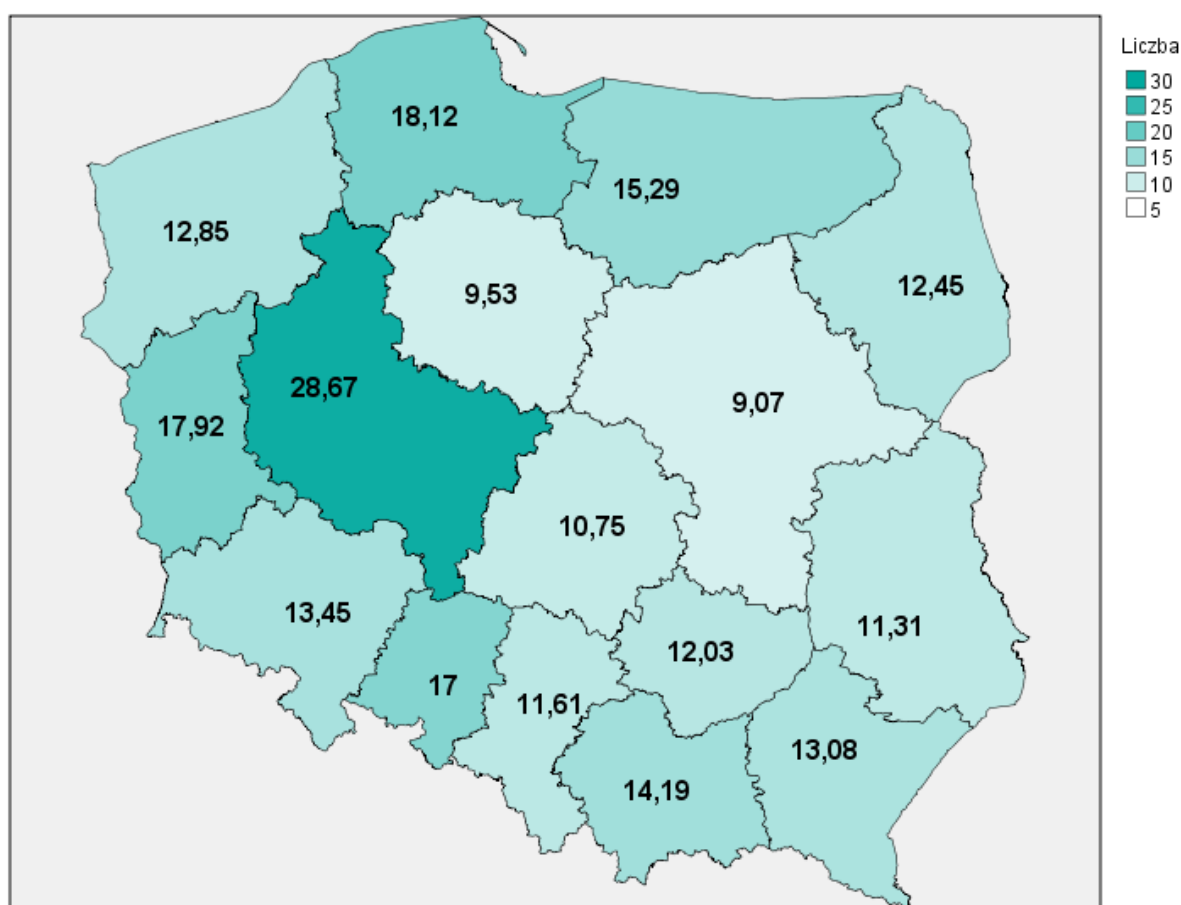
Źródło: Raport NFZ z roku 2016 pt. „Podstawowa opieka zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie”.

2.4.5 Świadczenia położnej POZ

Dane dotyczące świadczeń położnej POZ pochodzą z roku 2015. Podobnie jak w odniesieniu do pielęgniarstwa Autorzy raportu nie otrzymali aktualnych danych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane przedstawione poniżej również pochodzą z raportu NFZ z roku 2016 pt. „Podstawowa opieka zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie”.

Według danych NFZ w roku 2015 świadczenia położnej były udzielane na rzecz 16 837 065 zadeklarowanych kobiet (pacjentek). W skali kraju w roku 2014 łącznie udzielono łącznie 2,3 mln świadczeń (wizyty patronażowe, wizyty w edukacji przedporodowej). Średnia liczba świadczeń dla kraju w przeliczeniu na 100 zapisanych pacjentek na listę położnej POZ wynosiła 13,72. Wskaźnik ten był różny dla poszczególnych OW NFZ – od 9,07 w województwie mazowieckim po 28,67 w województwie wielkopolskim. Szczegółowe dane na temat liczby świadczeń w poszczególnych regionach kraju przedstawia Rys. 2.22.

Rys. 2.22. Liczba świadczeń położnej POZ na 100 pacjentek zapisanych na listę położnej POZ w 2014 r.



Źródło: Raport NFZ z roku 2016 pt. „Podstawowa opieka zdrowotna - potencjał i jego wykorzystanie”.

2.5 Szczepienia ochronne w Polsce

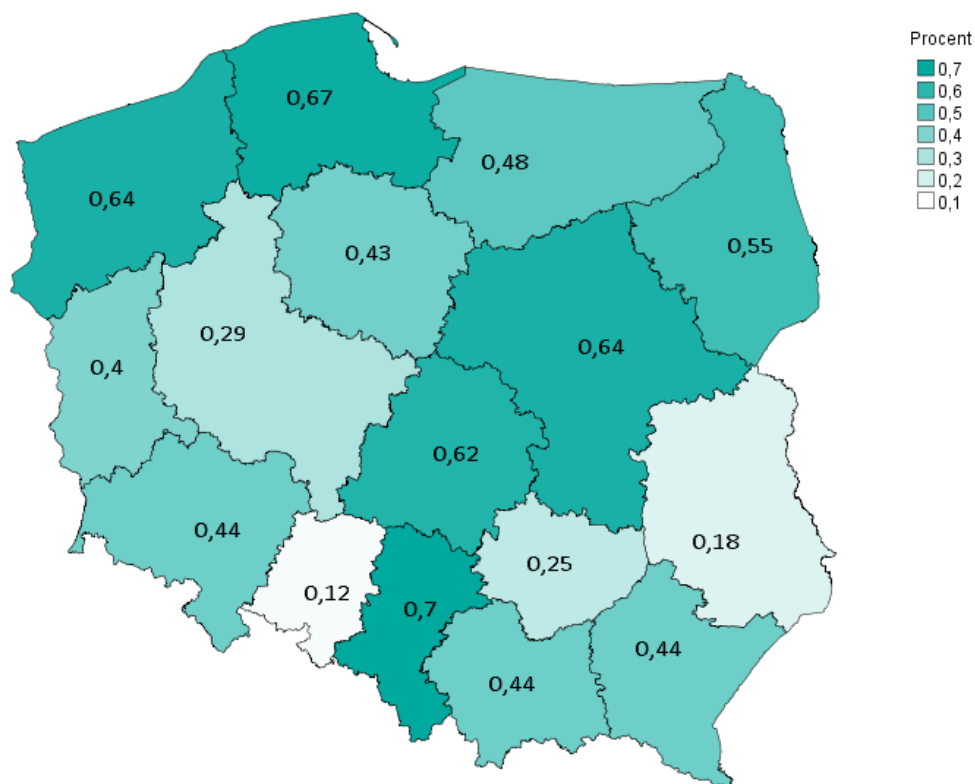
Szczepienia ochronne z jednej strony zapobiegają zachorowaniom na choroby zakaźne, a z drugiej kształtują odporność całej populacji, zapewniając ochronę także tym osobom, które ze względu na zdrowotne przeciwwskazania nie mogły zostać zaszczepione. Dla większości chorób przyjmuje się, że odporność populacyjną osiąga się przy zaszczepieniu co najmniej 95% populacji. Obowiązek szczepień ochronnych w Polsce funkcjonuje od ponad pół wieku i ma istotne znaczenie dla utrzymania korzystnej sytuacji epidemiologicznej. Program Szczepień Ochronnych (PSO) dotyczy głównie dzieci i młodzieży od 0 do 19 lat. Wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepienia określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 2011 nr 182 poz. 1086). W Polsce choroby objęte tym obowiązkiem to: wirusowe zapalenie wątroby typu B, gruźlica, błonica, tężec, krztusiec, Haemophilus influenzae typu B, poliomyelitis, odra, świnka i różyczka. Z kolei choroby przeciwko, którym szczepienia są zalecane to: ospa wietrzna, inwazyjna choroba pneumokokowa, inwazyjna choroba meningokokowa, zapalenie mózgu przenoszone przez kleszcze oraz grypa. W 2016 roku na podstawie rekomendacji WHO do kalendarza szczepień wprowadzono istotną zmianę polegającą na zastąpieniu ostatniej dawki

szczepionki OPV szczepionką IPV w przypadku szczepień przeciw polio. Kolejnym ważną zmianą było wprowadzenie w 2017 r. obowiązkowego szczepienia przeciw pneumokokom, celem indukowania odporności zarówno indywidualnej jak i zbiorowiskowej. Terminy, w których należy wykonać szczepienia ochronne podane są w Programie Szczepień Ochronnych (PSO), przyjętym w komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego.

2.5.1 Zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze

Współczynniki umieralności z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w poszczególnych latach oscylują w Polsce w granicach 5-8 zgonów na 100.000 ludności. Oznacza to, że procentowy udział tych chorób w ogólnej liczbie zgonów w Polsce zawiera się w przedziale 0,5%-0,8%. Należy również dodać, że sytuacja w omawianym zakresie jest dość wyrównana na obszarze całego kraju. W 2016 r. udział zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych wahał się od 0,12% w opolskim do 0,70% w śląskim, przy wskaźniku ogólnokrajowym wynoszącym 0,50% (Rys. 2.23).

Rys. 2.23. Procentowy udział zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w ogólnej liczbie zgonów w podziale na województwa w roku 2016.



Źródło: Wojtyniak B. Goryński P. [red] Sytuacja zdrowotna ludności polskiej i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2018.

Dzięki szczepieniom ochronnym udało się całkowicie wyeliminować zachorowania na błonicę oraz polio. Również zapadalność na tężec, odrę oraz chorobę wywołaną przez *Haemophilus influenzae* jest bardzo niska i wynosi mniej niż 0,3. Najwyższa zapadalność w roku 2017 wystąpiła w przypadku WZW typu B oraz krztuśca (Tab. 2.14).

Tab. 2.14. Zapadalność na wybrane choroby zakaźne objęte obowiązkiem szczepienia w latach 2007-2017.

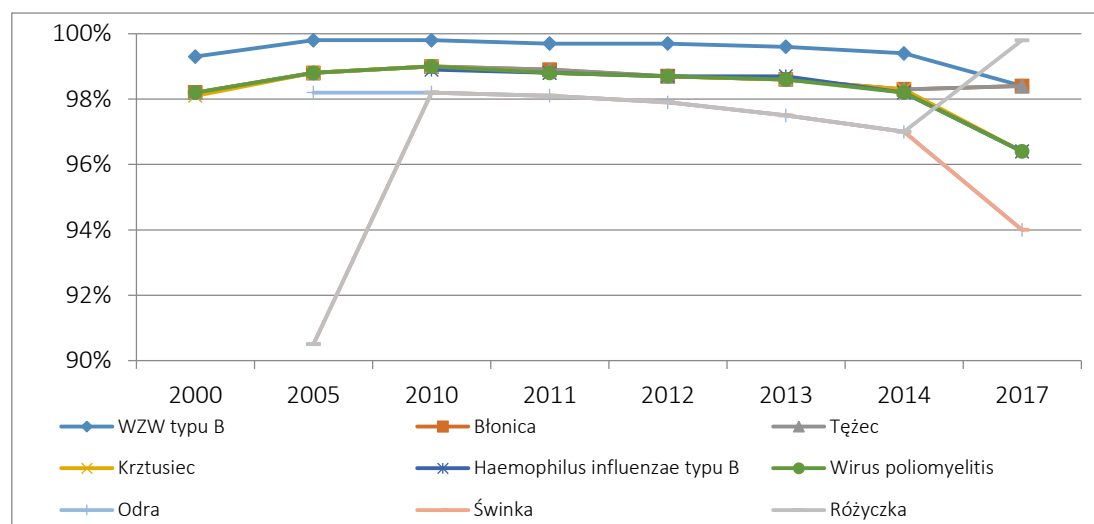
Jednostka chorobowa	Mediana w latach 2007-2011		Mediana w latach 2012-2016		2017	
	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100 tys. os.	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100 tys. os.	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100 tys. os.
WZW typu B	1 475	3,87	2 758	7,17	3 363	8,75
błonica	0	0	0	0	0	0
tężec	16	0,042	13	0,034	11	0,029
krztusiec	1 987	5,21	4 684	12,16	3 066	7,98
choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i>	31	0,08	41	0,11	108	0,28
ostre nagminne porażenie dziecięce (polio)	0	0	0	0	0	0
odra	40	0,1	84	0,22	63	0,16
świnka	2 954	7,74	2 436	6,33	1 670	4,35
różyczka	7 587	19,89	5 891	15,31	476	1,24

Źródło: Wojtyński B. Goryński P. [red] Sytuacja zdrowotna ludności polskiej i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2018.

2.5.2 Obowiązkowe szczepienia ochronne

W Polsce odsetek osób zaszczepionych na choroby zakaźne objęte obowiązkiem szczepień stanowi wystarczające zabezpieczenie przed szerzeniem się chorób zakaźnych (Rys. 2.24 i Tab. 2.15). Na podstawie wstępnych danych opublikowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny możemy zaobserwować, że najwyższy wskaźnik zaszczepienia występuje w przypadku różyczki (99,8%), a najniższy dla odry (94%) i świnki (94%).

Rys. 2.24. Stan zaszczepienia populacji Polski na choroby zakaźne objęte obowiązkiem szczepienia w latach 2000-2017.



Źródło: 1. Wojtyniak B. Goryński P. [red] Sytuacja zdrowotna ludności polskiej i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2018. 2. Najwyższa Izba Kontroli. System szczepień ochronnych dzieci. Informacja o wynikach kontroli. Warszawa 2015.

Tab. 2.15. Stan zaszczepienia populacji Polski na choroby zakaźne objęte obowiązkiem szczepienia w latach 2000-2017.

Choroby zakaźne objęte obowiązkowym szczepieniem	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2017*
WZW typu B	99,3%	99,8%	99,8%	99,7%	99,7%	99,6%	99,4%	98,4%
Błonica	98,2%	98,8%	99,0%	98,9%	98,7%	98,6%	98,3%	98,4%
Tężec	98,2%	98,8%	99,0%	98,9%	98,7%	98,6%	98,3%	98,4%
Krztusiec	98,1%	98,8%	99,0%	98,8%	98,7%	98,6%	98,3%	96,4%
Haemophilus influenzae typu B	-	-	98,9%	98,8%	98,7%	98,7%	98,2%	96,4%
Wirus poliomyelitis	98,2%	98,8%	99,0%	98,8%	98,7%	98,6%	98,2%	96,4%
Odra	-	98,2%	98,2%	98,1%	97,9%	97,5%	97,0%	94,0%
Świnka	-	90,5%	98,2%	98,1%	97,9%	97,5%	97,0%	94,0%
Różyczka	-	90,5%	98,2%	98,1%	97,9%	97,5%	97,0%	99,8%
Gruźlica	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	91,8%

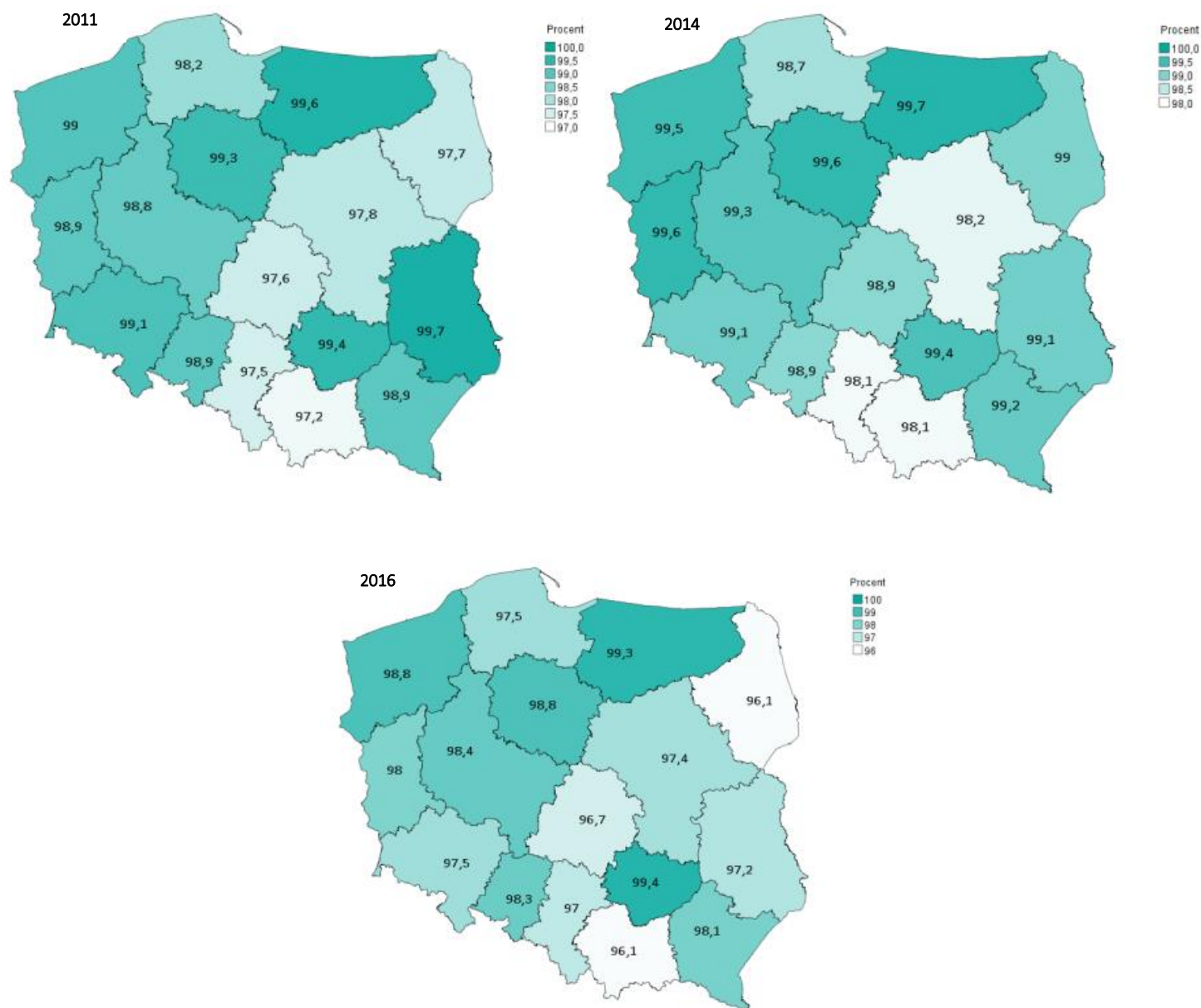
*wstępne dane NIZP-PZH na rok 2017

Źródło: 1. Wojtyniak B. Goryński P. [red] Sytuacja zdrowotna ludności polskiej i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2018. 2. Najwyższa Izba Kontroli. System szczepień ochronnych dzieci. Informacja o wynikach kontroli. Warszawa 2015.

W 2016 roku wystąpiła w Polsce rekordowa zapadalność na krztuśca. Zgłoszono wtedy aż 6 828 przypadków krztuśca, a zapadalność wyniosła 17,77 na 100 tys. ludności, co w porównaniu z 2015 r. stanowi wzrost o 38%. Wzrost liczby zachorowań na krztusiec w 2016 r. (szczyt epidemiczny), oraz liczne zachorowania w 2017 r. (3 067 zachorowań, zapadalność 7,98 na 100 tys. ludności) wskazują na utrwalone krążenie bakterii w populacji przy jednoczesnym utrzymywaniu się dużej podatności populacji na zakażenie. W latach 2011,

2014 i 2016 najniższy odsetek zaszczepionych dwulatków przeciwko krztuścowi utrzymywał się w województwie małopolskim, a najwyższy w warmińsko-mazurskim (Rys. 2.25).

Rys. 2.25. Stan zaszczepienia dwulatków przeciwko krztuścowi w latach 2011, 2014 i 2016.

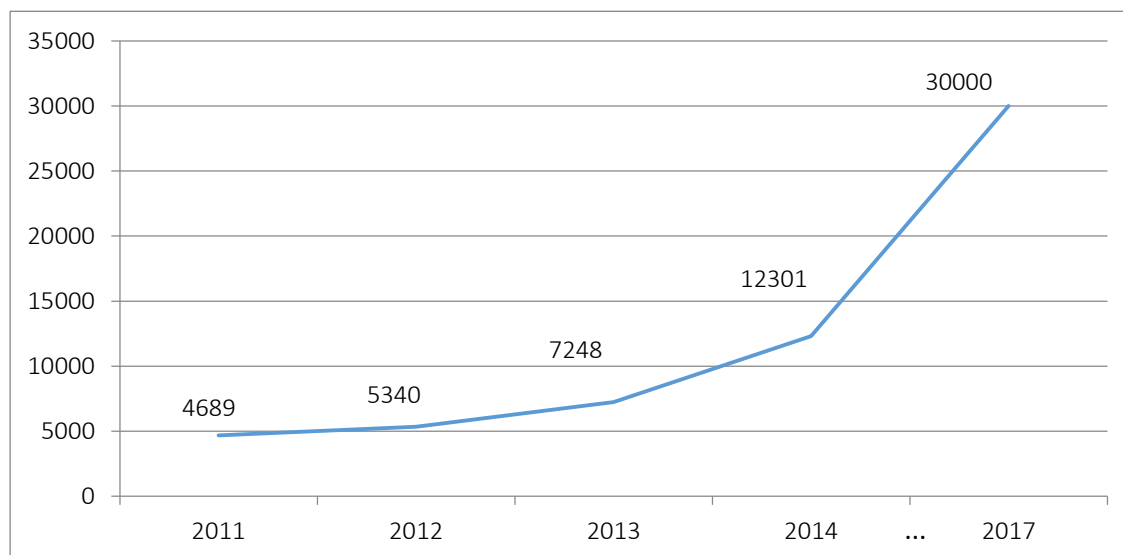


Źródło: 1. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Szczepienia ochronne w Polsce w 2016 roku. Warszawa 2017. 2. Najwyższa Izba Kontroli. System szczepień ochronnych dzieci. Informacja o wynikach kontroli. Warszawa 2015.

Możemy zaobserwować rosnącą liczbę osób uchylających się od obowiązku szczepienia (Rys. 2.26). Między rokiem 2014 a 2017 liczba osób nieobjętych obowiązkowym szczepieniem zwiększyła się ponad 2-krotnie i wyniosła 30 000. Należy stale monitorować tę sytuację i prowadzić działania informacyjne i edukacyjne, skierowane na podkreślanie korzyści, jakie

dają szczepienia ochronne i niebezpieczeństw związanych z brakiem odporności wykształconej przez szczepionki. Utrzymywanie się takiej dynamiki wzrostu liczby osób rezygnujących ze szczepień, w perspektywie najbliższych lat grozi powrotem epidemii chorób, które udało się zwalczyć za pomocą szczepień.

Rys. 2.26. Liczba osób uchylających się od szczepień ochronnych w Polsce.



Źródło: 1. Wojtyński B. Goryński P. [red] Sytuacja zdrowotna ludności polskiej i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2018. 2. Najwyższa Izba Kontroli. System szczepień ochronnych dzieci. Informacja o wynikach kontroli. Warszawa 2015.

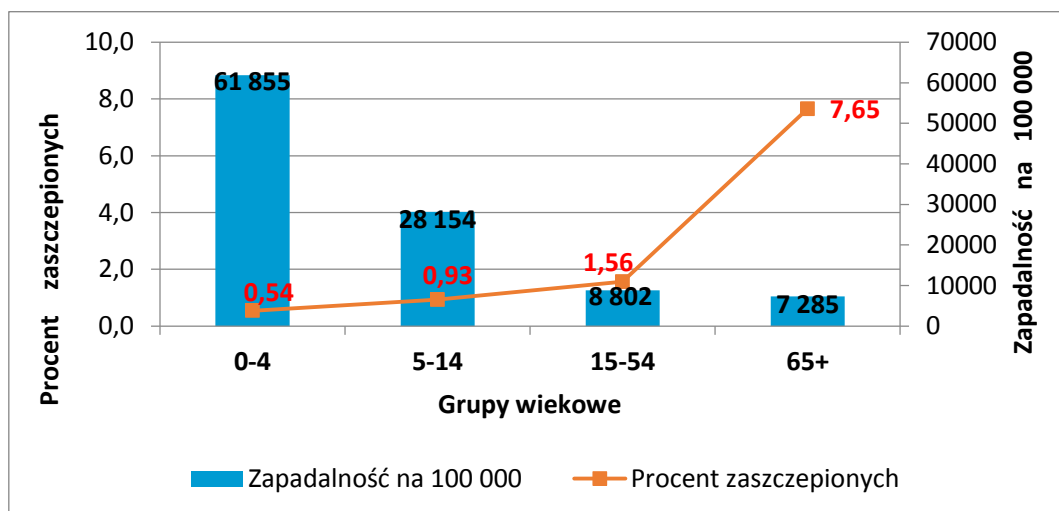
2.5.3 Szczepienia zalecane - szczepienia przeciwko grypie

Spośród wszystkich chorób zakaźnych, objętych w Polsce nadzorem epidemiologicznym, najczęściej zachorowań wywołuje grypa. Nadzór epidemiologiczny nad tą chorobą w Polsce – podobnie jak w wielu innych krajach – opiera się na rejestrowaniu zakażeń górnych dróg oddechowych, określanych w Polsce jako „zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę”. Obejmuje on (zgodnie z definicją przyjętą na potrzeby nadzoru) zarówno ostre zakażenia dróg oddechowych jak i zachorowania grypopodobne. Co roku w okresie szczytu sezonu epidemicznego (tj. od stycznia do marca), zachorowania na grypę i choroby grypopodobne powodują poważne obciążenia dla systemu opieki zdrowotnej. W świetle danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, w ostatnich 5-ciu latach w związku z grypą i chorobami grypopodobnymi rokrocznie z porady lekarskiej korzystał co dziesiąty Polak. W roku 2017, w którym zgłoszono największą od trzydziestu lat liczbę zachorowań, z porady lekarskiej skorzystało 5 043 491 osób. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej skierowali do szpitali 0,32% chorych, oraz - według wg wstępnych danych GUS – zarejestrowano 79 zgonów⁵.

⁵ Wojtyński B. Goryński P. [red] Sytuacja zdrowotna ludności polskiej i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2018.

W świetle danych gromadzonych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne w ramach Systemu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej, w 2017 r. w całej Polsce zaszczepiono przeciw grypie ogółem 945 869 osób, tj. 2,5% populacji. W stosunku do roku 2016 liczba zaszczepionych wzrosła, ale był to wzrost tylko o 10,4%. Taki wynik to jednak niemal dwukrotnie mniej niż w roku 2005, gdzie zaszczepionych przeciwko grypie było prawie 1,7 mln osób (tj. 4,3% populacji). W roku 2017 najczęściej szczepione były osoby w grupie wiekowej powyżej 65 lat. Ogółem zaszczepiono 490 066 osób w tym wieku, co stanowi 7,65%. Natomiast w grupie dzieci w wieku 0-4 lata oraz dzieci i młodzieży w wieku 5-14 lat, w których występuje najwyższa zapadalność na gripę, szczepienia objęły zaledwie – odpowiednio – 10 138 (0,54%) oraz 36 559 osób (0,93%). Dane na temat zapadalności i odsetek zaszczepionych w poszczególnych grupach wiekowych, przedstawione zostały na Rys. 2.27. Dane inspekcji sanitarnej mogą być znacząco zaniżone, jako że nie ma prawnego obowiązku raportowania przez jednostki systemu ochrony zdrowia wykonywania szczepień zalecanych. Odnosząc się do tych danych, należy stwierdzić, że są to liczby bardzo niskie na tle innych krajów europejskich. Optymistyczne jest jednak to, że sytuacja nieco poprawia się i zauważalny jest trend, że po dziesięciu latach utrzymywania się tendencji spadkowej liczby osób szczepionych przeciw grypie od roku 2016 liczba osób zaszczepionych zaczęła ponownie wzrastać.

Rys. 2.27. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na gripę w 2017 r. Zapadalność na 100.000 ludności i procent zaszczepionych przeciw grypie wg wieku.



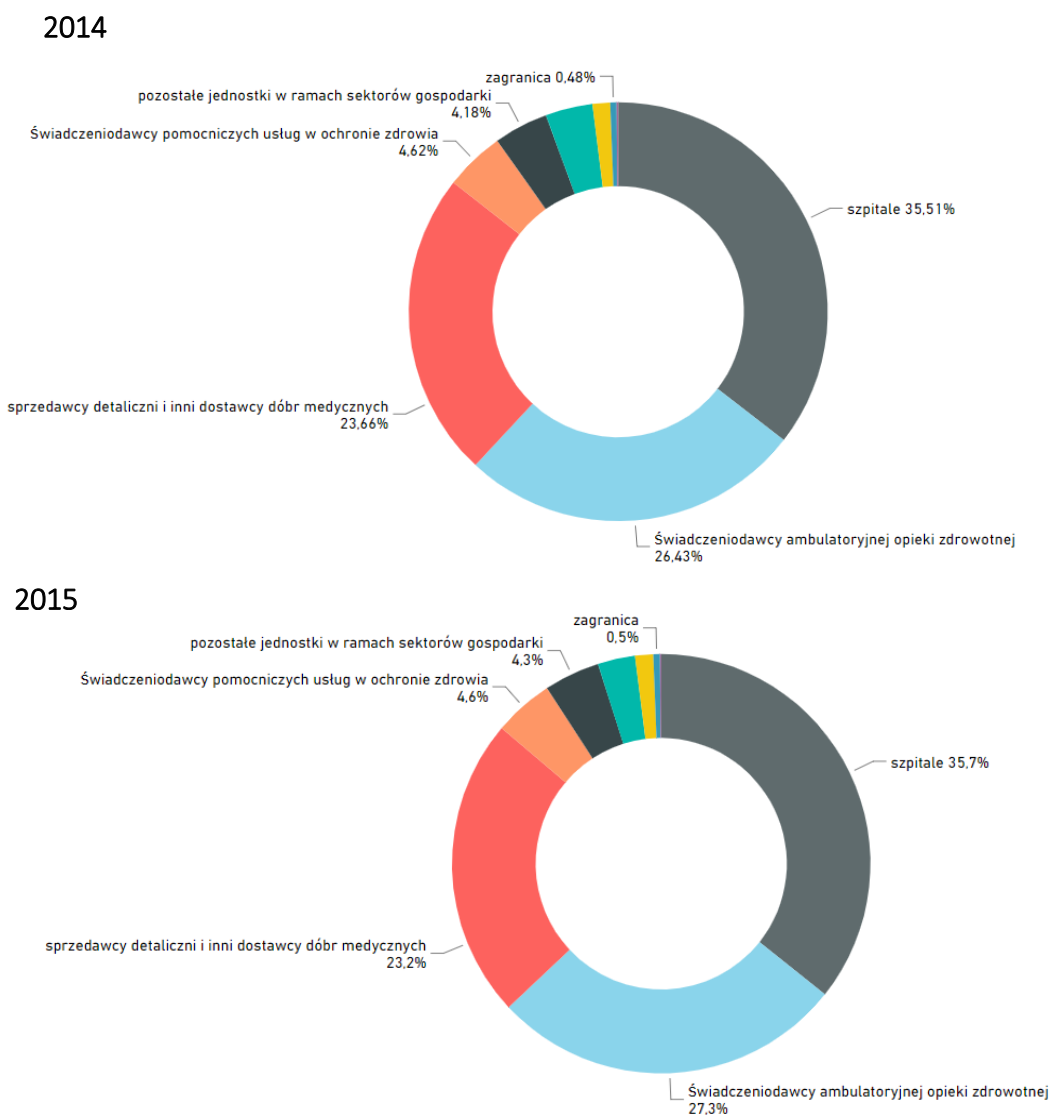
Źródło: 1. Wojtyński B. Goryński P. [red] Sytuacja zdrowotna ludności polskiej i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2018.

2.6. Wydatki na Podstawową Opiekę Zdrowotną i leczenie ambulatoryjne

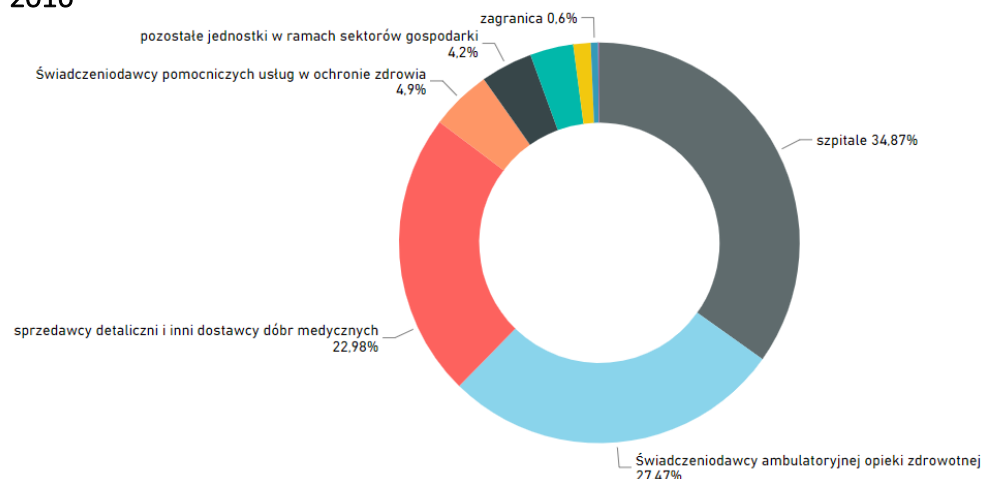
W 2016 roku najwięcej środków finansowych przeznaczono na leczenie prowadzone w szpitalach – 34,9% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w 2015 r. 35,7%). Kolejne pozycje dotyczyły placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, do których trafiło

27,5% wydatkowanych środków (w 2015 r. 27,3%), oraz sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 23,0% (Rys. 2.28). Udział środków publicznych w finansowaniu ambulatoryjnych usług zdrowotnych wyniósł 57,9%, a 42,1% finansowane było z funduszy prywatnych (w 2015 r. było to odpowiednio 58,0% i 42,0%).

Rys. 2.28. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w podziale na świadczeniodawców w latach 2014-2016.



2016



Źródło: 1. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku. Warszawa 2017; 2. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Warszawa, Kraków 2018.

Ogółem wydatki na ochronę zdrowia w roku 2016 wyniosły 121 106,7 mln zł, przy czym na ambulatoryjną opiekę zdrowotną wydano 33 325,3 mln zł (wzrost o 17% w porównaniu do roku 2014 oraz o 7% w porównaniu do roku 2015). Szczegółowe dane prezentuje Tab. 2.16.

Tab. 2.16. Struktura wydatków na ochronę zdrowia ze względu na rodzaj świadczeniodawcy w latach 2014-2016 w mln zł.

Świadczeniodawca	2014	2015	2016
Szpitala	38154,0	40703,8	42289,8
Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej	1457,4	1563,3	1667,9
Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	28397,2	31201,2	33325,3
Świadczeniodawcy pomocniczych usług w ochronie zdrowia	4968,6	5229,8	5782,9
Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych	25424,5	26462,0	27824,7
Świadczeniodawcy profilaktycznych usług zdrowotnych	140,8	147,8	174,7
Podmioty koordynujące administrację i finansowanie podmioty ochrony zdrowia	3912,0	3700,3	4229,9
Pozostałe jednostki w ramach sektorów gospodarki	4492,3	4914,4	5121,9
Zagranica	511,0	574,3	689,7
Wszyscy dostawcy w systemie ochrony zdrowia	107457,9	114496,8	121106,7

Źródło: Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Warszawa, Kraków 2018.

W 2016 roku spośród różnych świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej najwięcej środków finansowych trafiło do przychodni oraz centrów opieki ambulatoryjnej – tj. prawie $\frac{3}{4}$ wszystkich środków. Pozostałe 25% środków pokryły wydatki praktyk stomatologicznych, lekarskich oraz pozostałych praktyk (Tab. 2.17).

Tab. 2.17. Struktura wydatków na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną z uwzględnieniem podziału na kategorie świadczeniodawców w 2016 roku.

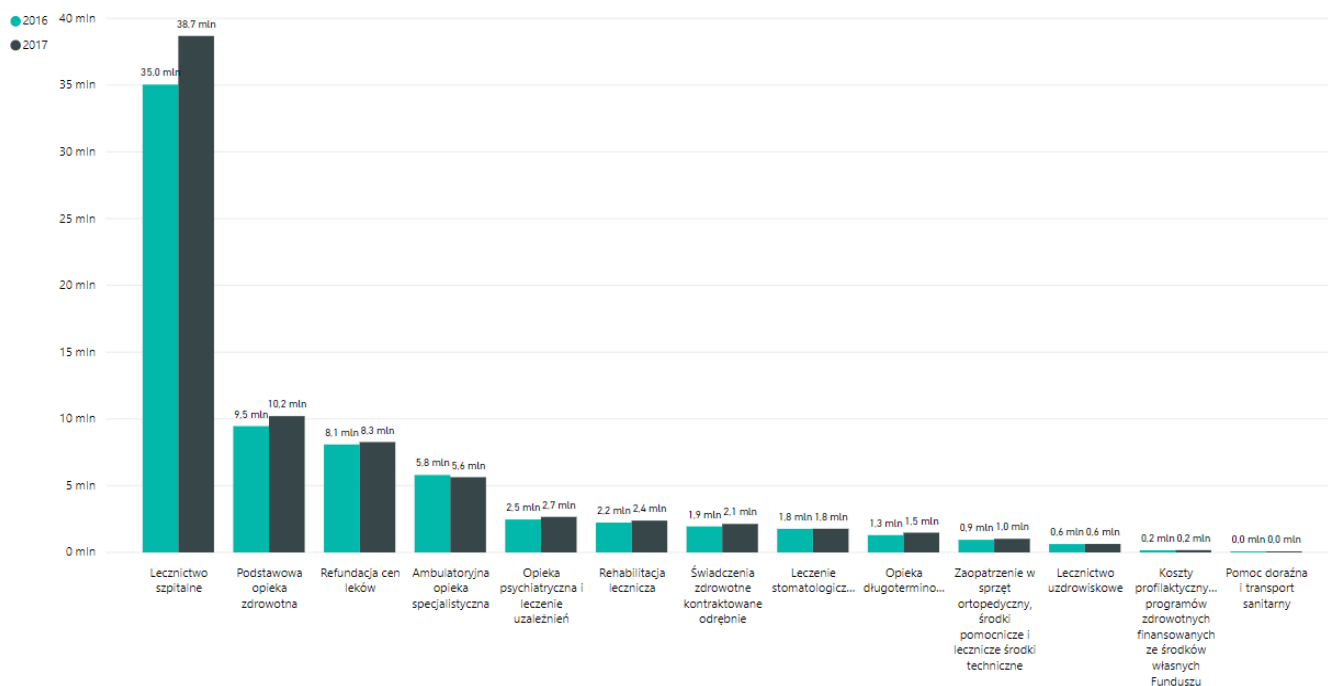
Świadczeniodawca	Wydatki w mln zł	Udział %
Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	33325,251	100%
Przychodnie, centra opieki ambulatoryjnej	24152,857	72,5%
Praktyka stomatologiczna	4848,602	14,5%
Praktyka lekarska	3251,319	9,8%
Pozostałe praktyki medyczne	1071,086	3,2%
Świadczeniodawcy w zakresie opieki domowej	1,387	0,004%

Źródło: Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Warszawa, Kraków 2018.

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną

W 2017 roku 85% publicznych środków finansowych, przeznaczonych na ochronę zdrowia, pochodziło z Narodowego Funduszu Zdrowia. Udział budżetu państwa wynosił 11%. Pozostałe 4% środków pochodziło z budżetu jednostek samorządu terytorialnego (w tym 25% z budżetów województw, 27% z budżetów powiatów, 18% z budżetów gmin a 31% z budżetów miast na prawach powiatów). Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ wyniosły 76 290 mln zł (o 7,6% więcej niż przed rokiem). Najwięcej środków zostało wydanych na opiekę szpitalną (38, 7 mln zł) oraz podstawową opiekę zdrowotną (10,2 mln zł) – Rys. 2.29.

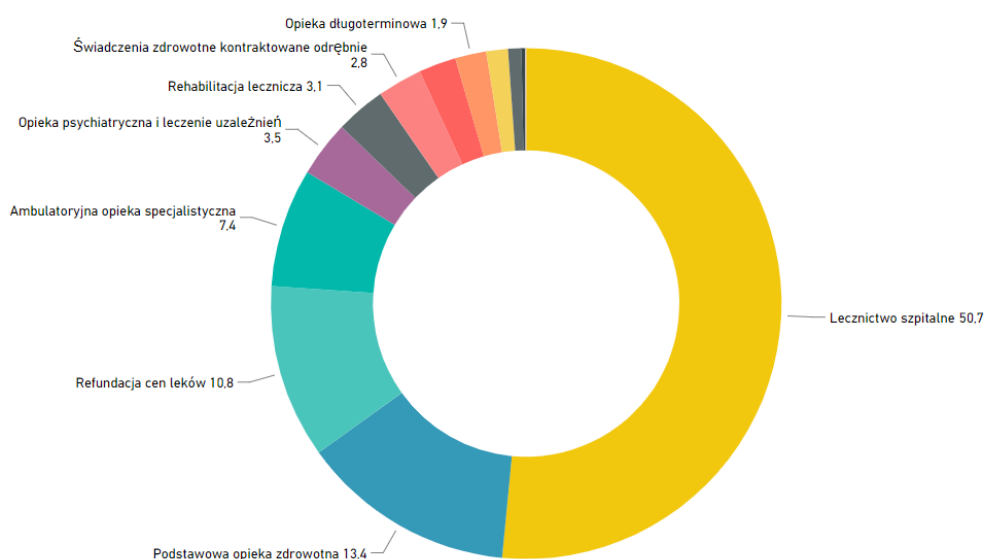
Rys. 2.29. Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2016-2017.



Źródło: Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Warszawa, Kraków 2018.

W 2017 roku ponad 50% wszystkich środków pochodzących z NFZ na ochronę zdrowia pokryło wydatki leczenia szpitalnego (50,7%). Do POZ w 2017 roku trafiło 13,4% środków finansowych NFZ (wzrost o 8% w porównaniu do roku 2016), a do AOS 7,4% (spadek o 3% w porównaniu do roku poprzedniego) – Rys. 2.30.

Rys. 2.30. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2017 roku.



Źródło: Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Warszawa, Kraków 2018.

W 2017 r. wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia wyniosły 9 598,4 mln i stanowiły 2,6% łącznych wydatków z budżetu. Na leczenie ambulatoryjne z budżetu państwa wydano 5,6 mln zł (0,06%). W porównaniu do roku 2016 wydatki z budżetu państwa na ten cel zwiększyły się ponad 2-krotnie (Tab. 2.18).

Tab. 2.18. Wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych.

	wydatki w tys. zł		udział %	
	2016	2017	2016	2017
BUDŻET PAŃSTWA OGÓŁEM	360092781	374471831		
Ochrona zdrowia	8233827	9597587	100,00	100,00
Szpitala ogólne	65036	176228	0,79	1,84
Szpitala kliniczne	449239	855951	5,46	8,92
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	10496	10670	0,13	0,11
Lecznictwo psychiatryczne	54568	56995	0,66	0,59
Lecznictwo ambulatoryjne	2431	5646	0,03	0,06
Inspekcja Sanitarna	1011130	1047943	12,28	10,92
Inspekcja Farmaceutyczna	48754	51805	0,59	0,54
Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	54610	55888	0,66	0,58
Ratownictwo medyczne	2014910	2074389	24,47	21,61
Publiczna służba krwi	102980	110669	1,25	1,15
Zespoły metodyczne opieki zdrowotnej	20	20	0,00	0,00
Medycyna pracy	1259	1167	0,02	0,01
Programy polityki zdrowotnej	1136677	1036270	13,80	10,80
Świadczenia wysokospecjalistyczne	445747	495155	5,41	5,16
Zapobieganie i zwalczanie AIDS	6433	6588	0,08	0,07
Zwalczanie narkomanii	9595	9518	0,12	0,10
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	6796	6828	0,08	0,07
Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	1781514	1315779	21,64	13,71
Staże i specjalizacje medyczne	101556	4750	1,23	0,05

Źródło: Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Warszawa, Kraków 2018.

Udział jednostek samorządu terytorialnego w finansowaniu lecznictwa ambulatoryjnego jest niewielki. W 2017 roku na ten cel przeznaczono 1,7% całego budżetu jednostek na finansowanie ochrony zdrowia. Najwięcej środków finansowych na opiekę ambulatoryjną przekazały województwa (2,7%) oraz gminy (4,0%) – Tab. 2.19.

Tab. 2.19. Wydatki budżetów samorządów terytorialnych na lecznictwo ambulatoryjne w ramach finansowania ochrony zdrowia w latach 2016-2017.

Wydatki samorządów terytorialnych na lecznictwo ambulatoryjne (w tys. zł i %)	2016		2017	
	w tys. zł	%	w tys. zł	%
Gminy	18352	3,1%	24828	4,0%
Powiaty	2516	0,2%	1114	0,1%
Miasta na prawach powiatu	753	0,1%	4330	0,5%
Województwa	27953	2,9%	29283	2,7%
Wszystkie jednostki samorządu terytorialnego	49575	1,5%	59557	1,7%

Źródło: Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku. Warszawa, Kraków 2018.

3. Dokument pt. „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.

3.1 Ogólne omówienie dokumentu

Dokument pt. „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” ma charakter opracowania strategiczno-wdrożeniowego. Opisuje stan krajowego systemu ochrony zdrowia, pokazuje jego mocne i słabsze strony oraz wyzwania i szanse przed nim stojące. Opracowanie jest narzędziem mogącym służyć do codziennych działań na rzecz poprawy systemu zdrowia i ułatwiającym wykorzystanie środków Unii Europejskiej. Jest także odpowiedzią na problemy, wyzwania oraz zgłaszane postulaty w obszarze ochrony zdrowia.

Opracowanie składa się z 3 części. Pierwsza z nich zatytułowana jest „między zdrowiem, wzrostem gospodarczym i ubóstwem”. Omawia ona zagadnienia demograficzno-epidemiologiczne oraz uwarunkowania zdrowia w Polsce. Opisuje również wyniki analizy SWOT, dotyczącej wyzwań dla systemu ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Część druga dotyczy strategii i wdrażania zmian. Prezentuje uwarunkowania strategiczne dla ochrony zdrowia oraz logikę interwencji polityki spójności na lata 2014–2020. Część trzecia koncentruje się na zagadnieniach koordynacji, monitorowania i ewaluacji działań opisanych w dokumencie. Przystawia także analizę wydatków finansowych sektora publicznego przeznaczonych na zdrowie. W obszernych załącznikach podano informacje o wybranych wskaźnikach dotyczących opieki zdrowotnej w ujęciu województw i kraju.

3.2 Omówienie szczegółowe zapisów dokumentu z uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej

Autorzy dokumentu, którego opracowanie zakończono w lipcu 2015 r. stwierdzają, że sprostanie wyzwaniom stojącym przed ochroną zdrowia w Polsce będzie możliwe dzięki realizacji zasady „zdrowie we wszystkich politykach” i przy użyciu różnych źródeł finansowania, w tym funduszy strukturalnych. Interwencje w dziedzinie zdrowia są, ich zdaniem, kluczowe w ograniczaniu ryzyka wystąpienia ubóstwa z powodu dezaktywizacji zawodowej, która może być spowodowana problemami zdrowotnymi. Dobre zdrowie ma ogromny wpływ na życie każdego człowieka z osobna, wszystkich rodzin i innych wspólnot. Jest ono także niezbędne dla rozwoju gospodarczego i społecznego.

Krajowe ramy strategiczne polityki w obszarze ochrony zdrowia zostały zdefiniowane w omawianym dokumencie jako zestaw komplementarnych dokumentów określających kierunek strategiczny oraz priorytety w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej oraz zdrowia publicznego. Długoterminowe cele uzgodniono we współpracy z odpowiednimi partnerami społecznymi. Dokument przedstawia konkretne i kompleksowe cele oraz działania mające określony zakres i ramy czasowe.

