



Prof. UJ dr hab. n. med. Adam Windak
Kierownik Zakładu Medycyny Rodzinnej CM UJ
Wiceprezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce



Propozycja kluczowych rozwiązań w POZ

Stan prac Zespołu Ministra Zdrowia

ds. POZ na dzień 8 marca 2016

Spotkanie projektu Koordynowana Opieka Zdrowotna

Warszawa, 18 marca 2016

Zespół ds. ustawy o POZ

Poz. 1

ZARZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 4 stycznia 2016 r.

w sprawie powołania Zespołu do opracowania projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej

Na podstawie art. 7 ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2012 r. poz. 392 oraz z 2015 r. poz. 1064) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Powołuje się Zespół do opracowania projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, zwany dalej „Zespołem”.

2. Zespół jest organem pomocniczym ministra właściwego do spraw zdrowia.

Zadania Zespołu

Przygotowanie:

- * Wstępne opracowanie strategiczne
- * Projekt założeń projektu ustawy o POZ
- * Test regulacyjny

Opracowanie strategiczne pt. „Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje głównych kierunków zmian”

 Health Consumer Powerhouse



**Euro Health
Consumer Index 2015**



Global Health Survey

EXPERIENCE & PERCEPTION IN 28 COUNTRIES
International Research Institutes www.irisnetwork.org



Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey

Willemijn LA Schäfer,^a Wienke GW Boerma,^a Anna M Murante,^b Herman JM Sixma,^a François G Schellevis^a & Peter P Groenewegen^a

Objective To investigate patients' perceptions of improvement potential in primary care in 34 countries.

Methods We did a cross-sectional survey of 69 201 patients who had just visited general practitioners at primary-care facilities. Patients rated five features of person-focused primary care – accessibility/availability, continuity, comprehensiveness, patient involvement and doctor–patient communication. One tenth of the patients ranked the importance of each feature on a scale of one to four, and nine tenths

Research

Dionne Kringos, Wienke Boerma, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Toni Dedeu, Toralf Hasvold, Allen Hutchinson, Margus Lember, Marek Oleszczyk, Danica Rotar Pavlic, Igor Svab, Paolo Tedeschi, Stefan Wilm, Andrew Wilson, Adam Windak, Jouke Van der Zee and Peter Groenewegen

The strength of primary care in Europe:

an international comparative study

Abstract

INTRODUCTION

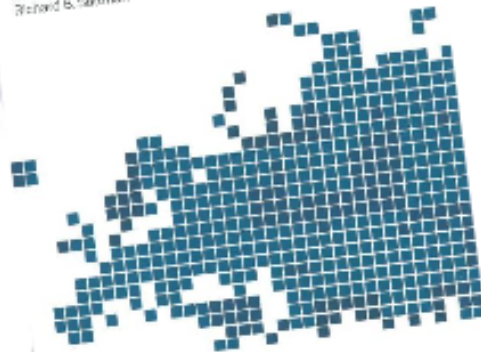
Important drivers for health systems development are the need for greater

resources.^{8–11} Supported by a growing body of evidence since Starfield's study in 1991/12, decision makers increasingly use

**Building
primary care in
a changing Europe**

Edited by
Dimitri S. Aringer
Wienke G.M. Boerma
Klaus Heisterkamp
Richard S. Saltman

38
Primary
Care



Building Primary Care in a changing Europe

Contributions from research

Wienke Boerma

NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research
EFPC, European Forum for Primary Care

JAKOŚĆ PODSTWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE



PHAMEU
Primary Health Care
Activity Monitor for Europe

Table 2. The strengths of countries' primary care dimensions based on scoring system (see Box 2)

