

Opieka zdrowotna

dla mieszkańców wsi i niewielkich miast

05.09.2022 r.

dr hab. n. med. Marian Simka

dr hab. n. med. Cezary Pakulski

prof. dr hab. n. med. Urszula Demkow

lek. med. Grzegorz Kardas

prof. dr hab. n. med. Piotr Wiland

Wprowadzenie

Większość Polek i Polaków nie jest zadowolona z obecnego stanu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Przyczyny tego stanu rzeczy są wieloaspektowe. Problemy różnią się w zależności od grup wiekowych, do których należą pacjenci. Inne są kluczowe dla tych z niewielkimi lub poważnymi problemami zdrowotnymi, wreszcie inne dla mieszkańców metropolii i dużych miast, a inne dla osób mieszkających na wsi i w małych miastach. W prezentowanym dokumencie skupimy się na propozycjach właśnie dla mieszkańców wsi i małych miast. O wadze tego zagadnienia świadczy fakt, że w Polsce 53% osób mieszka właśnie na wsi i w małych miastach (dane na podstawie GUS). Propozycje programowe dla mieszkańców wsi i niewielkich miast zostaną przedstawione w trzech pakietach: [I] propozycje dla mieszkańców; [II] propozycje dla pracowników poradni POZ w gminie i w powiecie oraz [III] pozyskanie kadr medycznych dla podstawowej opieki zdrowotnej. Jesteśmy przekonani, że tylko adresując konkretnie potrzeby mieszkańców mniejszych ośrodków, będziemy mogli mówić o Polsce równych szans, w której każdy, niezależnie od miejsca zamieszkania ma prawo do usług publicznych równej jakości.

Niniejszy tekst stanowi eksperckie rozwinięcie też dotyczących propozycji organizacji systemu ochrony zdrowia dla mieszkańców niewielkich miejscowości (wsi i niewielkich miast). Propozycje te zostały przedstawione w ogólnych dokumentach programowych:

- „Co po pandemii? Plan dla zdrowia”¹
- „Recepta na zdrowie. Reaktywacja”²

Proponujemy w nich zastąpienie instytucjonalnego chaosu panującego dzisiaj nowym pomysłem na organizację systemu ochrony zdrowia, który będzie skoordynowany i będzie integrował wszystkie etapy leczenia rozpinając parasol ochronny nad każdym pacjentem. Żeby ten system mógł stać się efektywny, musi opierać się na współpracy podmiotów, które go tworzą, bo tylko w taki sposób będzie można zapewnić kompleksowość profilaktyki, procesu diagnostyczno-leczniczego i opieki po leczeniu. Zasadniczymi założeniami są w tym zakresie: decentralizacja NFZ i zwiększenie udziału samorządów wojewódzkich i powiatowych w zarządzaniu jego regionalnymi oddziałami oraz integracja zarządzania szpitalami samorządowymi w ręku samorządów wojewódzkich przy jednoczesnym pozostawieniu istotnej roli w systemie powiatom (zwłaszcza w kontekście Lokalnych Domów Zdrowia).

Należy wskazać, że znaczna część prezentowanych w niniejszym dokumencie propozycji w punkcie (1).1 i w punkcie (1).2 to propozycje tożsame albo bardzo podobne do zmian w funkcjonowaniu POZ uruchamianych kolejnymi rozporządzeniami Ministra Zdrowia. Zapewne wynika to z faktu, że zarówno Zespół Medyczny Instytutu Strategii 2050 jak i strona rządowa swoje prace opierała na ocenie projektu POZ Plus. Należy jednak wskazać, że publikacja dokumentów programowych, na których opiera się niniejszy dokument, na stronach Instytutu Strategii 2050 nastąpiła na długo przed wdrażaniem reform ministerialnych. Znamienny jest fakt, że Zespół do spraw zmian w POZ został powołany przez Ministra Zdrowia 8 lipca 2021 roku, a więc nazajutrz po opublikowaniu „Recepty na zdrowie. Reaktywacja” zawierającej szczegółowe rozwiązania dotyczące organizacji systemu ochrony zdrowia (w tym POZ), wstępnie przedstawionych w „Co po pandemii. Plan dla zdrowia”³. Wszystkie wymienione poniżej punkty, jako propozycje

1 Zob.: <https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2021/04/Plan-na-zdrowie.pdf> (publikacja na stronie Instytutu Strategii 2050 i ogłoszenie na konwencji programowej przy udziale Szymona Hołowni 28.04.2021 roku)

2 Zob.: <https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2022/05/7.-Recepta-na-zdrowie-reaktywacja.pdf> (publikacja na stronie Instytutu Strategii 2050 w dniu 07.07.2021 roku).