W niektórych częściach dokumentu znajdują się zapisy odnoszące się bezpośrednio do opieki podstawowej. Najwięcej uwagi poświęcono leczeniu szpitalnemu i systemowi ratownictwa medycznego. W dokumencie znajdują się także bardziej ogólne informacje, odnoszące się lub będące wynikiem działania całego systemu ochrony zdrowia. Dotyczą one np. chorobowości, umieralności, stylu życia, nierówności w zdrowiu, wizji i systemu zarządzania ochroną zdrowia.

Zagadnienia dotyczące organizacji POZ omówiono w rozdziale „3.2.1. Podstawy prawne i zasady organizacji świadczeń zdrowotnych w Polsce”. Podano definicję POZ zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Omówiono organizację udzielania świadczeń, opiekę środowiskową oraz nocną i świąteczną opiekę zdrowotną (NiŚOZ). W ujęciu tabelarycznym przedstawiono nakłady na POZ poniesione w latach 2014–2015.

W kolejnym rozdziale „3.2.3. Zasoby kadrowe” podkreślono, że szczególnie istotną kwestią jest zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Podano, że liczby lekarzy POZ uprawnionych do przyjmowania deklaracji wyboru spadała i wynosiła odpowiednio: 26 244 w 2012 r. oraz 26 168 w 2014 i 24 054 w 2015.

Kolejny rozdział przedstawia zasoby infrastrukturalne. Znajdują się w nim informacje o zawartych przez NFZ kontraktach na realizację świadczeń POZ. W 2011 r. zawarto 5 936 kontraktów ze świadczeniodawcami, a rok później 6 119. Opiekę realizowano w 9 697 lokalizacjach. Największą grupę stanowiły niepubliczne podmioty lecznicze, których było 4 966. W tabelach przedstawiono umowy w zakresie świadczenia lekarza i pielęgniarki POZ.

Zwrócono uwagę, że standard wyposażenia, dostępność, wolny wybór lekarza, pielęgniarki i położnej oraz komputeryzacja są silnymi stronami POZ w Polsce. Infrastruktura tego poziomu opieki rozlokowana jest raczej równomiernie.

Zagadnienia dotyczące POZ poruszone są także w rozdziale „3.2.5. Jakość systemu opieki zdrowotnej”. Wspomniano w nim o ocenie ochrony zdrowia przez pacjentów, procesie akredytacji zakładów opieki zdrowotnej oraz inicjatywie higieny rąk w opiece zdrowotnej. Dużo uwagi poświęcono zagadnieniom gromadzenia wiarygodnych danych i statystyce medycznej.

Pierwszą część dokumentu kończy analiza SWOT dotycząca wyzwań na lata 2014–2020. Niektóre z zagadnień w niej zawartych odnoszą się bezpośrednio do POZ. Na przykład w części „mocne strony” zawarto informację o wysokim zadowoleniu społeczeństwa z dostępu do POZ i uzyskiwanych w nim świadczeń. W „słabych stronach” odnotowano niewystarczającą rolę POZ w systemie ochrony zdrowia. Jako szansę uznano zwiększenie liczby lekarzy POZ poprzez wprowadzenie możliwości wyboru przez pacjenta, czy chce być pod opieką internisty, pediatry czy lekarza rodzinnego oraz rozwój kompetencji i umiejętności pracowników opieki podstawowej, a także wzrost liczby świadczeń profilaktycznych i większą czujność onkologiczną lekarzy POZ. Brak następstwa pokoleń kadry medycznej zidentyfikowano jako zagrożenie.

W drugiej części dokumentu zatytułowanej „Strategia i wdrażanie” na samym początku omówiono uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Przedstawiono system zarządzania strategicznego w naszym kraju, zestawiono dokumenty zawierające strategiczne ramy polityki w obszarze ochrony zdrowia, zaprezentowano wizję systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r. Założono wzmocnienie roli lekarza POZ jako kierującego (gatekeeper’a) pacjentów do konsultacji specjalistycznych i szpitali. Przedstawiono zamiar tworzenia większych struktur świadczeniodawców stopniowo integrujących POZ i AOS z leczeniem szpitalnym (opieka koordynowana).

Dla urzeczywistnienia wizji ochrony zdrowia wyznaczono jeden strategiczny cel główny (zwiększenie długości życia obywateli w zdrowiu), cztery cele długoterminowe (do 2030 r.). W perspektywie roku 2020 wyznaczono cztery cele operacyjne oraz kierunki interwencji i narzędzia realizacji.

Cele długoterminowe, których osiągnięcie zaplanowano do 2030 r. to:

- Działania wzmacniające kształtowanie postaw prozdrowotnych oraz zwiększenie dostępności do programów zdrowotnych.
- Dostosowanie systemu do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności rozwój infrastruktury oraz zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz seniorami.
- Poprawa jakości świadczeń i efektywności systemu opieki zdrowotnej.
- Zwiększenie dostępności w priorytetowych dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).

W odniesieniu do celu nr 1 stwierdzono, że do czasu opracowania dokumentu, POZ była niewystarczająco wykorzystywana. Rolę opieki podstawowej w osiąganiu celu nr 2 określono jako dużą, zwłaszcza w zakresie dostępności i holistycznym podejściu do świadczeń, opieki na rzecz osób starszych, rozwoju opieki na poziomie społeczności lokalnych oraz zapewnieniu opieki nad matką i dzieckiem z uwzględnieniem późnego macierzyństwa. W zakresie celu nr 3 zwrócono uwagę na konieczność i możliwości koordynacji działań podejmowanych w różnych sektorach i instytucjach, rozwijania wczesnej diagnostyki na poziomie POZ, zapewnienia ciągłości i kompleksowości świadczeń oraz udziału w procesie akredytacji. Cel nr 4 skupiał się głównie na wybranych, przytoczonych powyżej specjalnościach medycznych i nie nawiązywał do opieki podstawowej.

W omawianej części dokumentu do POZ, w sposób ważny, chociaż nie bezpośredni, odnoszą się także takie ogólne zagadnienia jak: zwiększenie wydatków publicznych na ochronę, poprawa efektywności zarządzania, rozwijanie kształcenia i doskonalenia zawodowego, zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji, efektywna gospodarka produktami leczniczymi.

W rozdziale 6 omówiono narzędzia przyczyniające się do osiągnięcia wskazanych celów strategicznych. Przedstawiono doświadczenia okresu programowania w latach 2007–2013

i odniesiono je do założeń planowania w ramach polityki spójności na lata 2014–2020. Podkreślono, że w perspektywie finansowej 2007–2013 resort zdrowia po raz pierwszy uczestniczył w systemie realizacji przedsięwzięć finansowanych ze środków europejskich (w ramach EFRR i EFS). Obserwacje programów profilaktycznych wskazały, iż należy rozszerzyć potencjalną liczbę chorób, dla których możliwe będzie opracowanie i wdrożenie programów. W zakresie infrastruktury działania wskazały na konieczność wzmocnienia koordynacji poziomu regionalnego i centralnego oraz wprowadzenia mechanizmu racjonalizacji przedsięwzięć inwestycyjnych. W odniesieniu do poprawy zarządzania i jakości rozwinęto metody kalkulacji kosztów usług medycznych, wzmocniono proces akredytacji jakości oraz system JPG. Finansowano programy w ramach e-zdrowia. Projekty związane z kształceniem kadr medycznych w istotny sposób wpływały na doskonalenie zawodowe przedstawicieli różnych zawodów i przyczyniły się do podnoszenia kwalifikacji, umiejętności i kompetencji. Można ogólnie stwierdzić, że wymienione przedsięwzięcia uwzględniały potrzeby POZ jedynie w umiarkowanym stopniu.

Kolejna część rozdziału 6 poświęcona jest narzędziom implementacji celów operacyjnych. Rozpoczyna się ona od przedstawienia ryciny, obrazującej schemat logiki interwencji celu. Następnie, kolejno omawiane są cztery narzędzia.

Narzędzie 1: Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych (programy zdrowotne w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

W jego ramach przedstawiono opis wdrażanych i planowanych reform w systemie ochrony zdrowia. Zagadnieniom POZ poświęcono nieco uwagi w części dotyczącej nowelizacji z dnia 11 października 2013 r. oraz 21 marca 2014 r. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dzięki tym zmianom w ustawie pojawiły się pojęcia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń. W POZ rozszerzono także możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy pediatrów i internistów. Wprowadzono dla nich obowiązek ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej. W MZ przygotowano także nowelizację przepisów w sprawie świadczeń gwarantowanych z obszaru POZ. Uruchomiono rozwiązania nazwane pakietami: kolejkowym i onkologicznym. Pierwszy z nich wg założeń miał doprowadzić do skrócenie kolejek oczekujących na świadczenia specjalistyczne oraz poprawić system zarządzania listami oczekujących. Drugi wprowadzał m.in. kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, ułatwiał dostęp do informacji o procedurach wykonanych u poszczególnych chorych, określał rolę lekarza POZ w diagnozowaniu, leczeniu i kierowaniu pacjentów nowotworowych. Ponadto zmieniając akty prawne rozszerzono listę możliwych badań zlecanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Nadano pielęgniarkom i położnym uprawnienia do samodzielnego ordynowania niektórych leków i wyrobów medycznych oraz wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne. Stworzono lekarzom możliwość, bez konieczności osobistego badania pacjenta, wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia oraz wyroby medyczne, które są niezbędne do kontynuacji leczenia.

W tej części dokumentu przedstawiono zapisy Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Jego rozwój służy gromadzeniu, analizie i udostępnianiu zasobów cyfrowych zawierających dane i informacje związane z udzielonymi lub planowanymi świadczeniami. Docelowo system będzie zapewniał świadczeniodawcy dostęp do dokumentacji medycznej.

Przedstawiono podstawowe założenia reformy kształcenia przeddyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz systemu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy. Oddzielna część została poświęcona kształceniu specjalizacyjnemu pielęgniarek i położnych.

Istotne zapisy dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej znajdują się rozdziale zatytułowanym „Reformy a planowany zakres wsparcia z EFSI w latach 2014-2020”, omawiającym istotne wyzwania dotyczące reorganizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Rozpoczyna się on od części zatytułowanej „Wzmocnienie Podstawowej Opieki Zdrowotnej”. Omówiono w niej trzy nowelizacje ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Były one już prezentowane we wcześniejszych częściach dokumentu.

Nowelizacje obejmowały:

1. Określenie w ustawie pojęć ciągłości i kompleksowości oraz uwzględnianie tych pojęć jako kryteria oceny w postępowaniu o zawarcie umowy z NFZ.
2. Umożliwienie lekarzom – specjalistom pediatrii i chorób wewnętrznych udzielania świadczeń zdrowotnych w POZ.
3. Wprowadzenie skierowania do okulisty i dermatologa oraz rozszerzenie listy możliwych badań zlecanych w POZ (niektóre badania USG, spirometria, FT3i FT4, PSA).

Zdaniem autorów dokumentu, wzmocnienie POZ następowało poprzez:

1. włączeniem lekarza POZ w proces szybkiej ścieżki onkologicznej,
2. rozszerzenie pakietu badań diagnostycznych lekarza POZ,
3. nadanie nowych uprawnień pielęgniarce i położnym POZ do samodzielnego ordynowania niektórych leków i wyrobów medycznych oraz wystawiania skierowań na badania diagnostyczne,
4. wprowadzanie nowych produktów rozliczeniowych za realizację zadań profilaktycznych dla pielęgniarek i położnych,
5. wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych,
6. planowane zwiększenie finansowania lekarza POZ, w związku z nowymi obowiązkami sprawozdawczymi i zwiększeniem zakresu badań diagnostycznych,
7. uznanie medycyny rodzinnej za dziedzinę priorytetową,
8. wspieranie inwestycji w sprzęt oraz infrastrukturę w POZ.

Podano informację, że przeprowadzone zostały analizy systemu finansowania POZ oraz zaplanowano stosowne zmiany. Przygotowano także wsparcie dla kształcenia ustawicznego i nabywania umiejętności zawodowych przez lekarzy POZ. Zaplanowano przygotowywanie mapowania potrzeb w ramach POZ oraz możliwość bezpłatnego korzystania z aplikacji

usługodawców i aptek przygotowywanej w ramach projektu Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1). Omówiono plany przejścia od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań na poziomie społeczności lokalnej. Rozwiązane te dedykowane były osobom niepełnosprawnym, starszym, niesamodzielnym, chorym psychicznie i dzieciom. Podkreślono w nich rolę pielęgniarki środowiskowej.

Omówiono także założenia opieki koordynowanej. Podano jej definicję: „rozwiązania organizacyjne (procesowe i technologiczne) mające na celu poprawę efektów zdrowotnych poprzez przewyższanie fragmentacji procesu leczenia, w wyniku zarządzania i koordynacji procesem udzielania usług zdrowotnych, w oparciu o zasadę ciągłości leczenia pacjenta. Określono, że głównym narzędziem realizacji tego celu będzie wypracowanie odpowiednich rozwiązań w zakresie kontraktowania świadczeń. Przedstawiono też plan implementacji koncepcji opieki koordynowanej.

Przedstawiono plan przygotowywania mapy potrzeb zdrowotnych obejmujących także POZ.

Ostatnia część dokumentu omawia koordynację, monitoring, ewaluację i finansowanie działań w ochronie zdrowia oraz określa zadania władz publicznych w tym zakresie. Przedstawia szczegółowe wskaźniki realizacji celów operacyjnych i narzędzi implementacji. W analizie wydatków na zdrowie uwzględniano środki pochodzące z budżetu państwa, z jednostek samorządu terytorialnego oraz NFZ.

Dokument posiada załączniki przedstawiające m.in. : analizę zbiorczą sytuacji zdrowotnej w województwach na tle podaży usług zdrowotnych; chorobowość i umieralność wg grup wiekowych i grup chorób; infrastrukturę opieki psychiatrycznej; nasycenie aparaturą medyczną; wyciąg z zapisów krajowych i wojewódzkich opracowań strategicznych; matrycę logiczną celów operacyjnych i narzędzi implementacji, wysokość kontraktów NFZ zawartych na udzielanie świadczeń w SOR .

3.3 Analiza narzędzi implementacyjnych w zakresie uwzględniania POZ

W części 2 rozdziału 6 zatytułowanej „ Logika interwencji polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce w kontekście wdrażania celów strategicznych w ramach działań finansowanych ze środków krajowych”, opisano narzędzia realizacji, które przyczyniają się do osiągnięcia określonych celów strategicznych. Zdaniem autorów opracowane narzędzia pomagają koncentrować zasoby na najistotniejszych wyzwaniach.

W tabelach poniżej przedstawiono zakres w jakim 37 narzędzi opisanych w dokumencie odnosi się do POZ (odniesienie silne: +++, umiarkowane: ++, niewielkie: +, brak odniesienia: 0). W opisie zaprezentowano najważniejsze zapisy dotyczące POZ zawarte w dokumencie, lub w przypadku ich braku wpisano najważniejsze zagadnienie, którego dotyczą.

Tab. 3.1. Analiza narzędzi implementacyjnych właściwych dla celu operacyjnego A.

Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego A Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce.			
Nr narzędzia	Nazwa	Odniesienie do POZ	Opis
1.	Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych, zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem.	++	Testowanie i realizacja w jednostkach wysokospecjalistycznych; współpraca pomiędzy tymi ośrodkami, a lekarzem POZ; aktywizacja personelu (w tym POZ) na rzecz świadomości społeczeństwa dotyczącej zdrowego stylu życia.
2.	Wdrożenie projektów profilaktycznych, dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu.	+	Wspieranie programów specyficznych dla danego obszaru; kursy dotyczące Regionalnych Prog. Zdrowotnych dla podmiotów leczniczych.
3.	Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy.	+	Udział/ wsparcie pielęgniarek i lekarzy POZ w rehabilitacji trzeciego etapu.
4.	Wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy.	0	Dotyczy medycyny pracy
5.	Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi.	+++	Brak zapisów określających rolę/zadania POZ.
6.	Utworzenie nowych SOR powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie).	0	Dotyczy ratownictwa medycznego.
7.	Wsparcie istniejących SOR, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie).	0	Dotyczy ratownictwa medycznego.
8.	Modernizacja istniejących CU (roboty budowlane, doposażenie).	0	Dotyczy centrów urazowych.
9.	Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie).	0	Dotyczy centrów urazowych.
10.	Budowa lub remont całodobowych lotnisk	0	Dotyczy ratownictwa

	lub lądowisk dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie).		medycznego.
11.	Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie oraz wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy).	0	Dotyczy ratownictwa medycznego.
12.	Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie).	0	Dotyczy szpitali ponadregionalnych.
13.	Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie).	0	Dotyczy szpitali regionalnych.
14.	Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, ukierunkowanych na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie).	+++	Roboty budowlane i wyposażenie mogą być ukierunkowane także na podmioty POZ; mogą być związane z upowszechnianiem elektronicznej dokumentacji, telemedycyną i rozwojem opieki koordynowanej.

Wśród 14 narzędzi celu operacyjnego A (rozwój profilaktyki, diagnostyki, medycyny naprawczej) tylko dwa (narzędzie nr 5 - rozwój profilaktyki nowotworowej oraz narzędzie nr 14 – wsparcie podmiotów leczniczych) w istotny sposób odnoszą się do POZ. Trzy narzędzia mają słabsze odniesienie do tego poziomu opieki, a dziewięć ukierunkowanych jest na inne zakresy i poziomy ochrony zdrowia, w tym np. ratownictwo medyczne, centra urazowe i szpitale. Nie dotyczą one opieki podstawowej.

Tab. 3.2. Analiza narzędzi implementacyjnych właściwych dla celu operacyjnego B.

Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego B Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.			
Nr narzędzia	Nazwa	Odniesienie do POZ	Opis
15.	Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie).	0	Dotyczy szpitali ponadregionalnych.
16.	Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych jednostek zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie).	0	Dotyczy szpitali regionalnych.
17.	Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej (roboty budowlane, doposażenie).	0	Dotyczy geriatry, opieki długoterminowej, paliatywnej, hospicjów.
18.	Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, w szczególności poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi).	+	Głównie wsparcie dziennych domów opieki.
19.	Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych.	++	Programy przesiewowe i rehabilitacyjne zaburzeń słuchu, wzroku, mowy i innych wad rozwojowych; nacisk na szkoły i opiekę poporodową.

W odniesieniu do celu operacyjnego B (rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi) zaledwie 2 narzędzia (nr 18 i 19) w ograniczonym stopniu odnoszą się do

podstawowej opieki zdrowotnej, a pozostałe koncentrują się głównie na lecznictwie zamkniętym. Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym oraz poprawa opieki nad matkami, dziećmi i seniorami w dużej mierze mogłaby obejmować POZ.

Tab. 3.3. Analiza narzędzi implementacyjnych właściwych dla celu operacyjnego C.

Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego C Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.			
Nr narzędzia	Nazwa	Odniesienie do POZ	Opis
20.	Działania pro jakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne.	0	Dotyczy szpitali – zarządzanie, akredytacja.
21.	Działania pro jakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną.	+++	Projekty poprawiające jakość i efektywność, akredytacja.
22.	Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych).	+++	Trzy rodzaje pilotażu modeli opieki koordynowanej (szczebel POZ, ASO, szpitala).
23.	Stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikacja „białych plam” w opiece zdrowotnej).	++	Dostęp do systemu dla wszystkich podmiotów, wspieranie doskonalenia kadr w oparciu o analizy.
24.	Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony	+	Wsparcie edukacyjne; poprawa umiejętności zarządzania i szkolenia antykorupcyjne.

	zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia.		
25.	Działania na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia, poprzez m.in. wsparcie współpracy administracji systemu ochrony zdrowia z organizacjami pacjenckimi.	+	Rozwój dialogu społecznego, respektowanie praw pacjenta.
26.	Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej.	++	Wgląd do pełnej dokumentacji medycznej.
27.	Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny.	+++	Dostosowywanie systemów do współpracy, prowadzenie konsultacji medycznych.
28.	Upowszechnienie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych.	+++	Implementacja nowych klasyfikacji na potrzeby kliniczne, statystyczne i rozliczeniowe.
29.	Udostępnianie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia.	+	Prowadzenie analiz, wspieranie podejmowania decyzji, zarządzanie systemem ochrony zdrowia.
30.	Poprawa kompetencji cyfrowych świadczeniodawców i świadczeniobiorców.	++	Rozwijanie umiejętności korzystania z nowoczesnych rozwiązań
31.	Wsparcie rozwoju prac B+R+I w obszarze zdrowia.	+	Wzmocnienie prowadzenia badań naukowych i prac rozwojowych.

Z 12 narzędzi implementacyjnych celu operacyjnego C (poprawa efektywności i organizacji systemu) tylko pierwszy (dotyczący szpitali) nie zakłada oddziaływania w ramach opieki podstawowej. Można stwierdzić, że 4 są w dużym stopniu nakierowane na POZ. Dotyczą one poprawy jakości (nr. 21), opieki koordynowanej (nr 22), telemedycyny (nr 27) oraz klasyfikacji i rejestrów medycznych (nr 28).

Tab. 3.4. Analiza narzędzi implementacyjnych właściwych dla celu operacyjnego D.

Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego D Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.			
Nr narzędzia	Nazwa	Odniesienie do POZ	Opis
32.	Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej.	++	Nowoczesne centra symulacji medycznej.
33.	Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków.	+	Wdrożenie systemu kompetencji zamawianych ; wzmocnienie atrakcyjności kierunków pielęgniarstwa i położnictwa.
34.	Kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju.	0	Rozwój programów specjalizacyjnych, finansowanie kursów, zwiększenie miejsc rezydenckich w specjalizacjach innych niż POZ.
35.	Kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej.	+++	Kursy doskonalące dla lekarzy współpracujących z POZ, szczególnie pakiet kolejkowy i onkologiczny.
36.	Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi.	+++	Podnoszenie kwalifikacji związanych m. in. z chorobami ukł. krążenia, nowotworowymi, ukł. oddechowego.
37.	Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych.	0	Wsparcie ratowników medycznych, dyspozytorów, pilotów LPR, fizjoterapeutów, terapeutów środowiskowych.

Dwa narzędzia celu operacyjnego D (wsparcie kształcenia kadr medycznych), dotyczące kształcenia podyplomowego lekarzy (nr 35) oraz pielęgniarek (nr 36) bezpośrednio dotyczą POZ. Z pozostałych narzędzi 2 jedynie w umiarkowanym stopniu znajdują zastosowanie w POZ, a kolejne 2 nie dotyczą tego poziomu opieki zdrowotnej.

3.4 Wnioski z analizy dokumentu

Dokument pt. „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, nad którym prace zakończono w lipcu 2015 r. przedstawia długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz cele strategiczne i narzędzia umożliwiające ich osiągnięcie. Analizując opracowanie z perspektywy podstawowej opieki zdrowotnej można stwierdzić, że w dokumencie:

- Najwięcej uwagi poświęcono leczeniu szpitalnemu i systemowi ratownictwa medycznego.
- Znajdują się w nim ogólne informacje, odnoszące się do funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej i stanu zdrowotności społeczeństwa polskiego. Dotyczą one np. chorobowości, umieralności, stylu życia, nierówności w zdrowiu, wizji i systemu zarządzania ochroną zdrowia.
- Podano definicje i najważniejsze dane dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej tj. nakłady na POZ, liczbę lekarzy POZ, liczbę kontraktów i podmiotów realizujących świadczenia. Wśród świadczeniodawców wyraźnie dominują podmioty niepubliczne.
- Zwrócono uwagę, iż standard wyposażenia, dostępność, wolny wybór lekarza, pielęgniarki i położnej, równomierne rozlokowanie infrastruktury oraz komputeryzacja są silnymi stronami POZ w Polsce.
- Odnosząc się do jakości systemu opieki zdrowotnej największą uwagę zwrócono na akredytację podmiotów oraz zagadnienia związane ze statystyką i gromadzeniem danych.
- Przeprowadzona analiza SWOT, która dotyczyła wyzwań na lata 2014–2020, zawiera jedynie nieliczne zapisy dotyczące POZ
- Zaplanowano działania w istotnym stopniu odnoszące się do POZ, takie jak: mapowanie potrzeb zdrowotnych, określenie roli lekarza POZ jako kierującego (gatekeeper’a), bezpłatne korzystanie z aplikacji usługodawców przygotowywanej w ramach projektu elektronicznej platformy cyfrowej (P1), przejście od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań na poziomie społeczności lokalnej, integracja POZ i AOS z leczeniem szpitalnym oraz implementacja opieki koordynowanej, wspieranie inwestycji w sprzęt oraz infrastrukturę w POZ.
- Zapowiedziano kontynuację działań, których założenia i wprowadzenie odbywało się w czasie opracowywania dokumentu np. rozszerzenie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy pediatrów i internistów (z ukończeniem kursu z medycyny rodzinnej), poszerzenie listy możliwych badań zlecanych na poziomie POZ (niektóre badania USG, spirometria, FT3i FT4, PSA), rozwiązania nazwane pakietami: kolejkowym i onkologicznym, wprowadzenie skierowania do okulisty i dermatologa, wystawiania recept

bez konieczności osobistego badania pacjenta, modyfikacje systemu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy oraz kształcenia pielęgniarek i położnych.

- Opisano nadanie pielęgniarkom i położnym uprawnień do samodzielnego ordynowania niektórych leków i wyrobów medycznych, wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne oraz wprowadzanie nowych produktów rozliczeniowych za realizację zadań profilaktycznych dla pielęgniarek i położnych.

W omawianym dokumencie, trzy pierwsze cele długoterminowe, których osiągnięcie zaplanowano do 2030 r., obejmują: (1) Kształtowanie postaw prozdrowotnych społeczeństwa oraz zwiększenie dostępności do programów zdrowotnych; (2) Dostosowanie systemu do zmian demograficznych, w szczególności w zakresie opieki nad matką i dzieckiem oraz seniorami; (3) Poprawa jakości świadczeń i efektywności systemu opieki zdrowotnej. W ich ramach istnieje możliwość znacznie szerszego wykorzystania POZ niż proponują to autorzy dokumentu. Propozycja działań w tym zakresie podana jest w niniejszym raporcie.

4. Zadania wynikające z analizy zapisów ustawy o POZ

W celu wzmocnienia funkcjonowania i dalszego rozwoju POZ Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił w dniu 27 października 2017 roku Ustawę o Podstawowej Opiece Zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2217). Zasadniczym celem ustawy, było zwiększenie roli POZ i zapewnienie skoordynowania jej działań z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej. Zakładano również, że Ustawa o POZ zwiększy rolę profilaktyki i edukacji zdrowotnej i pozwoli na realizację kompleksowej i holistycznej POZ ukierunkowanej na pacjenta i społeczność lokalną, jak również zwiększy rolę personelu medycznego POZ.

Prace nad ustawą o Podstawowej Opiece Zdrowotnej rozpoczęto 11 stycznia 2016 r. Ustawa weszła w życie z dniem 1 grudnia 2017 r., jednak znaczna część jej regulacji i zmian w POZ została odłożona w czasie. Poniżej zestawiono w formie tabelarycznej najważniejsze zapisy ustawy z odłożonym terminem wprowadzenia oraz działania konieczne dla ich implementacji.

Tab. 4.1. Analiza zadań określonych w ustawie o POZ wymagających podjęcia działań implementacyjnych.

L.p.	Nr art.	Treść	Konieczne działania	Termin	Istotne elementy
1	Art. 4	Koordinacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości i efektywności udzielanych świadczeń.	Określenie kryteriów jakości i efektywności udzielanych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez wydanie odpowiedniego aktu wykonawczego	1.12.2019	Koordinacja nie może być prowadzona w sposób efektywny m.in. ze względu na brak określenia kryteriów jakości i efektywności udzielanych świadczeń. Mimo podstawy ustawowej, delegującej uprawnienia w tym zakresie na Ministra Zdrowia (art. 23 ust. 3 ustawy o POZ), rozporządzenie w tym zakresie nie zostało wydane.
2	Art. 5 ust. 1	Koordinację, o której mowa w art. 4, zapewnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, zwany dalej "lekarzem POZ", we współpracy z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, zwaną dalej "pielęgniarką POZ", i położną podstawowej opieki zdrowotnej, zwaną dalej "położną POZ".	Wyposażenie lekarza POZ oraz pielęgniarki POZ i położnej POZ w konkretne kompetencje ustawowe do skutecznego i efektywnego wykonywania obowiązków koordynacyjnych na rzecz świadczeniobiorców	1.12.2019	Koordinacja nie może być prowadzona w sposób efektywny m.in. ze względu na brak określenia konkretnych uprawnień i kompetencji ustawowych lekarza POZ oraz pielęgniarki POZ i położnej POZ, które pozwoliłyby podjąć odpowiednie działania, mające na celu prawidłowe wypełnienie powierzonego zadania. Koordinacja winna być doprecyzowana nie tylko w zakresie form komunikacji umieszczonych w ustawie o POZ. Ust. 2 i 3 art. 5 jedynie w sposób bardzo

					ogólny i opisowy definiują, jakie działania powinny być podejmowane w ramach koordynacji, a nie idą za tym żadne konkretne uprawnienia ani obowiązki, czy to umiejscowione po stronie lekarza POZ czy po stronie osób udzielających świadczeń np. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
3	Art. 6 ust. 4	Kurs, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, organizuje instytut, o którym mowa w art. 15 ust. 2, lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, na podstawie ramowego programu kursu określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 6.	Wskazanie instytutu badawczego podległego Ministerstwu Zdrowia i powierzenie tej jednostce odpowiedzialności za całościową realizację kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej wymaganego ustawą; Przekształcenie Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Instytut Medycyny Rodzinnej i Mieszkańców Wsi im. Witolda Chodźki, w celu całościowego koordynowania procesu kształcenia w dziedzinie medycyny rodzinnej przez jeden podmiot	1.12.2019	Powierzenie całości kształcenia w dziedzinie medycyny rodzinnej jednemu podmiotowi pozwoli na jednolitą w całym kraju oraz usystematyzowaną procedurę koordynacji, co zapewni możliwość efektywnej koordynacji w tym samym stopniu, niezależnie od miejsca udzielania świadczeń przez lekarzy POZ oraz pielęgniarki POZ i położne POZ. Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki posiada niezbędny potencjał kadrowy i organizacyjny by po odpowiednich przekształceniach stać się jednostką koordynującą kształcenie w dziedzinie medycyny rodzinnej.
4	Art. 6 ust. 6	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowy program kursu obejmujący	Określenie ramowego programu kursu obejmującego założenia organizacyjno-programowe, plan	1.12.2019	Kształcenie w dziedzinie medycyny rodzinnej, w szczególności odbycie kursu, nie jest możliwe w sytuacji,

		założenia organizacyjno-programowe, plan nauczania zawierający rozkład zajęć, wykaz umiejętności i treści nauczania oraz warunki ukończenia kursu, uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.	nauczania zawierający rozkład zajęć, wykaz umiejętności i treści nauczania oraz warunki ukończenia kursu uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej; Wydanie odpowiedniego aktu wykonawczego		kiedy nie został wydany odpowiedni akt wykonawczy precyzujący zapisy ustawy o POZ i pozwalający na wdrożenie ogólnokrajowego procesu koordynacji podstawowej opieki zdrowotnej przez lekarzy POZ oraz pielęgniarki POZ i położne POZ. Wydaje się zasadne wydanie aktu wykonawczego, po uprzednim powierzeniu stosownej jednostce odpowiedzialności za całościową realizację kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej wymaganej ustawą, by podmiot ten mógł wspierać Ministra w opracowaniu niezbędnych zakresów tj. założeń organizacyjno-programowych, planu nauczania zawierającego rozkład zajęć, wykazu umiejętności i treści nauczania oraz warunków ukończenia kursu, uwzględniającego zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
5	Art. 13 ust 4.	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres zadań lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ,	Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,	1.12.2019	Zmiana dotychczasowego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej

		uwzględniając konieczność zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz bezpieczeństwo zdrowotne świadczeniobiorcy.	pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej		opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej o zapisy dotyczące ciągłości oraz kompleksowości świadczeń POZ.
6	Art. 14 ust. 1	W ramach koordynacji, o której mowa w art. 4, świadczeniodawca zapewnia: 1) profilaktyczną opiekę zdrowotną dostosowaną do wieku i płci świadczeniobiorcy oraz zidentyfikowanych problemów zdrowotnych świadczeniobiorcy i populacji objętej opieką; 2) badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.	Wyposażenie świadczeniodawców w konkretne kompetencje ustawowe do skutecznego i efektywnego wykonywania obowiązków koordynacyjnych, nałożonych na lekarza POZ oraz pielęgniarkę POZ i położną POZ	1.12.2019	Koordynacja nie może być prowadzona w sposób efektywny m.in. ze względu na brak określenia konkretnych uprawnień i kompetencji ustawowych lekarza POZ oraz pielęgniarki POZ i położnej POZ, jak również odpowiednich uprawnień dla świadczeniodawców, które pozwoliłyby podjąć odpowiednie działania, mające na celu prawidłowe wypełnienie powierzonego zadania. Koordynacja winna być doprecyzowana na poziomie ustawowym. Art. 14 ust. 1 jedynie w sposób bardzo ogólny i opisowy definiuje jakie obowiązki ciąży na świadczeniodawcy, a nie idą za tym żadne konkretne uprawnienia.
7	Art. 14 ust. 2	Świadczeniodawca wyznacza osobę, do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie oraz	Wyposażenie osoby organizującej proces udzielania świadczeń zdrowotnych w konkretne kompetencje pozwalające na efektywne zapewnienie współpracy	1.10.2020	Pełna realizacja obowiązku informacyjnego oraz organizacyjnego nałożona na świadczeniodawcę nie może być realizowana bez umocowania tych podmiotów w

		zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych.	między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych		możliwości ustawowe, przez co całościowy proces koordynacji spoczywający na lekarzu POZ oraz pielęgniarce POZ i położnej POZ nie może być efektywnie realizowany.
8	Art. 15 ust. 2	Prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych oraz wdrażanie ich wyników, a także prowadzenie działalności szkoleniowej i edukacyjnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej może być prowadzone przez instytut badawczy działający na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1158 i 1452) lub uczelnię, w której jest prowadzone kształcenie na kierunku studiów w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej.	Wskazanie instytutu badawczego podległego Ministerstwu Zdrowia i powierzenie tej jednostce odpowiedzialności za całościowe prowadzenie badań naukowych w dziedzinie medycyny rodzinnej; Przekształcenie Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Instytut Medycyny Rodzinnej i Mieszkańców Wsi im. Witolda Chodźki, w celu całościowego prowadzenia badań naukowych, a także działalności szkoleniowej i edukacyjnej w dziedzinie medycyny rodzinnej przez jeden podmiot	1.12.2019	Powierzenie całości prowadzenia badań naukowych w dziedzinie medycyny rodzinnej jednemu podmiotowi pozwoli na skoncentrowanie badań krajowych, co zapewni możliwość efektywnego wdrażania najnowszych osiągnięć w tym zakresie oraz łatwiejsze nawiązanie współpracy z podmiotami zagranicznymi, realizującymi zadania naukowe w dziedzinie medycyny rodzinnej. Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki posiada niezbędny potencjał kadrowy i organizacyjny by po odpowiednich przekształceniach stać się jednostką koordynującą prowadzenie badań w dziedzinie medycyny rodzinnej, jak również organizowanie działalności szkoleniowej i edukacyjnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
9	Art. 18 ust. 1-	1. W ramach koordynacji, o której mowa w art. 4, zespół POZ i	Doprecyzowanie zakresu współpracy z osobami udzielającymi	1.12.2019	Współpraca nie może polegać jedynie na udzielaniu porad,

	3	poszczególni jego członkowie współpracują z: 1) osobami udzielającymi świadczeniobiorcy świadczeń specjalistycznych, w rozumieniu ustawy o świadczeniach; 2) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia oraz organami administracji publicznej; 3) dyrektorami szkół oraz innych placówek, o których mowa w art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59, 949 i 2203). 2. Współpraca, o której mowa w ust. 1: 1) pkt 1 - polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji, o których mowa w art. 16 ust. 2, oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy; 2) pkt 2 i 3 - polega na podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, w tym promocji	świadczeniobiorcy świadczeń specjalistycznych, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia oraz organami administracji publicznej, jak również dyrektorami szkół oraz innych placówek oświatowych	przekazywaniu informacji dotyczących rozpoznania, sposobu leczenia, rokowań, ordynowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, w tym okresu ich stosowania i sposobu dawkowania, oraz wyznaczonych wizyt, udzielonych i zaplanowanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w innych niż podstawowa opieka zdrowotna zakresach świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazanie na podejmowanie wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy również wydaje się być niewystarczające, a konkretyzacja w tym zakresie pozwoliłaby zwiększyć efektywność zamierzonych procesów. Szczególnie działania profilaktyczne podejmowane wśród młodocianych winny być bardziej sprecyzowane, a nie polegać jedynie na podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia
--	---	--	--	--

		zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych. 3. Członkowie zespołu POZ po otrzymaniu pisemnej informacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1, zapoznają się z nią i dołączają do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Informacja ustna wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej.			i profilaktyki chorób, w tym promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych. Większa szczegółowość regulacji pozwoliłaby na prawidłowe zapewnienie procesu edukacyjnego w tym zakresie.
10	Art. 19	Współpraca, o której mowa w art. 16-18, może odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych.	Wprowadzenie obowiązkowego używania systemów opracowanych na szczeblu centralnym, które to systemy pozwoliłyby na prawidłową procedurę realizacji działań koordynacyjnych, przy jednoczesnym dostępie do całości procedur medycznych wykonywanych u danego świadczeniobiorcy	1.10.2020	Pozostawienie fakultatywności zamiast wprowadzenia obligatoryjności stosowania nowoczesnych systemów gromadzących dane medyczne w sposób znaczny utrudnia koordynację oraz powoduje dublowanie zadań, wykonywanych chociażby w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
11	Art. 23 ust. 3	Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, kryteria monitorowania jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia	Określenie obligatoryjnych do stosowania kryteriów monitorowania jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez wydanie odpowiedniego aktu wykonawczego	1.12.2019	Efektywne monitorowanie jakości świadczeń z zakresu POZ nie jest możliwe w sytuacji, kiedy nie został wydany odpowiedni akt wykonawczy, precyzujący zapisy ustawy o POZ i pozwalający na wdrożenie ogólnokrajowego jednolitego

		odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwo zdrowotne świadczeniobiorców oraz obszary monitorowania, o których mowa w ust. 2.			systemu jakościowego.
12	Art. 24	Świadczeniodawca może brać udział w programach poprawy jakości z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, określonych przez instytut, o którym mowa w art. 15 ust. 2, których celem jest zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców oraz uzyskanie efektu zdrowotnego.	Świadczeniodawcy winni mieć obowiązek udziału w ujednoliconych programach projakościowych, mających na celu zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców oraz uzyskanie efektu zdrowotnego; Przekształcenie Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Instytut Medycyny Rodzinnej i Mieszkańców Wsi im. Witolda Chodźki w celu całościowego prowadzenia przez jeden podmiot działalności szkoleniowej i edukacyjnej w dziedzinie medycyny rodzinnej przeznaczonej dla świadczeniodawców	1.12.2019	Pozostawienie fakultatywności zamiast wprowadzenia obligatoryjności uczestnictwa w szkolenia w sposób istotny utrudnia koordynowanie ogólnokrajowego systemu poprawy jakości podstawowej opieki zdrowotnej. Łącznie z wprowadzeniem obowiązku w powyższym zakresie konieczne jest powierzenie całości opracowania programów projakościowych oraz ich wdrożenia poprzez działalność szkoleniową w dziedzinie medycyny rodzinnej jednemu podmiotowi. Pozwoli to na skoncentrowanie i ujednolicenie działalności edukacyjnej w powyższym zakresie, co zapewni możliwość efektywnego wdrażania najnowszych osiągnięć w dziedzinie medycyny rodzinnej. Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki posiada niezbędny potencjał kadrowy i organizacyjny by po odpowiednich przekształceniach stać

					się jednostką koordynującą opracowywanie tego rodzaju programów oraz prowadzenie szkoleń w dziedzinie medycyny rodzinnej.
--	--	--	--	--	---

Ustawa o POZ ma na celu stworzenie warunków do zwiększenia efektywności opieki podstawowej. Zapewni ona kompleksowość i wysoką jakość POZ. Wprowadzenie przedmiotowej ustawy pozwoli na zdefiniowanie roli i miejsca POZ w systemie ochrony zdrowia oraz umożliwi poprawę jej organizacji i funkcjonowania. Przyczyni się ona do zachowania i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, umożliwi łatwiejszy dostęp do lekarza POZ, poprawi bezpieczeństwo świadczeń oraz organizację zarządzania opieką nad pacjentem. Ustawa ma za zadanie wzmocnić tę, jakże ważną, część systemu ochrony zdrowia, tworząc kompleksową i skoordynowaną podstawową opiekę zdrowotną.

5. Narzędzia wsparcia rozwoju POZ

Na podstawie analizy stanu obecnego podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, a także obowiązujących regulacji prawnych, zaproponowano 7 narzędzi (obszarów) wsparcia rozwoju tej części systemu ochrony zdrowia (Rys. 5.1), które powinny zostać uwzględnione w dokumentach strategicznych na kolejną perspektywę finansową UE na lata 2021-2027. Poniżej omówiono kolejno każde z nich z wyszczególnieniem najważniejszych zadań i zasad ich realizacji. Dla każdego z siedmiu obszarów oceniono w skali od 0 do 10 wpływ projektowanych zadań na istotne z punktu widzenia ustawy o POZ aspekty, tj. koordynację, finansowanie i jakość opieki.

Rys. 5.1. Obszary interwencji/narzędzia wsparcia niezbędne do realizacji celów określonych w ustawie o POZ.



5.1 Rejestr podmiotów POZ

Koordynacja	10
Finansowanie	7
Jakość	8

Zadanie 1.1. Opracowanie mapy (rejestru) aktualnego rozmieszczenia podmiotów na poziomie poszczególnych gmin z ustaleniem ich kategoryzacji, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Ustalona zostanie liczba podmiotów i miejsc udzielania świadczeń oraz liczba personelu medycznego w poszczególnych gminach.
- Na podstawie liczby pacjentów przypadających na lekarza uprawnionego do posiadania listy pacjentów oraz innego personelu, każdej gminie przypisana zostanie kategoria, określająca stopień deficytu w dostępie do świadczeń POZ.

Należy zwiększyć odpowiedzialność Państwa w zakresie dostępności do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Prowadzone przez Wojewodów rejestry powinny uwzględniać zróżnicowanie terytorialne w rozmieszczeniu placówek oraz kadr medycznych. Powyższą analizę należałoby wykonać w skali poszczególnych gmin. Na tej podstawie należy określić status gmin z podziałem na trzy kategorie: A – posiadająca pełne zabezpieczenie strukturalne POZ; B – z ograniczeniami w zakresie placówek lub kadr; C – deficytowa, ze znaczącymi brakami strukturalnymi. Szczegółowe elementy mapy (rejestru) powinny zostać określone w ramach prac analitycznych z uwzględnieniem następujących wskaźników:

- Liczba lekarzy POZ na 10000 mieszkańców,
- Liczba lekarzy POZ zbierających deklaracje pacjentów na 10000 mieszkańców,
- Liczba pielęgniarek POZ na 10000 mieszkańców,
- Liczba położnych POZ na 10000 mieszkańców,
- Odsetek populacji zamieszkującej dalej niż 10 km od najbliższego miejsca udzielania świadczeń POZ.

Powyższe wskaźniki można ustalić w większości na podstawie danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia. Płatnik publiczny nie powinien zawierać nowych kontraktów na świadczenia z zakresu POZ z placówkami tworzonymi w gminach kategorii A. Niezbędne jest, aby tworzenie nowych podmiotów w gminach kategorii C było aktywnie wspierane przez Państwo.

5.2 Wsparcie publiczne dla uruchamiania placówek POZ w obszarach deficytowych

Koordynacja	8
Finansowanie	9
Jakość	8

Zadanie 2.1. Opracowanie projektu wsparcia publicznego dla uruchamiania działalności leczniczej w gminach deficytowych, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Zostanie stworzony centralny (krajowy) fundusz wsparcia rozwoju placówek POZ w gminach deficytowych.
- W skali regionalnej funkcjonować będą wojewódzkie struktury funduszu, działające w ramach administracji publicznej w urzędach wojewódzkich.
- Zostaną określone szczegółowe, jednolite w skali kraju zasady aplikowania i dystrybuowania wsparcia publicznego z funduszu celowego.
- Środki funduszu będą przeznaczone na finansowanie budowy, adaptacji i remontów pomieszczeń oraz zakupu wyposażenia (sprzęt, komputery, meble) nowych placówek POZ.

Aplikować o uzyskanie środków będą mogli lekarze, posiadający uprawnienia do zbierania aktywnych list pacjentów lub podmioty publiczne i niepubliczne, które przedstawią promesę (zgode) zatrudnienia się w takim podmiocie przez w/w lekarzy. Wsparcie adresowane jest przede wszystkim do młodych lekarzy rodzinnych na wczesnym etapie rozwoju swojej kariery zawodowej. Skorzystać z nich będą mogli w pierwszej kolejności wnioskujący o utworzenie placówki, zapewniającej kompleksową opiekę w ramach POZ, tj. gwarantujący funkcjonowanie zespołu, w skład którego wchodzić będą lekarze, pielęgniarki i położne POZ. Otrzymanie finansowania będzie obligować beneficjenta do utrzymania działalności leczniczej z zakresu POZ w ramach kontraktu z NFZ przez określony czas (np. nie krótszy niż 5 lat). Środki funduszu celowego pochodzić będą z funduszy europejskich, a ich uruchomienie warunkowane będzie zaangażowaniem finansowym władz gminy, na terenie której będą powstawać nowe placówki POZ.

Zadanie 2.2. Wdrożenie projektu wsparcia publicznego dla tworzenia placówek POZ w gminach deficytowych, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Uruchamianie środków odbywać się będzie na wniosek władz gmin deficytowych przy założeniu ich własnego zaangażowania finansowego w określonej proporcji (proponuje się 1/3 środki gminy – 2/3 fundusz centralny).
- O środki ubiegać się mogą osoby fizyczne lub podmioty uprawnione, aplikujące w drodze postępowania konkursowego.
- Dokumentacja konkursowa musi zawierać gwarancję realizacji i uruchomienia inwestycji w okresie nieprzekraczającym 2 lat od momentu rozpoczęcia jej

finansowania. Dokumentacja w szczególności musi zawierać potwierdzenie prawa dysponowania nieruchomością (grunt lub lokal) oraz potencjałem kadrowym.

- Finansowanie obejmować będzie 100% aplikowanej kwoty według listy rankingowej, ustalonej w trybie postępowania konkursowego.

Środki wsparcia publicznego funduszu powinny być uruchamiane corocznie z preferencją dla małych podmiotów prowadzonych przez lekarza rodzinnego. Należy opracować szczegółowe kryteria oceny wniosków, umożliwiające ich jednoznaczną ocenę. Finansowanie w danym roku otrzymają najlepsze wnioski w skali województwa, do wyczerpania przeznaczonego na ten cel budżetu oraz wielkości zapotrzebowania w deficytowej gminie. Wnioski zostaną poddane ocenie przez niezależnych ekspertów, a ich elementem będzie także ocena mierzalnych wskaźników, jak np. wielkość wnioskowanych środków w stosunku do potencjału nowej jednostki.

Zadanie 2.3. Zabezpieczenie środków finansowych na funkcjonowanie nowopowstałych podmiotów w gminach deficytowych, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Dla nowo uruchamianych podmiotów ustalone zostaną tzw. kontrakty zerowe, których wielkość będzie równoważnością kwoty, jaka przypada na opiekę nad 1000 pacjentów (bez wag wiekowych) w każdym rodzaju świadczeń (opieka lekarska, pielęgnarska i położnicza).
- Finansowanie kontraktem zerowym będzie możliwe do czasu przekroczenia wartości kontraktu zerowego przez wartość kontraktu ustalanego na zasadach ogólnych.
- Środki na finansowanie kontraktów zerowych zostaną uwzględnione w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kontrakty zerowe umożliwią stabilne funkcjonowanie nowych, małych placówek POZ w okresie tworzenia list pacjentów. Będą stanowić zachętę dla młodych lekarzy rodzinnych do uruchamiania praktyk w rejonach deficytowych.

5.3 Nowe metody opłacania świadczeń z zakresu POZ

Koordinacja	9
Finansowanie	10
Jakość	9

Zadanie 3.1. Utworzenie budżetu powierzonego w dyspozycji lekarza POZ, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Wydzielona zostanie kwota na zapewnienie realizacji poszerzonego zakresu badań diagnostycznych.

- Wydzielona zostanie kwota na zapewnienie realizacji wybranych konsultacji specjalistycznych.