Country	The structure of primary care			The service-delivery process of primary care				Overall primary care system strength
	Primary care governance	Economic conditions of primary care	Primary care workforce development	Access to primary care	Continuity of primary care	Coordination of primary care	Comprehensiveness of primary care	
Austria	Medium	Medium	Weak	Medium	Weak	Weak	Weak	Weak
Belgium	Medium	Strong	Medium	Weak	Strong	Medium	Strong	Strong
Bulgaria	Medium	Weak	Weak	Weak	Medium	Weak	Strong	Weak
Cyprus	Weak	Weak	Weak	Weak	Medium	Weak	Weak	Weak
Czech Republic	Medium	Weak	Weak	Strong	Strong	Medium	Weak	Medium
Denmark	Strong	Medium	Strong	Strong	Strong	Strong	Medium	Strong
Estonia	Strong	Weak	Medium	Medium	Strong	Medium	Medium	Strong
Finland	Medium	Strong	Strong	Medium	Medium	Medium	Strong	Strong
France	Medium	Medium	Medium	Weak	Medium	Medium	Strong	Medium
Germany	Medium	Strong	Medium	Medium	Strong	Weak	Medium	Medium
Greece	Medium	Weak	Weak	Weak	Weak	Strong	Weak	Weak
Hungary	Weak	Medium	Medium	Strong	Medium	Weak	Weak	Weak
Iceland	Weak	Weak	Weak	Medium	Strong	Weak	Medium	Weak
Ireland	Weak	Weak	Strong	Weak	Strong	Weak	Medium	Weak
Italy	Strong	Strong	Medium	Medium	Weak	Medium	Weak	Medium
Latvia	Medium	Medium	Weak	Weak	Strong	Medium	Medium	Medium
Lithuania	Strong	Medium	Medium	Strong	Weak	Strong	Strong	Strong
Luxembourg	Weak	Weak	Weak	Weak	Weak	Medium	Medium	Weak
Malta	Weak	Weak	Strong	Weak	Weak	Strong	Medium	Weak
Netherlands	Strong	Strong	Strong	Strong	Weak	Strong	Medium	Strong
Norway	Strong	Weak	Medium	Medium	Medium	Weak	Strong	Medium
Poland	Weak	Weak	Weak	Strong	Medium	Strong	Weak	Medium
Portugal	Strong	Medium	Strong	Strong	Medium	Medium	Strong	Strong
Romania	Strong	Strong	Medium	Medium	Medium	Weak	Weak	Medium
Slovak Rep.	Weak	Medium	Weak	Medium	Strong	Weak	Weak	Weak
Slovenia	Strong	Strong	Strong	Strong	Weak	Strong	Weak	Strong
Spain	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong
Sweden	Medium	Medium	Medium	Medium	Weak	Strong	Strong	Medium
Switzerland	Weak	Medium	Strong	Weak	Medium	Medium	Medium	Medium
Turkey	Medium	Medium	Medium	Weak	Weak	Weak	Medium	Weak
UK	Strong	Strong	Strong	Strong	Medium	Strong	Strong	Strong

Dimensions of the PC structure

Governance of PC system

System goals
Equity in access policies
Collaboration policies
(de) Centralisation
Quality management
Patient advocacy

Total: 12 indicators

Economic conditions of PC system

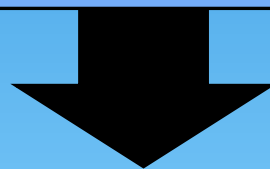
PC expenditures
PC coverage
Employment status
Remuneration system
Income of PC workers

Total: 11 indicators

PC workforce development

Profile of PC workforce
Professional status
Supply and planning
Academic status
Professional associations

Total: 16 indicators



Dimensions of the PC process

Access to PC services

Density PC workforce
Geographic availability
Access to practice level
Affordability of services
Patient satisfaction

Total: 12 indicators

Comprehensiveness of PC services

First contact care
Disease management
Sole GP contacts
Medical procedures
Prevention care
Health Promotion
Medical equipment

Total: 10 indicators

Continuity of PC

Longitudinal continuity
Informational continuity
Relational continuity

Total: 9 indicators

Coordination of PC

Gatekeeping system
Skill mix
Collaboration of care
Public health integration

Total: 7 indicators

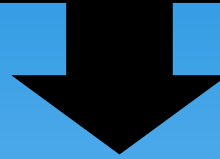
STRUKTURA

Zarządzanie

Podmioty

Kadry

Uwarunkowania
ekonomiczne



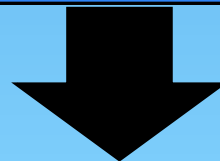
PROCES

Dostępność

Ciągłość

Koordinacja

Wszechstronność



WYNIK

Efektywność

Jakość

Równość

Metody pracy Zespołu

- * Gromadzenie danych o POZ (wcześniejsze opracowania)
- * Internetowe depozytorium
- * Dyskusje plenarne
- * Formalne głosowania
- * Propozycje, opinie i uwagi w formie pisemnej (częściowo ustrukturalizowanych, formularz)
- Ankiety internetowe zawierające pytania zamknięte

Opracowanie dotyczące projektu ustawy o POZ

WYNIK - EFEKTYWNOŚĆ

W przygotowywanym opracowaniu powinny znaleźć się następujące sformułowania, dotyczące działań w obszarze EFEKTYWNOŚĆ:

- * 1. Opracowanie systemu oceny potrzeb zdrowotnych oraz ustalanie priorytetów ich zaspokajania
 TAK
 NIE
- * 2. Stworzenie katalogu wskaźników i kryteriów oceny oraz budowa systemu monitorowania wydajności POZ
 TAK
 NIE
- * 3. Opracowanie systemu finansowania motywującego do działań podnoszących wydajność opieki
 TAK
 NIE
- * 4. Poprawa pracy zespołowej personelu POZ
 TAK
 NIE
- * 5. Wprowadzenie regulacji prawnych oraz rozwiązań organizacyjnych i finansowych sprzyjających racjonalizacji skierowań do AOS i opieki szpitalnej
 TAK
 NIE
- * 6. Monitorowanie zasadności przejmowania pacjenta do długotrwałej opieki specjalistycznej
 TAK
 NIE

Propozycja kluczowych rozwiązań

1. POZ dla każdego
2. Implementacja medycyny rodzinnej
3. Zespół medycyny rodzinnej
4. Poprawa finansowania
5. Wzmocnienie roli prewencji i promocji zdrowia
6. Integracja wewnątrz- i międzysektorowa
7. Informatyzacja
8. Ograniczenie biurokracji
9. Wewnętrzna poprawa jakości
10. Rozwój badań naukowych

1. POZ dla każdego

- * Rezygnacja z systemu eWUŚ
- * Prawo do świadczeń z zakresu POZ dla osób z prawem stałego pobytu na terytorium RP

2. Implementacja medycyny rodzinnej

- * 1/3 rezydentur na kształcenie w medycynie rodzinnej
- * Kursy (*in practice, distance learning*) przekwalifikowania zawodowego w kierunku medycyny rodzinnej dla lekarzy (interniści, pediatrzy i inni) oraz pielęgniarek i położnych POZ
- * Regionalna sieć instytucji kształcących na bazie uczelni medycznych

3. Zespół medycyny rodzinnej

- * Zespoły składające się z lekarza , pielęgniarki i położnej rodzinnej
- * Każdy pacjent wpisany na listę jednego zespołu z pełną swobodą jego wyboru i okresowej zmiany
- * Możliwe łączne i oddzielne kontraktowanie przez lekarzy, pielęgniarki i położne

4. Poprawa finansowania

- * Mieszany system finansowania (kapitacja + opłata za usługę + bonus za osiągnięcie efektów)
- * Stawka kapitulacyjna na poziomie ok. 70% budżetu świadczeniodawcy POZ
- * Docelowe nakłady na POZ na poziomie ok. 20% budżetu płatnika

5. Wzmocnienie roli prewencji i promocji zdrowia

- * Lista świadczeń o udowodnionej efektywności i skuteczności
- * Ułatwienie dostępu do programów profilaktycznych
- * Uporządkowanie regulacji dotyczących badań bilansowych u dzieci
- * Eliminacja dublowania zadań przez lekarzy, pielęgniarki i położne
- * Znaczne poszerzenie kompetencji oraz przejęcie roli edukatora przez pielęgniarki i położne

6. Integracja wewnątrz- i międzysektorowa

- * Koordynacja dostępu do świadczeń specjalistycznych przez lekarza rodzinnego
- * Budżet powierzony jako narzędzie kontroli dostępu do świadczeń specjalistycznych i kosztochłonnych
- * Efektywne kanały komunikacji z opieką społeczną

7. Informatyzacja

- * Komputeryzacja dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarzy, pielęgniarki i położne rodzinne
- * Standard wymiany, gromadzenia i analizy danych na poziomie płatnika i innych części systemu (szpital, apteka)
- * Telemonitoring i benchmarking w skali lokalnej, wojewódzkiej i krajowej
- * Wykorzystanie możliwości telemedycyny
- * Edukacja personelu w zakresie korzystania z różnych form komunikacji elektronicznej, telekonsultacji, telemonitoringu oraz telemedycyny

8. Ograniczenie biurokracji

- * Eliminacja zbędnych i nadmiernych regulacji
- * Budowa relacji opartych o kulturę wzajemnego zaufania

9. Wewnętrzna poprawa jakości

- * Usankcjonowanie funkcjonowania grup rówieśniczo – koleżeńskich lekarzy i pielęgniarek
- * Upowszechnienie akredytacji praktyk POZ
- * Usystematyzowanie i wsparcie procesu opracowywania i wdrażania wytycznych postępowania opartych o EBM

10. Rozwój badań naukowych

- * Środki na badania naukowe w POZ (NCN, NCBiR)
- * Utworzenie Instytutu Medycyny Rodzinnej i Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Dziękuję za uwagę.