³ Zob. Zarządzenie Ministra Zdrowia z 8 lipca 2021 roku w sprawie powołania Zespołu do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej. http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/49/akt.pdf

MZ zostały przygotowane przez Zespół ds. zmian w POZ i weszły w życie na podstawie rozporządzeń:

1. koordynator opieki zdrowotnej [od 01.10.2021 z zadaniami promocji zdrowia, a od 01.01.2022 z zadaniami koordynacji– niestety w związku z niskim finansowaniem koordynator funkcjonuje w niewielkim odsetku przychodni];^{4, 5, 6}
2. szerszy koszyk finansowanych przez płatnika procedur oraz badań laboratoryjnych i obrazowych (zbliżony do koszyka AOS), które może zlecać lekarz POZ [pierwsza część od 01.04.2022, druga część planowana na 01.10.2022];^{7, 8}
3. możliwość samodzielnego prowadzenia leczenia przez lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej w dużo większym niż dotychczas zakresie [pierwsza część od 01.04.2022, druga część planowana na 01.10.2022];
4. możliwość współpracy lekarzy POZ z lekarzami innych specjalizacji na podstawie budżetu powierzonego [pierwsza część od 01.04.2022, druga część planowana na 01.10.2022];
5. możliwość konsultacji/porady na linii lekarz POZ–lekarz specjalista z wykorzystaniem ścieżki informatycznej [pierwsza część od 01.04.2022, druga część planowana na 01.10.2022].⁹

Z treści wystąpienia Konsultant Krajowej w dziedzinie medycyny rodzinnej, prof. Agnieszki Mastalerz–Migas w trakcie posiedzenia Komisji Zdrowia Sejmu RP¹⁰, które odbyło się w dniu 08.06.2022 r. wynika, że obecnie trwają prace nad wdrożeniem kolejnej propozycji przedstawionej przez nas w dokumencie „Recepta

⁴ <https://pulsmedycyny.pl/1-pazdziernika-wchodza-przepisy-o-koordynacji-opieki-nad-pacjentem-w-poz-nfz-wyjasnia-co-sie-zmieni-1129199>

⁵ <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1602021dsoz,7420.html>

⁶ <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/NFZ-przeznaczy-ponad-39-mln-na-koordynatorow-w-POZ-To-ma-byc-rewolucja-w-przychodniach,227076,1.html>

⁷ <https://politykazdrowotna.com/arttykul/budzet-powierzony-co/900256>

⁸ <https://www.prawo.pl/zdrowie/budzet-powierzony-dla-poz-nowela-ustawy-o-swadczeniach,513571.html>

⁹ <https://samorząd.pap.pl/kategoria/aktualnosci/niedzielski-od-1-lipca-wprowadzamy-zmiany-w-podstawowej-opiece-zdrowotnej>

¹⁰

<https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/biuletyn.xsp?documentId=C719EA4AB2925CB1C1258868003273A2>

na zdrowie. Reaktywacja” pt. „Przejęcie opieki nad chorym wypisywanym ze szpitala do domu przez pielęgniarki POZ i pielęgniarki środowiskowe”, a że program mamy obszerny i szczegółowy, strona rządowa ma jeszcze z czego czerpać.

Jednocześnie warto wskazać, że propozycja powołania Lokalnych Domów Zdrowia (LDZ) zawarta w wyżej cytowanych dokumentach Instytutu Strategii 2050 jest bardzo zbliżona koncepcji pt. „Powiatowy System Ochrony Zdrowia”, ogłoszonej przez Związek Powiatów Polskich, w czerwcu 2022 roku, której najważniejszym elementem ma być Lokalne Centrum Zdrowia, w swojej strukturze i zadaniach bardzo zbliżonych do LDZ¹¹.

Fakt, że znaczna część programu Ministerstwa Zdrowia dotycząca reformowania podstawowej opieki zdrowotnej, jak i świadczeń specjalistycznych jest hasłowo tak blisko opublikowanych znacznie wcześniej propozycji Instytutu Strategii 2050, stwarza szansę kontynuacji kierunku zmian w ochronie zdrowia niezależnie od politycznej koniunktury.