Dotychczasowy sposób finansowania POZ z zastosowaniem stawki kapitałowej zostanie zachowany, jako podstawowe narzędzie opłacania świadczeń medycznych w tym obszarze. Dodatkowo jednak świadczeniodawca otrzyma specjalne środki przeznaczone wyłącznie na sfinansowanie powyższych zadań. Panel badań dodatkowych ustalony zostanie w powiązaniu z zakresem konsultacji specjalistycznych, objętych nowym modelem finansowania. Ich szczegółowy wykaz zostanie ustalony w drodze uzgodnień środowiskowych.

Wprowadzenie takiego rozwiązania wymaga ścisłej kontroli skierowań do specjalisty, na zasadach analogicznych jak w przypadku recept na produkty lecznicze. Każde skierowanie musi posiadać unikalny numer, pozwalający na jego jednoznaczną identyfikację. Każdy świadczeniodawca POZ otrzymywałby w danym okresie rozliczeniowym do rozdysponowania określoną liczbę skierowań na konsultacje specjalistyczne. Liczba ta ustalana byłaby regionalnie, na podstawie analizy obecnego wykorzystania świadczeń specjalistycznych w danej gminie oraz proporcji, w jakiej pozostają one do liczby porad udzielonych w POZ. Lekarz POZ każdorazowo będzie mógł przekazać jedno lub więcej skierowań pacjentowi, jeżeli taką potrzebę będzie uzasadniał jego aktualny stan lub ustali to z lekarzem specjalistą (konieczność kilku wizyt w celu przeprowadzenia diagnostyki lub czasowego objęcia opieką). Pula niewykorzystanych skierowań będzie przechodzić na kolejny okres rozliczeniowy.

Zadanie 3.2. Wprowadzenie do finansowania świadczeń POZ tzw. opłaty zadaniowej, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Wprowadzenie finansowania na zasadzie fee for service (opłata za usługę) wydzielonych zadań z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej, obejmujących w szczególności:
 - Skrining w kierunku raka szyjki macicy u aktywnych seksualnie kobiet (wymazy z szyjki macicy),
 - Udział pacjenta w skriningu w kierunku raka jelita grubego u osób pomiędzy 50 a 75 rokiem życia (badanie kolonoskopowe),
 - Skrining w kierunku dyslipidemii u mężczyzn powyżej 35 roku życia i kobiet powyżej 45 roku życia,
 - Skrining w kierunku zaburzeń gospodarki węglowodanowej u osób powyżej 40 roku życia.
- Wprowadzenie finansowania na zasadzie opłaty za przypadek (per case) kompleksowych świadczeń dla określonych grup pacjentów, w tym w szczególności:
 - Kompleksowej Oceny Geriatrycznej u osób po 65 roku życia,
 - Opieki Przedkoncepcyjnej u kobiet planujących pierwszą ciążę.

Badania przesiewowe będą wykonywane w interwałach czasowych, zgodnych z dowodami naukowymi zawartymi w aktualnych rekomendacjach. Szczegółowy zakres świadczeń udzielanych w ramach Kompleksowej Oceny Geriatrycznej oraz Opieki Przedkonceptyjnej zostanie ustalony na podstawie zaleceń panelu ekspertów. Limit finansowania opłatą za usługę zostanie ustalony proporcjonalnie do wielkości populacji objętej opieką przez świadczeniodawcę POZ. Dla poszczególnych rodzajów badań przesiewowych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ustali jednostkową cenę, stanowiącą podstawę rozliczeń pomiędzy płatnikiem publicznym, a świadczeniodawcą. Wprowadzenie opłaty zadaniowej ma na celu przede wszystkim objęcie priorytetowymi działaniami, z perspektywy zdrowia publicznego, jak najszerzej populacji, mogącej odnieść z nich najwyższą korzyść.

Zadanie 3.3. Wprowadzenie do finansowania świadczeń POZ tzw. dodatku motywacyjnego, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Utworzenie dodatku motywacyjnego powiązanego z jakością opieki, polegającego na zwiększeniu stawki kapitałowej o 2% dla podmiotów posiadających aktualną akredytację Ministra Zdrowia w wyniku procedury prowadzonej przez CMJ.
- Utworzenie dodatku motywacyjnego, polegającego na zwiększeniu stawki kapitałowej o 2%, powiązanego z osiągnięciem oczekiwanego efektu opieki w zdefiniowanych obszarach istotnych z perspektywy zdrowia publicznego, takich jak:
 - Pomiar ciśnienia tętniczego u ogółu dorosłych pacjentów,
 - Ocena wskaźnika masy ciała w ogólnej populacji pacjentów,
 - Ocena populacji powyżej 10 roku życia pod kątem palenia tytoniu,
 - Przeprowadzenie minimalnej interwencji antytytoniowej wśród palaczy tytoniu.

Środki na wdrażanie nowych metod finansowania będą pochodzić przede wszystkim ze wzrostu nakładów na POZ bez zmiany wielkości dotychczasowej stawki kapitałowej. Częściowo mogą one pochodzić także ze zmniejszonych nakładów na niepotrzebne świadczenia opieki specjalistycznej. Ustalenie szczegółowego zakresu oraz wielkości budżetu powierzonego, opłaty zadaniowej i dodatku motywacyjnego wymaga odrębnych analiz, możliwych do wykonania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Nowe metody finansowania zwiększą skuteczność działań o charakterze prewencyjnym, a także zmienią motywację zarówno świadczeniodawców POZ, jak i opieki specjalistycznej, prowadząc do racjonalizacji wykorzystania tej ostatniej, a także zahamowania trendu stale rosnących do niej kolejek. Rozwiązanie to przyczyni się także do upodmiotowienia relacji lekarz POZ – specjalista, a także urzeczywistni koordynującą rolę podstawowej opieki zdrowotnej.

5.4 System monitorowania i poprawy jakości

Koordinacja	8
Finansowanie	6
Jakość	10

Zadanie 4.1. Określenie zakresu świadczeń POZ (zadań i standardu organizacji opieki), z uwzględnieniem następujących zasad:

- Opracowanie dokumentu wskazującego w poszczególnych dziedzinach medycyny świadczenia, które standardowo powinny być udzielane przez POZ samodzielnie.
- Opracowanie dokumentu wskazującego w poszczególnych dziedzinach medycyny świadczenia, które standardowo powinny być udzielane przez POZ we współpracy z opieką specjalistyczną.

Podstawą do oceny jakości postępowania jest znajomość zakresu świadczeń, które powinny podlegać ocenie. Należy ustalić także warunki realizacji tych świadczeń, gwarantujące pożądany poziom opieki i bezpieczeństwo pacjenta. W tym celu opracowany zostanie standard organizacyjny opieki zgodnie z delegacją art. 22 ust. 5 Ustawy o działalności leczniczej. Określenie zakresu świadczeń ułatwi planowanie oraz realizację kształcenia przed- i podyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej, a także ciągłego rozwoju zawodowego innych profesjonalistów POZ.

Zadanie 4.2. Utworzenie systemu benchmarkingu (analizy porównawczej) POZ, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Utworzenie centralnej platformy informacyjnej gromadzącej dane nt. zasobów oraz świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, udzielanych przez wszystkie placówki działające w systemie publicznym.
- Wdrożenie w miejsce obecnej klasyfikacji ICD-10 innej, odpowiedniej dla specyfiki dla POZ (np. ICPC-3)
- Ustalenie listy wskaźników podlegających monitorowaniu w ramach systemu benchmarkingu, obejmującej między innymi:
 - Wielkość i strukturę demograficzną populacji,
 - Rodzaje udzielanych świadczeń (lekarz, pielęgniarka, położna POZ, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania),
 - Liczbę i rodzaj usług medycznych (konsultacje w gabinecie i domu pacjenta, badania diagnostyczne, zabiegi),
 - Wybrane parametry kliniczne obrazujące rezultaty sprawowanej opieki (np. stężenie HbA1c u pacjentów z cukrzycą, czy stężenie frakcji LDL cholesterolu u pacjentów z dyslipidemią).

- Stworzenie zachęt dla świadczeniodawców POZ do wykorzystania systemu benchmarkingu dla celów monitorowania jakości udzielanych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia zbuduje platformę informacyjną, umożliwiającą gromadzenie oraz analizę porównawczą danych, pozwalających na monitorowanie jakości świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Warunkiem koniecznym dla uzyskania właściwych informacji jest wykorzystanie klasyfikacji zdarzeń specyficznej dla POZ (np. ICPC-3). Świadczeniodawcy POZ będą przekazywali na platformę podstawowe dane na temat swoich usług. Platforma powinna umożliwiać wymianę informacji i pobieranie danych w systemie połączenia on-line z systemem elektronicznej dokumentacji medycznej, pozostającym w dyspozycji świadczeniodawców. Każdy świadczeniodawca będzie miał możliwość porównania udzielanych przez siebie świadczeń z innymi świadczeniodawcami w skali lokalnej, regionalnej i ogólnokrajowej. Zakres gromadzonych i porównywanych danych, początkowo ograniczony do podstawowych wskaźników, powinien być sukcesywnie rozbudowany. Dane powinny być gromadzone i udostępniane z zachowaniem pełnej ochrony indywidualnej (dane pacjenta, personelu), jak i instytucjonalnej (placówka POZ). Wgląd w dane z poziomu placówki i personelu POZ będzie wykorzystywany przede wszystkim dla celów wewnętrznych procesów poprawy jakości, natomiast z poziomu centralnego na potrzeby analiz systemowych, które prowadzić powinien nowoutworzony instytut naukowy dedykowany podstawowej opiece zdrowotnej. Przekazywanie danych musi odbywać się w sposób w pełni zautomatyzowany, nie stanowiąc dodatkowego obciążenia biurokratycznego dla świadczeniodawcy. Warunkiem koniecznym jest pełna informatyzacja placówek POZ, także w zakresie dokumentacji medycznej pacjentów. Wykorzystanie systemu benchmarkingu przez poszczególnych świadczeniodawców powinno być stymulowane systemem zachęt, obejmującym np. ograniczenie rodzaju i zakresu kontroli zewnętrznych, którym mógłby być poddawany świadczeniodawca.

Zadanie 4.3. Stymulacja rozwoju i upowszechnienia systemu akredytacji placówek POZ, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Nowelizacja standardów akredytacyjnych dla placówek POZ.
- Stworzenie zachęt dla podmiotów prowadzących działalność w zakresie POZ dla uzyskiwania i odnawiania certyfikatu jakości, obejmujących między innymi:
 - Wyższą o 2% stawkę kapitałową na zakontraktowane przez NFZ świadczenia,
 - Warunkowe zwolnienie z rutynowych kontroli zewnętrznych.

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia realizuje aktualnie projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Budżetu Państwa pt. „Wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej

we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”. W jego ramach 250 podmiotów udzielających świadczenia z zakresu POZ ubiega się o certyfikat jakości. Przegląd akredytacyjny odbywa się w oparciu o zestaw 123 standardów opracowanych i zatwierdzonych w roku 2009. Niektóre z nich wymagają aktualizacji w odniesieniu do obowiązujących obecnie regulacji prawnych. Nowelizacja standardów może zostać dokonana w trybie bezpośredniej lub pośredniej procedury uzgodnieniowej. Trwający obecnie projekt pokrywa koszty niezbędnych szkoleń, przygotowania podmiotu oraz przeprowadzenia procesu akredytacji. Szacuje się, że łącznie, w zależności od wielkości podmiotu, mogą one wynosić od kilku do kilkunastu tysięcy złotych, nie uwzględniając w tym kosztów koniecznych inwestycji i adaptacji struktury podmiotu. Podwyższenie stawki kapitałowej o 2% będzie stanowić stymulację dla podmiotów POZ do podejmowania działań, zmierzających do uzyskania i okresowego odnawiania certyfikatu jakości. Dodatkową zachętę może stanowić zwolnienie z planowych kontroli zewnętrznych prowadzonych przez podmioty uprawnione, którego uzyskanie powinno być uwarunkowane przekazywaniem rutynowych danych do platformy informacyjnej obsługującej system benchmarkingu POZ.

Zadanie 4.4. Stymulacja rozwoju i upowszechnienia systemu funkcjonowania grup wsparcia rówieśniczego (peer-review) wśród profesjonalistów POZ, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Budowa struktury wspierającej działalność lokalnych grup rówieśniczych profesjonalistów medycznych.
- Uruchomienie szkolenia liderów lokalnych grup wsparcia.
- Stworzenie rozwiązań organizacyjnych i uwarunkowań prawnych zachęcających profesjonalistów POZ do aktywnego uczestnictwa w pracach lokalnych grup wsparcia.

Lokalne grupy wsparcia (peer-review) skupiają przedstawicieli tej samej profesji (tutaj lekarzy, pielęgniarki, położne), posiadających podobne wykształcenie i doświadczenie zawodowe. Ósmio- do dwunastoosobowe grupy skupiające profesjonalistów medycznych działających na tym samym terenie (dzielnica, gmina), spotykają się systematycznie (z reguły raz w miesiącu) w celu wspólnej realizacji wewnętrznych programów poprawy jakości, zgodnych z priorytetami członków grupy. W przeszłości funkcjonowała w Polsce inicjatywa pod nazwą Szkoła Tutorów Medycyny Rodzinnej, której celem było przygotowanie grupy liderów (głównie lekarzy rodzinnych), którzy byliby w stanie organizować i prowadzić grupy. Z uwagi na brak wsparcia i zachęt zewnętrznych, większość funkcjonujących w przeszłości grup zaprzestała swojej działalności. Ich reaktywacja, a także rozszerzenie aktywności na szerszą grupę lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych, będą wymagały wsparcia instytucjonalnego oraz nowych rozwiązań legislacyjnych. Wsparcie organizacyjne może zapewnić instytut naukowo-badawczy, do którego zadań należeć będzie rozwój inicjatyw w zakresie poprawy jakości. Profesjonaliści medyczni, uczestniczący regularnie w aktywnościach grup, powinni być

uprawnieni do jednorazowego w miesiącu wcześniejszego zamknięcia poradni, w celu umożliwienia im udziału w spotkaniu grupy. Świadczenia medyczne z zakresu POZ dla pacjentów pozostających pod opieką tych podmiotów byłyby w tym czasie udzielane przez struktury nocnej i świątecznej opieki całodobowej.

Zadanie 4.5. Systematyczne opracowywanie i implementacja wytycznych, dotyczących postępowania w najważniejszych problemach/chorobach w POZ, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Celem wytycznych będzie poprawa jakości opieki nad pacjentami POZ.
- W ramach centralnej jednostki naukowo – badawczej, właściwej dla POZ, utworzona zostanie struktura odpowiedzialna za opracowanie i ułatwianie implementacji wytycznych klinicznych w POZ.
- Określone zostaną priorytety zdrowotne (problemy, choroby), w odniesieniu do których należy opracować wytyczne.
- Zastosowana będzie rzetelna metodologia opracowania wytycznych, uwzględniająca dostępne dowody naukowe oraz warunki i możliwości POZ w Polsce.
- Zbudowany zostanie system implementacji wytycznych do warunków POZ w Polsce.

Wytyczne będą powstawały dzięki pracy zespołowej ekspertów z różnych dziedzin medycyny, zajmujących się określonym problemem lub chorobą. Koniecznym będzie dokonywanie szczegółowego przeglądu aktualnego stanu wiedzy na temat epidemiologii, klasyfikacji i diagnostyki schorzenia, a także przeglądu i krytycznej oceny metod jego leczenia oraz prewencji. Do opracowania będą zastosowane zasady evidence based medicine (medycyny opartej na dowodach naukowych - EBM), w tym ocena stosunku korzyści do ryzyka. Koniecznym będzie określenie poziomu wiarygodności danych i siły rekomendacji. Uwzględniona zostanie perspektywa praktyki lekarza rodzinnego oraz odniesienie do polskich warunków organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej. W przypadku braku dowodów możliwe będzie opracowanie rekomendacji w dwustopniowej procedurze uzgadniania stanowiska metodą DELPHI. Wytyczne będą uwzględniać interes pacjenta, będą wykonalne, specyficzne i elastyczne oraz jednoznaczne, a także będą posiadać atrakcyjną formę. Dobrze opracowane wytyczne będą stanowiły wsparcie dla lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ w procesie podejmowania decyzji. Konieczne jest podjęcie działań zmierzających do wypracowania narzędzi implementacyjnych (np. ścieżki opieki, softwarowe systemy wspierania decyzji). Będą także wykorzystywane jako narzędzia ciągłej edukacji medycznej i rozwoju zawodowego oraz rozwoju praktyk. W skali praktyki wytyczne ułatwią standaryzację postępowania, jasno określą ramy współpracy na różnych poziomach opieki zdrowotnej, a także będą punktem wyjścia do wdrażania programów poprawy jakości opieki, w obszarach których dotyczą. Przyczynią się one do wzmocnienia wizerunku zawodowego profesjonalistów

medycznych w POZ. Poprawią współpracę w ramach zespołu POZ oraz ułatwią podział zadań między opieką podstawową i specjalistyczną (ASO i lecnictwo zamknięte).

Zadanie 4.6. Utworzenie centralnej jednostki naukowo-badawczej, stymulującej rozwój medycyny rodzinnej, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie (IMW) zostanie przekształcony w Instytut Medycyny Rodzinnej i Zdrowia Wsi (IMRiZW).
- Dotychczasowa działalność IMW zostanie poszerzona o obszary niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania i rozwoju POZ, ze szczególnym uwzględnieniem Medycyny Rodzinnej.
- Zapewnione zostanie wsparcie finansowe, umożliwiające przystosowanie strukturalne IMRiZW do wykonywania nowych, poszerzonych zadań.

Dalszy rozwój medycyny rodzinnej i POZ w Polsce wymaga silnego wsparcia instytucjonalnego. Przekształcony IMW powinien zbudować i rozwinąć swoje kompetencje przede wszystkim w zakresie trzech następujących obszarów: (a) Naukowo – badawczym; (b) Edukacyjnym; (c) Ekspertcko – opiniodawczym. W zakresie działalności naukowo – badawczej przekształcony IMW będzie koncentrować się na badaniach podstawowych i wdrożeniowych związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce. Istotnymi obszarami aktywności będą organizacja i ekonomika zdrowia oraz jakość podstawowej opieki zdrowotnej. Instytut będzie prowadzić badania nad skutecznością i efektywnością nowych regulacji prawnych i wprowadzanych w ich konsekwencji zmian organizacyjno-finansowych. Badania nad jakością będą dotyczyły elementarnych aspektów funkcjonowania POZ, takich jak dostępność, ciągłość, wszechstronność czy stopień koordynacji udzielanych świadczeń. W zakresie działalności edukacyjnej przekształconego Instytutu priorytet będzie stanowić budowa nowoczesnego i efektywnego systemu kształcenia podyplomowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, zdolnego przygotować wysokokwalifikowane kadry medyczne dla POZ. System ten będzie obejmować zarówno kształcenie lekarzy, jak i pielęgniarek i położnych. Instytut stanowić będzie centralny ośrodek szkoleniowy, koordynujący pracę regionalnych centrów kształcenia. W zakresie działalności ekspertcko – opiniodawczej Instytut będzie gromadzić i poddawać analizie dane będące w posiadaniu różnych instytucji publicznych, w tym w szczególności płatnika (NFZ) w celu kreowania rekomendacji odnośnie kierunków oraz zakresu zmian funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a POZ w szczególności. Instytut powinien stworzyć założenia oraz ramy funkcjonowania systemu benchmarkingu budowanego i prowadzonego przez CSIOZ. System ten będzie stanowić podstawę podejmowania decyzji o charakterze zarządczym nie tylko dla administratorów systemu ochrony zdrowia, ale także poszczególnych świadczeniodawców i profesjonalistów medycznych. Instytut będzie w sposób systematyczny opiniować projekty aktów prawnych, mających wpływ na funkcjonowanie POZ w Polsce. IMW posiada aktualnie wystarczające zaplecze lokalowe dla pomieszczenia struktur zajmujących się

poszerzonymi zadaniami. Ich przystosowanie do nowych funkcji wymaga jednak zaangażowania istotnych środków finansowych. Nowa jednostka będzie potrzebować także wsparcia w zakresie budowy i rozwoju kompetentnej kadry specjalistycznej, mogącej podjąć nowym, poszerzonym obowiązkom.

5.5 Kształcenie kadr

Koordynacja	10
Finansowanie	5
Jakość	10

Zadanie 5.1. Utworzenie systemu monitorowania jakości kształcenia przeddyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej na wydziałach lekarskich polskich uczelni medycznych, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Zostanie wypracowany system wskaźników charakteryzujących jakość kształcenia.
- Instytut właściwy dla spraw POZ będzie dokonywał okresowej oceny jakości kształcenia i postaw studentów wobec medycyny rodzinnej.
- Wyniki analiz pozwolą na zapewnienie ukierunkowanego wsparcia dla uczelni medycznych mających trudności z zapewnieniem kształcenia przeddyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej na właściwym poziomie.

Publiczne i niepubliczne uczelnie medyczne prowadzą kształcenie przeddyplomowe studentów medycyny w sposób autonomiczny. Wszystkie uczelnie publiczne w Polsce posiadają w swoich strukturach katedry i/lub zakłady medycyny rodzinnej, realizujące programy kształcenia zgodne z minimum programowym, ustalonym na szczeblu centralnym. Większość z nich posiada w tym zakresie wieloletnie doświadczenie i wypracowała własny model kształcenia. W ostatnich latach na kilku uczelniach publicznych i niepublicznych powstały nowe struktury kształcące lekarzy. Wiele z nich nie dysponuje właściwym zapleczem, zwłaszcza kadrowym, dla prowadzenia nauczania medycyny rodzinnej na wysokim poziomie. Wszystkie, nowe i stare uczelnie medyczne, podlegają ocenie Polskiej Rady Akredytacji, która z uwagi na swoje możliwości jedynie w niewielkim stopniu jest w stanie koncentrować się na kwestiach związanych z nauczaniem medycyny rodzinnej. Od sposobu i jakości kształcenia przeddyplomowego w zakresie tej dyscypliny zależy w dużej mierze wybór przyszłej ścieżki kariery zawodowej studentów medycyny. W ostatnich latach można zauważyć zdecydowany wzrost zainteresowania medycyną rodzinną wśród studentów i absolwentów kierunków lekarskich, czego najlepszym odzwierciedleniem jest znacząco większa niż w latach ubiegłych liczba kandydatów, ubiegających się o miejsca szkoleniowe w ramach szkolenia specjalizacyjnego w tej dyscyplinie. W trakcie ostatnich naborów liczba kandydatów w wielu województwach była większa niż liczba dostępnych miejsc. Ten wzrost zainteresowania

medycyną rodzinną wśród studentów kierunków lekarskich można po części przypisać zadawalającą jakość kształcenia w tym obszarze w większości szkół medycznych. Nowe uczelnie nie rozpoczęły jeszcze jednak kształcenia w tym zakresie. Wiele z nich funkcjonuje w terenach, gdzie niedobór lekarzy rodzinnych jest szczególnie dotkliwy (np. woj. lubuskie) i należy dołożyć wszelkich starań, by studenci tych uczelni byli w sposób właściwy kształceni w zakresie medycyny rodzinnej, a absolwenci wybierali ją jako swoją przyszłą ścieżkę kariery zawodowej. Instytut właściwy ds. POZ powinien w wiarygodny i rzetelny sposób, systematycznie analizować jakość kształcenia oraz postawy studentów wobec medycyny rodzinnej. Wnioski wypływające z tej oceny powinny umożliwiać udzielenie ukierunkowanego, merytorycznego i strukturalnego wsparcia nowym uczelniom medycznym. Należy rozważyć także możliwość specjalnego funduszu stypendialnego, adresowanego do studentów gotowych pracować w przyszłości jako lekarze rodzinni, szczególnie w regionach z największym deficytem kadrowym.

Zadanie 5.2. Wdrożenie rozwiązań zapewniających nabycie oraz systematyczny rozwój kompetencji dydaktycznych wśród lekarzy nauczających medycyny rodzinnej w swoich praktykach, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Lekarze nauczający medycynę rodzinną w swoich praktykach otrzymają przeszkolenie w zakresie podstawowych kompetencji dydaktycznych.
- Odbycie szkolenia dydaktycznego będzie warunkiem koniecznym dla prowadzenia procesu specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej.

Lekarze rodzinni, jak zresztą większość pozostałych, nie posiadają odpowiedniego przygotowania dydaktycznego do prowadzenia edukacji na jakimkolwiek poziomie. W odróżnieniu jednak od lekarzy innych specjalności, prowadząc własne praktyki, pozbawieni są z reguły wsparcia dużych zespołów, tak jak ma to miejsce w większości oddziałów specjalistycznych, szczególnie klinicznych. Typowa praktyka lekarza rodzinnego jest jednak optymalnym miejscem prowadzenia nauczania w zakresie medycyny rodzinnej, szczególnie z wykorzystaniem relacji uczeń – mistrz. W Polsce od ponad dekad jest dostępne specyficzne szkolenie, adresowane właśnie do nauczycieli medycyny rodzinnej. Powstało ono w efekcie międzynarodowej współpracy, a jego jakość gwarantuje Europejska Akademia Nauczycieli Medycyny Rodzinnej (EURACT). Europejski kurs dla nauczycieli medycyny rodzinnej został dotychczas implementowany w 17 krajach Europy, a w naszym kraju ukończyło go ponad 600 lekarzy. Zważywszy na fakt, że liczba osób w trakcie specjalizacji oraz dostępnych miejsc szkoleniowych jest wielokrotnie większa, nie do końca można uznać to za sukces. Wielu lekarzy nie uczestniczy w kursach z powodu niewielkiej ich dostępności, zwłaszcza w pobliżu miejsca ich zamieszkania, lub względnie wysokich kosztów szkolenia. Należy wdrożyć ułatwienia organizacyjne i finansowe zachęcające lekarzy do udziału w tym szkoleniu, którego ukończenie po pewnym czasie powinno stać się warunkiem koniecznym dla otrzymania

akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny rodzinnej. Europejska Akademia Nauczycieli Medycyny Rodzinnej (EURACT) oferuje także, dostępny również w polskiej wersji językowej, program weryfikacji kompetencji dydaktycznych. Uzyskanie w jego ramach potwierdzenia kwalifikacji edukacyjnych może być rękojmią właściwego przygotowania do prowadzenia nauczania. Absolwenci podstawowych kursów EURACT mogliby po pewnym okresie weryfikować swoje kompetencje w ramach tego systemu, lub uczestniczyć w kursach wyższego poziomu, także przygotowanych przez tę organizację.

Zadanie 5.3. Utworzenie systemu koordynacji i wsparcia kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Reaktywowane będą regionalne ośrodki kształcenia lekarzy rodzinnych, działające przy uczelniach medycznych we wszystkich województwach.
- Powstanie centralny ośrodek koordynujący pracę regionalnych ośrodków kształcenia.
- System koordynacji zapewni obsługę administracyjną procesu kształcenia podyplomowego w medycynie rodzinnej.

Przez ponad dwie dekady, od roku 1994 do 2015, za organizację szkolenia podyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej odpowiadały tzw. regionalne ośrodki kształcenia, funkcjonujące na bazie 11 publicznych uczelni medycznych i/lub powiązanych z nimi szpitali klinicznych. Jednostki te powstały z istotnym wsparciem międzynarodowych projektów, finansowanych przez Unię Europejską (Phare) oraz Bank Światowy. Ośrodki te kształciły wówczas od kilkudziesięciu do kilkuset lekarzy rodzinnych. Obok nich na bazie innych podmiotów publicznych (np. szpitali wojewódzkich, szczególnie w województwach bez uczelni medycznych) oraz prywatnych, funkcjonowały mniejsze podmioty, kształcące od kilkunastu do kilkudziesięciu lekarzy. Po zmianie ustawy o zawodzie lekarza, a w ślad za nią rozporządzenia Ministra Zdrowia, podmioty te straciły możliwość ubiegania się o status jednostki kształcącej. Rolę tą przejęło kilka tysięcy praktyk lekarzy rodzinnych, prowadząc szkolenie z reguły dla jednego do kilku, maksymalnie kilkunastu rezydentów. Podmioty te przejmują na siebie nie tylko obowiązek organizacji szkolenia, ale także zadania pracodawcy, podpisując stosowne umowy bezpośrednio z Ministerstwem Zdrowia. Dla wielu małych praktyk zarówno organizacja procesu kształcenia, jak i jego obsługa finansowo-administracyjna, stanowią nadmierne obciążenie, negatywnie wpływające na jakość i efekty kształcenia. Największą trudność stanowi brak możliwości zorganizowania dostępu do pełnego spektrum staży szkoleniowych, brak możliwości zorganizowania kursów teoretycznych, a także konieczność zawierania i rozliczania licznych umów oraz innych związanych z tym obciążeń natury biurokratycznej. W efekcie dla wielu podmiotów kształcących, prowadzenie szkolenia jest drogą do pozyskania taniej siły roboczej. Ministerstwo Zdrowia nie jest też w stanie sprawować skutecznego nadzoru nad tak liczną i rozproszoną grupą podmiotów kształcących.

W znakomitej większości krajów Europy organizacją szkolenia zajmują się wyspecjalizowane struktury, funkcjonujące najczęściej na bazie uczelni medycznych. Należy podjąć działania zmierzające do odbudowania regionalnych struktur koordynujących kształcenie i zsynchronizowanie ich pracy w skali całego kraju. Jednostki te mogłyby nie tylko odpowiadać za zapewnienie realizacji procesu kształcenia na odpowiednio wysokim poziomie, ale także przejąć na siebie rolę pracodawcy dla lekarzy odbywających szkolenie w trybie rezydentury. Pozwoliłoby to na zdjęcie licznych, uciążliwych obowiązków administracyjnych z lekarzy rodzinnych nauczających w swoich praktykach. Jednostki regionalne mogłyby powstać na bazie lokalowej i kadrowej akademickich struktur medycyny rodzinnej, istniejących już prawie we wszystkich województwach. Koordynacja centralna ich działalności będzie powierzona instytutowi naukowo-badawczemu, właściwemu do spraw POZ. Rozwiązanie to pozwoli konsultantom wojewódzkim na sprawowanie rzeczywistego nadzoru nad kształceniem w skali województwa, a krajowemu w skali ogólnopolskiej.

Zadanie 5.4. Wsparcie procesu reorientacji zawodowej personelu medycznego planującego rozwój dalszej kariery zawodowej w POZ, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Stworzone zostaną nowe ścieżki kariery zawodowej dla osób wspierających pracę lekarzy, pielęgniarek i położnych, posiadających specyficzne dla potrzeb POZ kompetencje administracyjne i medyczne.
- Dla lekarzy innych niż rodzinni wprowadzone zostaną dodatkowe możliwości poszerzania kompetencji niezbędnych do pracy w POZ.
- Dla pielęgniarek i położnych innych niż rodzinne wprowadzone zostaną ułatwienia w procesie poszerzania kompetencji niezbędnych do pracy w POZ.

Szacuje się, że zaledwie połowa lekarzy zbierających deklaracje wyboru wśród pacjentów to lekarze o specyficznym przygotowaniu do pracy w POZ, a więc posiadający specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej. Co więcej, w tej części systemu świadczeń udziela również ogromna liczba lekarzy, którzy traktują tę pracę jak zajęcie dorywcze, poświęcając jej zaledwie kilka godzin w tygodniu. Na stałe pracują oni w szpitalach i innych placówkach ochrony zdrowia, funkcjonujących poza POZ. Podobne zjawisko można zaobserwować w odniesieniu do pielęgniarek i położnych. Problem ten wynika po części ze znacznego przeciążenia stałego personelu medycznego tej części systemu zadaniami o charakterze administracyjnym. Z drugiej strony, obserwuje się wyraźny niedostatek świadczeń wspierających, zwłaszcza w obszarze edukacji prozdrowotnej. Rozwiązaniem problemu może być stworzenie nowej ścieżki kariery zawodowej dla personelu wspierającego pracę lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ, przede wszystkim w obszarze zadań administracyjnych, ale także edukacji pacjentów, czy wdrażaniu zmian w stylu ich życia. Nowi profesjonaliści powinni posiadać także podstawowe kompetencje medyczne, pozwalające na wykonywanie najprostszych procedur jak np. pobranie krwi. Szkolenie takie będzie prowadzone w formie licencjackich studiów stacjonarnych i niestacjonarnych przez uczelnie publiczne i niepubliczne. Ponadto

uruchomione zostaną szkolenia o charakterze *distance learning*, adresowane głównie do lekarzy, pielęgniarek i położnych, chcących uzyskać kompetencje stosowne do pracy w POZ. Po ewentualnych zmianach w prawie, szkolenia te mogłyby stanowić istotną część edukacji formalnej, zakończonej uzyskaniem uprawnień do udzielania świadczeń w POZ.

5.6 Informatyzacja w POZ

Koordynacja	8
Finansowanie	6
Jakość	8

Zadanie 6.1. Przyspieszenie i wsparcie wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej w praktykach POZ, według następujących zasad:

- Zrealizowanie obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej we wszystkich praktykach POZ, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek oraz położnych.
- Promowanie nowoczesnych metod gromadzenia danych, właściwych dla opieki podstawowej, np. systemu SOAP w ramach elektronicznej dokumentacji lekarskiej.
- Wsparcie prac rozwojowych systemów ułatwiających podejmowanie decyzji w podstawowej opiece zdrowotnej oraz systemów ostrzegania i przypominania.
- Pomoc finansowa dla praktyk w zakresie zakupu sprzętu informatycznego i oprogramowania.

Terminy wprowadzenia obowiązkowej elektronicznej dokumentacji medycznej były kilkakrotnie przekładane, głównie z powodu wniosków świadczeniodawców, którzy preferowali dotychczasowy system dokumentacji papierowej, zwłaszcza w odniesieniu do m.in. historii zdrowia i choroby. Pierwszy z tych terminów przypadał jeszcze w 2014 roku. Obecnie można stwierdzić, że w POZ świadczeniodawcy w coraz większym stopniu używają elektronicznych rozwiązań do gromadzenia danych z wizyt pacjentów. Na rynku funkcjonuje kilka programów uznawanych za pomoc w codziennej praktyce. Niemniej, w celu pełnego wdrożenia elektronicznej dokumentacji konieczne jest uproszczenie i dostosowanie obecnych przepisów do specyfiki POZ oraz sukcesywne, w dużej częściowo dobrowolne, jej wprowadzanie. W celu ułatwienia tego procesu realizowane będą działania wspierające, polegające m. in. na popularyzowaniu elektronicznej dokumentacji, zwłaszcza wśród lekarzy w starszym przedziale wiekowym. Wspierane będzie także (w tym finansowo) prowadzenie szkoleń dla osób tego potrzebujących oraz stworzony zostanie system umożliwiający uzyskanie indywidualnych porad i konsultacji za pomocą technologii elektronicznych.

Wraz z wdrażaniem elektronicznej dokumentacji medycznej promowane będą, właściwe dla opieki podstawowej, rozwiązania dotyczące sposobu gromadzenia danych. Jednym z nich jest

system „problem oriented medical records”. Zapewnia on, odpowiednią dla potrzeb opieki podstawowej, strukturę danych, umożliwia łatwe zapisanie informacji oraz pozwala lekarzom na szybki przegląd, zidentyfikowanie oraz zrozumienie problemów pacjenta. Zawiera listę stałych problemów podopiecznego, a każda wizyta zapisywana jest wg zasady SOAP (dane subiektywne, obiektywne, analiza oraz plan).

Promowane będą rozwiązania informatyczne wspierające pracę zespołu POZ, cechujące się wysoką intuicyjnością i krótkim czasem, potrzebnym na wprowadzanie danych.

Podjęte zostaną prace nad rozwojem i wdrożeniem interaktywnych systemów komputerowych, pomagających lekarzom i pielęgniarkom podejmować właściwe decyzje w odniesieniu do określonych pacjentów. Działania w tym zakresie dotyczyć będą zarówno wspomagania bezpośredniego (np. sugerowanie decyzji, przypominanie o badaniu kontrolnym, ostrzeganie o interakcji lekowej), jak i pośredniego (np. dostarczanie danych z publikacji medycznych). Odpowiednie prace prowadzone będą w odniesieniu do działań prewencyjnych, diagnostycznych i leczniczych.

Istotne ułatwienie we wdrażaniu elektronicznej dokumentacji medycznej stanowić będzie program dofinansowania świadczeniodawców w zakupie sprzętu i oprogramowania. Umożliwi on nabycie i unowocześnienie posiadanych zasobów, a ponadto będzie stanowił element motywujący do zmian w zakresie prowadzonej dokumentacji medycznej.

Zadanie 6.2. Upowszechnianie rozwiązań telemedycznych w podstawowej opiece zdrowotnej, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Przegląd i dostosowanie przepisów prawa, umożliwiających wprowadzenie technologii teletransmisji w ochronie zdrowia, w celu umożliwienia udzielania świadczeń pacjentowi oraz przeprowadzania konsultacji pacjenta pomiędzy lekarzem POZ i specjalistą w ASO.
- Promocja i edukacja w zakresie rozwiązań telemedycznych wśród personelu POZ.
- Stały monitoring świadczeń telemedycznych w zakresie jakości i bezpieczeństwa pacjenta.

Nowoczesna telemedycyna należy do stosunkowo młodych gałęzi medycyny, a w chwili obecnej w polskim POZ praktycznie nie jest wykorzystywana. Istotne problemy to brak regulacji prawnych, rozwiązań finansowych i odpowiedniej infrastruktury. Ograniczeniem w tym zakresie jest także niewielka wiedza i umiejętności personelu medycznego w zakresie posługiwania się tego rodzaju rozwiązaniami nowej generacji. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki nie były kształcone w zakresie stosowania procedur telemedycznych. W ramach poprawy w omawianym zakresie, rozwijane będą różne obszary telemedycyny (np. świadczenia i edukacja) oraz różne jej rodzaje (np. teleprewencja, telediagnostyka, telekonsultacja, teleopieka, telerahabiliacja).

Wprowadzanie nowych rozwiązań rozpoczęte zostanie na poziomie kształcenia podyplomowego. Uruchomiony zostanie system motywacji i wsparcia finansowego dla działów/centrów kształcenia podyplomowego w uniwersytetach medycznych. Przygotowywane będą moduły kursów obowiązkowych przewidziane programami poszczególnych specjalizacji, w tym medycyny rodzinnej. Planowane jest także wprowadzenie nowoczesnych rozwiązań do szkoleń pielęgniarek i położnych.

W odniesieniu do świadczeń zdrowotnych, w tym konsultacji specjalistycznych, wdrażanie rozwiązań telemedycznych będzie miało charakter całościowy i obejmie POZ, AOS oraz lecznictwo szpitalne. Koniecznym będzie uniknięcie wycinkowego podejścia, polegającego na ukierunkowaniu na poszczególne specjalności (np. kardiologię). Przygotowane i przeprowadzone zostaną działania popularyzujące omawiane rozwiązania. Obejmą one personel zarówno POZ, jak i innych poziomów opieki zdrowotnej, pracowników administracyjnych ochrony zdrowia i płatnika. Skierowane zostaną także do pacjentów.

Rozwiązania telemedyczne umożliwią: udzielanie porad na odległość, wymianę istotnych informacji między personelem POZ w ramach zespołów oraz pomiędzy poziomami opieki zdrowotnej, skrócenie czasu oczekiwania na poradę, poprawę efektywności wykorzystania czasu przez personel medyczny. W zastosowaniu tych rozwiązań należy upatrywać szansę na poprawę jakości i efektywności oraz bezpieczeństwa pacjenta w POZ. Koniecznym będzie jednak analizowanie skutków zdrowotnych oraz bezpieczeństwa pacjentów, związanego ze świadczeniami udzielanymi w ramach telemedycyny.

Zadanie 6.3. Wymiana informacji pomiędzy pacjentem i POZ oraz w ramach systemu ochrony zdrowia i pomiędzy różnymi sektorami, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Poprawa wymiany informacji obejmie równolegle wszystkie poziomy i administrację opieki zdrowotnej oraz wprowadzana będzie w sposób kompleksowy i stopniowy.
- Rozwiązania dotyczące wymiany informacji będą uwzględniały w pełni prawa pacjenta do ochrony jego danych i zachowania tajemnicy.
- Przekazywanie danych w jak najmniejszym stopniu obciążać będzie personel medyczny i administracyjny, w dużej mierze będzie miało charakter automatyczny, uwzględniający informacje rutynowo gromadzone w systemach elektronicznych.

Pozytywnym przykładem wdrożonych z końcem 2018 r. rozwiązań jest zaprzestanie stosowania papierowych zwolnień lekarskich i zastąpienie ich zwolnieniami wyłącznie elektronicznymi. Rozwiązanie to znacznie przyspieszyło i ułatwiło wymianę informacji pomiędzy świadczeniodawcą, ZUS-em i pracodawcą.

W ramach programu poprawy wymiany informacji, kontynuowana będzie realizacja projektu "Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych" (P1). W jej ramach planowane jest wdrożenie systemów

informatycznych, które usprawnią planowanie i realizację świadczeń zdrowotnych, monitorowanie i sprawozdawczość. Ułatwiony będzie także dostęp pacjentów do informacji o udzielanych świadczeniach. Wartościowym rozwiązaniem, zwłaszcza dla administracji i płatnika, będzie wdrożenie systemu umożliwiającego tworzenie, gromadzenie i analizę informacji o zdarzeniach medycznych. Projekt umożliwi także publikowanie informacji dotyczących ochrony zdrowia w Polsce, w poszczególnych województwach i mniejszych jednostkach administracyjnych.

Od świadczeniodawców, aptek i innych podmiotów działających w ramach ochrony zdrowia wymagane będzie przygotowanie do podłączenia swoich systemów do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Planowane jest w najbliższych kilku latach wprowadzenie rozwiązań, które są obecnie w końcowej fazie testowania. W pierwszej kolejności dotyczyć one będą e-recepty, następnie e-skierowania oraz wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej między świadczeniodawcami. Implementacja przepisów w zakresie elektronicznej wymiany informacji oraz prowadzenia dokumentacji może narazić placówki ochrony zdrowia na konieczność poniesienia znaczących wydatków na zakup lub unowocześnienie sprzętu oraz oprogramowania i szkolenie pracowników. W celu złagodzenia tych problemów zaplanowane zostaną stosowne programy wsparcia finansowego, które obejmą w dużej mierze podstawową opiekę zdrowotną. Przeprowadzona zostanie także akcja informacyjna o możliwościach i zaletach platformy, umożliwiającej gromadzenie i udostępnianie danych.

5.7 Rozwój wiedzy o POZ

Koordynacja	6
Finansowanie	8
Jakość	10

Zadanie 7.1. Utworzenie centralnej jednostki naukowo-badawczej, prowadzącej systematyczne badania w obszarze POZ, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie (IMW) zostanie przekształcony w Instytut Medycyny Rodzinnej i Zdrowia Wsi (IMRiZW).
- Dotychczasowa działalność IMW zostanie poszerzona o obszary niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania i rozwoju POZ, ze szczególnym uwzględnieniem Medycyny Rodzinnej.
- Zapewnione zostanie wsparcie finansowe, umożliwiające przystosowanie strukturalne IMRiZW do wykonywania nowych, poszerzonych zadań.

Główne założenia dotyczące przekształcenia IMW zostały opisane w obszarze 4 (System monitorowania i poprawy jakości). Jednym z głównych zadań przekształconego Instytutu

będzie prowadzenie systematycznych badań nad stanem i rozwojem podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Pozyskanie rzetelnej wiedzy w tym obszarze, wynikającej z rezultatów dobrze zaplanowanych, szeroko zakrojonych i poprawnie zrealizowanych badań, stanowić będzie istotną przesłankę dla rozwoju POZ i całego systemu ochrony zdrowia.

Zadanie 7.2. Utworzenie centralnego funduszu rozwoju badań naukowych w obszarze POZ, z uwzględnieniem następujących zasad:

- W Narodowym Centrum Badań i Rozwoju wydzielone zostaną fundusze przeznaczone na badania wdrożeniowe w zakresie POZ.
- W Agencji Badań Medycznych wydzielone zostaną fundusze przeznaczone na badania nad POZ.

Systematyczny rozwój wiedzy o problemach podstawowej opieki zdrowotnej i możliwych sposobach ich rozwiązywania wymaga badań naukowych, finansowanych ze stabilnych i przewidywalnych źródeł. Badacze chcący prowadzić swoje badania w tym obszarze muszą mieć realną szansę pozyskiwania środków bez konieczności konkurowania o nie z przedstawicielami innych dyscyplin o ugruntowanej pozycji. W strategicznym programie badań naukowych i prac rozwojowych, przygotowanym przez Radę Narodowego Centrum Badań i Rozwoju „PROFILAKTYKA I LECZENIE CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH” – STRATEGMED, dodany zostanie piąty obszar badań naukowych i prac rozwojowych: „Medycyna rodzinna”. W programie tym alokowane zostaną adekwatne środki, pozwalające na prowadzenie badań w obszarach istotnych dla rozwoju POZ w Polsce. W nowoutworzonej Agencji Badań Medycznych wydzielone zostaną środki przeznaczone na badania nad PPOZ, o które ubiegać się mogą placówki naukowo-badawcze, zajmujące się tym obszarem opieki medycznej.

6. Badanie opinii w sprawie projektowanych zmian

6.1 Metodologia i cel badania ankietowego

Celem badania ankietowego było:

- poznanie opinii lekarzy i pielęgniarek oraz pracowników administracji publicznej, związanych z podstawową zdrowotną, na temat aktualnej sytuacji oraz proponowanych zmian dotyczących tego sektora ochrony zdrowia,
- identyfikacja najważniejszych różnic w opiniach dotyczących potencjalnych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej,
- stworzenie podstaw do zaplanowania działań wprowadzających zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej.

Metodą zastosowaną do realizacji badania była ankieta CAWI (Computer Assisted Web Interview). Przy wyborze tej metody badawczej kierowano się jej stosunkowo niskim kosztem, wynikającym z braku konieczności zatrudniania ankietatorów, a przede wszystkim szybkim, zwłaszcza w porównaniu do metody PAPI (Paper & Pen Personal Interview) dostępem do uzyskanych danych oraz możliwością ich szybkiej analizy (dane pozyskiwane bezpośrednio w formie elektronicznej) oraz brakiem ryzyka błędu popełnianego przez ankietera, w porównaniu do metody PAPI oraz metody CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing).

Ankiety skierowano do lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej, pracowników administracji publicznej (urzędy wojewódzkie, starostwa powiatowe, urzędy gmin), zajmujących się tą problematyką oraz struktur Narodowego Funduszu Zdrowia, związanych z POZ, z terenu całego kraju. Prośbę o wypełnienie ankiety skierowano łącznie do 5928 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, wśród których 72% stanowili specjaliści z dziedziny medycyny rodzinnej, 12% specjaliści z dziedziny pediatrii i 16% specjaliści chorób wewnętrznych. Z prośbą o wypełnienie ankiety zwrócono się do 1704 pielęgniarek zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej. 4267 zapytań skierowano do struktur administracji publicznej. Wysłano także prośby o wypełnienie ankiet do wszystkich oddziałów wojewódzkich i delegatur Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie całego kraju. E- maile kierowano w pierwszej kolejności do struktur NFZ związanych z podstawową opieką zdrowotną, a w przypadku braku adresów, do sekretariatów, lub na adres podano do kontaktu z danym oddziałem NFZ. Łącznie do struktur NFZ wysłano 70 zapytań.

Z uwagi na fakt, że ze struktur NFZ nie uzyskano ani jednej odpowiedzi na przesłane ankiety, zrezygnowano z dalszej analizy tej kategorii osób związanych z podstawową opieką zdrowotną.

Ankieta zawierała pytania dotyczące danych personalnych oraz twierdzenia, do których odnosiły się osoby badane. Szacowany czas wypełniania ankiety wynosił od 6 do 10 minut.

W ankiecie zawarto podstawowe pytania dotyczące danych socjoekonomicznych, takich jak: rok urodzenia, płeć, wykonywany zawód, miejsce pracy i miejsce zamieszkania. Na podstawie roku urodzenia określono średnią wiek wszystkich uczestników badania oraz średnie wieku poszczególnych grup zawodowych. Ustalono zawód badanych osób, z uwzględnieniem następujących kategorii: lekarz, pielęgniarka, pracownik administracji publicznej. Wprawdzie w grupie zawodowej wykonującej zawód pielęgniarki/pielęgniarsza niewielki odsetek stanowili mężczyźni, w dalszej części opracowania, dla uproszczenia, dla całej tej grupy zawodowej używano określenia pielęgniarki. Dla określenia miejsca pracy badanych osób posłużono się następującymi kategoriami: wieś, obszar miejsko- wiejski, miasto do 100tyś. mieszkańców oraz miasto powyżej 100 tyś. mieszkańców. Ustalono także województwo z którego wywodzili się uczestnicy badania.

W kolejnych częściach ankiety badane osoby zostały poproszone o wyrażenie opinii na temat dziewięciu obszarów związanych z podstawową opieką zdrowotną. Twierdzenia dotyczyły:

- rejestru podmiotów prowadzących działalność z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (2 twierdzenia);
- wsparcia publicznego dla podmiotów prowadzących działalność z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (2 twierdzenia);
- nowych metod opłacania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (7 twierdzeń);
- monitorowania i poprawy jakości w podstawowej opiece zdrowotnej (8 twierdzeń);
- kształcenia kadr dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej (7 twierdzeń);
- informatyzacji w podstawowej opiece zdrowotnej (3 twierdzenia);
- prowadzenia badań naukowych na potrzeby podstawowej opieki zdrowotnej (3 twierdzenia);
- organizacji pracy w podstawowej opiece zdrowotnej (7 twierdzeń);
- współpracy pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a leczeniem specjalistycznym (2 twierdzenia).

Łącznie w ankiecie znalazło się 41 twierdzeń, w stosunku do których badani wyrażali swoje opinie. Dla ułatwienia przekazu przy prezentacji wyników twierdzenia zostały ponumerowane w kolejności od 1 do 41.

W celu zmierzenia postaw badanych osób wobec przedstawionych problemów posłużono się skalą Likerta, którą często wykorzystuje się w kwestionariuszach ankiet i wywiadach kwestionariuszowych. Dzięki niej można bowiem uzyskać odpowiedź dotyczącą akceptacji danego poglądu czy zjawiska. Skala ta składa się z kafeterii liczącej pięć odpowiedzi ułożonych w porządku od stopnia całkowitej akceptacji, do całkowitego odrzucenia. Badani mieli za zadanie określić w jakim stopniu zgadzają się z danym twierdzeniem. Mieli do wyboru następujące odpowiedzi, spośród których wybierali najbliższą ich odczuciom, a mianowicie:

1 - zdecydowanie się zgadzam;

2 - raczej się zgadzam;

3 - nie mam opinii;

4 - raczej się nie zgadzam;

5 - zdecydowanie się nie zgadzam.

Uzyskane dane przedstawiono w postaci tabel wielopolowych ilustrujących liczebność wersji poszczególnych opinii na temat znajdujących się w kwestionariuszu twierdzeń z odsetkami łącznie i w poszczególnych kategoriach zawodowych oraz zobrazowano w postaci odpowiadających im wykresów słupkowych.

Dla lepszego zobrazowania opinii na temat poszczególnych twierdzeń kolejnym uporządkowanym odpowiedziom od „zdecydowanie się zgadzam” do „zdecydowanie się nie zgadzam” przypisano wagi punktowe od -2 do +2. Wartości punktowe przedstawiono

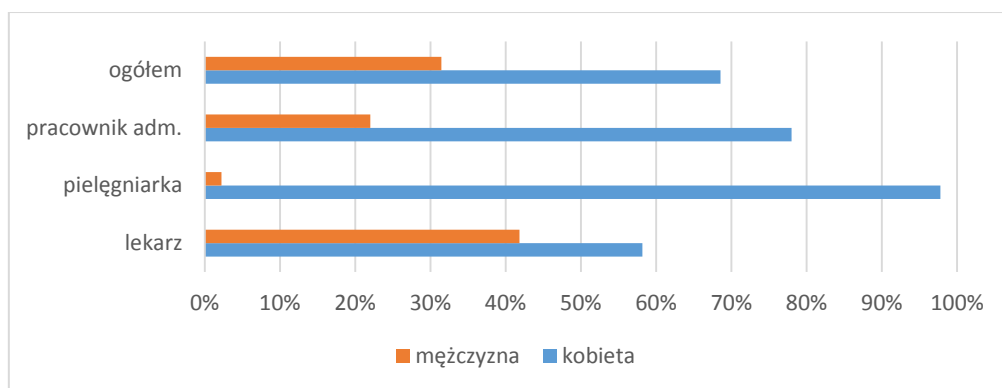
w postaci wykresów słupkowych przedstawiających średnie poszczególnych pytań, gdzie słupki dodatnie oznaczają ogólnie poparcie dla tezy zawartej w pytaniu i jego skalę a ujemne skalę dezaprobaty.

W celu zbadania istotności zależności statystycznych pomiędzy cechami zastosowano przede wszystkim test chi-kwadrat Pearsona dla zmiennych dyskretnych oraz test ANOVA rang Kruskala-Wallisa do oceny uporządkowanych wartości punktowych. W przypadku wieku badanych stosowano także test parametryczny test ANOVA.

6.2 Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 665 osób, lekarzy, pielęgniarek i pracowników administracji publicznej. Największą grupę wśród badanych stanowili lekarze (54,29%), następnie pracownicy administracji publicznej (38,95%), natomiast najmniejsza, zarówno pod względem liczbowym, jaki odsetkowym pielęgniarki (6,77%).

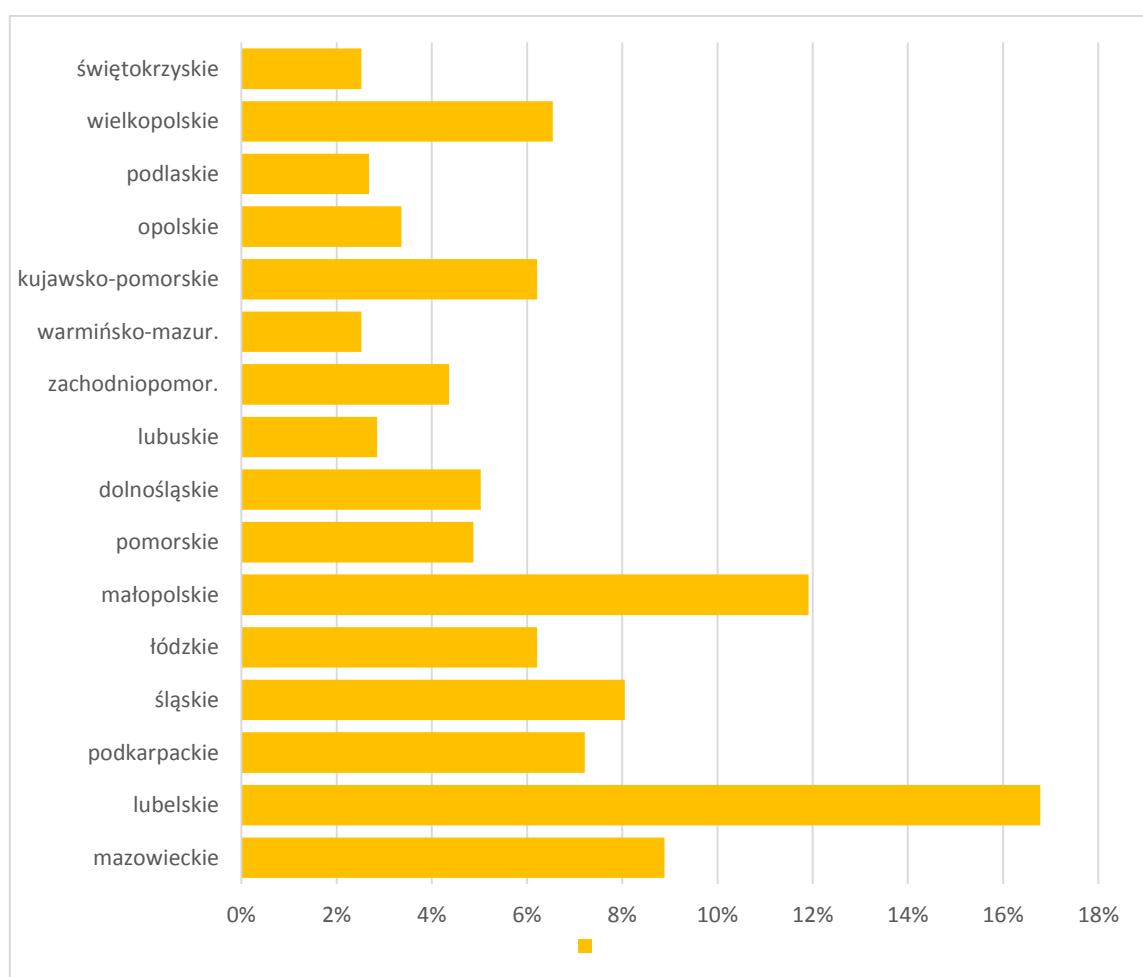
Rys. 6.1. Płeć uczestników badania z podziałem na grupy zawodowe.



W grupie badanej przeważały kobiety, których było 68,57%, natomiast mężczyźni stanowili 31,34% ogółu. We wszystkich badanych grupach przeważały kobiety, których największy odsetek był wśród pielęgniarek (kobiety- 97,78% vs. mężczyźni- 2,22%). Kobiety także zdecydowanie przeważały wśród pracowników administracji publicznej (odpowiednio - 77,99 i 22.01%). Najmniejsze dysproporcje występowały w grupie lekarzy, wśród których było 58,17% kobiet i 41,83% mężczyzn. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,00001$).

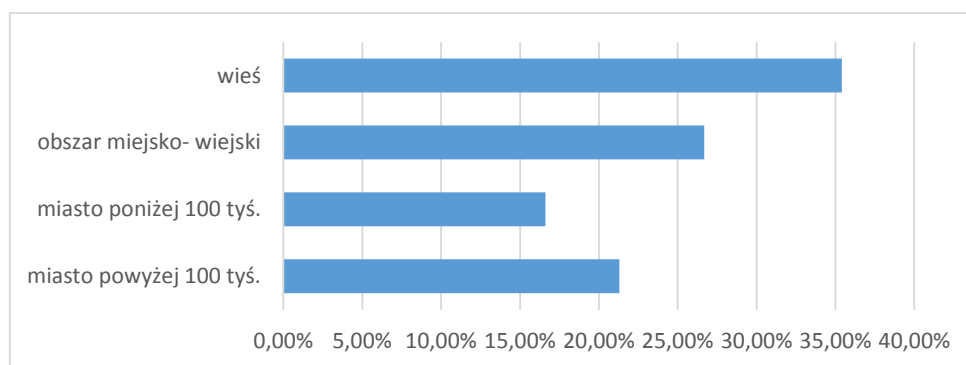
Średnia wieku badanych osób wynosiła 49,08 lat. Stwierdzono istotne statystycznie różnice dotyczące średniej wieku uczestników badania wywodzących się z poszczególnych grup zawodowych ($p=0,000561$). Najstarszą grupą wiekową wśród badanych były pielęgniarki, których średnia wieku wynosiła 52,38 lat. Następną w kolejności grupą byli lekarze, których średnia wieku była o ok. 2 lata niższa i wynosiła 50,24 lat. Najmłodszą grupą wśród badanych stanowili pracownicy administracji publicznej, których średnia wieku wynosiła 46,89 lat.

Rys. 6.2. Miejsce zamieszkania uczestników badania z podziałem na województwa.



W badaniu wzięli udział mieszkańcy wszystkich 16 województw. Najliczniejszą grupę wśród uczestników badania stanowili mieszkańcy województwa lubelskiego (16,78%) i województwa małopolskiego (11,91%). Wśród badanych było 8,89% mieszkańców województwa mazowieckiego, 8,05% mieszkańców województwa śląskiego, 7,21% województwa podkarpackiego, 6,54% województwa wielkopolskiego, po 6,21% mieszkańców województwa łódzkiego i kujawsko-pomorskiego, 5,03% województwa dolnośląskiego i 4,87% województwa pomorskiego. Najmniej licznie wśród badanych byli reprezentowani mieszkańcy województwa opolskiego (3,36%), lubuskiego (2,85%), podlaskiego (2,68%) oraz województw warmińsko-mazurskiego i świętokrzyskiego (po 2,52%).

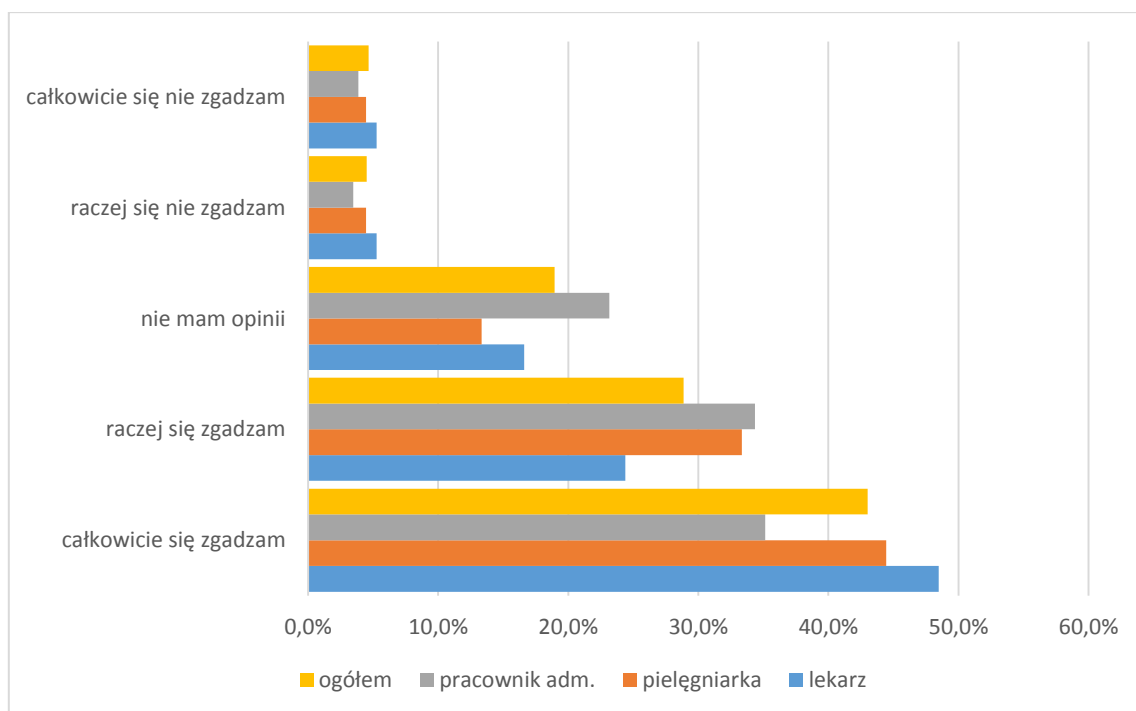
Rys. 6.3. Miejsce pracy uczestników badania.



Wśród uczestników badania było 35,40% osób pracujących na wsi, 26,68% pracujących na obszarach miejsko-wiejskich, 21,32% pracujących w miastach liczących powyżej 100 tyś. mieszkańców i 16,61% pracujących w miastach mniejszych, liczących do 100 tyś. mieszkańców.

6.3 Rejestr pomiotów prowadzących działalność z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

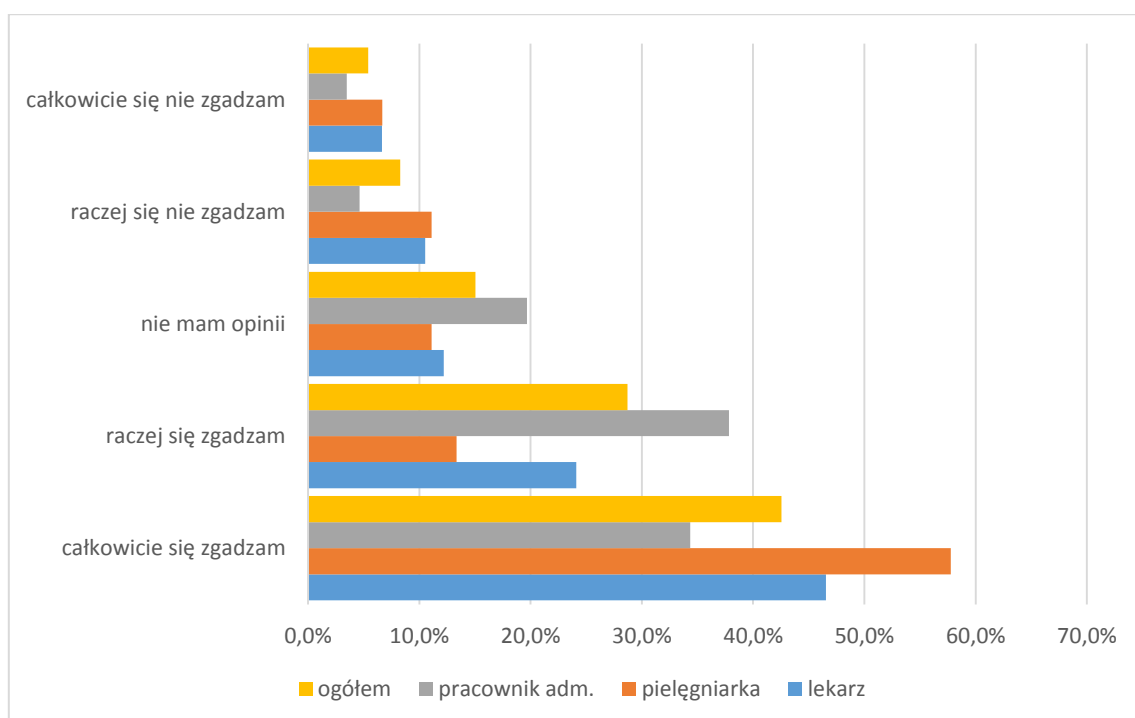
Rys. 6.4. Opinie na temat konieczności opracowania map aktualnego rozmieszczenia podmiotów na poziomie poszczególnych gmin w celu obiektywnej identyfikacji obszarów deficytowych.



Z opinią na temat konieczności opracowania rejestru podmiotów na poziomie poszczególnych gmin, w celu obiektywnej identyfikacji obszarów deficytowych całkowicie zgodziło się 43,0% respondentów, 48,5% lekarzy, 44,4 pielęgniarek i 35,1% pracowników administracji

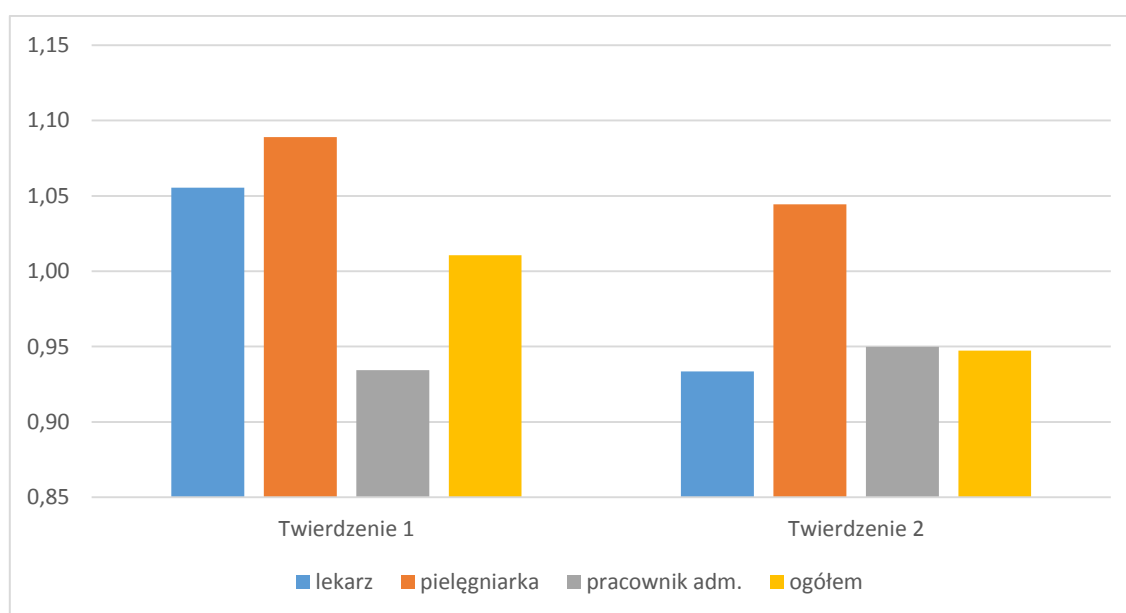
publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 28,9% respondentów, 24,4% lekarzy, 33,3% pielęgniarek i 34,4% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 18,9% uczestników badania, 16,6% lekarzy, 13,3% pielęgniarek i 23,2% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 4,5% respondentów, 5,3% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 3,5% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 4,7% uczestników badania, 5,3% lekarzy, 4,4% pielęgniarek oraz 3,9% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach były istotne statystycznie ($p=0,02335$).

Rys. 6.5. Opinie na temat zasadności tworzenia nowych placówek podstawowej opieki zdrowotnej głównie na obszarach deficytowych.



Z opinią na temat zasadności tworzenia nowych placówek POZ głównie na obszarach deficytowych całkowicie zgodziło się 42,6% respondentów, 46,5% lekarzy, 57,8% pielęgniarek i 34,4% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 28,7% respondentów, 24,1% lekarzy, 13,3% pielęgniarek i 37,8% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 15,0% uczestników badania, 12,2% lekarzy, 11,1% pielęgniarek i 19,7% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 8,3% respondentów, 10,5% lekarzy, 11,1% pielęgniarek i 4,6% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 5,4% uczestników badania, 6,6% lekarzy, 6,7% pielęgniarek oraz 3,5% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach były istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.6. Średnie punktowe poparcia dla opinii zawartych w twierdzenia 1 i 2, z uwzględnieniem grup zawodowych.

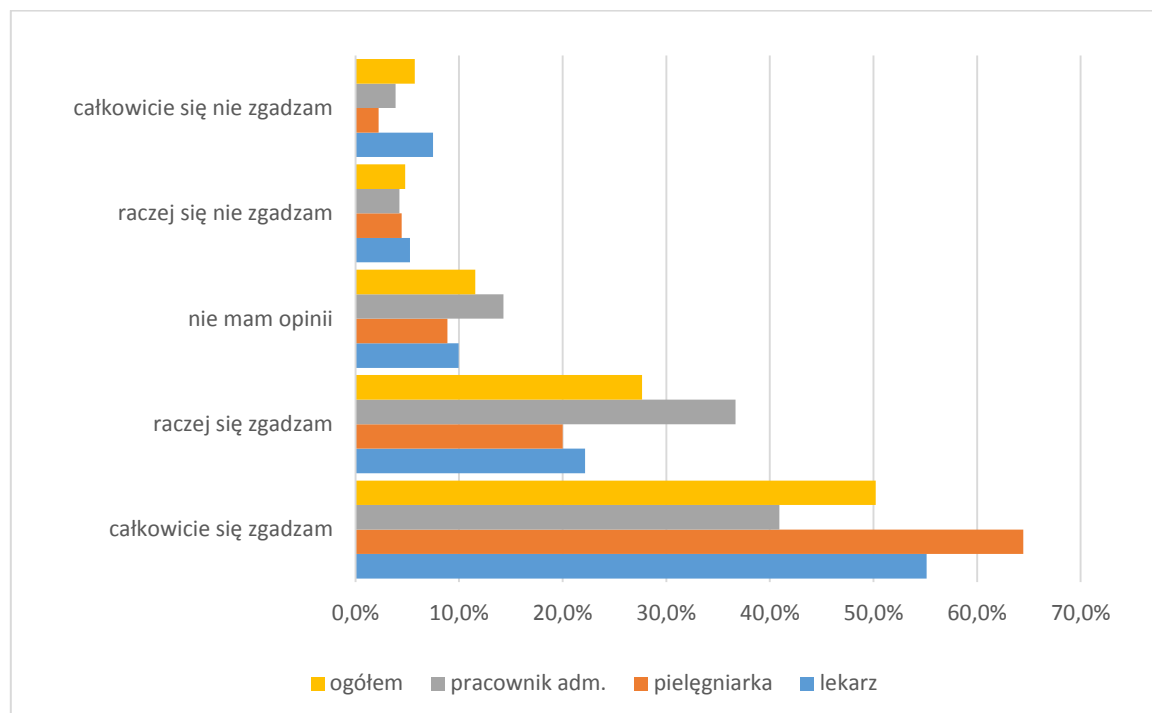


Średnia punktowa odpowiedzi dotyczących konieczności opracowania map aktualnego rozmieszczenia podmiotów na poziomie poszczególnych gmin w celu obiektywnej identyfikacji obszarów deficytowych (twierdzenie 1) wyniosła 1,01 pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,09), następnie w grupie lekarzy (1,06), natomiast najniższa w grupie pracowników administracji publicznej (0,93), jednak stwierdzone różnice okazały się nieistotne statystycznie.

Średnia punktowa odpowiedzi dotyczących zasadności tworzenia nowych placówek podstawowej opieki zdrowotnej głównie na obszarach deficytowych (twierdzenie 2) wyniosła 0,95 pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była ponownie najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,04), następnie w grupie pracowników administracji publicznej (0,95), natomiast najniższa w grupie zawodowej lekarzy (0,93). Stwierdzone różnice okazały się także nieistotne statystycznie.

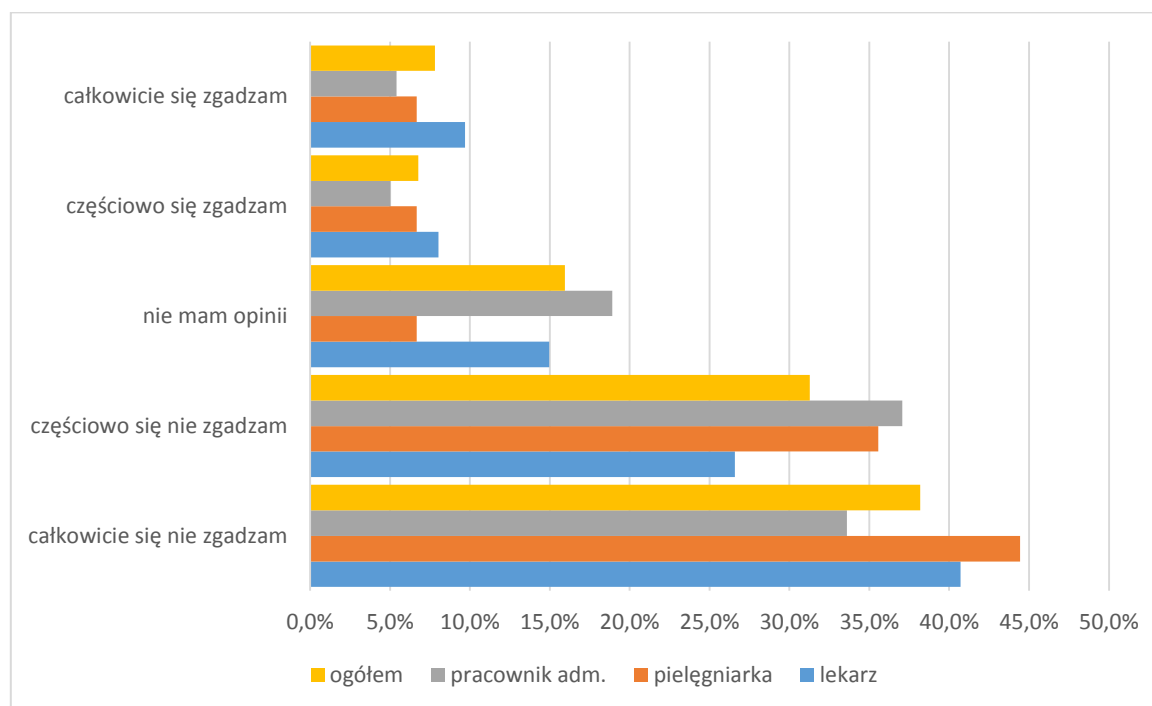
6.4 Wsparcie publiczne dla podmiotów prowadzących działalność z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Rys. 6.7. Opinia na temat opracowania i wdrożenia wsparcia publicznego dla uruchomienia działalności w zakresie POZ w gminach deficytowych.



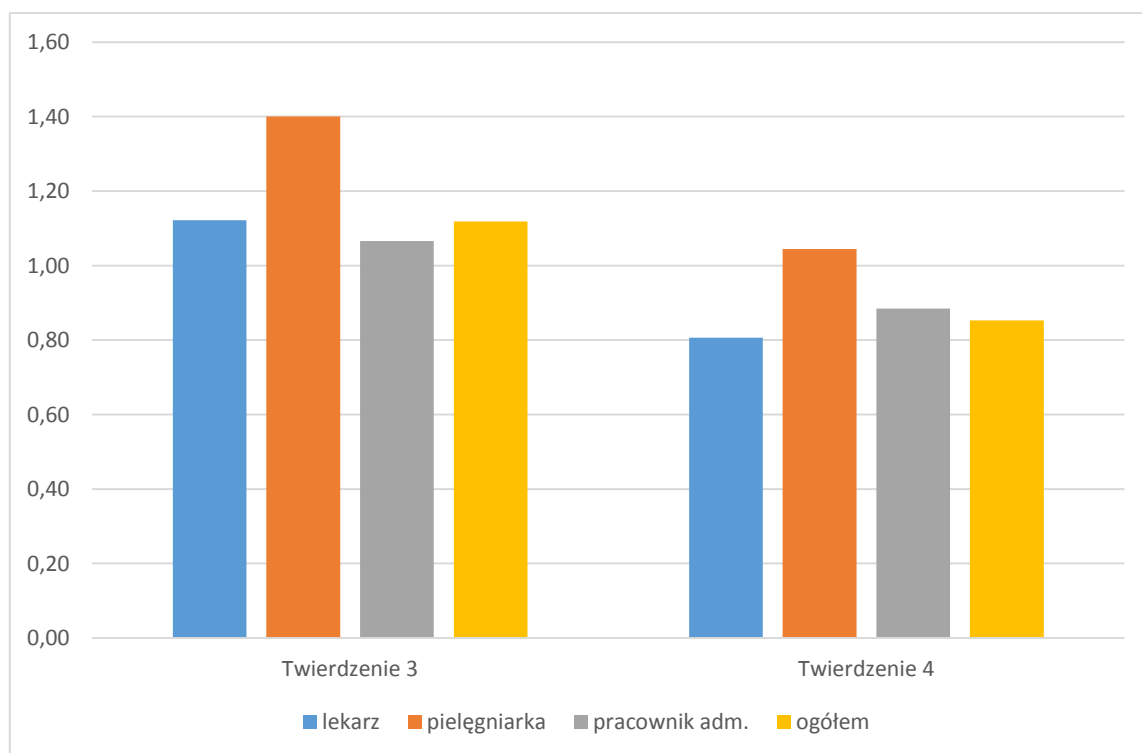
Z opinią na temat konieczności opracowania i wdrożenia wsparcia publicznego dla uruchomienia działalności w zakresie POZ w gminach deficytowych całkowicie zgodziło się 50,2% respondentów, 55,1% lekarzy, 64,4% pielęgniarek i 40,9% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 27,7% respondentów, 22,2% lekarzy, 20% pielęgniarek i 36,7% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 11,6% uczestników badania, 10,0% lekarzy, 8,9% pielęgniarek i 14,3% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 4,8% respondentów, 5,3% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 4,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 5,7% uczestników badania, 7,5% lekarzy, 2,2% pielęgniarek oraz 3,9% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach były istotne statystycznie ($p=0,00045$).

Rys. 6.8. Opinia na temat zapewnienia środków finansowych w pierwszym okresie działalności nowopowstałych podmiotów w gminach deficytowych.



Z opinią na temat konieczności zapewnienia środków finansowych w pierwszym okresie działalności nowopowstałych podmiotów w gminach deficytowych całkowicie zgodziło się 38,2% respondentów, 40,7% lekarzy, 44,4% pielęgniarek i 33,6% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 31,3% respondentów, 26,6% lekarzy, 35,6% pielęgniarek i 37,1% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 15,9% uczestników badania, 15,0% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 18,9% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 6,8% respondentów, 8,0% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 5,0% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 7,8% uczestników badania, 9,7% lekarzy, 6,7% pielęgniarek oraz 5,4% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach były istotne statystycznie ($p=0,02266$).

Rys. 6.9. Średnie punktowe poparcia opinii zawartych w twierdzenia 3 i 4, z uwzględnieniem grup zawodowych.

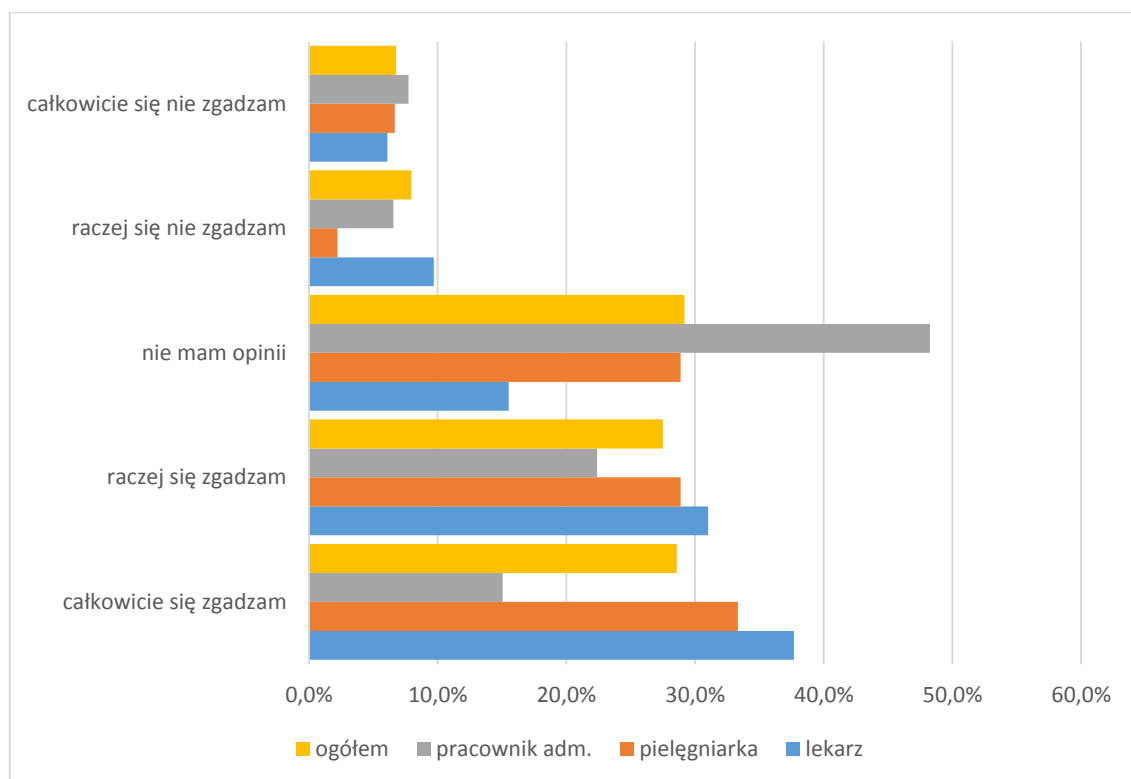


Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat opracowania i wdrożenia wsparcia publicznego dla uruchomienia działalności w zakresie POZ w gminach deficytowych (twierdzenie 3) wyniosła 1,12pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,40), następnie w grupie lekarzy (1,12), natomiast najniższa w grupie pracowników administracji publicznej (1,07), a stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0126$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności zapewnienia środków finansowych w pierwszym okresie działalności dla nowopowstałych podmiotów w gminach deficytowych (twierdzenie 4) wyniosła 0,85pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa wśród pielęgniarek (1,04), następnie w grupie pracowników administracji publicznej (0,88), natomiast najniższa wśród lekarzy (0,81), ale stwierdzone różnice okazały się nieistotne statystycznie.

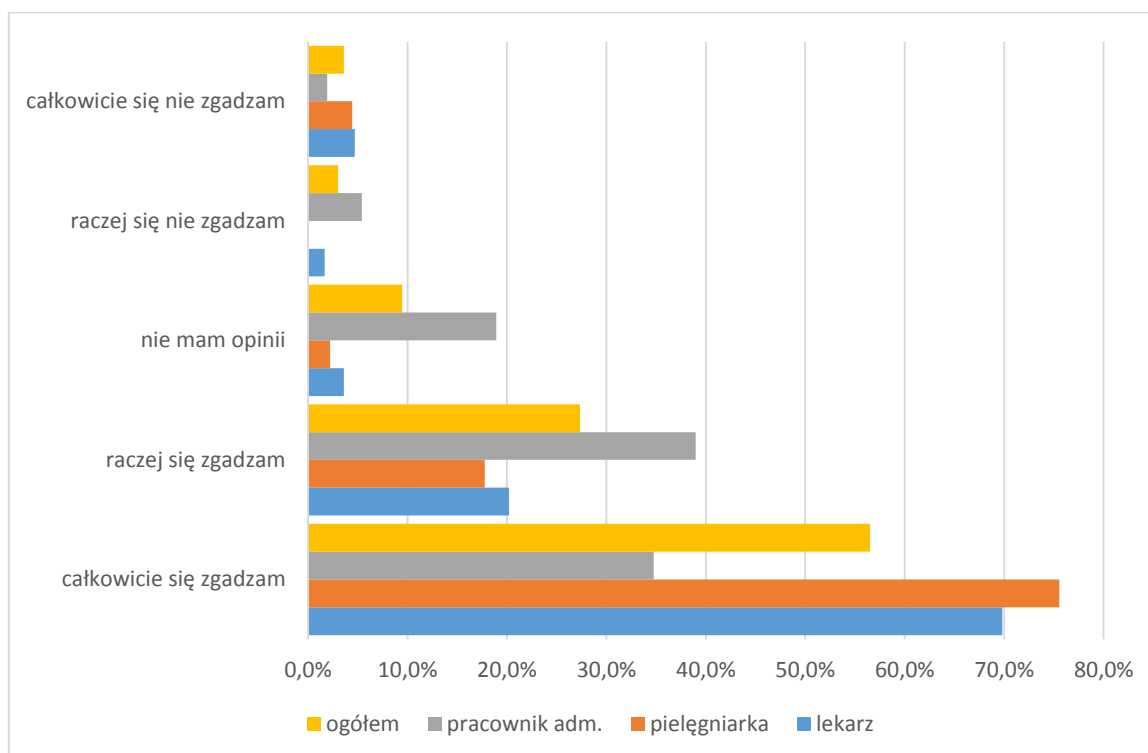
6.5 Nowe metody opłacania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Rys. 6.10. Opinia na temat stawki kapitałowej jako głównej metody opłacania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.



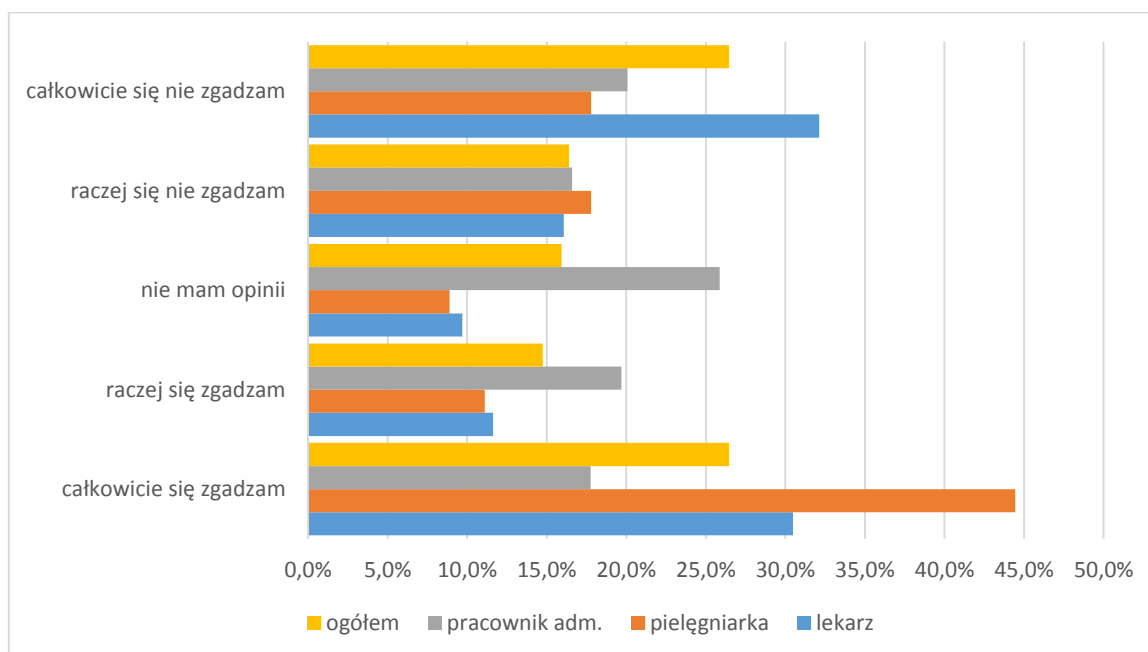
Z opinią, że główną metodą opłacania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej powinna być nadal stawka kapitałowa całkowicie zgodziło się 28,6% badanych osób, 37,7% lekarzy, 33,3% pielęgniarek i 15,1% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 27,5% respondentów, 31,0% lekarzy, 28,9% pielęgniarek i 22,4% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 29,2% uczestników badania, 15,5% lekarzy, 28,9% pielęgniarek i 48,3% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 8,0% respondentów, 9,7% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 6,6% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 6,8% uczestników badania, 6,1% lekarzy, 6,7% pielęgniarek oraz 7,7% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach były istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.11. Opinia na temat stworzenia dodatkowych możliwości finansowania w POZ związanych z nabywaniem nowych kompetencji przez osoby realizujące świadczenia.



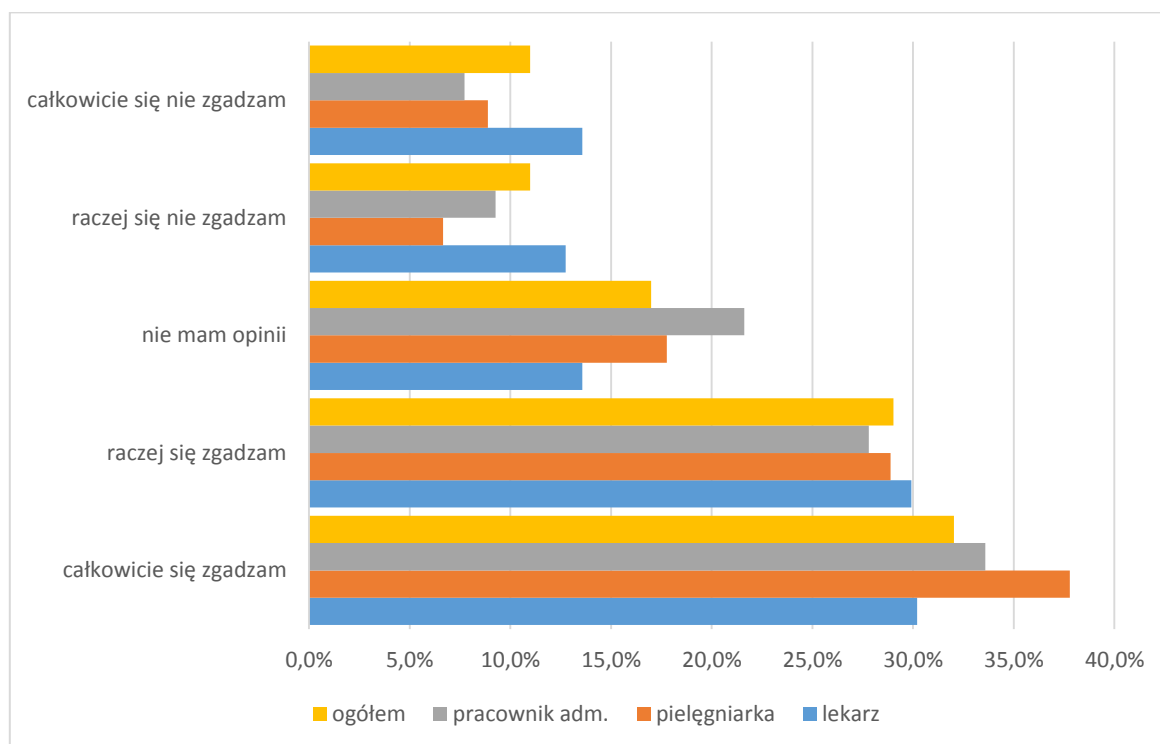
Z opinią na temat stworzenia dodatkowych możliwości finansowania w POZ związanych z nabywaniem nowych kompetencji przez osoby realizujące świadczenia całkowicie zgodziło się 56,5% osób uczestniczących w badaniu, 69,8% lekarzy, 75,6% pielęgniarek i 34,7% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 27,4% respondentów, 20,2% lekarzy, 17,8% pielęgniarek i 39,0% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 9,5% uczestników badania, 3,6% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 18,9% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 3,0% respondentów, 1,7% lekarzy i 5,4% pracowników administracji publicznej. Nie sądziła tak żadna z badanych pielęgniarek. Natomiast z twierdzeniem całkowicie nie zgadzało się 3,6% uczestników badania, 4,7% lekarzy, 4,4% pielęgniarek oraz 1,9% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach były istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.12. Opinia na temat konieczności finansowania świadczeń POZ dla osób nieubezpieczonych w taki sam sposób w jaki finansowane są świadczenia dla osób ubezpieczonych.



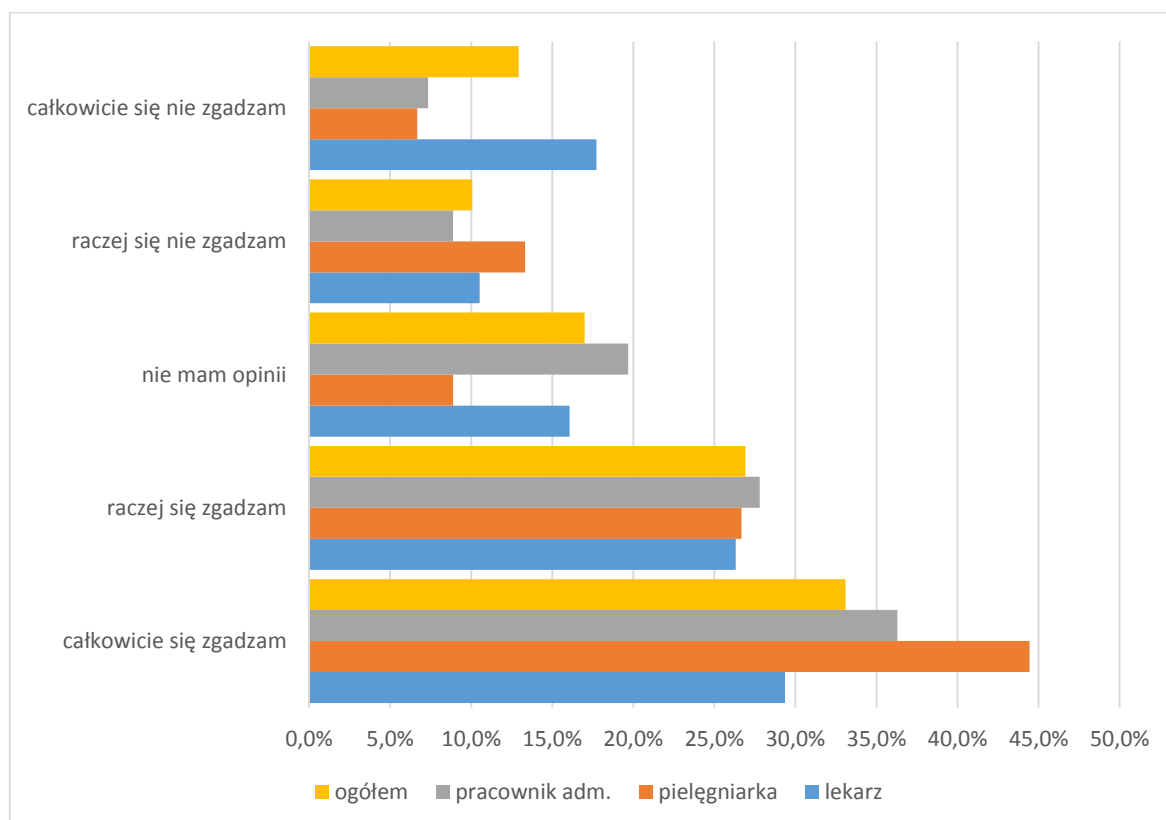
Z opinią na temat konieczności finansowania świadczeń POZ dla osób nieubezpieczonych w taki sam sposób w jaki finansowane są świadczenia dla osób ubezpieczonych całkowicie zgodziło się 26,5% uczestników badania, 30,5% lekarzy, 44,4% pielęgniarek i 17,8% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 14,7% respondentów, 11,6% lekarzy, 11,1% pielęgniarek i 19,7% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 15,9% uczestników badania, 9,7% lekarzy, 8,9% pielęgniarek i 25,9% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 16,4% respondentów, 16,1% lekarzy, 17,8% pielęgniarek i 16,6% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 26,5% uczestników badania, 32,1% lekarzy, 17,8% pielęgniarek oraz 20,1% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach były istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.13. Opinia na temat stworzenia zachęt finansowych racjonalizujących liczbę wydawanych skierowań na leczenie specjalistyczne.