I. Główne propozycje- streszczenie

(I) Propozycje dla mieszkańców wsi i małych miast:

1. Koordynator opieki zdrowotnej w każdej poradni POZ;
2. Nowa formuła Kompleksowej Podstawowej Opieki Zdrowotnej (KomPOZ), która ma polegać na współpracy jednostek POZ z lekarzami specjalistami i/lub poradniami realizującymi świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) z nowym szerszym koszykiem finansowanych przez płatnika procedur oraz badań laboratoryjnych i obrazowych, które może zlecać również lekarz POZ, z możliwością konsultacji/porady na linii lekarz POZ-lekarz innej specjalizacji z wykorzystaniem ścieżki informatycznej, z możliwością samodzielnego prowadzenia leczenia przez lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej w dużo większym niż obecnie zakresie;
3. Lokalne Domy Zdrowia jako merytoryczne wsparcie dla lekarza rodzinnego z małych miejscowości, szczególnie w przypadku poradni POZ działających na obszarze wykluczonym specjalistycznie;
4. Stworzenie systemu skoordynowanej opieki ambulatoryjno-szpitalnej, łączącej poradnie POZ z oddziałami dziennego pobytu w szpitalu;

¹¹ Zob. Związek Powiatów Polskich, „Model Powiatowego Systemu Ochrony Zdrowia”, <https://www.zpp.pl/arttykul/2560-model-powiatowego-systemu-ochrony-zdrowia>

5. Wykorzystanie technik tele-cyfrowych realizowanych z poziomu POZ jako ostatecznej alternatywy dla zrealizowania konsultacji specjalistycznej, której nie można wykonać w inny sposób;
6. Przejęcie opieki nad chorym wypisywanym ze szpitala do domu przez pielęgniarki POZ i pielęgniarki środowiskowe;
7. Wprowadzenie mechanizmu integrującego poradnie POZ z terytorialnymi jednostkami pomocy społecznej i koordynującego ich współpracę w szczególnych okolicznościach;
8. Zapewnienie we wszystkich jednostkach POZ na obszarze całego kraju, również na obszarach obecnie cyfrowo wykluczonych powszechnego dostępu do wysokiej jakości szerokopasmowej infrastruktury telekomunikacyjnej, w tym bardzo szybkiego Internetu, który zepnie jednostki POZ z pozostałymi jednostkami ochrony zdrowia oraz z administracją publiczną, w tym z terenowo właściwymi JST.

(II) Propozycje dla pracowników poradni POZ w gminie i w powiecie:

1. Ułatwienia w dostępie do systemowego kształcenia ustawicznego dla personelu medycznego POZ;
2. Wsparcie lekarza POZ, gdy jego gabinet z jakiegó przyczyny zostaje zamknięty lub pozostaje nieczynny (choroba, urlop wypoczynkowy, urlop szkoleniowy) przez jednostkę Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej (NPL), działającej w strukturze Lokalnego Domu Zdrowia.

(III) Kadry dla podstawowej opieki zdrowotnej. Propozycje, które są przedmiotem prezentowanej analizy będą wymagały:

1. zwiększenia liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej i osób w trakcie tej specjalizacji oraz pielęgniarek ze specjalizacją/kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwo rodzinne.
2. stworzenia zachęt dla lekarzy i pielęgniarek ze specjalizacjami pokrewnymi lub w trakcie specjalizacji pokrewnych do podjęcia pracy w strukturze POZ w ośrodkach gminnych i w powiecie.
3. skutecznego zachęcenia lekarzy i pielęgniarek/położnych w wieku emerytalnym lub nabywających prawo do emerytury po osiągnięciu

wieku emerytalnego do kontynuowania aktywności zawodowej w strukturze POZ:

- a. jeśli po osiągnięciu wieku emerytalnego pracownik POZ pozostanie w pracy lub podejmie pracę w POZ, jego 8-procentowa składka rentowa zostanie zaliczona jako składka emerytalna.
 - b. osoby, które odroczyły w momencie przejścia na emeryturę, otrzymają wszystkie „utracone” 13 emerytury z dniem przejścia na emeryturę¹².
4. uatrakcyjnienia zawodu lekarza POZ i pielęgniarki/położnej POZ oraz skutecznego wsparcia innymi, nowymi zawodami medycznymi poprzez:
- a. stworzenie mechanizmów zachęcających lekarzy, pielęgniarki i położne oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych do osiedlania się w rejonach wykazujących niedobory kadrowe w zakresie POZ oraz ułatwiających otwarcie własnej praktyki lub sukcesji praktyki prowadzonej przez lekarzy odchodzących z zawodu (np. poprzez nisko oprocentowane i umarżalne kredyty czy udostępnianie już gotowych, wyposażonych poradni POZ). Wsparcie uboższych samorządów w realizacji tych celów.
 - b. wielotematyczne szkolenia dla personelu POZ z nabyciem umiejętności i prawem ich implementacji w proces diagnostyczno-terapeutyczny.
 - c. uruchomienie działań promujących zdobywanie szczegółowych umiejętności dodatkowych z zaplanowaniem źródła i zakresu ich dofinansowania, np. wykonywanie badań USG.
 - d. wsparcie lekarzy POZ wykonujących swoje zadania w poradniach wiejskich i w małych miastach przez stworzenie podstaw prawnych i organizacyjnych umożliwiających okresowe powstrzymanie się od obowiązku świadczenia pracy z powodu urlopu lub choroby oraz

¹² Propozycje zawarte w dokumencie „Plan dla gospodarki. Jak zapewnić dobrobyt w XXI wieku”, Instytutu Strategie 2050, grudzień 2021 <https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2022/04/Plan-dla-gospodarki-1.pdf>

przez stworzenie ułatwień w zakresie systemowego kształcenia ustawicznego (płatny urlop szkoleniowy).

- e. uruchomienie w trybie pilnym procesów legislacyjnych, w celu pozyskania rzeszy asystentów medycznych.

II. Propozycje dla mieszkańców wsi i małych miast

W przypadku mieszkańców dużych miast najważniejszym i najczęściej zgłaszanym problemem publicznej części systemu ochrony zdrowia jest utrudniony dostęp do swojego lekarza rodzinnego. Codziennym i powszechnym jest brak wolnych terminów i, w konsekwencji, brak możliwości zarejestrowania się do poradni POZ na ten sam czy nawet jeden z następnych dni. Pacjenci skarżą się też na, w ich odczuciu, powierzchowność badania i kontaktu z wybranym przez siebie lekarzem. W zasadzie trudno się tym ocenom dziwić, skoro zalecany przez NFZ limit osób, które mogą złożyć deklaracje objęcia opieką przez konkretnego lekarza wynosi aż 2500, a wobec nasilających się braków kadrowych, w praktyce i tak często jest on przekraczany. Tak wysoka liczba osób, nad którymi lekarz POZ ma rozłożyć swoją opiekę wykracza poza granicę „rozpoznawalności” pacjentów przez lekarza i pozwala na prowadzenie pacjentów tylko w chorobie.

W odróżnieniu od mieszkańców miast i metropolii, w małych miejscowościach utrudnień w kontakcie z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej zasadniczo nie ma. W większości lokalizacji liczba osób, które złożyły deklaracje objęcia opieką przez lekarza POZ jest daleka od limitu 2500, co umożliwia zarówno nawiązanie właściwie rozumianej relacji między lekarzem rodzinnym a pacjentem, jak i daje możliwość bezpośredniego kontaktu z lekarzem tego samego lub następnego dnia. **W rezultacie, dla mieszkańców wsi i małych miast głównym i rzeczywistym problemem systemu ochrony zdrowia okazuje się zupełny brak koordynacji pomiędzy luźno powiązаныmi ze sobą podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS) i szpitalami.** W razie konieczności konsultacji w poradni specjalistycznej, planowego leczenia szpitalnego lub wykonania badania w pracowni diagnostycznej (np. badania TK, rezonansu magnetycznego, badania endoskopowego, USG piersi, itp.), pacjent i jego rodzina muszą miejsce i termin umówić we własnym zakresie. Podobnie jest z uzgodnieniem terminu koniecznego, ale planowego leczenia szpitalnego. Już dla mieszkańca większego miasta ustalenie terminu przyjęcia do właściwej placówki opieki zdrowotnej to spore wyzwanie logistyczne, szczególnie jeśli uwzględni się

chaos organizacyjny i utrudnienia w dostępie. W przypadku mieszkańców wsi i małych miast jest jeszcze trudniej, gdyż poradnie AOS, pracownie diagnostyczne czy szpitale są zlokalizowane w dużym mieście, którego pacjent często nie zna, przynajmniej jeśli chodzi o położenie placówek opieki zdrowotnej czy ich strukturę. Najczęściej terminu wizyty czy przyjęcia do szpitala nie da się załatwić przez Internet lub telefonicznie i nadal konieczna jest osobista wizyta pacjenta w takiej placówce, czasem związana z ustawieniem się w wielogodzinnej kolejce przed poradnią/izbą przyjęć. Jednocześnie wiemy, że to dopiero początek, bo dostęp do bezpłatnych konsultacji i badań specjalistycznych oraz do leczenia szpitalnego jest bardzo trudny. Oczekiwanie w wielomiesięcznych kolejkach jest uciążliwe dla ludzi potrzebujących konsultacji lub okresowej kontroli, a niezwykle stresujące, wręcz okrutne dla ludzi poważnie chorych, potrzebujących pilnej diagnozy i leczenia. W wielu przypadkach nawet zalecenie wystawione w trybie „pilne” nie zapewnia istotnego skrócenia terminu oczekiwania na badanie. W przypadku mieszkańców wsi i małych miast pojawiają się dwa dodatkowe utrudnienia w skutecznym dotarciu do specjalistycznych jednostek ochrony zdrowia. Są to wykluczenie cyfrowe i wykluczenie komunikacyjne. **Osoba samotna, niesamodzielna, w wieku senioralnym, nieposiadająca umiejętności komunikacji przez Internet, nie posiadająca możliwości lub umiejętności odczytywania wiadomości SMS, z wykluczonego komunikacyjnego terenu i nie posiadająca możliwości zastąpienia nieobecnego transportu publicznego transportem indywidualnym, znajduje się w szczególnie skomplikowanej sytuacji.**

W dokumencie programowym Ruchu Polska 2050 Szymona Hołowni „Co po pandemii? Plan dla zdrowia” oraz w analizie Instytutu Strategii 2050 „Recepta na zdrowie. Reaktywacja” znajdują się gotowe rozwiązania dla wyżej wymienionych problemów. Uważamy, że wdrożenie tych mechanizmów pozwoli znacząco poprawić poziom opieki zdrowotnej nad mieszkańcami wsi i małych miast.

a) Koordynator opieki zdrowotnej w każdej poradni POZ. Po wystawieniu skierowania przez lekarza POZ obowiązek ustalenia przyjęcia pacjenta do szpitala/poradni/pracowni diagnostycznej nie powinien należeć do pacjenta lub jego rodziny, a do zatrudnionego w POZ koordynatora opieki zdrowotnej. Taki koordynator, którym mogłaby być w szczególności osoba po studiach z zakresu zdrowia publicznego, powinien ustalić właściwy termin wizyty pacjenta u lekarza specjalisty, w możliwie najbliższej lokalizacji, w szpitalu czy pracowni diagnostycznej. Powinien też w miarę możliwości

uwzględnić specyfikę jednostek ochrony zdrowia i wybrać dla pacjenta placówkę możliwie najwłaściwszą. Do zadań specjalisty zdrowia publicznego powinny należeć **koordynowanie opieki nad pacjentem, torowanie jego ścieżki w systemie ochrony zdrowia, umawianie konsultacji u lekarzy innych specjalności i w innych lokalizacjach, monitorowanie upływu czasu w kolejce do świadczenia medycznego, ale również prozdrowotne działania z zakresu profilaktyki**, identyfikowanie obszarów do zmiany w zakresie diety czy trybu życia oraz pomoc w znalezieniu osobistej motywacji w obszarze szeroko pojętego zdrowia i aktywności życiowej. Do czasu uruchomienia zintegrowanego systemu informatycznego w POZ i w innych jednostkach systemu ochrony zdrowia koordynator powinien odpowiadać za łączność z systemem, za pozyskiwanie zwrotnych informacji o wynikach zleconych badań, wynikach konsultacji lekarskich i o innych świadczeniach zdrowotnych wykonanych u pacjenta. Docelowo praca koordynatora powinna przynieść oszczędności nie tylko pacjentom (brak niepotrzebnych podróży do większego miasta w celu zapisania się do kolejki), ale także dla NFZ- dzięki eliminacji niewłaściwych lub dublujących się wizyt, co obecnie często ma miejsce. Koordynator ochrony zdrowia powinien, co do zasady, działać w każdej poradni POZ. W przypadku mniejszych placówek jeden koordynator mógłby obsługiwać kilka poradni POZ, z uwzględnieniem zdalnego charakteru pracy jako równoważny. Obecnie obowiązujące przepisy prawne wydane przez Prezesa NFZ¹³ wymuszają obecność w każdym POZ osoby zatrudnionej na stanowisku koordynatora¹⁴, jednak w ślad za nimi nie zostały poradniom POZ zapewnione właściwe środki na wynagrodzenie koordynatora za wykonaną pracę (stawka kapitacyjna 51 groszy miesięcznie za każdą osobę powyżej 24 roku życia, która złożyła deklarację w POZ to zdecydowanie niewystarczająca stawka). Jednocześnie resort zdrowia zdecydował, że do zadań koordynatorów nie będzie obecnie należała koordynacja opieki medycznej nad konkretnym pacjentem¹⁵, a jedynie realizowanie zadań z zakresu edukacji zdrowotnej i zachowań profilaktycznych, co w naszej ocenie nie jest wyborem właściwym. Jeżeli nie jest możliwe uruchomienie realizacji zadań koordynatora opieki zdrowotnej