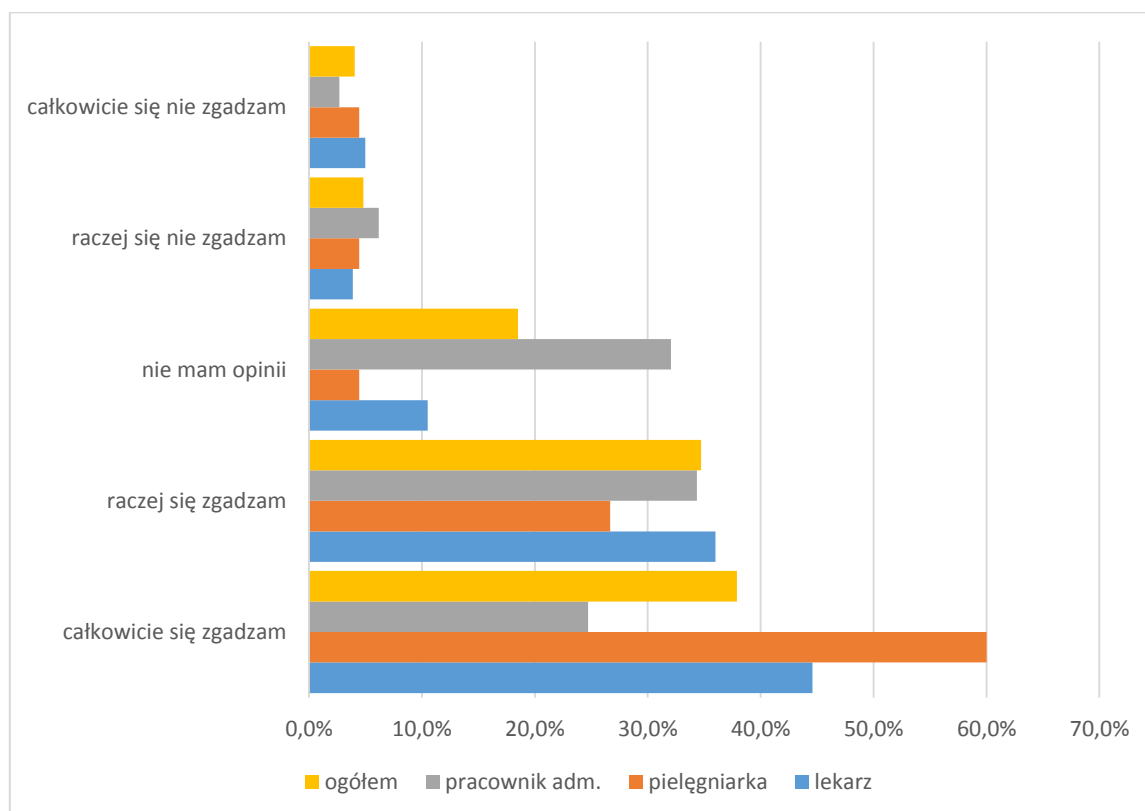
Z opinią na temat stworzenia zachęt finansowych racjonalizujących liczbę wydawanych skierowań na leczenie specjalistyczne zdecydowanie zgodziło się 32,0% uczestników badania, 30,2% lekarzy, 37,8% pielęgniarek oraz 33,6% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 29,0% respondentów, 29,9% lekarzy, 28,9% pielęgniarek i 27,8% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 17,0% uczestników badania, 13,6% lekarzy, 17,8% pielęgniarek i 21,6% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 11,0% respondentów, 12,7% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 9,3% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 11,0% uczestników badania, 13,6% lekarzy, 8,9% pielęgniarek oraz 7,7% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się jednak nieistotne statystycznie.

Rys. 6.14. Opinia na temat wprowadzenia budżetu powierzonego będącego w dyspozycji lekarza przeznaczonego na finansowanie części badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych.



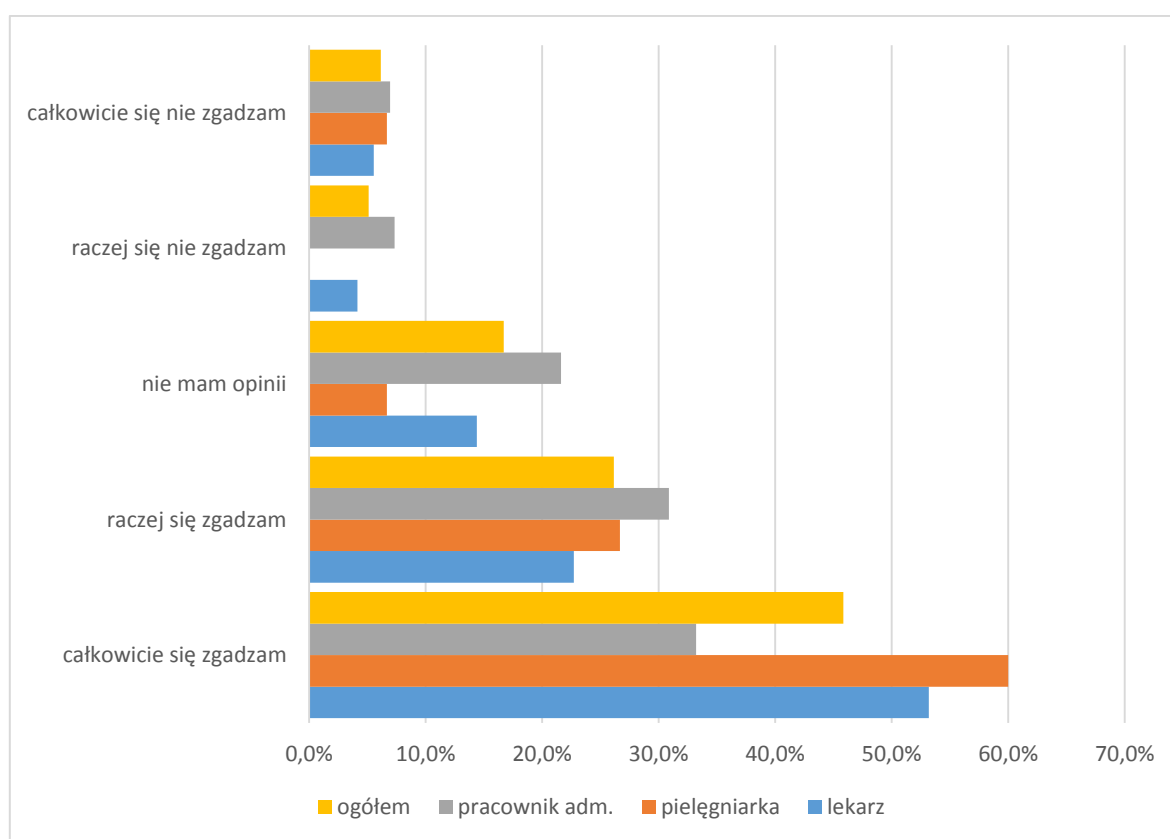
Z opinią na temat wprowadzenia budżetu powierzonego będącego w dyspozycji lekarza przeznaczonego na finansowanie części badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych całkowicie zgodziło się 33,1% uczestników badania, 29,4% lekarzy, 44,4% pielęgniarek oraz 36,3% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 26,9% respondentów, 26,3% lekarzy, 26,7% pielęgniarek i 27,8% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 17,0% uczestników badania, 16,1% lekarzy, 8,9% pielęgniarek i 19,7% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 10,1% respondentów, 10,5% lekarzy, 13,3% pielęgniarek i 8,9% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 12,9% uczestników badania, 17,7% lekarzy, 6,7% pielęgniarek oraz 7,3% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00455$).

Rys. 6.15. Opinia na temat wprowadzenia opłaty zadaniowej przeznaczonej na finansowanie części świadczeń profilaktycznych i opieki nad poszczególnymi grupami pacjentów.



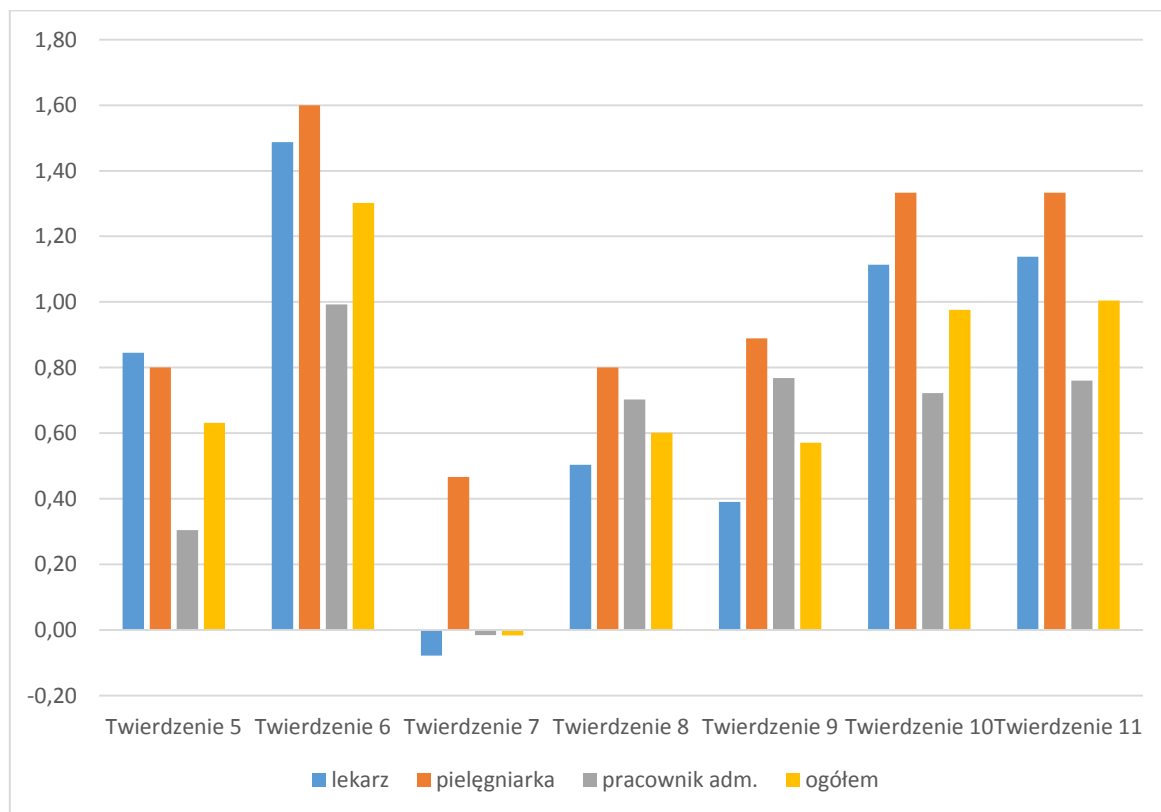
Z opinią na temat wprowadzenia opłaty zadaniowej przeznaczonej na finansowanie części świadczeń profilaktycznych i opieki nad poszczególnymi grupami pacjentów całkowicie zgodziło się 37,9% uczestników badania, 44,6% lekarzy, 60,0% pielęgniarek oraz 24,7% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 34,7% respondentów, 36,0% lekarzy, 26,7% pielęgniarek i 34,4% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 18,5% uczestników badania, 10,5% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 32,0% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 4,8% respondentów, 3,9% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 6,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 4,1% uczestników badania, 5,0% lekarzy, 4,4% pielęgniarek oraz 2,7% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.16. Opinia na temat wprowadzenia dodatku motywacyjnego związanego z jakością świadczonych usług.



Z opinią na temat wprowadzenia dodatku motywacyjnego związanego z jakością świadczonych usług całkowicie zgodziło się 45,9% uczestników badania, 53,2% lekarzy, 60,0% pielęgniarek oraz 33,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 26,2% respondentów, 22,7% lekarzy, 26,7% pielęgniarek i 30,9% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 16,7% uczestników badania, 14,4% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 21,6% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 5,1% respondentów, 4,2% lekarzy i 7,3% pracowników administracji publicznej. Nie sądziła tak żadna pielęgniarka. Z twierdzeniem całkowicie nie zgadzało się 6,2% uczestników badania, 5,5% lekarzy, 6,7% pielęgniarek oraz 6,9% pracowników administracji publicznej. Wykazane pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00007$).

Rys. 6.17. Średnie punktowe poparcia dla opinii zawartych w twierdzeniach 5, 6, 7, 8, 9, 10 i 11, z uwzględnieniem grup zawodowych.



Średnia punktowa poparcia dla opinii, że głównym źródłem finansowania podstawowej opieki zdrowotnej powinna być nadal stawka kapitacyjna (twierdzenie 5) wyniosła 0,63pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej lekarzy (0,84), następnie wśród pielęgniarek (0,80), natomiast najniższa w grupie pracowników administracji publicznej (0,31), a stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii, że powinny być stworzone dodatkowe możliwości finansowania w POZ związane z nabywaniem nowych kompetencji przez osoby realizujące świadczenia (twierdzenie 6) wyniosła 1,30pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,60), następnie wśród lekarzy (1,49), natomiast najniższa w grupie pracowników administracji publicznej (0,99), a stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii, że świadczenia POZ dla osób nieubezpieczonych powinny być finansowane tak samo jak dla osób ubezpieczonych (twierdzenie 7) wyniosła - 0,2 pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (0,47), następnie wśród pracowników administracji publicznej (-0,02), natomiast najniższa wśród lekarzy (- 0,08). Stwierdzone różnice okazały się nieistotne statystycznie.

Średnia punktowa poparcia dla opinii, że należy stworzyć system zachęt finansowych racjonalizujący liczbę wydawanych skierowań na leczenie specjalistyczne (twierdzenie 8) wyniosła 0,60 pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (0,80), następnie wśród pracowników administracji publicznej (0,70), natomiast najniższa wśród lekarzy (0,50). Stwierdzone różnice okazały się nieistotne statystycznie.

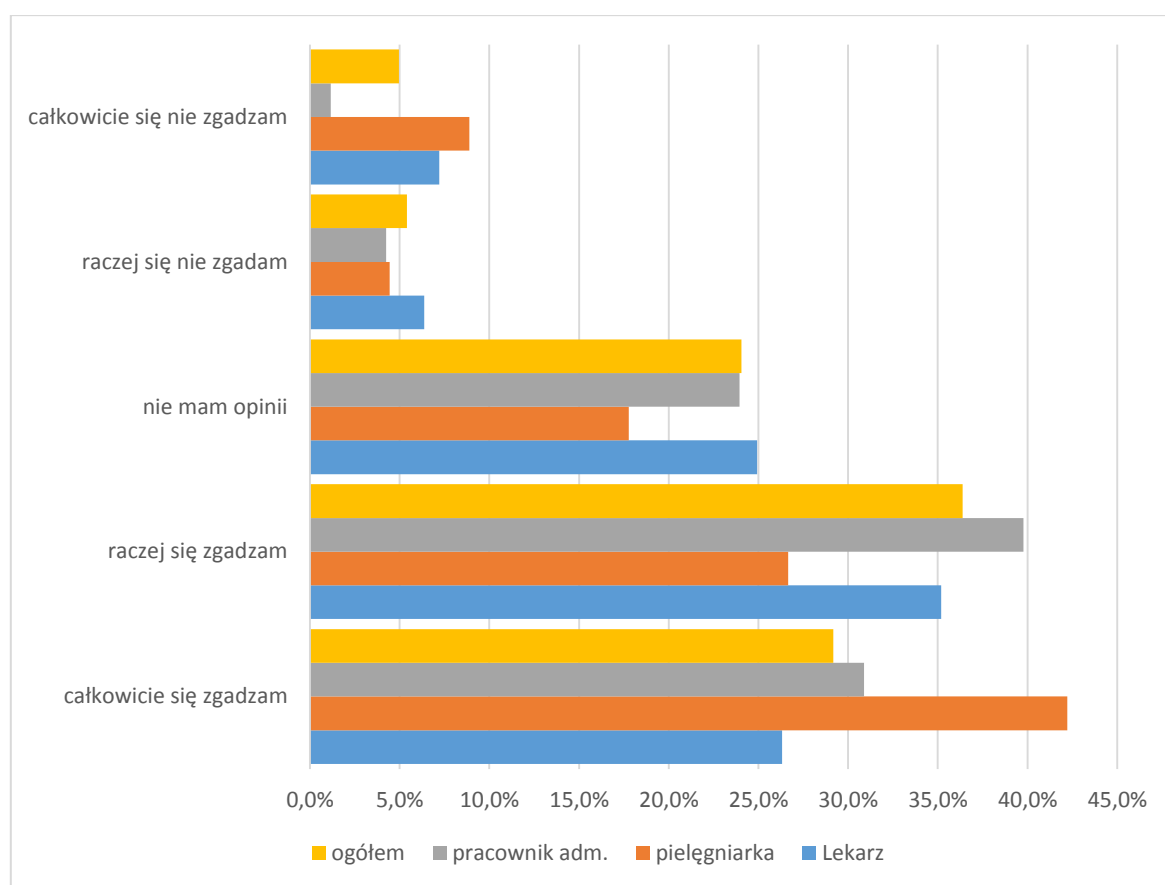
Średnia punktowa poparcia dla opinii, że należy wprowadzić budżet powierzony będący w dyspozycji lekarza z przeznaczeniem na finansowanie części badań dodatkowych i konsultacje specjalistyczne (twierdzenie 9) wyniosła 0,57 pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (0,88), następnie wśród pracowników administracji publicznej (0,77), natomiast najniższa wśród lekarzy (0,39). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0027$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii, że należy wprowadzić opłatę zadaniową przeznaczoną na finansowanie części świadczeń profilaktycznych i opieki na szczególnymi grupami pacjentów (twierdzenie 10) wyniosła 0,98 pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,11), następnie wśród lekarzy (1,11), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,72). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii, że należy wprowadzić dodatek motywacyjny związany z jakością udzielanych świadczeń (twierdzenie 11) wyniosła 1,10pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,33), następnie wśród lekarzy (1,14), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,76). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

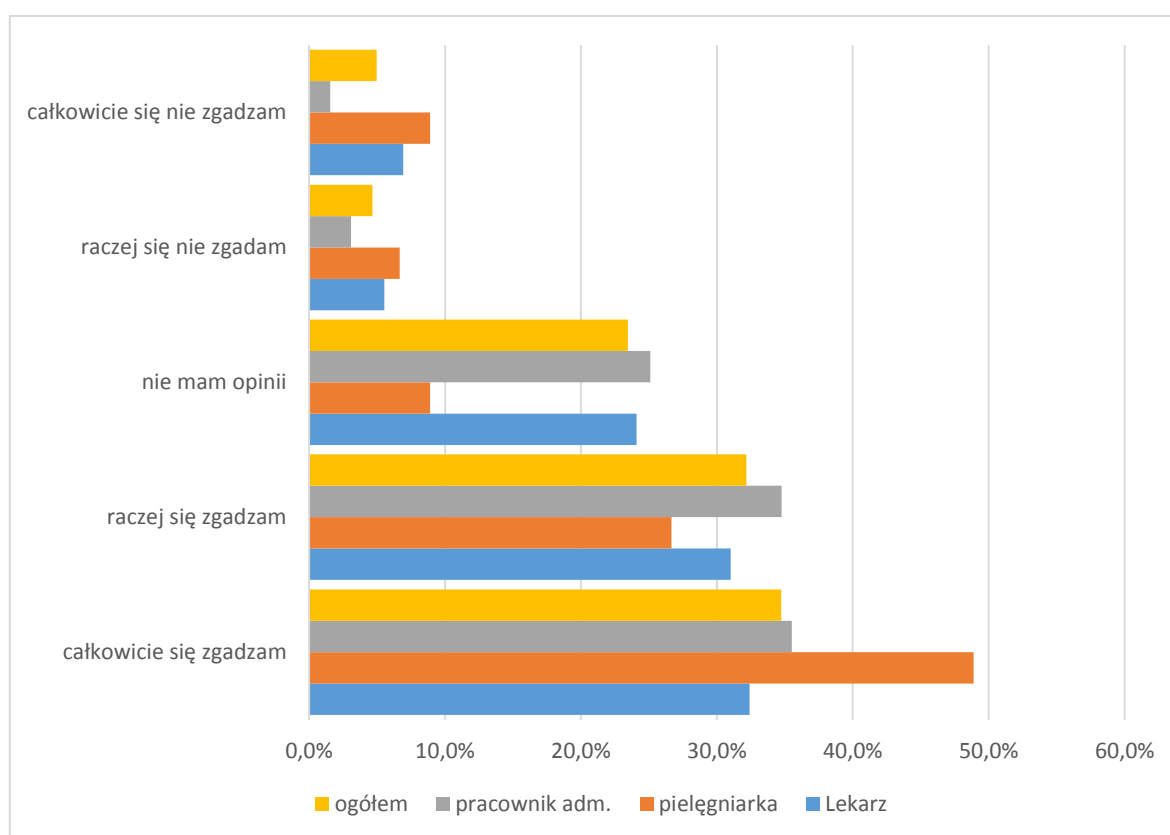
6.6 Monitorowanie i poprawa jakości w podstawowej opiece zdrowotnej

Rys. 6.18. Opinia na temat stworzenia systemu benchmarkingu (analizy porównawczej) świadczeń udzielanych w POZ.



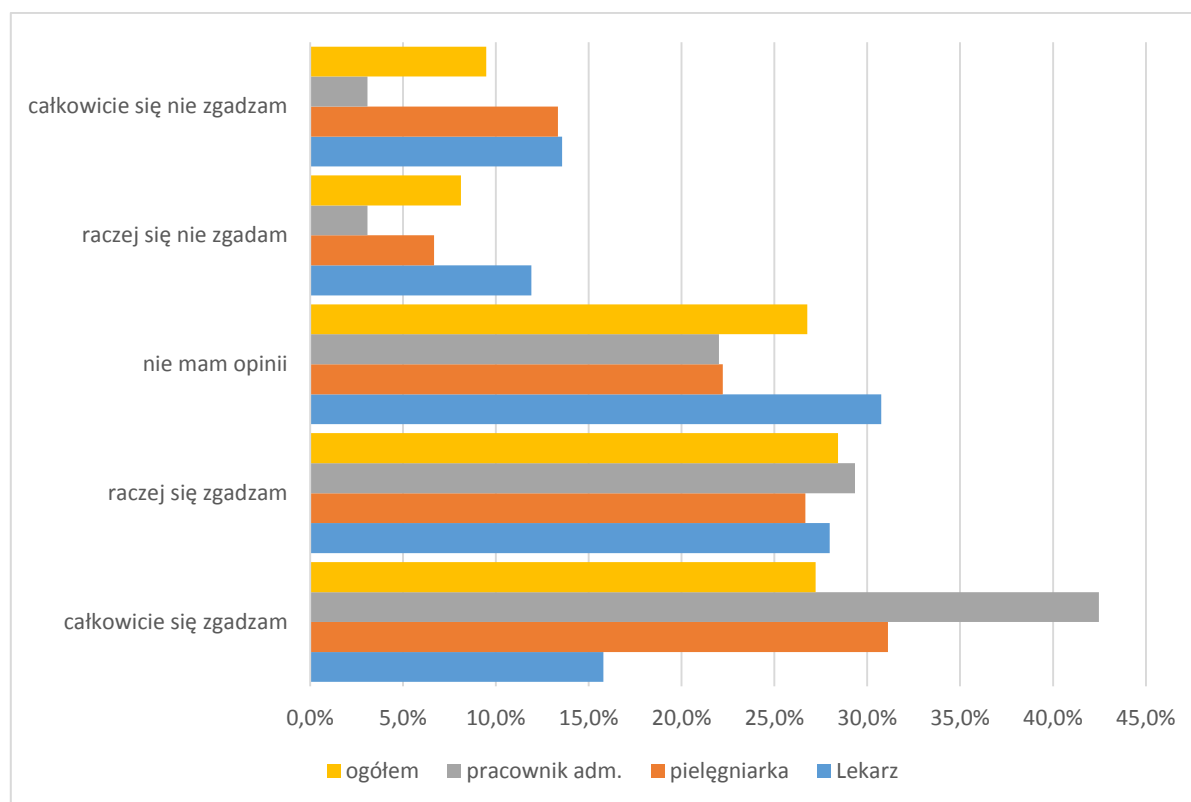
Z opinią na temat stworzenia systemu benchmarkingu (analizy porównawczej) świadczeń udzielanych w POZ całkowicie zgodziło się 29,2% uczestników badania, 26,3% lekarzy, 42,2% pielęgniarek oraz 30,9% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 36,4% respondentów, 35,2% lekarzy, 26,7% pielęgniarek i 39,8% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 24,1% uczestników badania, 24,9% lekarzy, 17,8% pielęgniarek i 23,9% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 5,4% respondentów, 6,4% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 4,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 5,0% uczestników badania, 7,2% lekarzy, 8,9% pielęgniarek oraz 1,2% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00754$).

Rys. 6.19. Opinia na temat dostępności systemu benchmarkingu dla wszystkich placówek POZ.



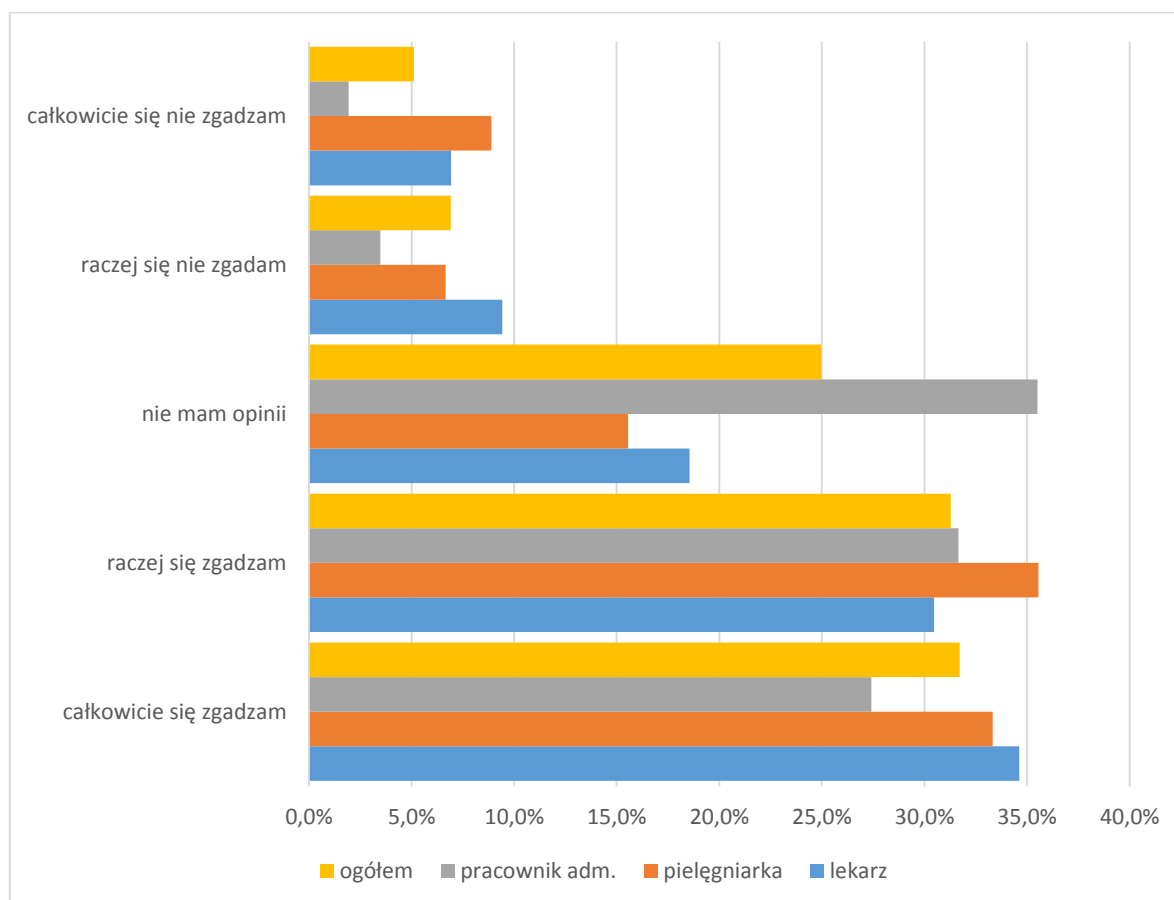
Z opinią na temat dostępności systemu benchmarkingu dla wszystkich placówek POZ całkowicie zgodziło się 34,7% uczestników badania, 32,4% lekarzy, 48,9% pielęgniarek oraz 35,5% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 32,2% respondentów, 31,0% lekarzy, 26,7% pielęgniarek i 34,7% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 23,5% uczestników badania, 24,1% lekarzy, 8,9% pielęgniarek i 25,1% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 4,7% respondentów, 5,5% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 3,1% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 5,0% uczestników badania, 6,9% lekarzy, 8,9% pielęgniarek oraz 1,5% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00616$).

Rys. 6.20. Opinia na temat dostępności systemu benchmarkingu dla pacjentów.



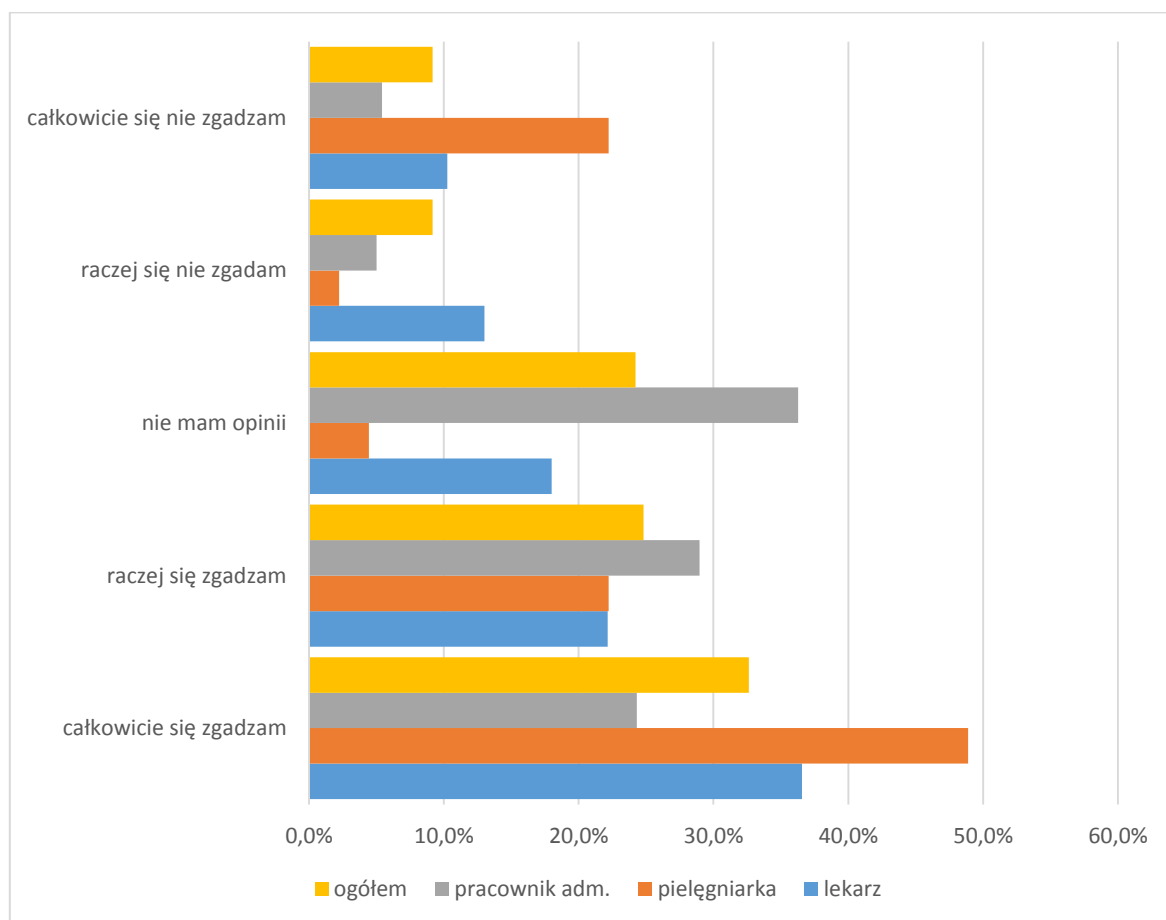
Z opinią na temat umożliwienia dostępu do systemu benchmarkingu dla pacjentów całkowicie zgodziło się 27,2% uczestników badania, 28,0% lekarzy, 26,7% pielęgniarek oraz 29,3% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 28,4% respondentów, 28,0% lekarzy, 26,7% pielęgniarek i 29,3% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 26,8% uczestników badania, 30,7% lekarzy, 22,2% pielęgniarek i 22,0% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 8,1% respondentów, 11,9% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 3,1% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 9,5% uczestników badania, 13,6% lekarzy, 13,3% pielęgniarek oraz 3,1% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.21. Opinia na temat konieczności stymulowania rozwoju i upowszechniania systemu akredytacji placówek POZ.



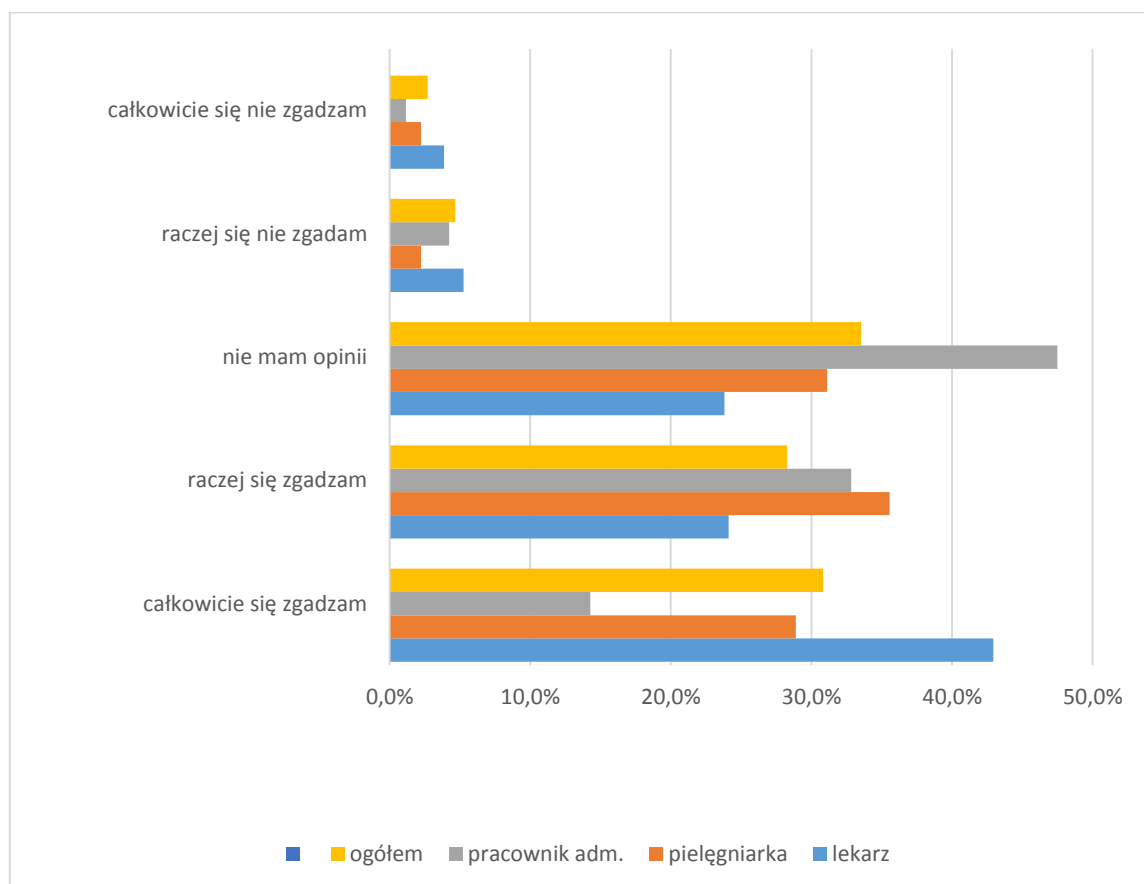
Z opinią na temat konieczności stymulowania rozwoju i upowszechniania systemu akredytacji placówek POZ całkowicie zgodziło się 31,7% uczestników badania, 34,6% lekarzy, 33,3% pielęgniarek oraz 27,4% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 31,3% respondentów, 30,5% lekarzy, 35,6% pielęgniarek i 31,7% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 25,0% uczestników badania, 18,6% lekarzy, 15,6% pielęgniarek i 35,5% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 6,9% respondentów, 9,4% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 3,5% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 5,1% uczestników badania, 6,9% lekarzy, 8,9% pielęgniarek oraz 1,9% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.22. Opinia na temat podniesienia stawki kapitałowej dla podmiotów POZ posiadających aktualną akredytację.



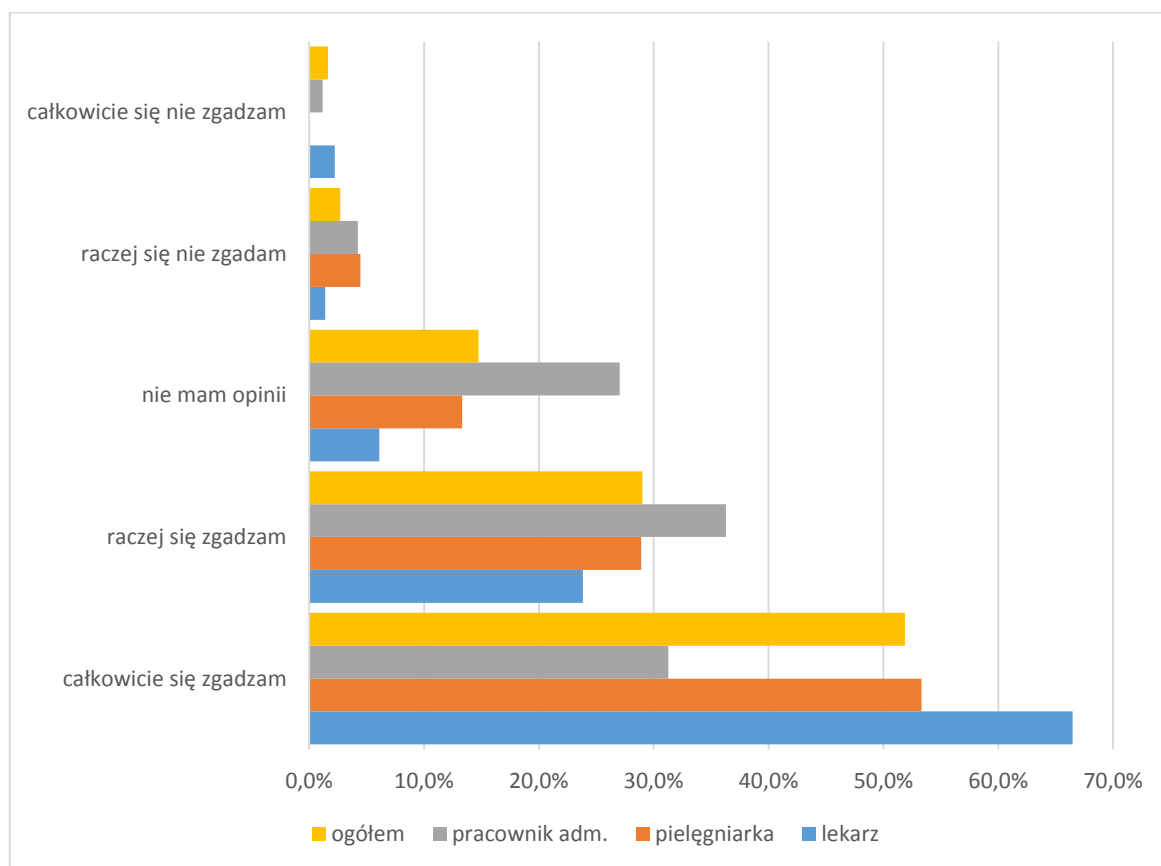
Z opinią na temat podniesienia stawki kapitałowej dla podmiotów POZ posiadających aktualną akredytację całkowicie zgodziło się 32,6% uczestników badania, 36,6% lekarzy, 48,9% pielęgniarek oraz 29,0% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 24,8% respondentów, 22,2% lekarzy, 22,2% pielęgniarek i 29,0% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 24,2% uczestników badania, 18,0% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 36,3% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 9,2% respondentów, 13,0% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 5,0% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 9,2% uczestników badania, 10,2% lekarzy, 22,2% pielęgniarek oraz 5,4% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.23. Opinia na temat konieczności stymulowania rozwoju i upowszechniania systemu funkcjonowania grup wsparcia rówieśniczego (peer-review) wśród profesjonalistów POZ.



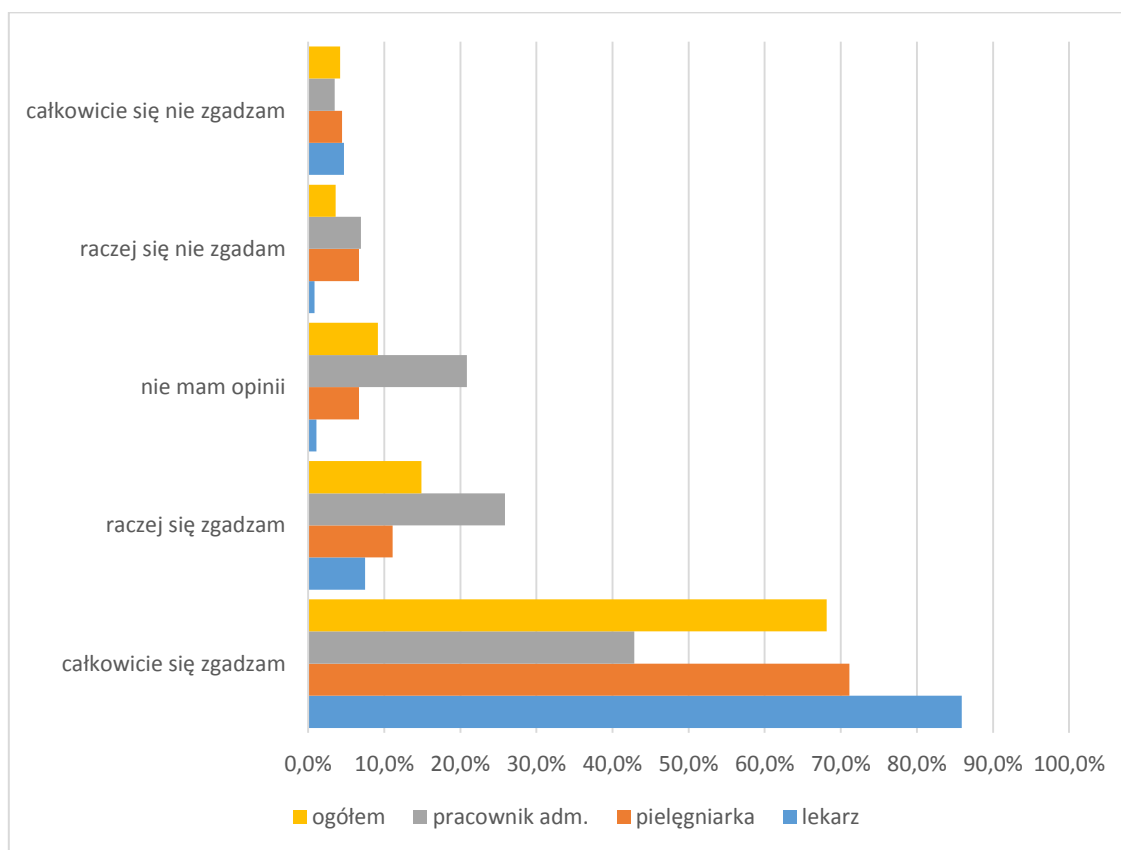
Z opinią na temat konieczności stymulowania rozwoju i upowszechniania systemu funkcjonowania grup wsparcia rówieśniczego (peer-review) wśród profesjonalistów POZ całkowicie zgodziło się 30,8% uczestników badania, 42,9% lekarzy, 28,9% pielęgniarek oraz 14,3% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 28,2% respondentów, 24,1% lekarzy, 35,6% pielęgniarek i 32,8% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 33,5% uczestników badania, 23,8% lekarzy, 31,1% pielęgniarek i 47,5% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 4,7% respondentów, 5,3% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 4,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 2,7% uczestników badania, 3,9% lekarzy, 2,2% pielęgniarek oraz 1,2 % pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.24. Opinia na temat wspierania opracowań i implementacji wytycznych dotyczących postępowania w najważniejszych problemach i chorobach.



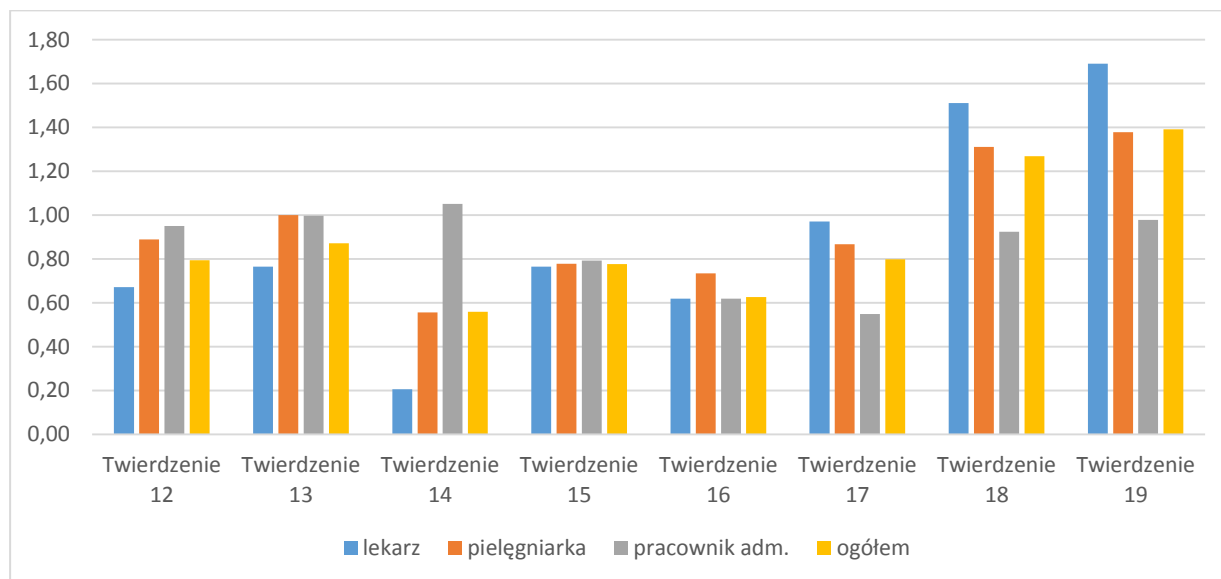
Z opinią na temat konieczności wspierania opracowań i implementacji wytycznych dotyczących postępowania w najważniejszych problemach i chorobach całkowicie zgodziło się 51,9% uczestników badania, 66,5% lekarzy, 53,3% pielęgniarek oraz 31,3% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 29,0% respondentów, 23,8% lekarzy, 28,9% pielęgniarek i 36,3% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 14,7% uczestników badania, 6,1% lekarzy, 13,3% pielęgniarek i 27,0% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 2,7% respondentów, 1,4% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 4,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 1,7% uczestników badania, 2,2% lekarzy oraz 1,2% pracowników administracji publicznej. Opinii takiej nie podzielała żadna pielęgniarka. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.25. Opinia na temat ograniczenia liczby biurokratycznych i restrykcyjnych kontroli prowadzonych przez NFZ na rzecz innych modeli poprawy jakości.



Z opinią na temat konieczności ograniczenia liczby biurokratycznych i restrykcyjnych kontroli prowadzonych przez NFZ na rzecz innych modeli poprawy jakości całkowicie zgodziło się 68,1% uczestników badania, 85,9% lekarzy, 71,1% pielęgniarek oraz 42,9% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 14,9% respondentów, 7,5% lekarzy, 11,1% pielęgniarek i 25,9% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 9,2% uczestników badania, 1,1% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 20,8% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 3,6% respondentów, 0,8% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 6,9% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 4,2% uczestników badania, 4,7% lekarzy, 4,4% pielęgniarek oraz 3,5% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.26. Średnie punktowe poparcia opinii zawartych w twierdzeniach 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 i 19, z uwzględnieniem grup zawodowych.



Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności stworzenia systemu benchmarkingu (analizy porównawczej) świadczeń udzielanych w POZ (twierdzenie 12) wyniosła 0,79pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (0,95) i taka sama wśród lekarzy i wśród pracowników administracji publicznej (po 0,79). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0194$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat rozszerzenia dostępności systemu benchmarkingu dla wszystkich placówek POZ (twierdzenie 13) wyniosła 0,87pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa i taka sama w grupie zawodowej pielęgniarek i pracowników administracji publicznej (po 1,00), natomiast najniższa wśród lekarzy (0,76). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0488$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat dostępności systemu benchmarkingu dla pacjentów (twierdzenie 14) wyniosła 0,56pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie pracowników administracji publicznej (1,05), następnie w grupie zawodowej pielęgniarek (0,56), natomiast najniższa wśród lekarzy (0,20). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności stymulowania rozwoju i upowszechniania systemu akredytacji placówek POZ (twierdzenie 15) wyniosła 0,78pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie pracowników administracji publicznej (0,79), następnie w grupie zawodowej pielęgniarek (0,78), natomiast najniższa wśród lekarzy (0,76).. Stwierdzone różnice okazały się nieistotne statystycznie.

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności podniesienia stawki kapitałowej dla podmiotów POZ posiadających aktualną akredytację (twierdzenie 16) wyniosła 0,63 pkt.

Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (0,73), natomiast niższa i taka sama wśród lekarzy i pracowników administracji publicznej (po 0,62). Stwierdzone różnice okazały się nieistotne statystycznie.

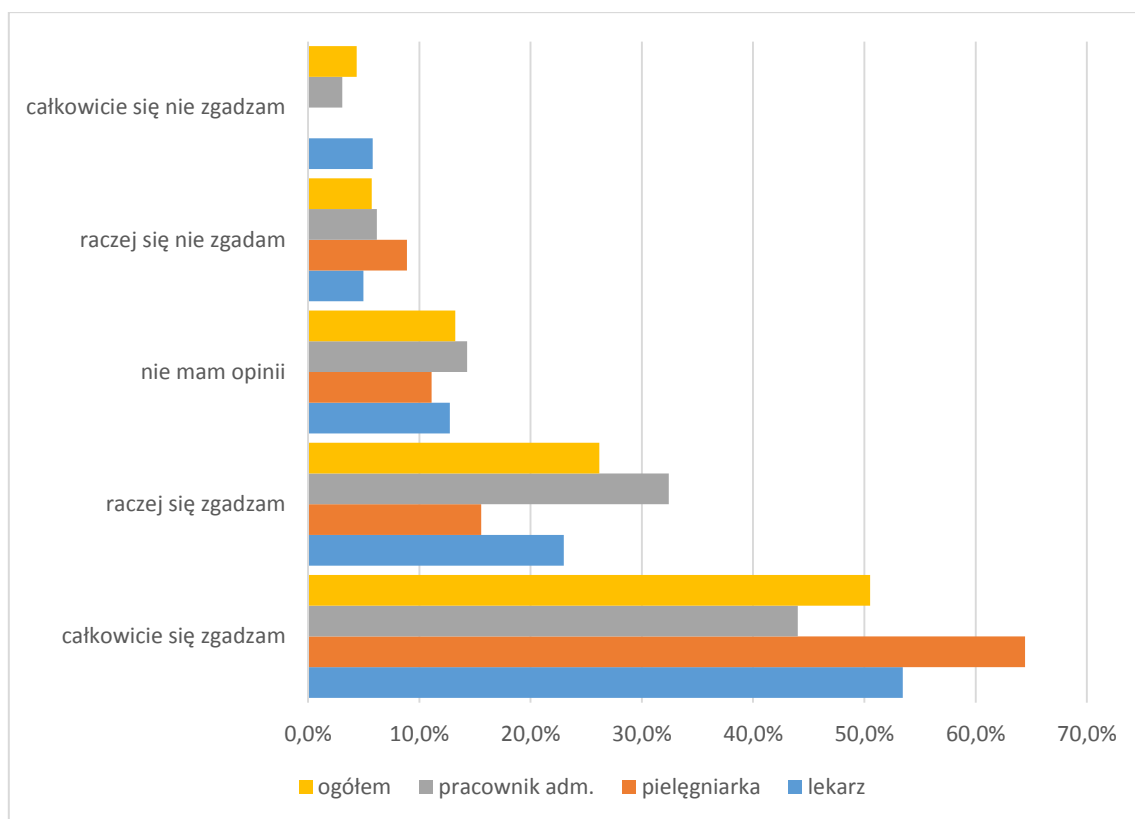
Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności stymulowania rozwoju i upowszechniania systemu funkcjonowania grup wsparcia rówieśniczego (peer-review) wśród profesjonalistów POZ (twierdzenie 17) wyniosła 0,80pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w lekarzy (0,97), następnie w grupie zawodowej pielęgniarek (0,87), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,55). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności wspierania opracowań i implementacji wytycznych dotyczących postępowania w najważniejszych problemach i chorobach (twierdzenie 18) wyniosła 1,27pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa wśród lekarzy (1,51), następnie w grupie zawodowej pielęgniarek (1,31), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,92). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności ograniczenia liczby biurokratycznych i restrykcyjnych kontroli prowadzonych przez NFZ na rzecz innych modeli poprawy jakości (twierdzenie 19) wyniosła 1,39pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa wśród lekarzy (1,69), następnie w grupie zawodowej pielęgniarek (1,38), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,98). Stwierdzone różnice okazały się nieistotne statystycznie.

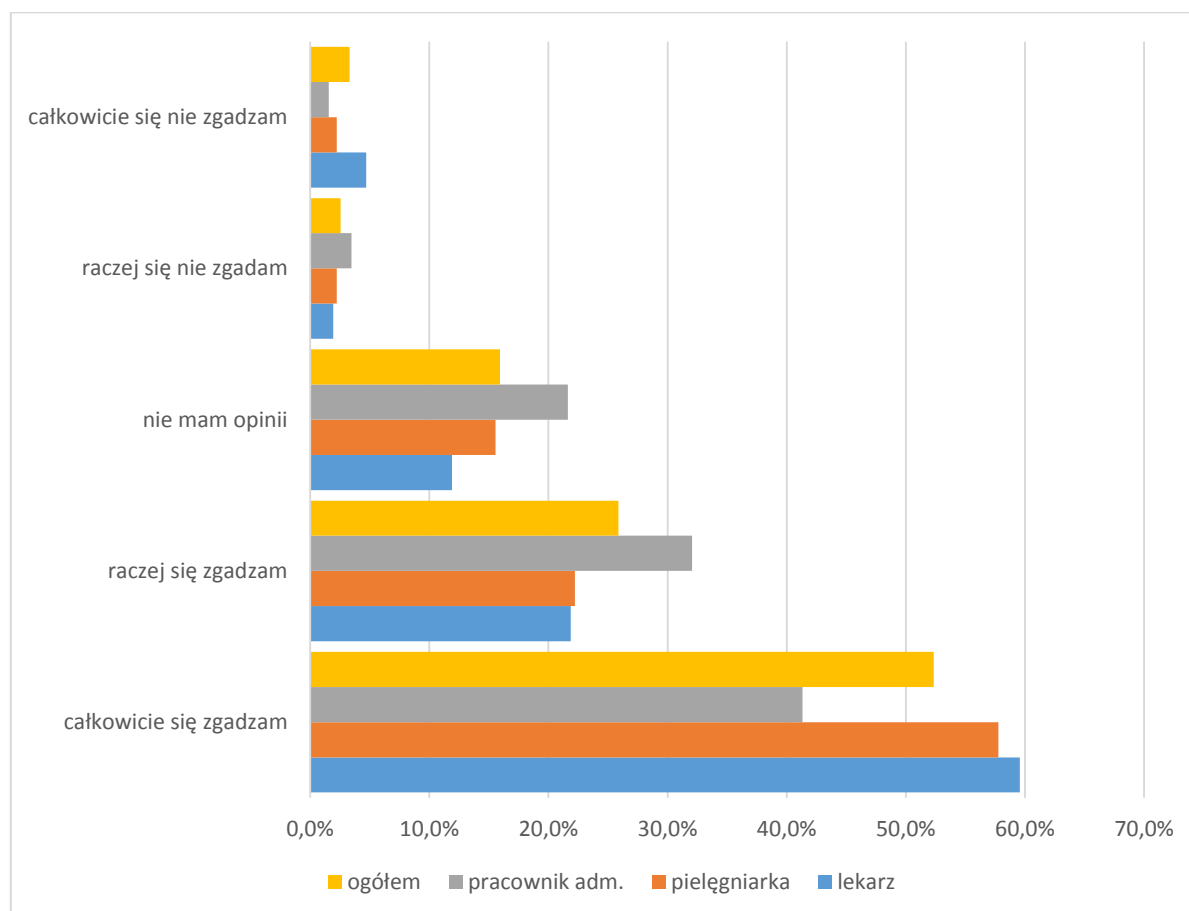
6.7 Kształcenie kadr dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej

Rys. 6.27. Opinia na temat stworzenia funduszu stypendialnego dla studentów medycyny deklarujących chęć specjalizowania się z zakresu medycyny rodzinnej i gotowość do pracy w rejonach deficytowych.



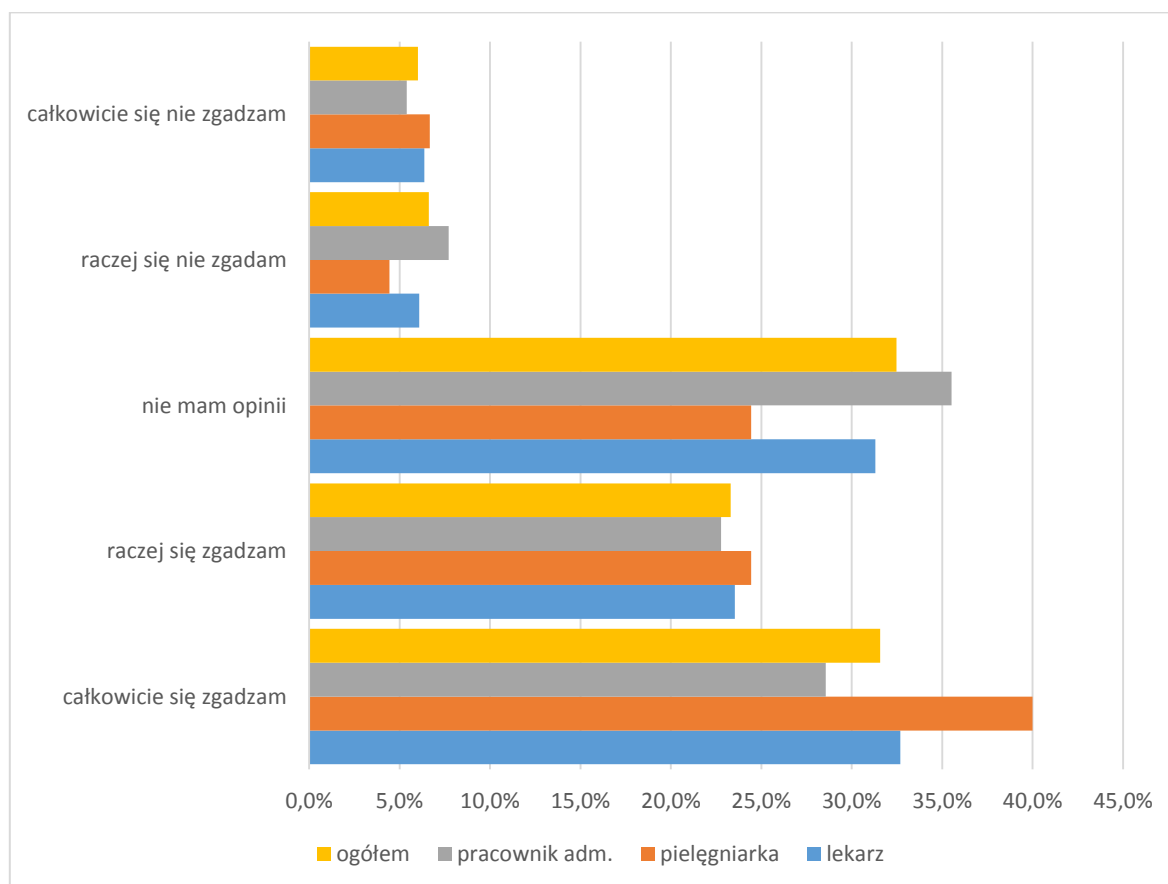
Z opinią na temat stworzenia funduszu stypendialnego dla studentów medycyny deklarujących chęć specjalizowania się z zakresu medycyny rodzinnej i gotowość do pracy w rejonach deficytowych całkowicie zgodziło się 50,5% uczestników badania, 53,5% lekarzy, 64,4% pielęgniarek oraz 44,0% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 26,2% respondentów, 23,0% lekarzy, 15,6% pielęgniarek i 32,4% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 13,2% uczestników badania, 12,7% lekarzy, 11,1% pielęgniarek i 14,3% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 5,7% respondentów, 5,0% lekarzy, 8,9% pielęgniarek i 6,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 4,4% uczestników badania, 5,8% lekarzy oraz 3,1% pracowników administracji publicznej. Opinii takiej nie deklarowała żadna pielęgniarka. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,02071$).

Rys. 6.28. Opinia na temat konieczności reaktywowania ośrodków kształcenia lekarzy rodzinnych, koordynujących kształcenie z zakresu medycyny rodzinnej w placówkach POZ.



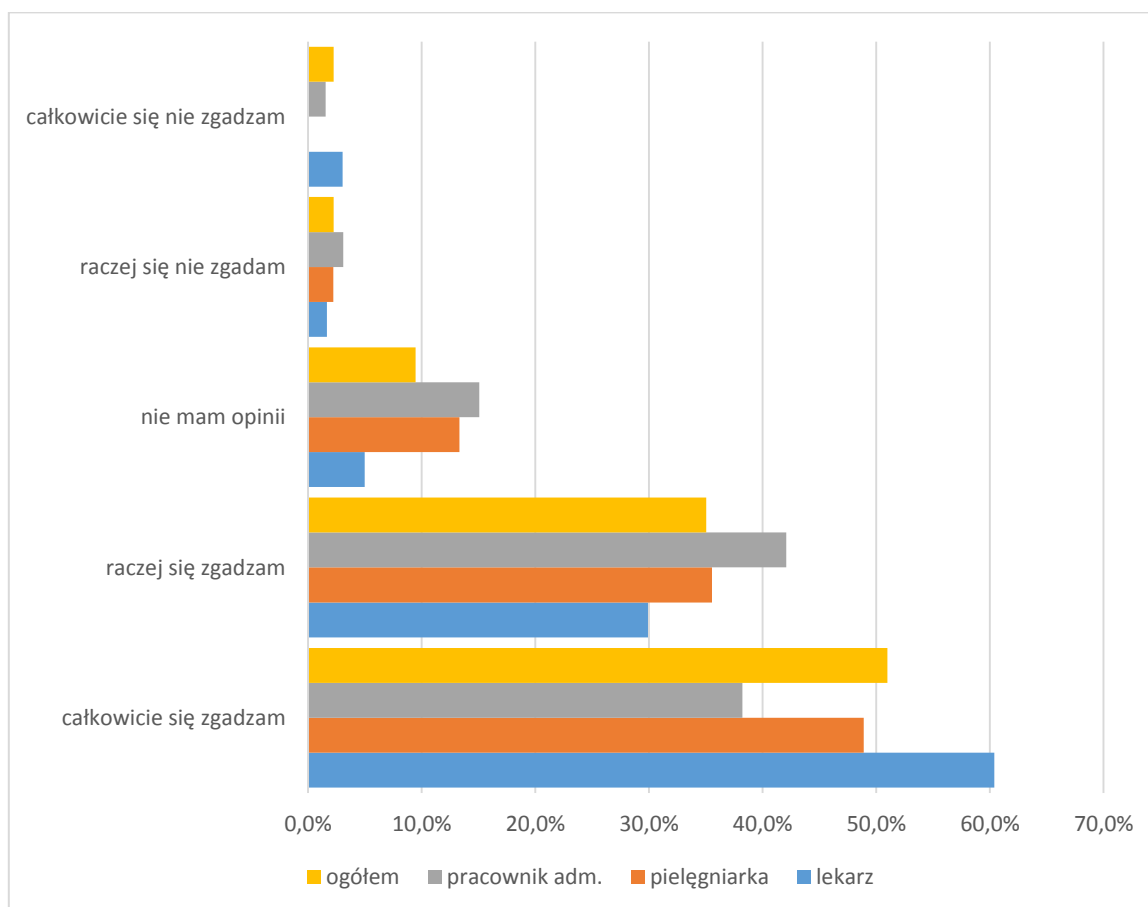
Z opinią na temat konieczności reaktywowania ośrodków kształcenia lekarzy rodzinnych, koordynujących kształcenie z zakresu medycyny rodzinnej w placówkach POZ całkowicie zgodziło się 52,3% uczestników badania, 59,6% lekarzy, 57,8% pielęgniarek oraz 41,3% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 25,9% respondentów, 21,9% lekarzy, 22,2% pielęgniarek i 32,0% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 15,9% uczestników badania, 11,9% lekarzy, 15,6% pielęgniarek i 21,6% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 2,6% respondentów, 1,9% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 3,5% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 3,3% uczestników badania, 4,7% lekarzy, 2,2% pielęgniarek oraz 1,5% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00013$).

Rys. 6.29. Opinia na temat stworzenia centralnego ośrodka koordynującego pracę regionalnych ośrodków kształcenia.



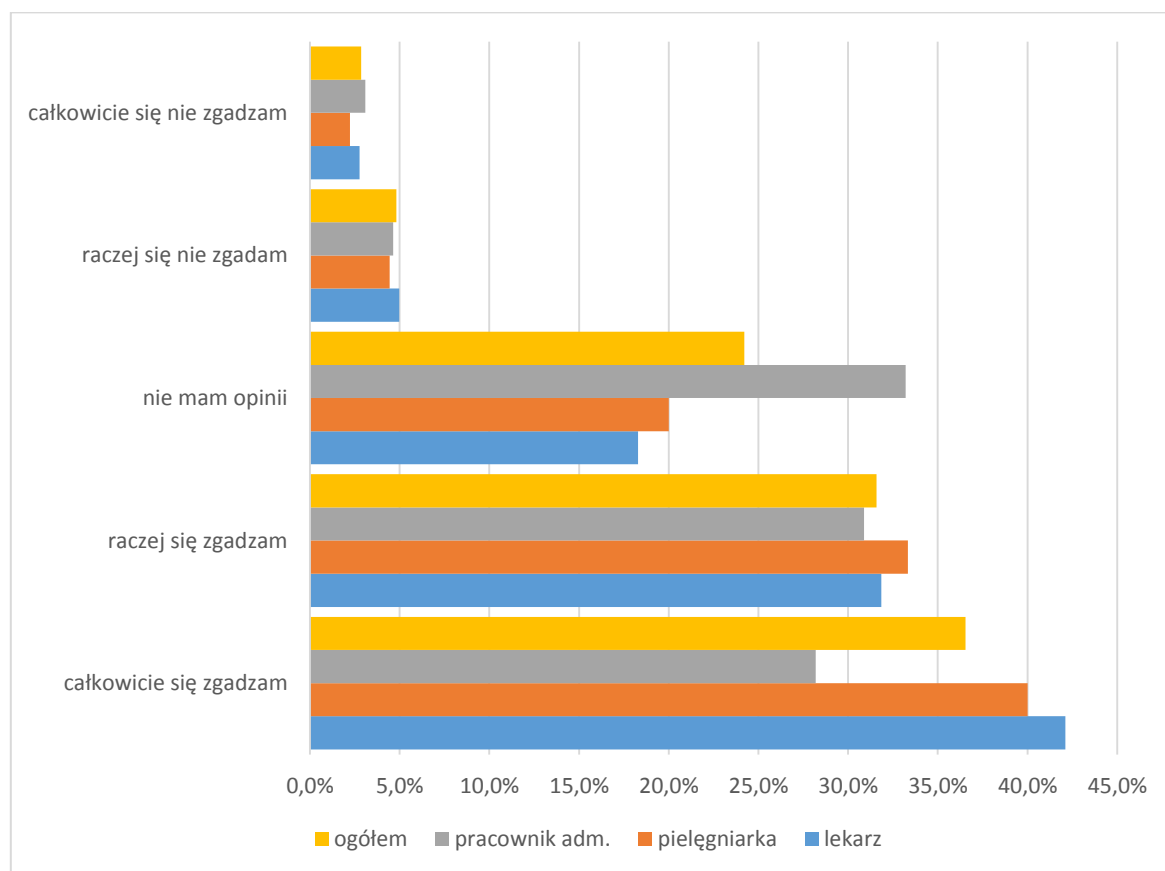
Z opinią na temat stworzenia centralnego ośrodka koordynującego pracę regionalnych ośrodków kształcenia całkowicie zgodziło się 31,6% uczestników badania, 32,7% lekarzy, 40,0% pielęgniarek oraz 28,6% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 23,3% respondentów, 23,5% lekarzy, 24,4% pielęgniarek i 22,8% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 32,5% uczestników badania, 31,3% lekarzy, 24,4% pielęgniarek i 35,5% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 6,6% respondentów, 6,1% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 7,7% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 6,0% uczestników badania, 6,4% lekarzy, 6,7% pielęgniarek oraz 5,4% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się nieistotne statystycznie.

Rys. 6.30. Opinia na temat wspierania rozwoju kompetencji dydaktycznych lekarzy rodzinnych podejmujących się nauczania w swoich praktykach.



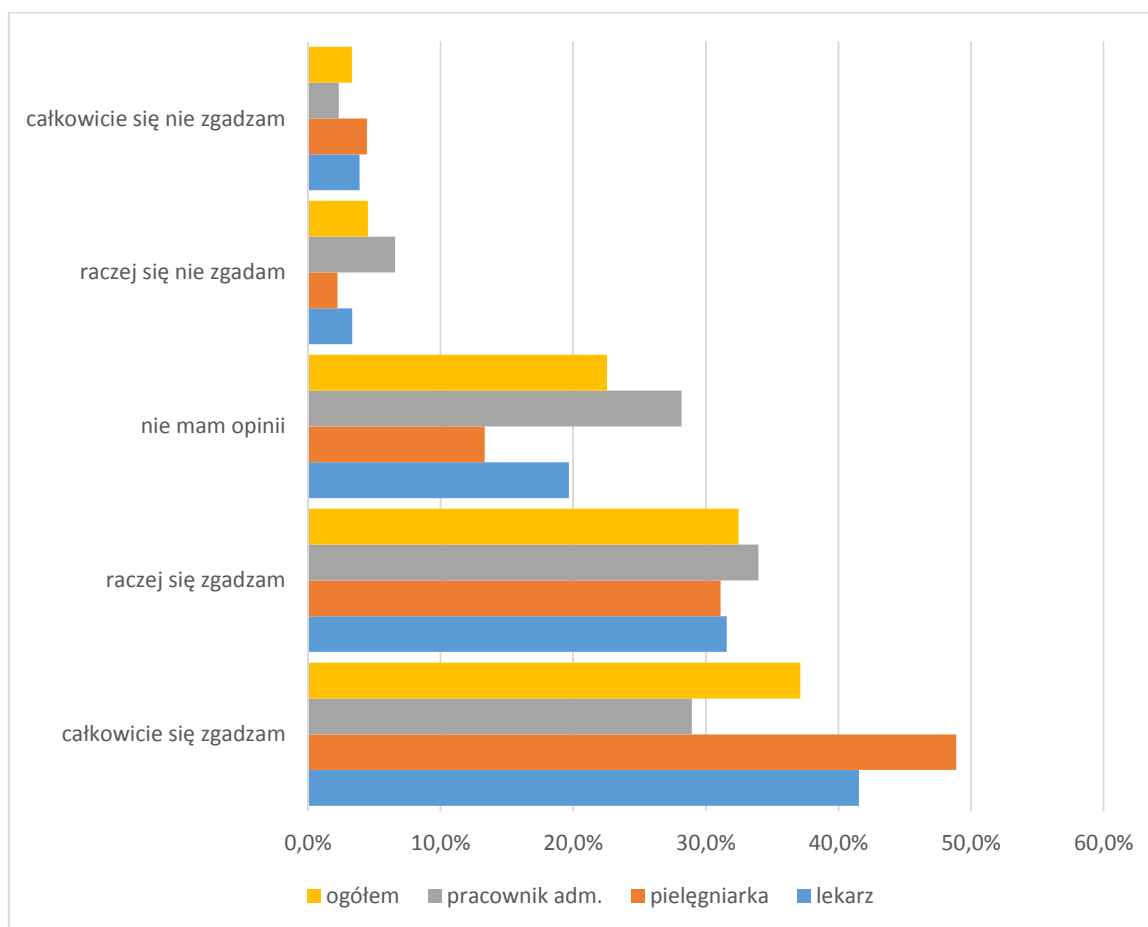
Z opinią na temat wspierania rozwoju kompetencji dydaktycznych lekarzy rodzinnych podejmujących się nauczania w swoich praktykach całkowicie zgodziło się 51,0% uczestników badania, 60,4% lekarzy, 48,9% pielęgniarek oraz 38,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 35,0% respondentów, 29,9% lekarzy, 35,6% pielęgniarek i 42,1% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 9,5% uczestników badania, 5,0% lekarzy, 13,3% pielęgniarek i 15,1% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 2,3% respondentów, 1,7% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 3,1% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 2,3% uczestników badania, 3,0% lekarzy oraz 1,5% pracowników administracji publicznej. Opinii takiej nie deklarowała żadna pielęgniarka. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.31. Opinia na temat konieczności poszerzenia kompetencji konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny rodzinnej w zakresie nadzoru nad jakością szkoleń specjalizacyjnych.



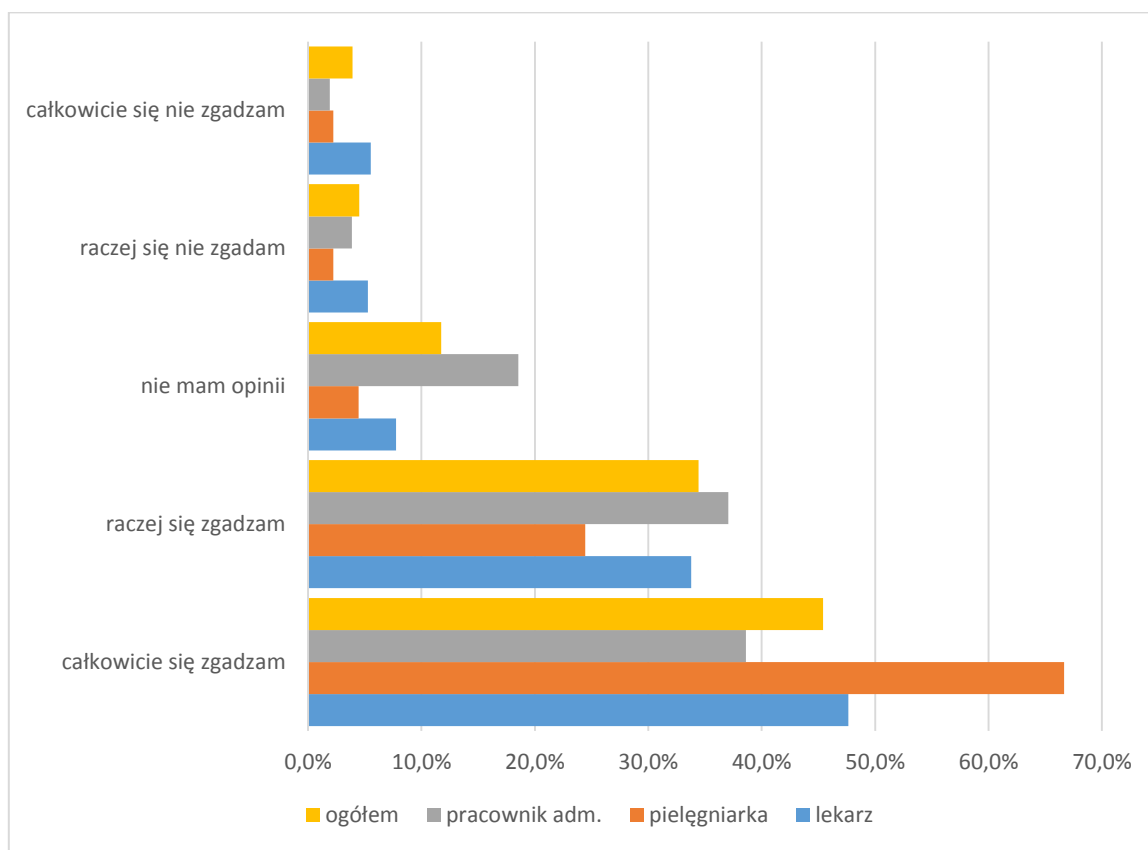
Z opinią na temat konieczności poszerzenia kompetencji konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny rodzinnej w zakresie nadzoru nad jakością szkoleń specjalizacyjnych całkowicie zgodziło się 36,5% uczestników badania, 42,1% lekarzy, 40,0% pielęgniarek oraz 28,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 31,6% respondentów, 31,9% lekarzy, 33,3% pielęgniarek i 30,9% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 24,2% uczestników badania, 18,3% lekarzy, 20,0% pielęgniarek i 33,2% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 4,8% respondentów, 5,0% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 4,6% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 2,9% uczestników badania, 2,8% lekarzy, 2,2% pielęgniarek oraz 3,1% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00385$).

Rys. 6.32. Opinia na temat konieczności stworzenia ścieżki kariery zawodowej dla osób wspierających pracę lekarzy, pielęgniarek i położnych, posiadających specyficzne dla POZ kompetencje administracyjne i medyczne.



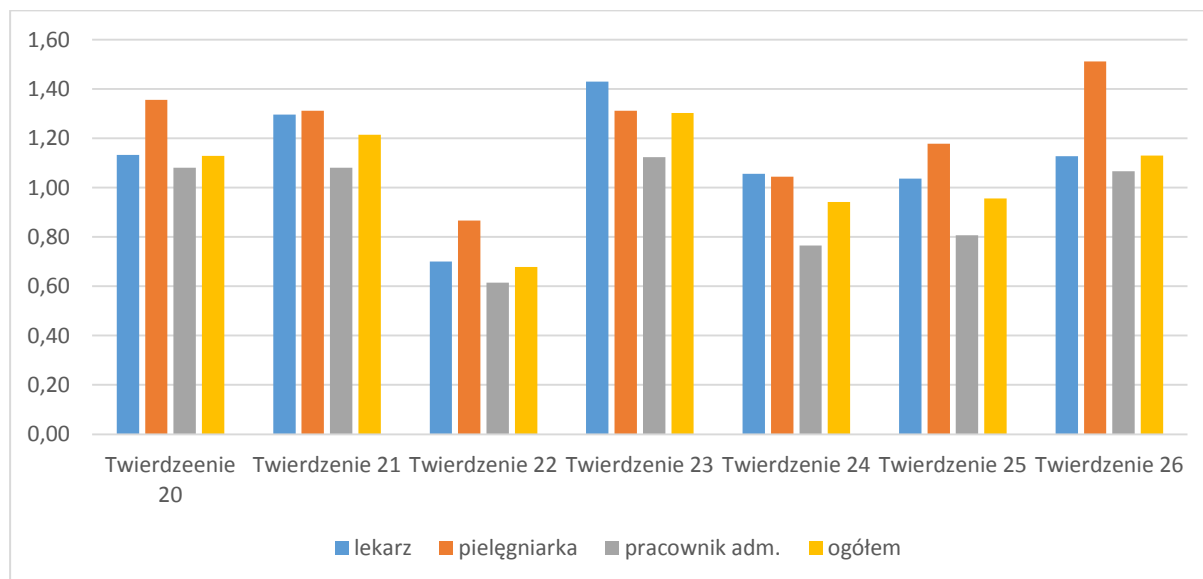
Z opinią na temat konieczności stworzenia ścieżki kariery zawodowej dla osób wspierających pracę lekarzy, pielęgniarek i położnych, posiadających specyficzne dla POZ kompetencje administracyjne i medyczne całkowicie zgodziło się 37,1% uczestników badania, 41,6% lekarzy, 48,9% pielęgniarek oraz 29,0% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 32,5% respondentów, 31,6% lekarzy, 31,1% pielęgniarek i 34,0% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 22,6% uczestników badania, 19,7% lekarzy, 13,3% pielęgniarek i 28,2% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 4,5% respondentów, 3,8% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 6,6% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 3,3% uczestników badania, 3,9% lekarzy, 4,4% pielęgniarek oraz 2,3% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00839$).

Rys. 6.33. Opinia na temat ułatwienia lekarzom nie posiadającym specjalizacji z medycyny rodzinnej, aktualnie pracującym w POZ, poszerzenia kompetencji właściwych dla tego poziomu opieki.



Z opinią na temat ułatwienia lekarzom nie posiadającym specjalizacji z medycyny rodzinnej, aktualnie pracującym w POZ, poszerzenia kompetencji właściwych dla tego poziomu opieki całkowicie zgodziło się 45,4% uczestników badania, 47,6% lekarzy, 66,7% pielęgniarek oraz 38,6% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 34,4% respondentów, 33,8% lekarzy, 24,4% pielęgniarek i 37,1% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 11,7% uczestników badania, 7,8% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 18,5% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 4,5% respondentów, 5,3% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 3,9% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 3,9% uczestników badania, 5,5% lekarzy, 2,2% pielęgniarek oraz 1,9% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00006$).

Rys. 6.34. Średnie punktowe poparcia opinii zawartych w twierdzeniach 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, z uwzględnieniem grup zawodowych.



Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat stworzenia funduszu stypendialnego dla studentów medycyny deklarujących chęć specjalizowania się z zakresu medycyny rodzinnej i gotowość do pracy w rejonach deficytowych (twierdzenie 21) wyniosła 1,13 pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,36), następnie wśród lekarzy (1,13), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (1,08). Stwierdzone różnice okazały się nieistotne statystycznie.

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności reaktywowania ośrodków kształcenia lekarzy rodzinnych, koordynujących kształcenie z zakresu medycyny rodzinnej w placówkach POZ (twierdzenie 21) wyniosła 1,21 pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,31), następnie wśród lekarzy (1,30), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (1,08). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0003$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat stworzenia centralnego ośrodka koordynującego pracę regionalnych ośrodków kształcenia (twierdzenie 22) wyniosła 0,68 pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (0,87), następnie wśród lekarzy (0,70), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,61). Stwierdzone różnice okazały się nieistotne statystycznie.

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat wspierania rozwoju kompetencji dydaktycznych lekarzy rodzinnych podejmujących się nauczania w swoich praktykach (twierdzenie 23) wyniosła 1,30 pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa wśród lekarzy (1,43), następnie w grupie zawodowej pielęgniarek (1,31), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (1,14). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

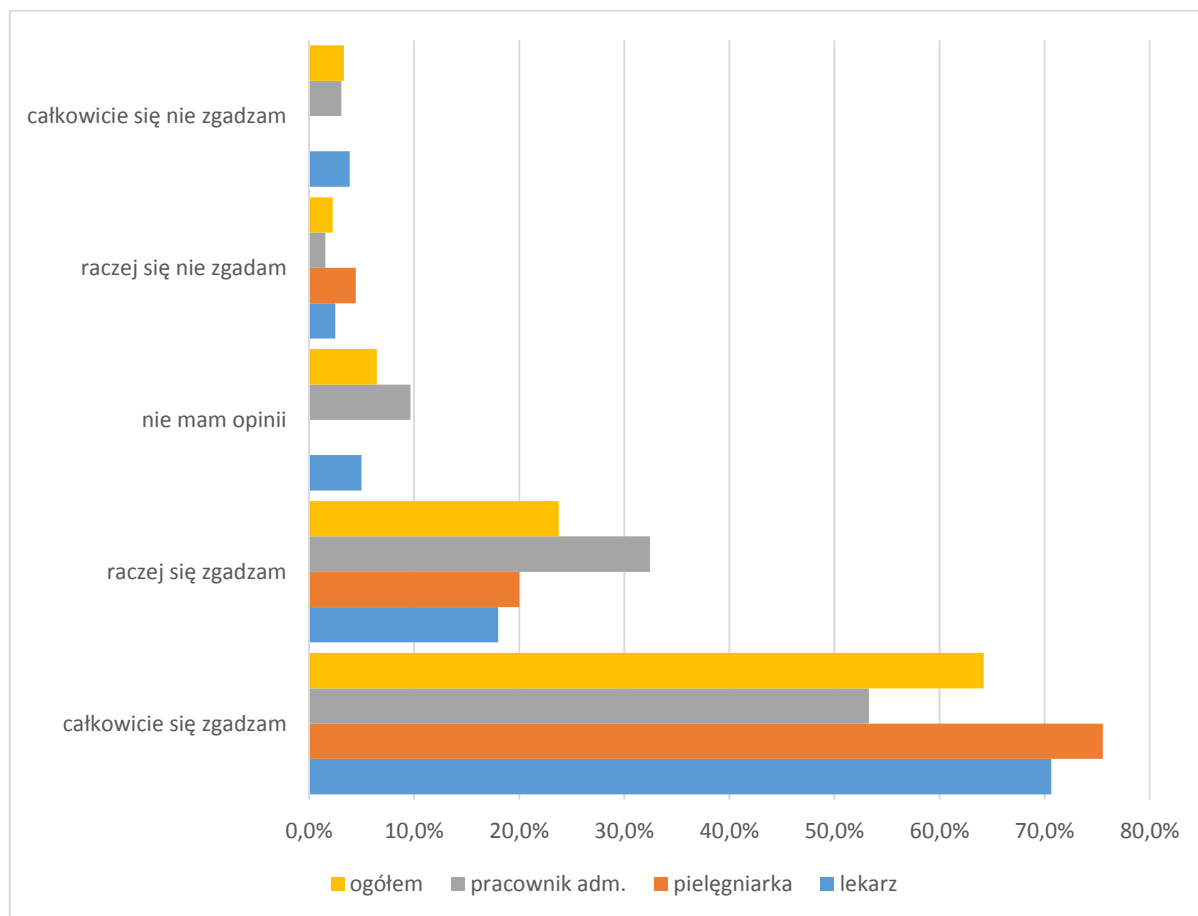
Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności poszerzenia kompetencji konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny rodzinnej w zakresie nadzoru nad jakością szkoleń specjalizacyjnych (twierdzenie 24) wyniosła 0,94pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa wśród lekarzy (1,06), następnie w grupie zawodowej pielęgniarek (1,04), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,76). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0003$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności stworzenia ścieżki kariery zawodowej dla osób wspierających pracę lekarzy, pielęgniarek i położnych, posiadających specyficzne dla POZ kompetencje administracyjne i medyczne (twierdzenie 25) wyniosła 0,96pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,18), następnie wśród lekarzy (1,04), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,81). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0009$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat ułatwienia lekarzom nie posiadającym specjalizacji z medycyny rodzinnej, aktualnie pracującym w POZ, poszerzenia kompetencji właściwych dla tego poziomu opieki (twierdzenie 26) wyniosła 1,13pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,51), następnie wśród lekarzy (1,13), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (1,07). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0016$).

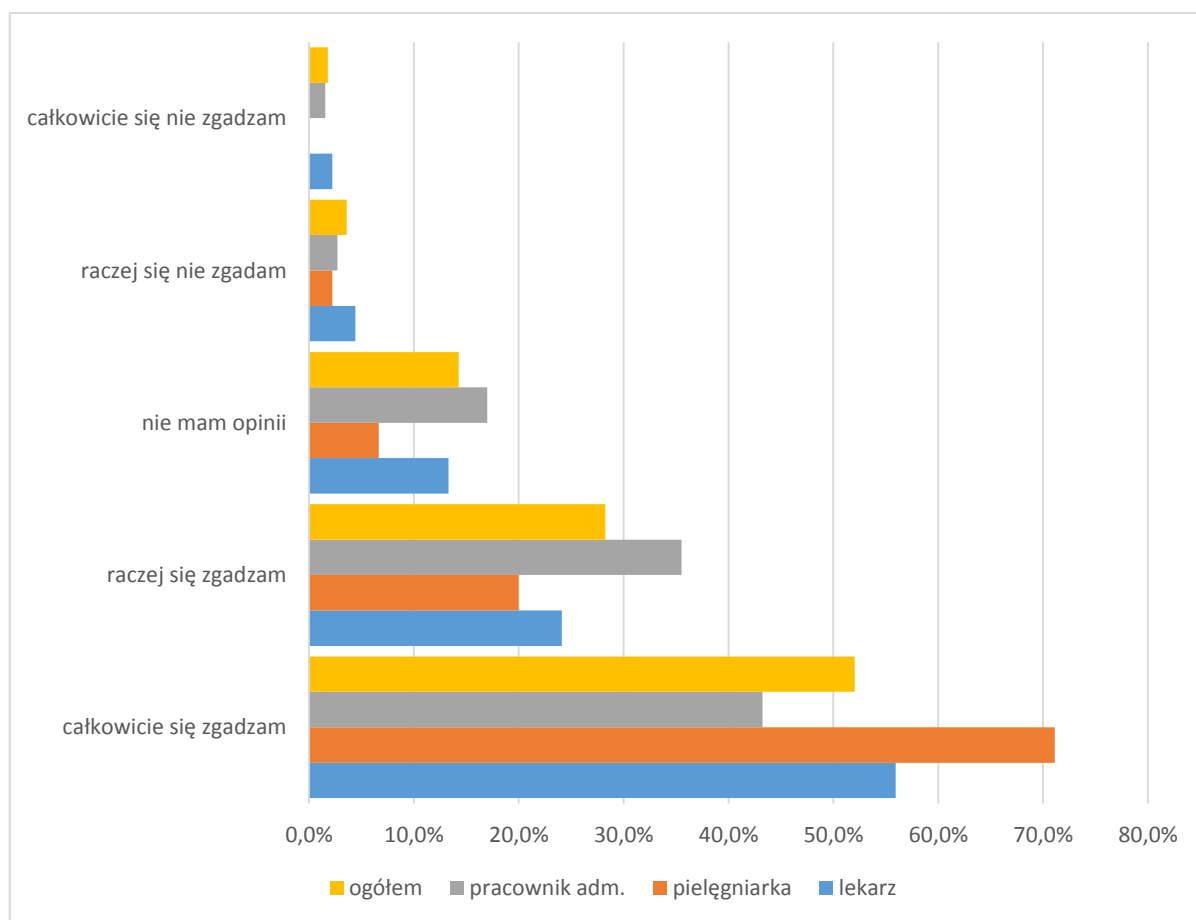
6.8 Informatyzacja w podstawowej opiece zdrowotnej

Rys. 6.35. Opinia na temat wspierania procesu upowszechniania elektronicznej dokumentacji medycznej w POZ.



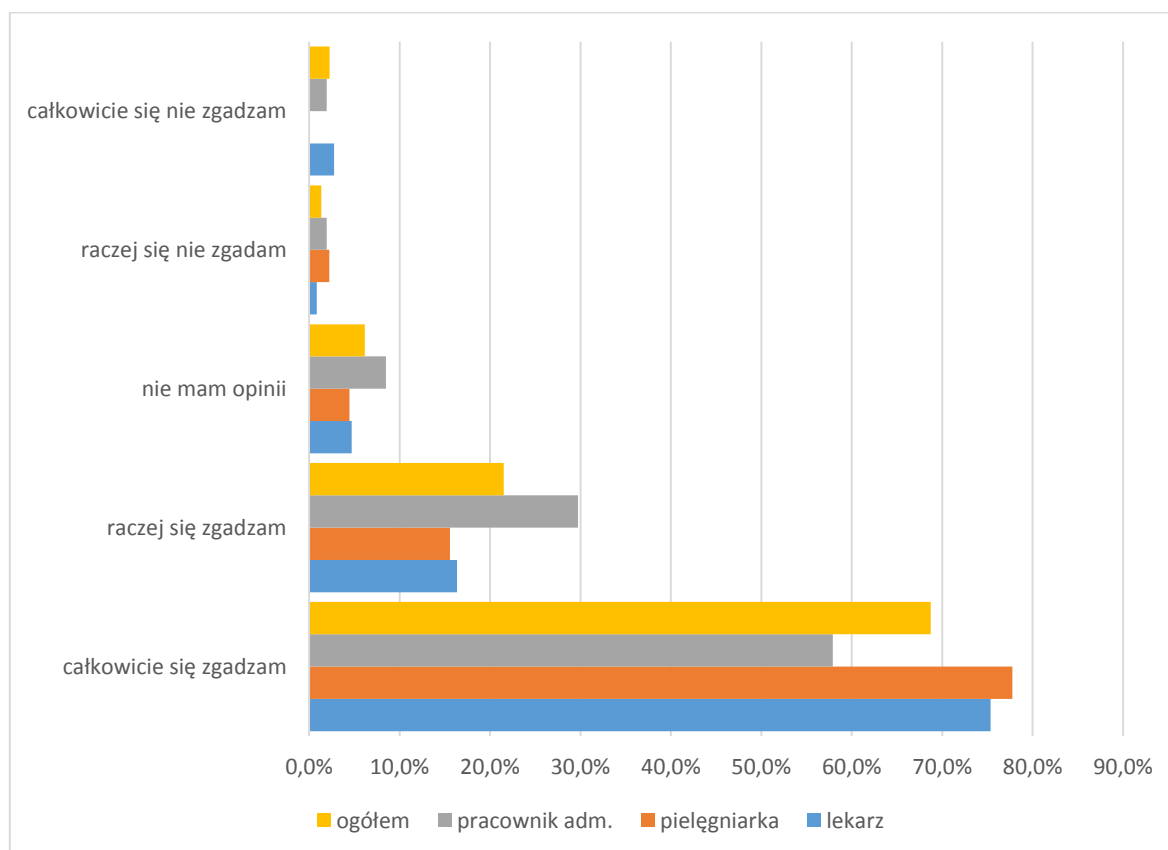
Z opinią na temat wspierania procesu upowszechniania elektronicznej dokumentacji medycznej w POZ całkowicie zgodziło się 64,2% uczestników badania, 70,6% lekarzy, 75,6% pielęgniarek oraz 53,3% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 23,8% respondentów, 18,0% lekarzy, 20,0% pielęgniarek i 32,4% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 6,5% uczestników badania, 5,0% lekarzy i 9,7% pracowników administracji publicznej. Deklaracji takiej nie złożyła żadna pielęgniarka. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 2,3% respondentów, 2,5% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 1,5% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 3,3% uczestników badania, 3,9% lekarzy oraz 3,1% pracowników administracji publicznej. Deklaracji takiej nie złożyła żadna pielęgniarka. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00006$).

Rys. 6.36. Opinia na temat promowania rozwiązań telemedycznych wspierających podstawową opiekę zdrowotną.



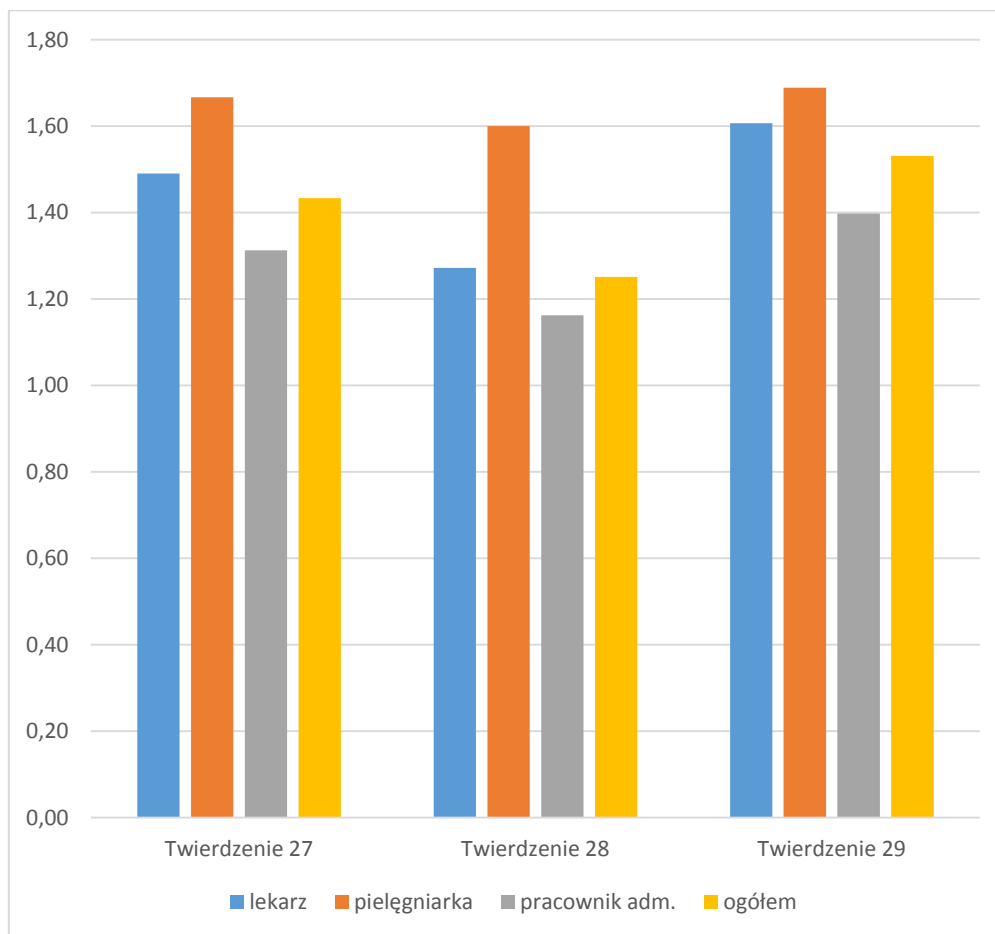
Z opinią na temat promowania rozwiązań telemedycznych wspierających podstawową opiekę zdrowotną całkowicie zgodziło się 52,0% uczestników badania, 56,0% lekarzy, 71,1% pielęgniarek oraz 43,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 28,3% respondentów, 24,1% lekarzy, 20,0% pielęgniarek i 35,5% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 14,3% uczestników badania, 13,3% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 17,0% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 3,6% respondentów, 4,4% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 2,7% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 1,8% uczestników badania, 2,2% lekarzy oraz 1,5% pracowników administracji publicznej. Takiej deklaracji nie złożyła żadna pielęgniarka. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.37. Opinia na temat ułatwiania wymiany informacji pomiędzy różnymi poziomami opieki zdrowotnej z wykorzystaniem rozwiązań komunikacji elektronicznej.



Z opinią na temat ułatwiania wymiany informacji pomiędzy różnymi poziomami opieki zdrowotnej z wykorzystaniem rozwiązań komunikacji elektronicznej całkowicie zgodziło się 68,7% uczestników badania, 75,3% lekarzy, 77,8% pielęgniarek oraz 57,9% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 21,5% respondentów, 16,3% lekarzy, 15,6% pielęgniarek i 29,7% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 6,2% uczestników badania, 4,7% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 8,5% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 1,4% respondentów, 0,8% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 1,9% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 2,3% uczestników badania, 2,8% lekarzy oraz 1,9% pracowników administracji publicznej. Deklaracji takiej nie złożyła żadna pielęgniarka. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00058$).

Rys. 6.38. Średnie punktowe poparcia opinii zawartych w twierdzeniach 27, 28, 29, z uwzględnieniem grup zawodowych.



Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat wspierania procesu upowszechniania elektronicznej dokumentacji medycznej w POZ (twierdzenie 27) wyniosła 1,43pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,67), następnie wśród lekarzy (1,49), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (1,31). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0001$).

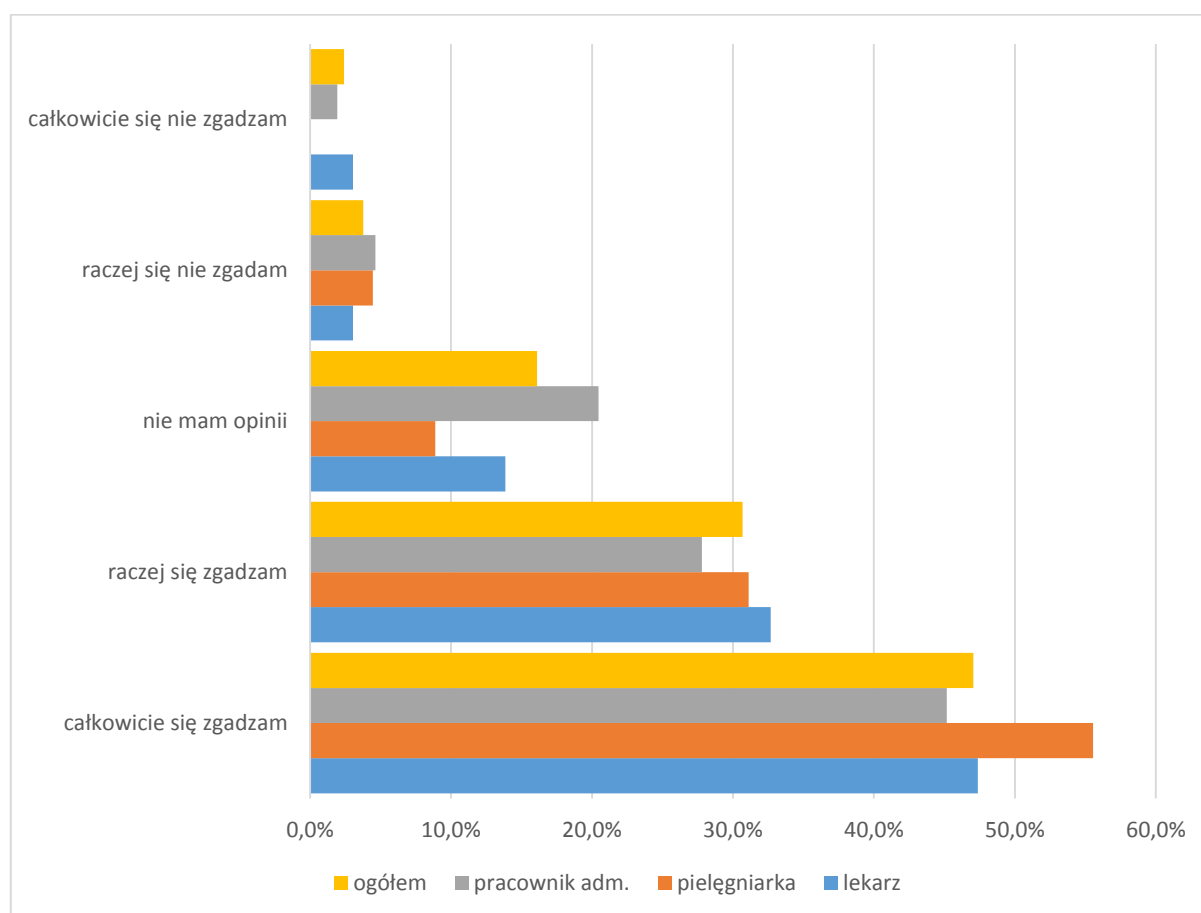
Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat promowania rozwiązań telemedycznych wspierających podstawową opiekę zdrowotną (twierdzenie 28) wyniosła 1,25pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,60), następnie wśród lekarzy (1,27), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (1,16). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0014$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat ułatwiania wymiany informacji pomiędzy różnymi poziomami opieki zdrowotnej z wykorzystaniem rozwiązań komunikacji elektronicznej (twierdzenie 29) wyniosła 1,53pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,69), następnie wśród lekarzy (1,61), natomiast

najniższa wśród pracowników administracji publicznej (1,40). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0001$).

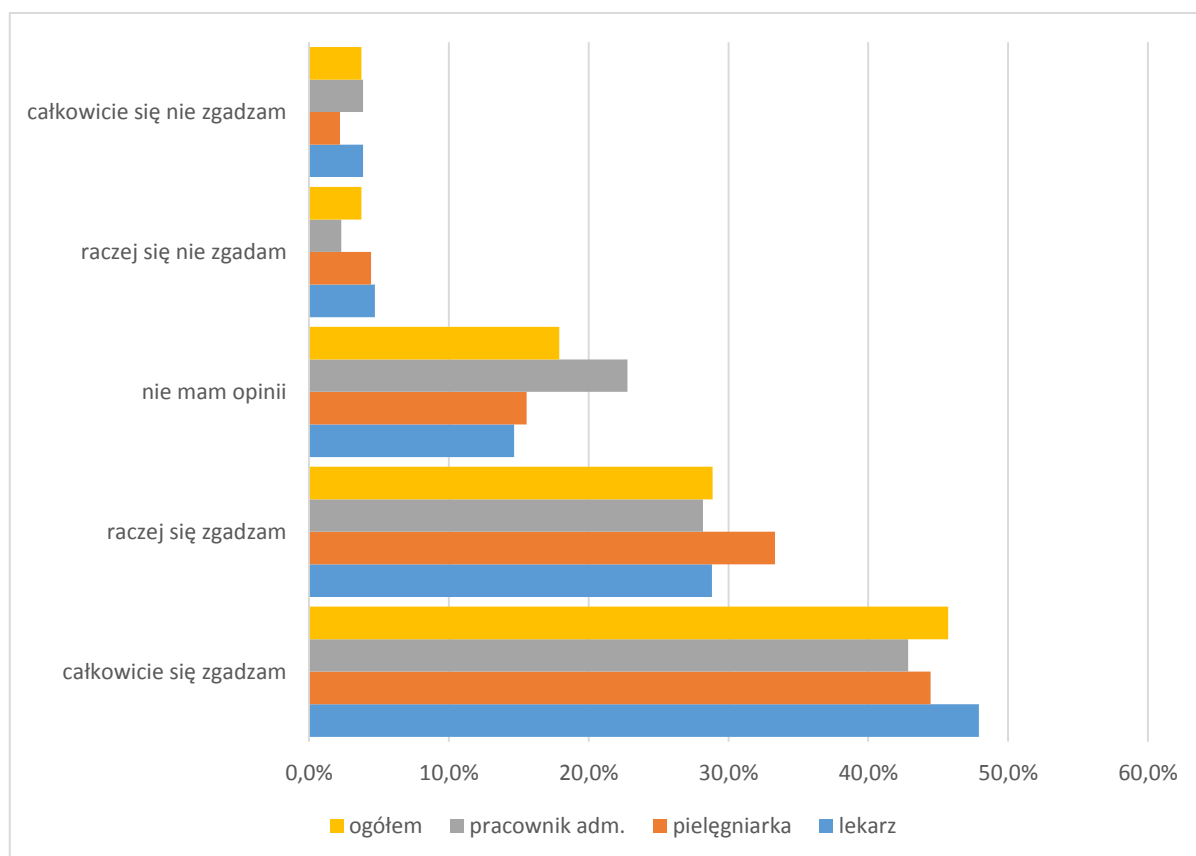
6.9 Prowadzenie badań naukowych na potrzeby podstawowej opieki zdrowotnej

Rys. 6.39. Opinia na temat konieczności wspierania badań naukowych w zakresie oceny i poprawy jakości w podstawowej opiece zdrowotnej.



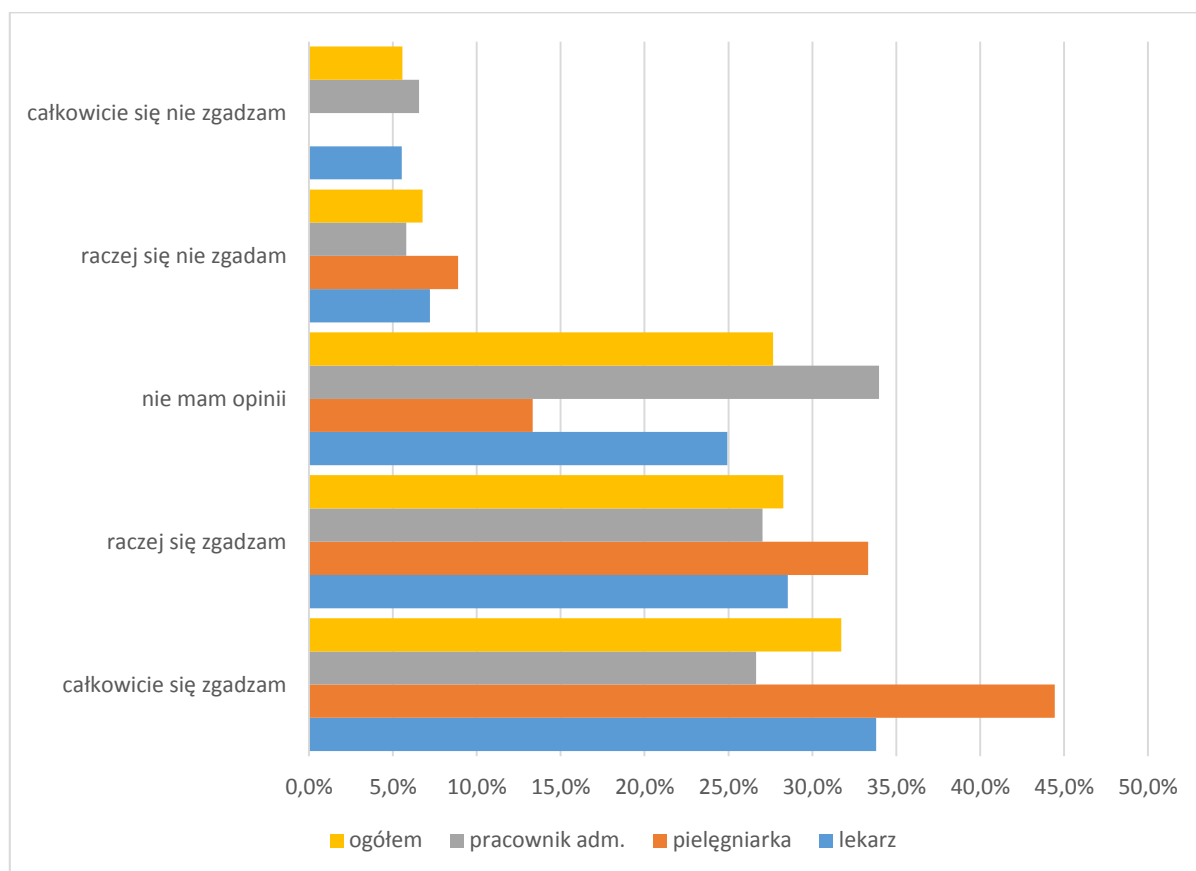
Z opinią na temat konieczności wspierania badań naukowych w zakresie oceny i poprawy jakości w podstawowej opiece zdrowotnej całkowicie zgodziło się 47,1% uczestników badania, 47,4% lekarzy, 55,6% pielęgniarek oraz 45,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 30,7% respondentów, 32,7% lekarzy, 31,1% pielęgniarek i 27,8% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 16,1% uczestników badania, 13,9% lekarzy, 8,9% pielęgniarek i 20,5% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 3,8% respondentów, 3,0% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 4,6% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 2,4% uczestników badania, 3,0% lekarzy oraz 1,9% pracowników administracji publicznej. Opinii takiej nie wyraziła żadna pielęgniarka. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się nieistotne statystycznie.

Rys. 6.40. Opinia na temat wydzielenia środków centralnych na badania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.



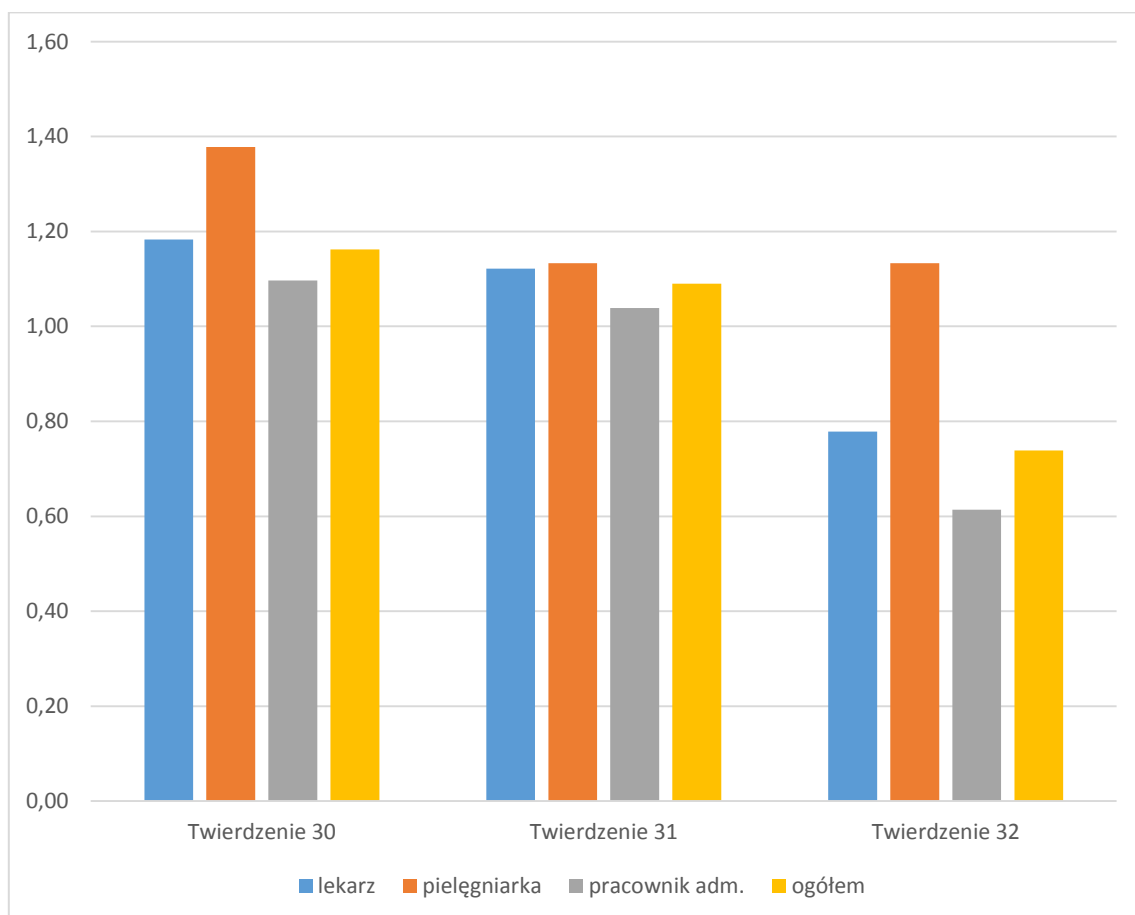
Z opinią na temat wydzielenia środków centralnych na badania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej całkowicie zgodziło się 45,7% uczestników badania, 47,9% lekarzy, 44,4% pielęgniarek oraz 42,9% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 28,9% respondentów, 28,8% lekarzy, 33,3% pielęgniarek i 28,2% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 17,9% uczestników badania, 14,7% lekarzy, 15,6% pielęgniarek i 22,8% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 3,8% respondentów, 4,7% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 2,3% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 3,8% uczestników badania, 3,9% lekarzy, 2,2% pielęgniarek oraz 3,9% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się nieistotne statystycznie.

Rys. 6.41. Opinia na temat konieczności utworzenia centralnej jednostki naukowo-badawczej stymulującej rozwój medycyny rodzinnej.



Z opinią na temat konieczności utworzenia centralnej jednostki naukowo- badawczej stymulującej rozwój medycyny rodzinnej całkowicie zgodziło się 31,7% uczestników badania, 33,8% lekarzy, 44,4% pielęgniarek oraz 26,6% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 28,3% respondentów, 28,5% lekarzy, 33,3% pielęgniarek i 27,0% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 27,7% uczestników badania, 24,9% lekarzy, 13,3% pielęgniarek i 34,0% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 6,8% respondentów, 7,2% lekarzy. 8,9% pielęgniarek i 5,8% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 5,6% uczestników badania, 5,5% lekarzy oraz 6,6% pracowników administracji publicznej. Opinii takiej nie deklarowała żadna pielęgniarka. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,02781$).

Rys. 6.42. Średnie punktowe poparcia dla opinii zawartych w twierdzeniach 30, 31, 32, z uwzględnieniem grup zawodowych.



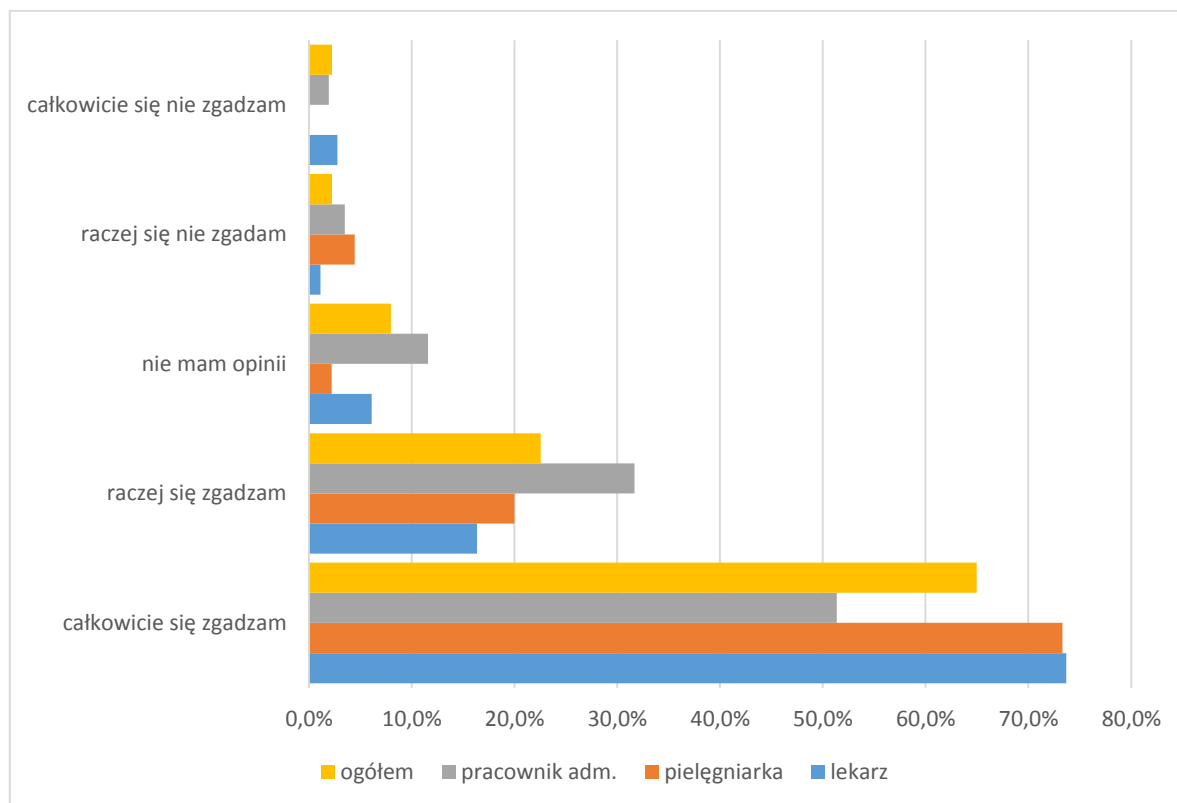
Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności wspierania badań naukowych w zakresie oceny i poprawy jakości w podstawowej opiece zdrowotnej (twierdzenie 30) wyniosła 1,16pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,38), następnie wśród lekarzy (1,18), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (1,10). Stwierdzone różnice okazały się nieistotne statystycznie.

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat wydzielenia środków centralnych na badania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (twierdzenie 31) wyniosła 1,09pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,13), następnie wśród lekarzy (1,12), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (1,04). Stwierdzone różnice okazały się nieistotne statystycznie.

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat s konieczności utworzenia centralnej jednostki naukowo- badawczej stymulującej rozwój medycyny rodzinnej (twierdzenie 32) wyniosła 0,74pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,13), następnie wśród lekarzy (0,78), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,61). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0068$).

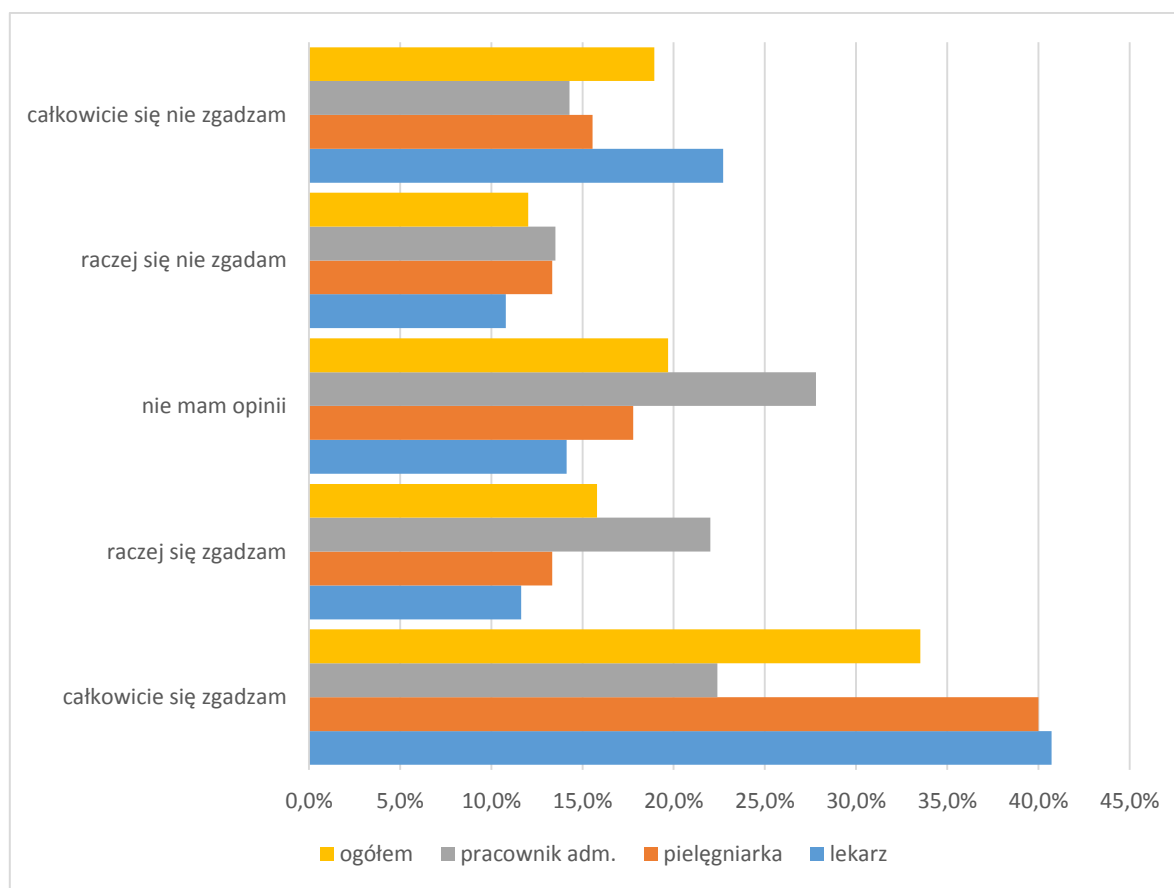
6.10 Organizacja pracy w podstawowej opiece zdrowotnej

Rys. 6.43. Opinia na temat konieczności popularyzowania wśród pacjentów zasad korzystania ze świadczeń POZ.



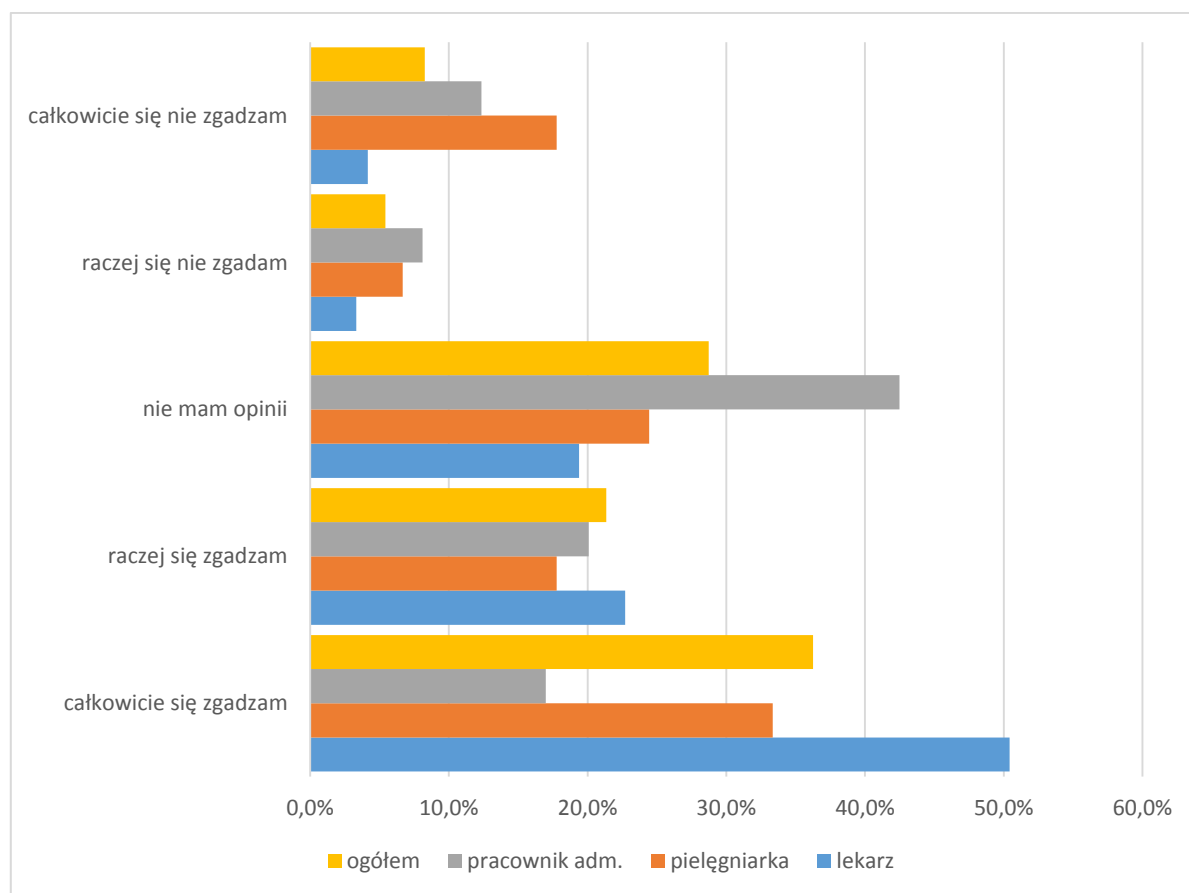
Z opinią na temat konieczności popularyzowania wśród pacjentów zasad korzystania ze świadczeń POZ całkowicie zgodziło się 65,0% uczestników badania, 73,7% lekarzy, 73,3% pielęgniarek oraz 51,4% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 22,6% respondentów, 16,3% lekarzy, 20,0% pielęgniarek i 31,7% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 8,0% uczestników badania, 6,1% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 11,6% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 2,3% respondentów, 1,1% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 3,5% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 2,3% uczestników badania, 2,8% lekarzy oraz 1,9% pracowników administracji publicznej. Opinii takiej nie wyraziła żadna pielęgniarka. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.44. Opinia na temat rezygnacji z weryfikacji ubezpieczenia zdrowotnego dokonywanego w placówkach POZ.



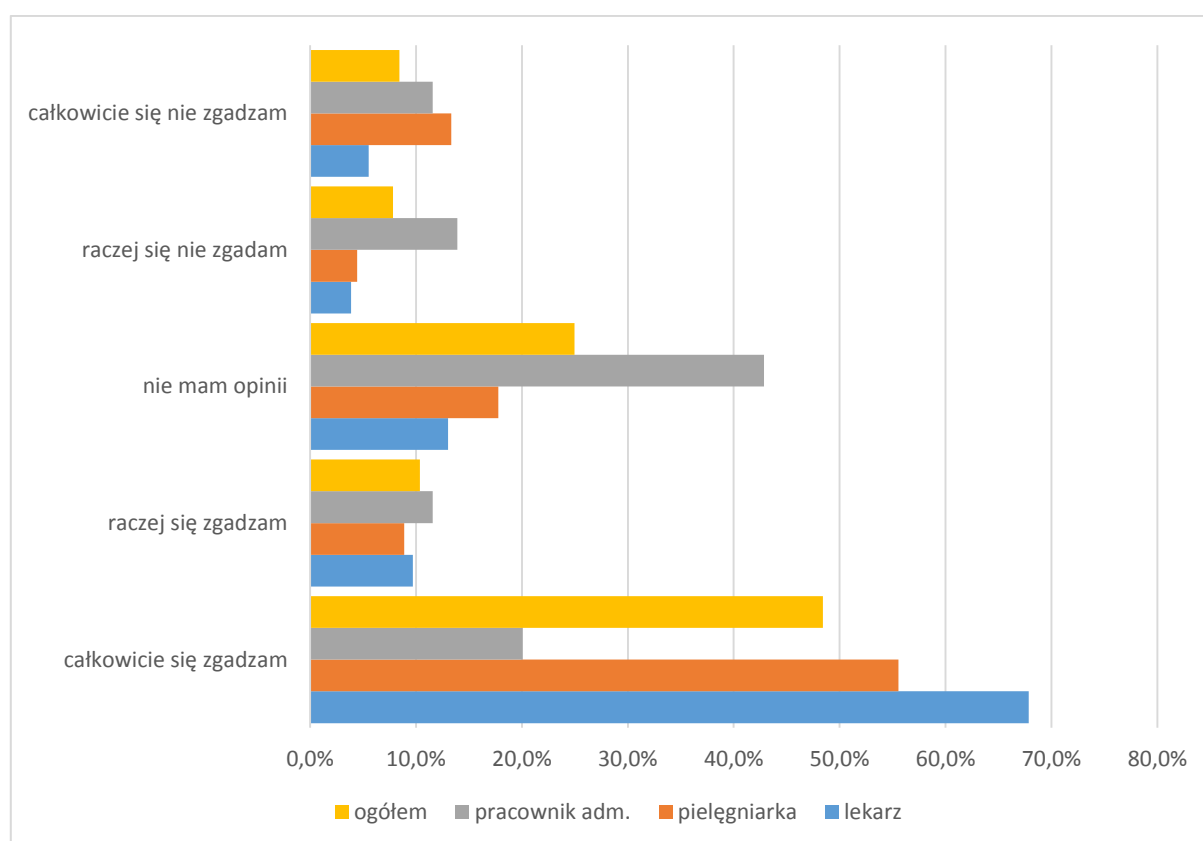
Z opinią na temat rezygnacji z weryfikacji ubezpieczenia zdrowotnego dokonywanego w placówkach POZ całkowicie zgodziło się 33,5% uczestników badania, 40,7% lekarzy, 40,0% pielęgniarek oraz 22,4% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 15,8% respondentów, 11,6% lekarzy, 13,3% pielęgniarek i 22,0% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 19,7% uczestników badania, 14,1% lekarzy, 17,8% pielęgniarek i 27,8% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 12,0% respondentów, 10,8% lekarzy, 13,3% pielęgniarek i 13,5% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 18,9% uczestników badania, 22,7% lekarzy, 15,6% pielęgniarek oraz 14,3% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.45. Opinia na temat stworzenia mechanizmów ułatwiających prywatyzację infrastruktury POZ.



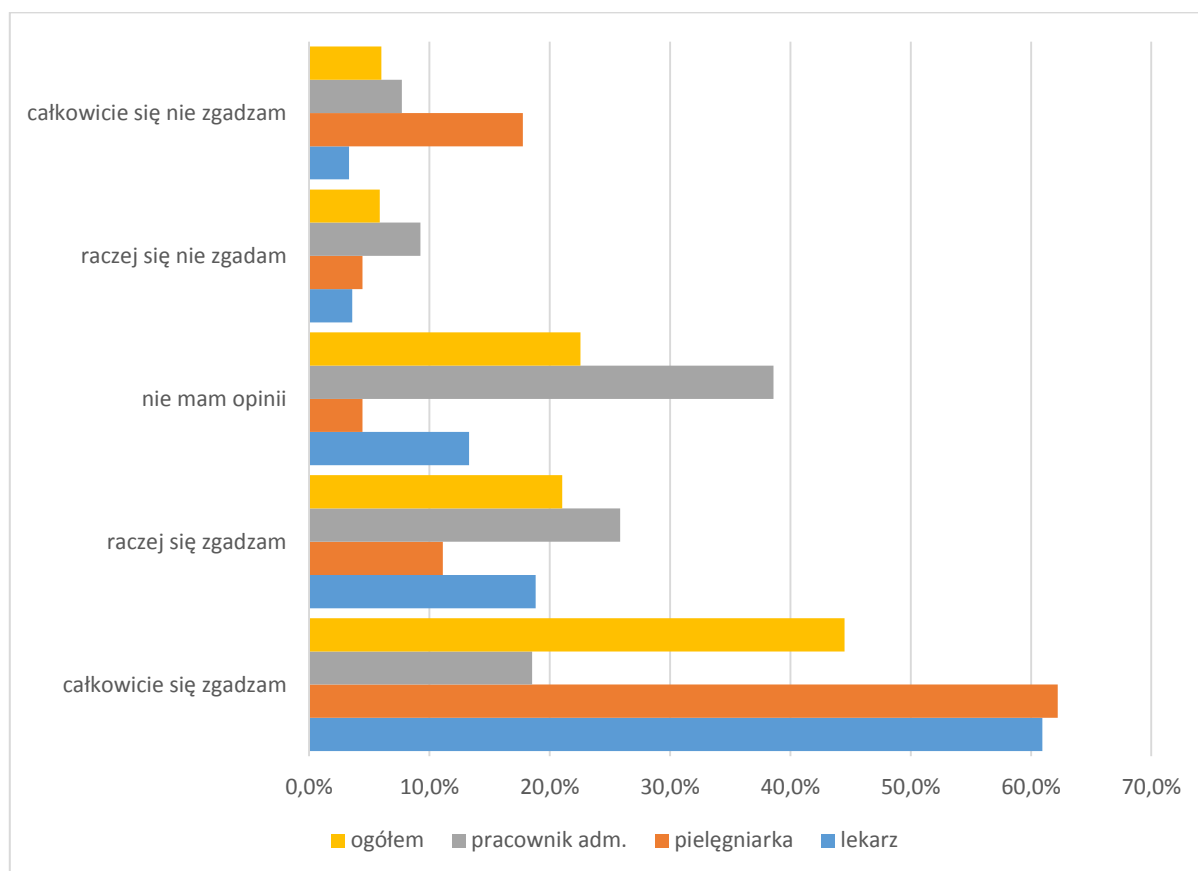
Z opinią na temat stworzenia mechanizmów ułatwiających prywatyzację infrastruktury POZ całkowicie zgodziło się 36,2% uczestników badania, 50,4% lekarzy, 33,3% pielęgniarek oraz 17,0% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 21,4% respondentów, 22,7% lekarzy, 17,8% pielęgniarek i 20,1% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 28,7% uczestników badania, 19,4% lekarzy, 24,4% pielęgniarek i 42,5% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 5,4% respondentów, 3,3% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 8,1% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 8,3% uczestników badania, 4,2% lekarzy, 17,8% pielęgniarek oraz 12,4% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.46. Opinia na temat zakazu tworzenia i prowadzenia placówek POZ przez szpitale.



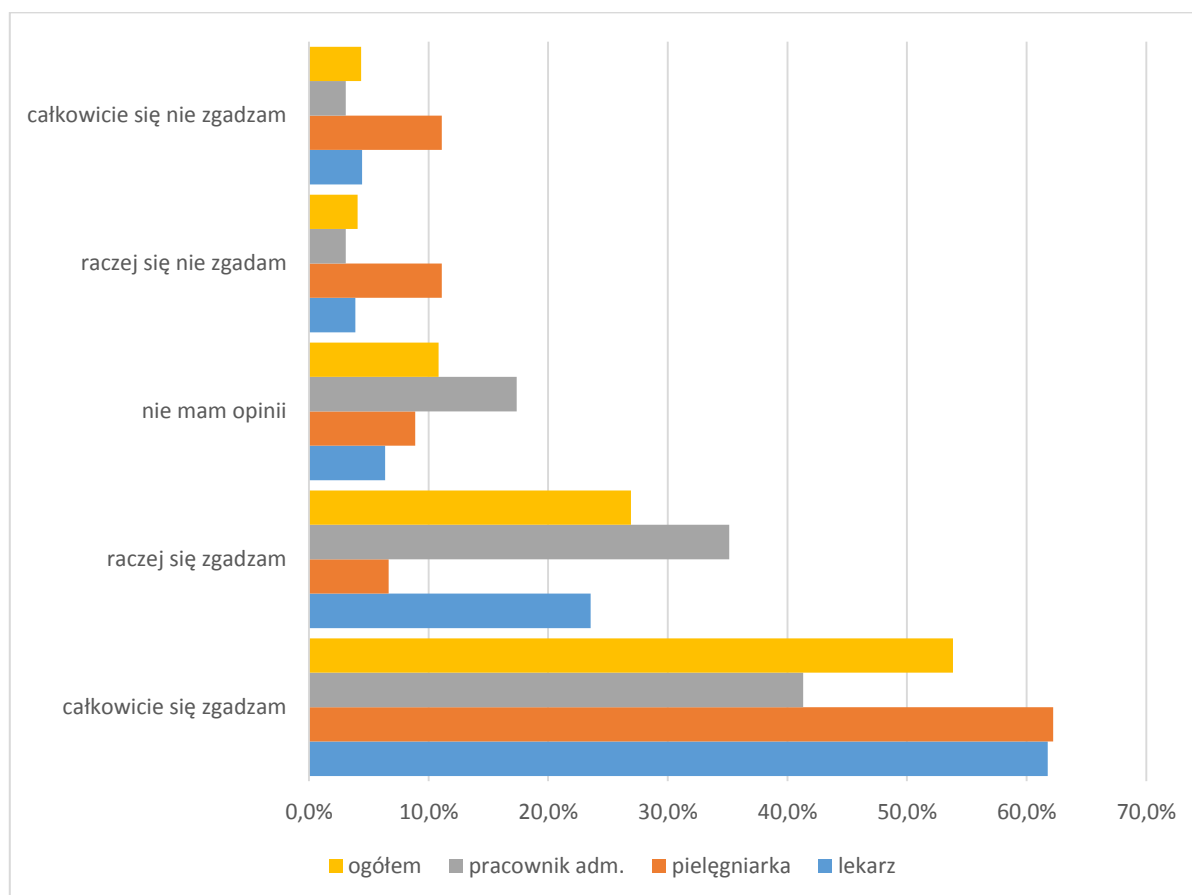
Z opinią na temat zakazu tworzenia i prowadzenia placówek POZ przez szpitale całkowicie zgodziło się 48,4% uczestników badania, 67,9% lekarzy, 55,6% pielęgniarek oraz 20,1% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 10,4% respondentów, 9,7% lekarzy, 8,9% pielęgniarek i 11,6% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 25,0% uczestników badania, 13,0% lekarzy, 17,8% pielęgniarek i 42,9% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 7,8% respondentów, 3,9% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 13,9% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 8,4% uczestników badania, 5,5% lekarzy, 13,3% pielęgniarek oraz 11,6% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.47. Opinia na temat konieczności uproszczenia przepisów sanitarno-epidemiologicznych dotyczących placówek POZ.



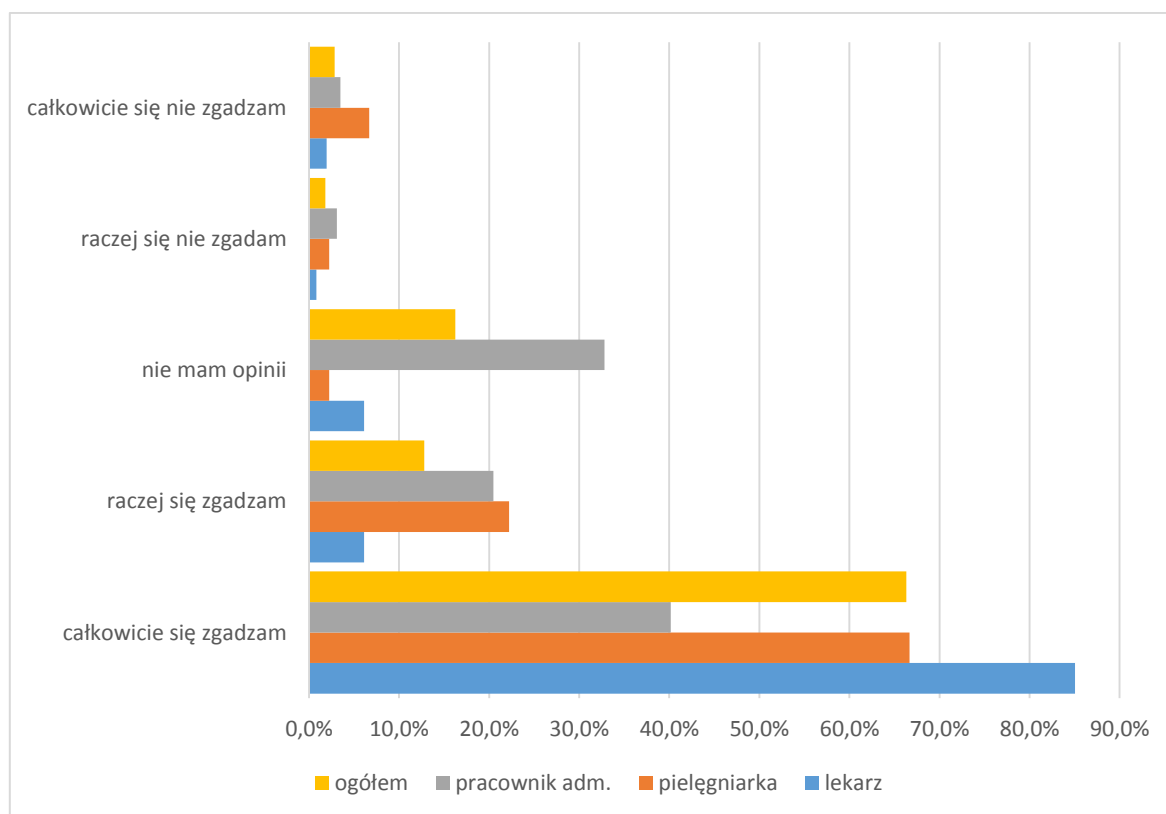
Z opinią na temat konieczności uproszczenia przepisów sanitarno-epidemiologicznych dotyczących placówek POZ całkowicie zgodziło się 44,5% uczestników badania, 60,9% lekarzy, 62,2% pielęgniarek oraz 18,5% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 21,1% respondentów, 18,8% lekarzy, 11,1% pielęgniarek i 25,9% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 22,6% uczestników badania, 13,3% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 38,6% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 5,9% respondentów, 3,6% lekarzy, 4,4% pielęgniarek i 9,3% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 6,0% uczestników badania, 3,3% lekarzy, 17,8% pielęgniarek oraz 7,7% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.48. Opinia na temat konieczności realizacji świadczeń z zakresu POZ przez zespół, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka środowiskowo-rodzinna i położna środowiskowo-rodzinna.



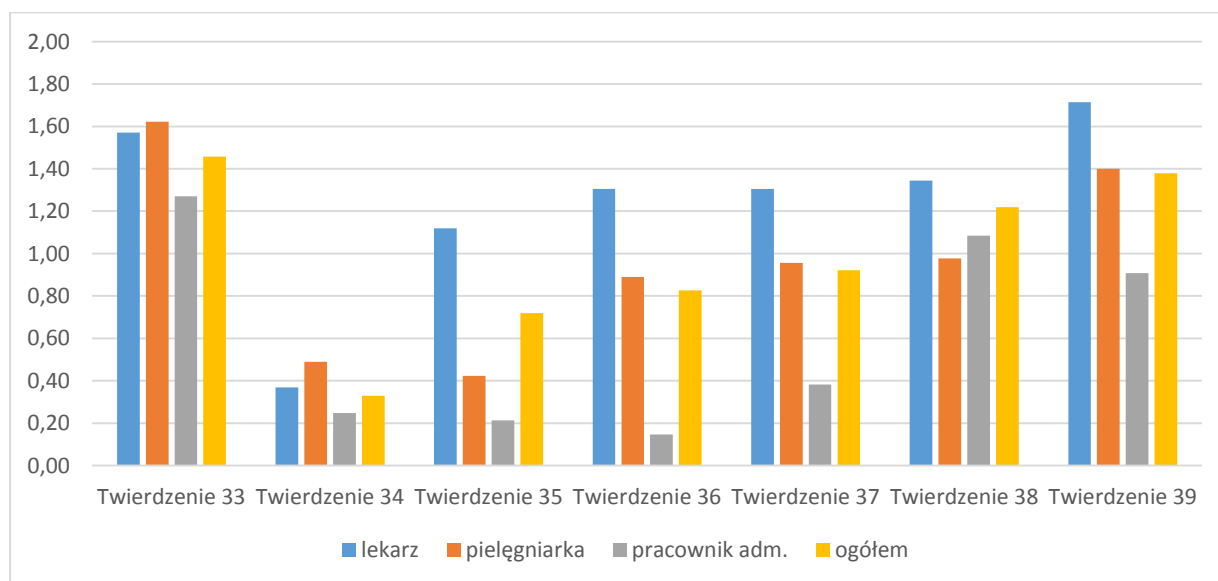
Z opinią na temat konieczności realizacji świadczeń z zakresu POZ przez zespół, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka środowiskowo-rodzinna i położna środowiskowo-rodzinna całkowicie zgodziło się 53,8% uczestników badania, 61,8% lekarzy, 62,2% pielęgniarek oraz 41,3% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 26,9% respondentów, 23,5% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 35,1% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 10,8% uczestników badania, 6,4% lekarzy, 8,9% pielęgniarek i 17,4% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 4,1% respondentów, 3,9% lekarzy, 11,1% pielęgniarek i 3,1% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 4,4% uczestników badania, 4,4% lekarzy, 11,1% pielęgniarek oraz 3,1% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.49. Opinia na temat konieczności uproszczenia sprawozdawczości w POZ i ograniczenia liczby jej adresatów.



Z opinią na temat konieczności uproszczenia sprawozdawczości w POZ i ograniczenia liczby jej adresatów całkowicie zgodziło się 66,3% uczestników badania, 85,0% lekarzy, 66,7% pielęgniarek oraz 40,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 12,8% respondentów, 6,1% lekarzy, 22,2% pielęgniarek i 20,5% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 16,2% uczestników badania, 6,1% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 32,8% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 1,8% respondentów, 0,8% lekarzy, 2,2% pielęgniarek i 3,1% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 2,9% uczestników badania, 1,9% lekarzy, 6,7% pielęgniarek oraz 3,5% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00001$).

Rys. 6.50. Średnie punktowe poparcia dla opinii zawartych w twierdzeniach 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, z uwzględnieniem grup zawodowych.



Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności popularyzowania wśród pacjentów zasad korzystania ze świadczeń POZ (twierdzenie 33) wyniosła 1,46pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (1,62), następnie wśród lekarzy (1,57), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (1,27). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0001$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat rezygnacji z weryfikacji ubezpieczenia zdrowotnego dokonywanego w placówkach POZ (twierdzenie 34) wyniosła 0,33pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa w grupie zawodowej pielęgniarek (0,49), następnie wśród lekarzy (0,37), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,25). Stwierdzone różnice okazały się nieistotne statystycznie.

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat stworzenia mechanizmów ułatwiających prywatyzację infrastruktury POZ (twierdzenie 35) wyniosła 0,72pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa wśród lekarzy (1,12), następnie w grupie zawodowej pielęgniarek (0,42), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,21). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,001$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat zakazu tworzenia i prowadzenia placówek POZ przez szpitale (twierdzenie 36) wyniosła 0,83pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa wśród lekarzy (1,30), następnie w grupie zawodowej pielęgniarek (0,89), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,15). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,001$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności uproszczenia przepisów sanitarno- epidemiologicznych dotyczących placówek POZ (twierdzenie 37) wyniosła 0,92pkt.

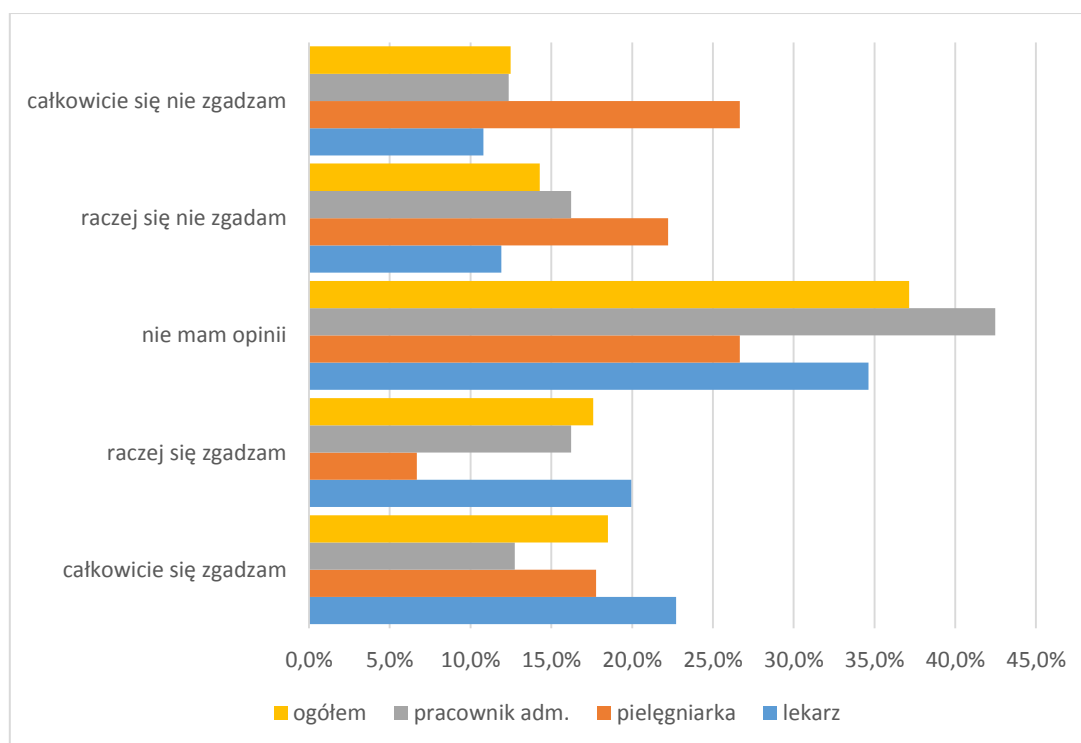
Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa wśród lekarzy (1,30), następnie w grupie zawodowej pielęgniarek (0,96), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,38). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,001$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności realizacji świadczeń z zakresu POZ przez zespół, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka środowiskowo-rodzinna i położna środowiskowo-rodzinna (twierdzenie 38) wyniosła 1,22pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa wśród lekarzy (1,34), następnie wśród pracowników administracji publicznej (1,08), najniższa wśród pielęgniarek (0,98). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,001$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat konieczności uproszczenia sprawozdawczości w POZ i ograniczenia liczby jej adresatów (twierdzenie 39) wyniosła 1,38pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa wśród lekarzy (1,71), następnie w grupie zawodowej pielęgniarek (1,40), natomiast najniższa wśród pracowników administracji publicznej (0,91). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0001$).

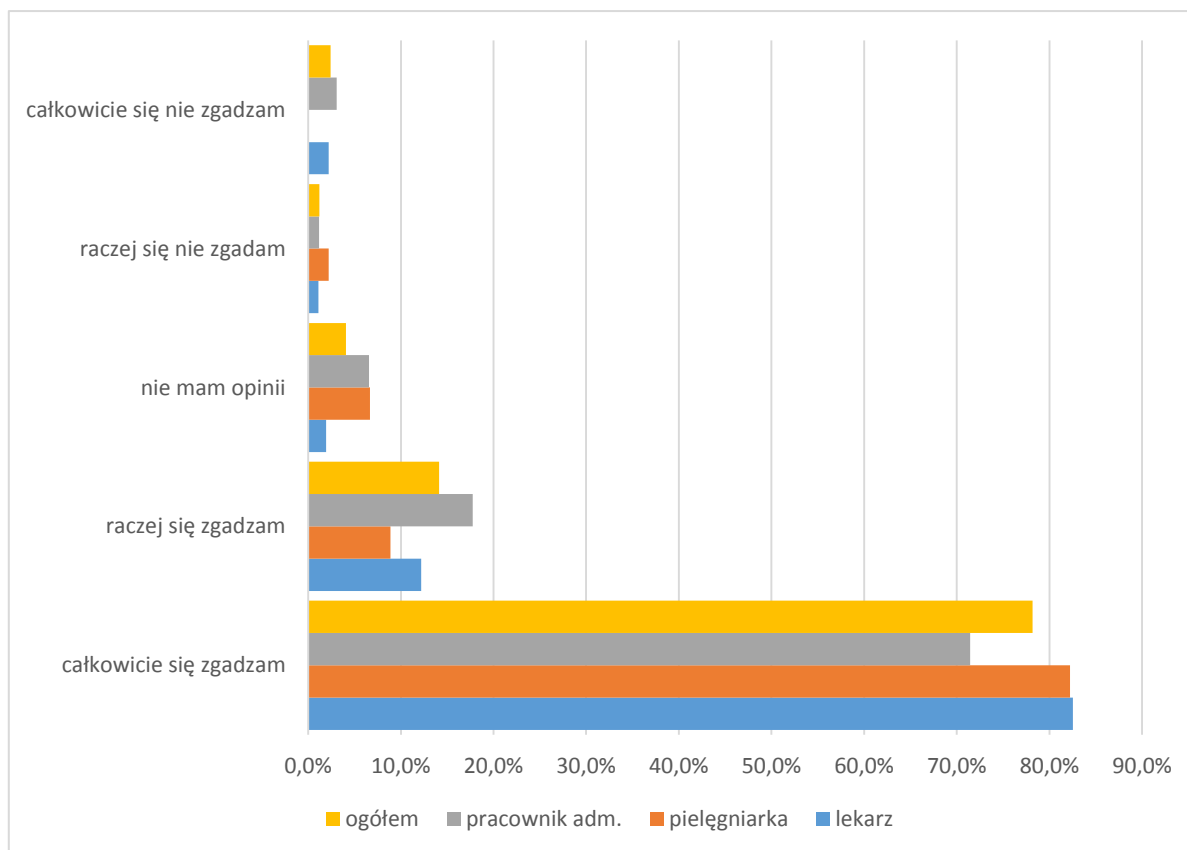
6.11 Współpraca pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a leczeniem specjalistycznym

Rys. 6.51. Opinia na temat ograniczenia możliwości przejmowania pacjentów przez specjalistów opieki długoterminowej.



Z opinią na temat ograniczenia możliwości przejmowania pacjentów przez specjalistów opieki długoterminowej całkowicie zgodziło się 18,5% uczestników badania, 22,7% lekarzy, 17,8% pielęgniarek oraz 12,7% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 17,6% respondentów, 19,9% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 16,2% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 37,1% uczestników badania, 34,6% lekarzy, 26,7% pielęgniarek i 42,5% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 14,3% respondentów, 11,9% lekarzy, 22,2% pielęgniarek i 16,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 12,5% uczestników badania, 10,8% lekarzy, 26,7% pielęgniarek oraz 12,4% pracowników administracji publicznej. Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,00036$).

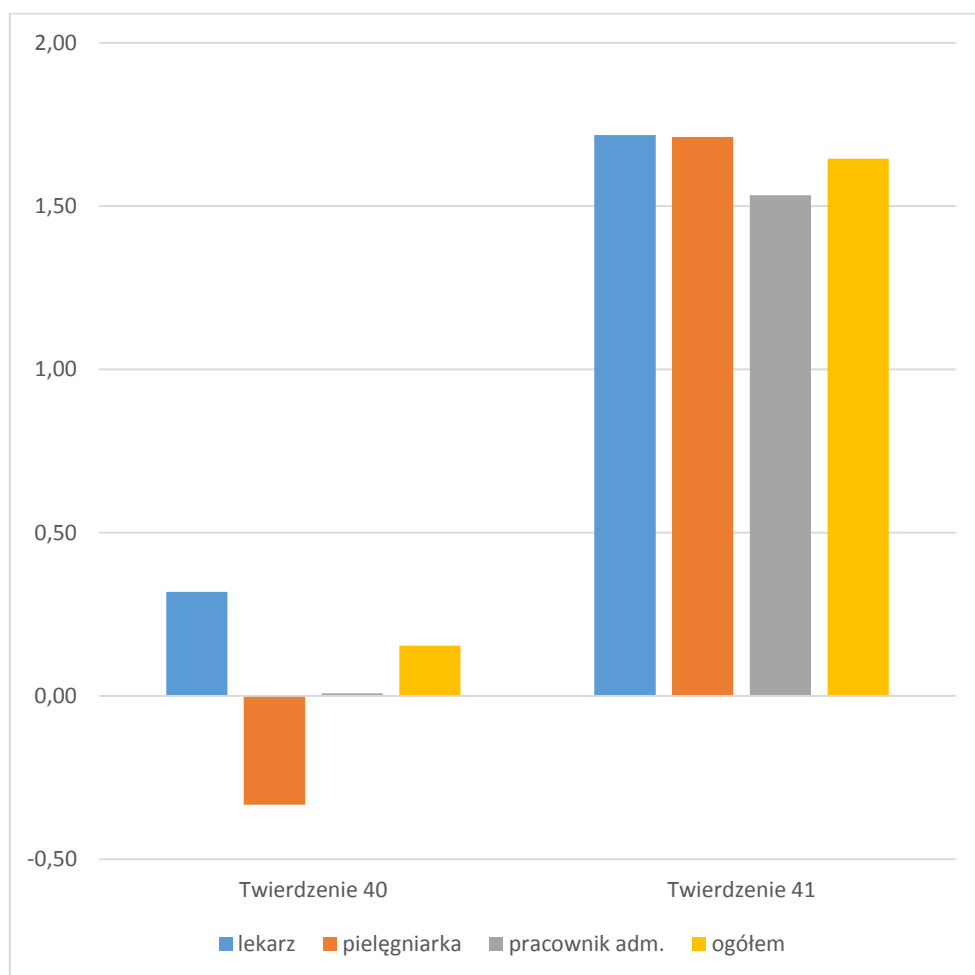
Rys. 6.52. Opinia na temat wdrożenia mechanizmów ułatwiających współpracę pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a specjalistami.



Z opinią na temat konieczności wdrożenia mechanizmów ułatwiających współpracę pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a specjalistami całkowicie zgodziło się 78,2% uczestników badania, 82,5% lekarzy, 82,2% pielęgniarek oraz 71,4% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą raczej zgodziło się 14,1% respondentów, 12,2% lekarzy, 8,9% pielęgniarek i 17,8% pracowników administracji publicznej. Opinii na ten temat nie miało 4,1% uczestników badania, 1,9% lekarzy, 6,7% pielęgniarek i 6,6% pracowników administracji publicznej. Ze stwierdzeniem tym raczej się nie zgadzało 1,2% respondentów, 1,1% lekarzy.

2,2% pielęgniarek i 1,2% pracowników administracji publicznej. Z opinią tą całkowicie nie zgadzało się 2,4% uczestników badania, % lekarzy oraz 3,1% pracowników administracji publicznej. Opinii takiej nie deklarowała żadna pielęgniarka, Stwierdzone pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi różnice w formułowanych opiniach okazały się istotne statystycznie ($p=0,02489$).

Rys. 6.53. Średnie punktowe poparcia dla opinii zawartych w twierdzeniach 40, 41, z uwzględnieniem grup zawodowych.



Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat ograniczenia możliwości przejmowania pacjentów przez specjalistów opieki długoterminowej (pytanie 40) wyniosła 0,15 pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa wśród lekarzy (0,32), następnie wśród pracowników administracji publicznej (0,01), zdecydowanie najniższa wśród pielęgniarek (-0,33). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,0002$).

Średnia punktowa poparcia dla opinii na temat wdrożenia mechanizmów ułatwiających współpracę pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a specjalistami (pytanie 41) wyniosła 1,65pkt. Średnia punktowa odpowiedzi była najwyższa wśród lekarzy (1,72), następnie w grupie zawodowej pielęgniarek (1,71), natomiast najniższa wśród pracowników

administracji publicznej (1,53). Stwierdzone różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,003$).

6.12 Podsumowanie badania ankietowego

Pomimo, że opinie całości badanej grupy w sprawie proponowanych rozwiązań były we wszystkich przypadkach pozytywne, to jednak skala ich poparcia różniła się istotnie, zarówno w wyodrębnionych analizowanych obszarach, jak i w poszczególnych grupach zawodowych.

Największy stopień poparcia uzyskały proponowane rozwiązania związane z informatyzacją podstawowej opieki zdrowotnej, kształceniem kadr, badaniami naukowymi, rejestrem podmiotów świadczących usługi dla podstawowej opieki zdrowotnej oraz wsparciem publicznym dla podmiotów świadczących te usługi. Większość proponowanych w tych obszarach rozwiązań najwyższy stopień poparcia uzyskała wśród pielęgniarek, następnie wśród lekarzy, natomiast najniższy wśród pracowników administracji publicznej.

W pozostałych analizowanych obszarach, a więc w obszarze: metod opłacania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, monitorowania i poprawy jakości w podstawowej opiece zdrowotnej, organizacji pracy w podstawowej opiece zdrowotnej oraz współpracy pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a leczeniem specjalistycznym stwierdzono duże dysproporcje w poparciu dla poszczególnych proponowanych rozwiązań.

W obszarze dotyczącym metod opłacania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej najwyższe poparcie uzyskały rozwiązania popierające stworzenie dodatkowych możliwości finansowania w POZ związanych z nabywaniem nowych kompetencji przez osoby realizujące świadczenia oraz ustalenie dodatku motywującego związanego z jakością udzielanych świadczeń, natomiast zdecydowanie najmniejsze, rozwiązanie mówiące o tym, że świadczenia POZ dla osób nieubezpieczonych powinny być finansowane tak samo jak dla osób ubezpieczonych. Temu rozwiązaniu byli przeciwni przede wszystkim lekarze i pracownicy administracji publicznej.

W obszarze dotyczącym monitorowania i poprawy jakości w podstawowej opiece zdrowotnej największym poparciem cieszyły się rozwiązania propagujące konieczność ograniczenia liczby biurokratycznych i restrykcyjnych kontroli prowadzonych przez NFZ na rzecz innych modeli poprawy jakości oraz rozwiązania optujące za wspieraniem opracowań i implementacji wytycznych dotyczących postępowania w najważniejszych problemach i chorobach.

W obszarze organizacji podstawowej opieki zdrowotnej najwyższe poparcie uzyskały rozwiązania dotyczące konieczności popularyzowania wśród pacjentów zasad korzystania ze świadczeń POZ oraz konieczności uproszczenia sprawozdawczości w POZ i ograniczenia liczby jej adresatów, natomiast zdecydowanie najniższym rozwiązaniem zdejmującym ze świadczeniodawców POZ konieczność weryfikacji ubezpieczenia. Zdecydowana większość

proponowanych w tym obszarze rozwiązań cieszyła się poparciem lekarzy, mniejszym innych grup zawodowych.

W obszarze dotyczącym współpracy pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a leczeniem specjalistycznym zdecydowanym poparciem cieszyło się rozwiązanie dotyczące wdrożenia mechanizmów ułatwiających współpracę pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a specjalistami, natomiast minimalnym, rozwiązanie ograniczające możliwość przejmowania pacjentów przez specjalistów opieki długoterminowej. Rozwiązanie takie uzyskało niewielkie poparcie wśród lekarzy i pracowników administracji publicznej, natomiast przeciwne takiemu rozwiązaniu były pielęgniarki.

7. Podsumowanie i wnioski końcowe

Niniejszy raport zawiera podstawowe rekomendacje, określające cele, obszary i kierunki najważniejszych zmian w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Rozwiązania i zadania zaproponowane w niniejszym opracowaniu powinny zostać uwzględnione w dokumencie strategicznym pt. „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2021-2027”. Stworzy to podstawy dla zapewnienia środków finansowych dla działań, które mogą zagwarantować systematyczny rozwój Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Ich wdrożenie będzie wymagało uruchomienia projektów celowych w licznych obszarach. Część wymaga także nowych rozwiązań legislacyjnych. Nowe rozwiązania powinny, o ile to możliwe, być poddawane sprawdzeniu pod kątem ich efektywności w drodze pilotażu. Wiele z nich może stanowić podstawę dla wprowadzenia w życie zapisów ustawy o Podstawowej Opiece Zdrowotnej.

7.1 Kluczowe wnioski z raportu

Prace związane z przygotowaniem raportu „Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce – diagnoza i projekty zmian” pozwalają na sformułowanie następujących wniosków o charakterze ogólnym:

- Podstawowa opieka zdrowotna jest kluczową częścią każdego systemu ochrony zdrowia, w ramach której realizowana jest największa liczba świadczeń zdrowotnych. Od jej sprawnego funkcjonowania zależy efektywność całego systemu ochrony zdrowia.
- Liczba udzielanych w ciągu roku porad ambulatoryjnych przekracza w Polsce 290 mln, z czego duża część (ponad 36%) to porady specjalistyczne. Obserwuje się niewielki przyrost liczby porad w kolejnych latach. W POZ średnia roczna liczba porad udzielana jednemu pacjentowi wynosi 4,6, a w AOS 3,1. Około 1/3 porad w POZ udzielana jest osobom powyżej 65 roku życia.

- Rocznie w POZ udzielanych jest 71,4 mln świadczeń pielęgniarских. Średnia liczba świadczeń dla kraju w przeliczeniu na 1 podopiecznego wynosiła 2,01. Rocznie udzielanych jest także 2,3 mln świadczeń położnych.
- Mimo braku jednoznacznych danych można przyjąć, że w Polsce jest 11 tys. lekarzy rodzinnych, a łącznie ponad 30 tys. lekarzy różnych specjalności zgłoszonych do udzielania świadczeń w POZ. W ramach rezydentury kształconych jest 1200 lekarzy rodzinnych. Starzenie się lekarzy POZ oraz brak zastępowalności pokoleń to problem istniejący nie tylko na omawianym poziomie opieki zdrowotnej i utrzymujący się od dłuższego czasu. Blisko połowa lekarzy jest w wieku przekraczającym 55 lat.
- Świadczenia pielęgniarки i położnej POZ realizuje ponad 44 tys. pielęgniarek i położnych. Stwierdza się niewielkie, kilkuprocentowe zmiany w odniesieniu do liczby pielęgniarek udzielających świadczeń i zapewniających opiekę w POZ, ale dane te wymagają weryfikacji. Główny problem w tej grupie zawodowej to również niewystarczający dopływ młodych kadr i ciągłe starzenie się.
- Pomimo istniejących obowiązków sprawozdawczości, brakuje łatwo dostępnych, upublicznionych, aktualnych danych dotyczących kadry medycznej i udzielanych w POZ świadczeń. Dostępne dane znacząco różnią się w zależności od źródła ich pochodzenia. Stosunkowo korzystnie wyglądają na tym tle informacje o stanie zdrowia i analizy w formie map potrzeb zdrowotnych dla poszczególnych dziedzin medycyny.
- Brak jest centralnej instytucji zdolnej w sposób wiarygodny zbierać i przetwarzać dane, mogące stanowić podstawę do podejmowania odpowiedzialnych decyzji zarządczych, zdolnej koordynować proces kształcenia kadr, a także inicjować i prowadzić badania naukowe oraz prace rozwojowe w POZ.
- Dostępne dane wskazują, że istnieją duże różnice regionalne w strukturze, zasobach i organizacji POZ. Różnice te nie są uzasadnione względami epidemiologicznymi.
- Zakres realizowanych w naszym kraju świadczeń POZ oraz ich jakość znajdują się na względnie dobrym poziomie. Zagwarantowana jest dostępność do usług lekarza, pielęgniarки i położnej w większości gmin, stosunkowo wysoki jest stopień satysfakcji pacjentów, realizowane są zadania z zakresu promocji zdrowia i prewencji chorób. Nie działają jednak mechanizmy zapewniające systematyczny rozwój POZ.
- Uchwalona w październiku 2017 r. ustawa o POZ wzmacnia ten poziom opieki, daje nadzieję na stałą poprawę jej organizacji i funkcjonowania oraz stwarza warunki do zwiększenia jego efektywności.

7.2 Obszary wsparcia rozwoju POZ w perspektywie finansowej Unii Europejskiej na lata 2021-2027

Poniżej zestawiono omówione w dokumencie inicjatywy zmierzające do rozwoju podstawowej opieki w Polsce, których wsparcie powinno zostać uwzględnione przy

planowaniu kolejnej perspektywy finansowej Unii Europejskiej na lata 2021-2027. W nawiasach podano numery zadań opisanych w poszczególnych częściach rozdziału 5.

- Stworzenie i wdrożenie programu wsparcia publicznego dla uruchamiania działalności leczniczej w gminach deficytowym dostępem do świadczeń POZ. (zadania 2.1. i 2.2.).
- Utworzenie i uruchomienie systemu benchmarkingu (analizy porównawczej), umożliwiającego pacjentom i profesjonalistom medycznym dokonywanie porównań udzielanych świadczeń POZ (zadanie 4.2).
- Wsparcie programu akredytacji podmiotów leczniczych, udzielających świadczenia z zakresu POZ (zadanie 4.5.)
- Uruchomienie programu wspierającego działalność grup rówieśniczych profesjonalistów medycznych, udzielających świadczeń w POZ (zadanie 4.4.).
- Program opracowania i wdrożenia wytycznych postępowania w najważniejszych problemach klinicznych z obszaru POZ (zadanie 4.5.).
- Utworzenie centralnej jednostki badawczo – rozwojowej, stymulującej rozwój medycyny rodzinnej w obszarze działalności klinicznej, edukacji oraz badań naukowych (zadania 4.6. i 7.1.).
- Wsparcie programu rozwoju kompetencji dydaktycznych lekarzy nauczających medycyny rodzinnej (zadanie 5.2.).
- Utworzenie centralnego oraz regionalnych ośrodków kształcenia lekarzy rodzinnych, koordynujących proces kształcenia podyplomowego (zadanie 5.3).
- Uruchomienie programu reorientacji zawodowej dla personelu planującego karierę zawodową w POZ (zadanie 5.4.).
- Program wdrożenia elektronicznej dokumentacji pacjenta w placówkach POZ (zadanie 6.1.).

7.3 Inne działania niezbędne dla poprawy funkcjonowania i jakości POZ

W tej części zestawiono omówione w dokumencie inne działania zmierzające do poprawy funkcjonowania i jakości podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, wymagające decyzji o charakterze zarządczym i administracyjnym. W nawiasach podano numery zadań opisanych w poszczególnych częściach rozdziału 5.

- Modyfikacja map rozmieszczenia podmiotów leczniczych w POZ w celu ustalenia obszarów z deficytowym dostępem do świadczeń POZ (zadanie 1.1.).
- Wydzielenie w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia środków na finansowanie początkowej działalności nowotworzonych placówek POZ w rejonach deficytowych (zadanie 2.3.).

- Doprecyzowanie zasad opłacania świadczeń POZ objętych nowymi metodami finansowania, a w szczególności budżetem powierzonym, opłatą zadaniową czy dodatkiem motywacyjnym (zadanie 3.1., 3.2. i 3.3.).
- Stworzenie systemu monitorowania jakości kształcenia w zakresie medycyny rodzinnej na polskich uczelniach medycznych (zadanie 5.1.).
- Ułatwienie wymiany informacji międzysektorowej i wewnątrz systemu ochrony zdrowia (zadanie 6.3.).
- Wydzieleni w funduszach centralnych środków finansowych z przeznaczeniem na rozwój badań naukowych w obszarze POZ (zadanie 7.2.).

7.4 Działania legislacyjne niezbędne dla realizacji zapisów ustawy o POZ

Treść przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej ze wskazanymi terminami ich wprowadzenia oraz działania konieczne do ich wdrożenia szczegółowo przedstawiono w rozdziale 4 – Zadania wynikające z analizy zapisów ustawy o POZ. Poniżej przedstawiono wynikające z niego (a także po części innych fragmentów ekspertyzy) najważniejsze działania legislacyjne.

- Terminem wprowadzenia działań koordynacyjnych w większości przypadków był dzień 1 grudnia 2017. Działania te wymagają bardziej szczegółowego doprecyzowania, a lekarzom i pozostałemu personelowi POZ należy przypisać konkretne uprawnienia i obowiązki. Należy także skonkretyzować zasady współpracy pomiędzy kadrami POZ, a administracją, dyrektorami szkół i przedstawicielami innych instytucji. Większa szczegółowość regulacji umożliwiłaby bardziej efektywne działania.
- W celu utworzenia centralnej jednostki naukowo-badawczej, kompleksowo zajmującej się rozwojem podstawowej opieki zdrowotnej należy przekształcić Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie w Instytut Medycyny Rodzinnej i Zdrowia Mieszkańców Wsi im. Witolda Chodźki, stosownie rozszerzając jego kompetencje. W tej sprawie musi zostać wydane rozporządzenie Rady Ministrów, a konsekwencją zmiany nazwy jednostki oraz rozszerzenia jej zadań statutowych, musi być także dokonanie zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
- Ważne zapisy ustawy dotyczą jakości świadczeń. Minister Zdrowia posiada możliwość określenia w drodze rozporządzenia kryteriów i obszarów monitorowania jakości. Powinny one dotyczyć zagadnień istotnych z punktu widzenia koordynacji opieki oraz nowych metod finansowania, w tym dostępności, kompleksowości, ciągłości, organizacji udzielania świadczeń i uzyskiwania efektu zdrowotnego.
- W odniesieniu do lekarzy POZ będących specjalistami w dziedzinie pediatrii i chorób wewnętrznych, którzy udzielali świadczeń w POZ przed końcem roku 2024 wprowadzono obowiązek ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej. W omawianym zakresie konieczne jest wydanie przez Ministra Zdrowia rozporządzenia

określającego ramowy program kursu (data wejścia w życie wynikająca z ustawy to 1 stycznia 2019).

- Konieczna jest także nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. Wprowadzenia wymagają zapisy dotyczące w szczególności ciągłości opieki i kompleksowości świadczeń.
- Od dnia 1 października 2020 roku świadczeniodawcy zobowiązani są wyznaczać osoby, które będą organizowały udzielanie świadczeń i zapewniały współpracę między osobami zaangażowanymi w opiekę. Konieczne jest silniejsze, prawne umocowanie podmiotów POZ i wymienionych osób, przez co wzmocnieniu ulegną możliwości realizacji omawianego zapisu.
- Dodatkowo, na podstawie delegacji zawartej w zapisach artykułu 22 ust. 5 Ustawy o działalności leczniczej Minister Zdrowia powinien określić, w drodze rozporządzenia, zadania oraz standard organizacyjny podstawowej opieki zdrowotnej.

7.5 Wnioski końcowe

- Wprowadzanie zmian na poziomie POZ może w istotny sposób wpłynąć na zachowanie i poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, ograniczenie skutków chorób i niepełnosprawności, uzyskanie wysokiego poziomu zadowolenia i bezpieczeństwa pacjentów oraz ograniczenie nakładów wydatkowanych na opiekę zdrowotną.
- Konieczne jest ukierunkowanie przekształceń w POZ na zapewnienie istotnych cech opieki podstawowej tj. dostępności, ciągłości, kompleksowości i wszechstronności świadczeń, koordynacji, poprawy jakości oraz efektywności.
- Należy utworzyć centralną jednostkę badawczo-rozwojową, która zagwarantuje możliwość gromadzenia i analizy istotnych dla medycyny rodzinnej i POZ danych. Ułatwi ona także lekarzom, pielęgniarkom i położnym rozwój w obszarze zawodowym i naukowym.
- W ramach działań rozwojowych należy wprowadzać zmiany obejmujące wiele obszarów opieki podstawowej, w tym: zwiększenie liczby i kształcenie kadr medycznych, wzmocnienie infrastruktury, informatyzację, wprowadzenie nowych metod finansowania, rozwijanie badań naukowych.

8. Załączniki

Załącznik 1. Zakres poszukiwanych danych do raportu o POZ.

Ministerstwo Zdrowia

1. Podmioty udzielające świadczeń w POZ w ramach umów z NFZ.

1. Liczba podmiotów POZ: praktyki zawodowe (indywidualne i grupowe; lekarskie, pielęgniarskie lub położnych) oraz podmioty lecznicze (przedsiębiorcy: osoby fizyczne lub prawne, samorządy, organizacje pozarządowe, inne) w podziale na powiaty/województwa.
2. Liczba podmiotów/praktyk udzielających świadczenia wyłącznie w zakresie POZ, jak i w zakresie szerszym (POZ + AOS + opieka szpitalna).
3. Liczba i struktura umów POZ w poszczególnych oddziałach wojewódzkich – liczbowy, procentowy (Lekarz POZ, Pielęgniarka POZ, Położna POZ, lekarz + pielęgniarka, lekarz + położna, pielęgniarka + położna, lekarz + pielęgniarka + położna).
4. Liczba podmiotów transportu sanitarnego oraz podmiotów zapewniających nocną i świąteczną opiekę.
5. Struktura własnościowa: podmioty publiczne i niepubliczne z podziałem na poszczególne województwa.
6. Wielkość podmiotów: liczba miejsc udzielania świadczeń, liczba pacjentów zadeklarowanych do poszczególnych profesjonalistów medycznych POZ (lekarz, pielęgniarka, położna) w podmiocie.

2. Pacjenci w POZ.

1. Liczba zadeklarowanych pacjentów w podmiotach leczniczych z uwzględnieniem ich struktury demograficznej i miejsca zamieszkania (w tym domy pomocy społecznej).
2. Liczba pacjentów pod opieką (przypadająca na jednego) lekarza/pielęgniarkę/położną w POZ.
3. Odsetek pacjentów zadeklarowanych na listach lekarzy, pielęgniarek i położnych u jednego lub różnych świadczeniodawców.
4. Liczba pacjentów niepełnosprawnych / niesamodzielnych / samotnych / wymagających opieki osób trzecich na stałe / czasowo / wymagających pomocy socjalnej / trwale leżących / rodziny niepełne / dysfunkcyjne.

3. Świadczenia medyczne.

1. Liczba porad (lekarskich, pielęgniarskich, położnej POZ) w gabinecie/domu pacjenta, liczba porad w programach profilaktycznych i innych.
2. Liczba badań diagnostycznych (laboratoryjnych, obrazowych i innych).
3. Liczba porad w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

4. Liczba porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS); z podziałem na poszczególne typy/rodzaje poradni specjalistycznych z uwzględnieniem:
5. Liczba porad jednorazowych oraz wynikających z opieki stałej.
6. Liczba pacjentów, którym udzielono porady AOS.

4. Personel POZ.

1. Liczba i struktura demograficzna personelu POZ w grupach zawodowych, w poszczególnych województwach.
2. Liczba lekarzy rodzinnych, internistów, pediatrów, lekarzy ogólnych, specjalistów innych dziedzin oraz lekarzy bez specjalizacji udzielających świadczeń w POZ (w tym uprawnionych do zbierania deklaracji wyboru).
3. Liczba lekarzy rodzinnych posiadających także specjalizację z innych dziedzin (np. interny lub pediatrii).
4. Liczba miejsc pracy jednego lekarza POZ z uwzględnieniem miejsca pracy w szpitalu i AOS.
5. Liczba pielęgniarek i struktura kwalifikacji: kurs/specjalizacja/magisterium; dodatkowe kwalifikacje zawodowe, dodatkowy personel wspomagający (niemedyczny).

5. Szkolenie podyplomowe.

1. Liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii.
2. Liczba przyznanych miejsc szkoleniowych w medycynie rodzinnej i podział na tryb rezydentki oraz pozarezydentki; odsetek wykorzystania tych miejsc.
3. Liczba i odsetek rezydentur z medycyny rodzinnej w odniesieniu do wszystkich innych specjalizacji lekarskich.

6. Nakłady na POZ.

1. Wartość i odsetek kwoty przeznaczanej na świadczenia POZ z ogólnej kwoty na świadczenia oraz wartość i odsetek kwoty przeznaczanej na ASO i leczenie szpitalne.
2. Koszty świadczeń: lekarzy POZ, pielęgniarek i położnych, pielęgniarek szkolnych oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (w ramach kapitału i innych form finansowania).
3. Koszty świadczeń transportu sanitarnego.

7. Kontrole w POZ.

1. Liczba kontroli NFZ oraz innych instytucji: PIP, NIK, ZUS, Urząd Wojewódzki, CMKP, MZ, Sanepid, (w podziale na rodzaje/zakres) przeprowadzonych w POZ.
2. Rodzaje zaleceń/sankcji i kar po przeprowadzonych kontrolach.

8. Realizacja programów profilaktycznych w POZ, a także inne, w tym w szczególności w zakresie zapobiegania nowotworom:

1. piersi,
2. szyjki macicy,
3. jelita grubego.

Narodowy Fundusz Zdrowia

Zasoby podstawowej opieki zdrowotnej

1. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu według województw (lekarze POZ, pielęgniarki, położne) - liczba bezwzględna, wskaźnik na 10 tys. ludności.
2. Lekarze POZ, pielęgniarki, położne uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku, płci i województw.
3. Lekarze w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w placówkach ochrony zdrowia w osobach według województw (Lekarze, w tym specjaliści, Lekarze rodzeni, Lekarze pediatrzy; z podziałem zatrudnienia na: podstawie stosunku pracy, w ramach umowy cywilnoprawnej).
4. Pielęgniarki i położne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w placówkach ochrony zdrowia w osobach według województw (z podziałem zatrudnienia na: podstawie stosunku pracy [Pielęgniarki środowiskowe rodzinne; Pielęgniarki środowiskowe nauczania i wychowania], w ramach umowy cywilnoprawnej).
5. Liczba i rozmieszczenie świadczeniodawców POZ (umów) w podziale na powiaty/województwa.
6. Liczba umów (podmiotów) udzielania świadczeń w podziale na zakres świadczeń w podziale na 3 główne typy umów w POZ (świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ) w skali kraju/ w skali województwa.
7. Liczba miejsc udzielania świadczeń w podziale na zakres świadczeń w podziale na 3 główne typy umów w POZ (świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ) w skali kraju/ w skali województwa.
8. Struktura umów POZ w poszczególnych oddziałach wojewódzkich – liczbowy, procentowy (Lekarz POZ, Pielęgniarka POZ, Położna POZ, lekarz + pielęgniarka, lekarz + położna, pielęgniarka + położna, lekarz + pielęgniarka + położna).
9. Udział umów POZ zawartych w trzech zakresach (lekarz + pielęgniarka + położna) w ogólnej liczbie i umów w podziale na województwa.
10. Procentowy udział poszczególnych zakresów świadczeń POZ w umowach ze świadczeniodawcami (Lekarz POZ, Pielęgniarka POZ, Położna POZ, lekarz + pielęgniarka, lekarz + położna, pielęgniarka + położna, lekarz + pielęgniarka + położna).
11. Średnia liczba świadczeniobiorców przypadająca na jednego świadczeniodawcę POZ w województwie.

12. Liczba miejsc udzielania świadczeń przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ (w zakresie lekarz, pielęgniarka, położna) w podziale na województwa.
13. Udział % personelu POZ przyjmującego deklarację wyboru w ogólnej liczbie personelu zgłaszanego do umów z podziałem na województwa (w zakresie: lekarze, pielęgniarki, położne, razem).

Lekarze POZ

1. Liczba umów zawartych na 2018 rok – lekarze POZ (liczba podmiotów – lekarze POZ, w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem) w podziale na województwa.
2. Liczba miejsc udzielania świadczeń lekarza POZ (lekarze POZ, w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem) w podziale na województwa.
3. Liczba lekarzy POZ (w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem) zgłoszonych do realizacji umów w podziale na województwa.
4. Liczba podopiecznych objętych opieką przez lekarza POZ (w podziale na lekarze POZ, w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem) w podziale na województwa.
5. Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 miejsce udzielania świadczeń (lekarza POZ, w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem) w podziale na województwa.
6. Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 lekarza przyjmującego deklarację wyboru (w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem) w podziale na województwa.

Pielęgniarki POZ

1. Liczba umów zawartych na 2018 rok w POZ - pielęgniarki (liczba podmiotów, w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem) w podziale na województwa.
2. Liczba miejsc udzielania świadczeń pielęgniarek POZ (w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem) w podziale na województwa.
3. Liczba pielęgniarek zgłoszonych do realizacji umów w podziale na rodzaj podmiotu (w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem) w podziale OW NFZ.
4. Średnia liczba świadczeniobiorców (na podstawie złożonych deklaracji) na 1 pielęgniarkę POZ w zależności od OW NFZ i formy podmiotu POZ (w tym: podmioty

niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem).

5. Procentowy udział osób bez wybranej imiennie pielęgniarki POZ w populacji zadeklarowanej ogółem, w zależności od OW NFZ wielkości miast (w tym: miasta do 50 tys. mieszkańców, miasta powyżej 50 tys. mieszkańców, pozostałe obszary – gminy wiejskie, razem).

Położne POZ

1. Liczba umów zawartych na 2018 rok w POZ – położne POZ (liczba podmiotów, w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem) w podziale na województwa.
2. Liczba miejsc udzielania świadczeń położnych POZ (w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem) w podziale na województwa.
3. Liczba położnych POZ zgłoszonych do realizacji umów w podziale na rodzaj podmiotu
(w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem) w podziale OW NFZ.
4. Średnia liczba świadczeniobiorców (na podstawie złożonych deklaracji) objętych opieką położnej POZ w zależności od OW NFZ i formy podmiotu POZ (w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem).
5. Średnia liczba świadczeniobiorców objętych opieką położnej na 1 miejsce udzielania świadczeń w zależności od OW NFZ i formy podmiotu POZ (w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem).
6. Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 położną uprawnioną do przyjmowania deklaracji wyboru w zależności od OW NFZ i formy podmiotu POZ (w tym: podmioty niebędące przedsiębiorcami, podmioty będące przedsiębiorcami, grupowe praktyki, indywidualne praktyki, razem).

Działalność podstawowej opieki zdrowotnej w ujęciu regionalnych (w podziale na OW NFZ)

1. Liczba świadczeń lekarza POZ na 1 pacjenta (w przeliczeniu na 1 zapisanego na listę lekarza POZ), w tym: liczba świadczeń lekarzy POZ, populacja osób zadeklarowanych, liczba świadczeń w przeliczeniu na 1 zapisanego na listę lekarza POZ.
2. Liczba porad lekarskich w POZ z uwzględnieniem wieku i płci pacjentów.
3. Liczba porad lekarskich w POZ na 1000 ludności w danym wieku.

4. Liczba świadczeń pielęgniarstwa POZ na 1 pacjenta; w tym: liczba świadczeń pielęgniarstwa POZ, populacja osób zadeklarowanych, liczba świadczeń w przeliczeniu na 1 zapisanego na listę pielęgniarstwa POZ.
5. Liczba świadczeń położnej POZ na 100 pacjentek w podziale na województwa; w tym liczba świadczeń położnej POZ, populacja osób zadeklarowanych, liczba świadczeń w przeliczeniu na 100 osób zapisanych na listę położnej POZ.
6. Liczba sprawozdanych świadczeń lekarskich na 1 świadczenie pielęgniarstwa w podziale na województwa;; w tym: liczba świadczeń pielęgniarstwa POZ, liczba świadczeń lekarza POZ, liczba sprawozdanych świadczeń lekarskich na 1 świadczenie pielęgniarstwa.
7. Poziom wykonania badań diagnostycznych w POZ z podziałem na grupę badań i województwo (wykonania w danym roku, % poziom wykonania w danym roku do roku wcześniejszego).
 - Badania hematologiczne
 - Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi
 - Badania moczu
 - Badania kału
 - Badania układu krzepnięcia
 - Badania mikrobiologiczne
 - Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku
 - Badanie ultrasonograficzne (USG)
 - SPIROMETRIA
 - Zdjęcia rentgenowskie

Nakłady na POZ w podziale na województwa

1. Wartość i % kwoty przeznaczanej na świadczenia POZ z ogólnej kwoty na świadczenia oraz wartość i % kwoty przeznaczanej na ASO i leczenie szpitalne.
2. Koszty świadczeń: lekarzy POZ, pielęgniarstwa i położnych, pielęgniarstwa szkolnych oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (w ramach kapitału i innych działań).
3. Koszty świadczeń transportu sanitarnego.

Kontrole w POZ w podziale na województwa

1. Liczba kontroli NFZ oraz innych instytucji: PIP, NIK, ZUS, Urząd Wojewódzki, CMKP, MZ, Sanepid, (w podziale na rodzaje/zakres) przeprowadzonych w POZ.
2. Rodzaje zaleceń/sankcji i kar po przeprowadzonych kontrolach.

1. **Przystosowanie jednostek POZ** do potrzeb osób niepełnosprawnych według województw, z podziałem na typy: a) 1 pochylnia/podjazd/platforma 2) drzwi automatycznie otwierane 3) winda 4) udogodnienia dla osób niewidomych 5) inne 6) brak udogodnień – zestawienie liczbowe i procentowe.
2. **Porady ogółem w POZ**; w tym porady domowe, według województw, z podziałem na płeć i grupy (dzieciom i młodzieży w wieku do lat 18; od 18 do 64 lat, osobom w wieku 65 lat i więcej; kobietom - w tym kobietom w ciąży w zakresie opieki profilaktycznej) – zestawienie liczbowe i procentowe.
 - a) Liczba porad (lekarskich, pielęgniarских, położnej POZ) w gabinecie/domu pacjenta, liczba porad w programach profilaktycznych i innych.
 - b) Liczba badań diagnostycznych (laboratoryjnych, obrazowych i innych).
3. **Porady ogółem w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS)**; z podziałem na poszczególne typy/rodzaje poradni specjalistycznych:
 - a) Liczba porad jednorazowych oraz wynikających z opieki stałej.
 - b) Liczba pacjentów, którym udzielono porady AOS.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny / GIS

1. Stan zaszczepienia dzieci i młodzieży poniżej 20 lat według szczepień (z podziałem na województwo, grupy wiekowe, rocznik – o ile to możliwe) – dane zestawione liczbowo/odsetek zaszczepionej populacji za dany rok:
 - a) WZW typu B;
 - b) Błonica, tężec;
 - c) Krztusiec;
 - d) Poliomyelitis;
 - e) Odra, świnka, różyczka;
 - f) Różyczka (dziewczęta w wieku 13-16 lat);
 - g) Zakażenia h. influenzae typu B;
 - h) Zakażenia s. pneumoniae.

Ponadto, jeśli to możliwe, prosimy o dostarczenie danych w następujący sposób:

- Stan zaszczepienia dzieci w 1-3 roku życia (różyczka/odra/świnka w 2-4 r.ż.) w latach 2007-2018 w stosunku do liczby objętych sprawozdaniami ze szczepień ochronnych.

- Stan zaszczepienia dzieci w 2 roku życia w latach 2007-2016 w stosunku do liczby dzieci w roczniku oraz w stosunku do liczby objętych sprawozdaniami ze szczepień ochronnych.
 - Stan zaszczepienia roczników 2018-1999 w 2018 roku.
 - Porównanie stanu zaszczepienia wybranych roczników w 2018 i 2017 roku.
 - Stan zaszczepienia dzieci w 2 roku życia (różyczka/odra/świnka w 3 r.ż.)w 2018 roku według województw - w stosunku do objętych sprawozdaniami.
 - Stan zaszczepienia dzieci w 2 roku życia (różyczka/odra/świnka w 3 r.ż.)w 2018 roku według województw - w stosunku do rocznika.
 - Stan zaszczepienia roczników 2018-1999 w 2018 roku według województw.
2. Liczba zaszczepionych przeciw WZW typu B w grupach ryzyka (z podziałem na województwa) – dane zestawione liczbowo/odsetki
3. Liczba noworodków i dzieci do 15 roku życia zaszczepionych przeciw gruźlicy (z podziałem na województwa) – dane zestawione liczbowo/odsetek zaszczepionej populacji za dany rok:
- a) Szczepienia noworodków wykonane w roku sprawozdawczym.
 - b) Szczepienia w wieku >12 m. życia (do ukończenia 15 lat) w roku sprawozdawczym.
 - c) Stan zaszczepienia w roku sprawozdawczym (rocznik 2017 i 2018).
4. Liczba zaszczepionych na pozostałe szczepienia w okresie sprawozdawczym według województw (zestawienie według choroby, przeciwko której wykonano szczepienie i wieku szczepionych: 0-19, 20-29, 30 lat i powyżej) – dane zestawione liczbowo/odsetki.
- a) Błonica
 - b) Tęžec
 - c) Krztusiec
 - d) Poliomyelitis
 - e) Odra, świnka, różyczka
 - f) WZW typu A
 - g) Zakażenie *Streptococcus pneumoniae*
 - h) Ospa wietrzna
 - i) Zakażenie *Neisseria meningitidis*
 - j) Kleszczowe zapalenie mózgu
 - k) Brodawczak ludzki
 - l) Biegunka rotawirusowa
 - m) Dur brzuszny
 - n) Cholera
 - o) Żółta gorączka

5. Liczba zaszczepionych przeciw grypie w latach 2007-2018 na 1000 ludności.
6. Liczba zaszczepionych przeciw grypie w 2018 roku według grup wieku na 1000 ludności (np.: 0-4; 5-14; 15-64; 65+).
7. Liczba szczepień przeciw grypie w 2018 roku według województw z podziałem na grupy wiekowe (np.: 0-4; 5-14; 15-64; 65+).
8. Osoby uchylające się od obowiązkowych szczepień według województw (liczba osób, wskaźnik).
9. Osoby uchylające się od obowiązkowych szczepień w latach 2007-2018 – dane zestawione liczbowo/odsetek populacji za dany rok.
10. Niepożądane odczyny poszczepienne według województw i ogółem – dane zestawione liczbowo/odsetki.

Centrum Monitorowania Jakości

1. Liczba podmiotów udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (jednostek POZ), które aktualnie posiadają akredytację, ogółem i z podziałem na województwa.
2. Liczba jednostek POZ, które są w trakcie procesu akredytacji, ogółem i z podziałem na województwa.
3. Liczba jednostek POZ, które zgłosiły się w 2018 roku do konkursu "*Wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki*" (Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (POWER), współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego); ogółem i w podziale na województwa.
4. Liczba jednostek POZ, które uzyskały w 2018 roku certyfikat akredytacyjny, przystępując do konkursu "*Wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki*", ogółem i w podziale na województwa.