¹³ <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1602021dsoz,7420.html>

¹⁴ <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarządzanie/NFZ-przeznaczy-ponad-39-mln-na-koordynatorow-w-POZ-To-ma-byc-rewolucja-w-przychodniach,227076,1.html>

¹⁵ <https://pulsmedycyny.pl/1-pazdziernika-wchodzi-przepisy-o-koordynacji-opieki-nad-pacjentem-w-poz-nfz-wyjasnia-co-sie-zmieni-1129199>

z pełnym zakresem obowiązków, zadaniem o wyższym priorytecie powinno być uruchomienie koordynacji opieki medycznej, co w relatywnie krótkim czasie powinno poprawić dostępność do lekarzy specjalistów.

b) Nowa formuła Kompleksowej Podstawowej Opieki Zdrowotnej (KomPOZ), która ma polegać na współpracy jednostek POZ z lekarzami specjalistami i/lub poradniami realizującymi świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), z nowym szerszym koszykiem finansowanych przez płatnika procedur oraz badań laboratoryjnych i obrazowych, które może zlecać również lekarz POZ, z możliwością konsultacji/porady na linii lekarz POZ–lekarz innej specjalizacji z wykorzystaniem ścieżki informatycznej, z możliwością samodzielnego prowadzenia leczenia przez lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej w dużo większym niż obecnie zakresie. Skoordynowana opieka zdrowotna zmienia akcent z obowiązującego dotychczas systemu opartego na wykonaniu i rozliczeniu procedury medycznej na system holistycznej opieki nad pacjentem, który w miarę posiadanych możliwości sam powinien aktywnie uczestniczyć w procesie diagnostyki i leczenia. W strukturze KomPOZ wykaz zalecanych specjalizacji lekarskich współpracujących z lekarzami POZ powinien być szerszy niż ten, który był dostępny w ramach programu POZ Plus oraz ten proponowany obecnie przy okazji wprowadzania przez Ministerstwo Zdrowia budżetu powierzonego.^{16, 17}

¹⁸ System KomPOZ polegałby na współpracy między lekarzem POZ i lekarzami specjalistami, laboratoriami medycznymi, fizjoterapeutami, psychologiem, dietetykiem, farmaceutą czy przedstawicielami innych zawodów medycznych i specjalistami zdrowia publicznego. Założeniem jest wspólne, zespołowe prowadzenie przez lekarzy POZ i innych specjalistów w warunkach opieki ambulatoryjnej i domowej wszystkich pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji ani opieki w ramach poradni wysokospecjalistycznej lub przyszpitalnej. Według naszych propozycji, za koordynowanie opieki medycznej nad pacjentem powinien odpowiadać opisany w punkcie pierwszym Koordynator opieki zdrowotnej. Nowa forma organizacji świadczeń realizowanych przez POZ to nie tylko uruchomienie skutecznej koordynacji w procesie diagnostyczno–lecniczym. Nowy, kompleksowy POZ

¹⁶ <https://politykazdrowotna.com/artykul/budzet-powierzony-co/900256>

¹⁷ <https://www.prawo.pl/zdrowie/budzet-powierzony-dla-poz-nowela-ustawy-o-swiadczeniach,513571.html>

¹⁸ <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/budzet-powierzony-czym-jest-i-czemu-rodzi-konflikty>

to również szerszy koszyk finansowanych przez płatnika procedur oraz badań laboratoryjnych i obrazowych (zbliżony do koszyka AOS), które może zlecać również lekarz POZ, możliwość konsultacji/porady na linii lekarz POZ-lekarz innej specjalizacji z wykorzystaniem ścieżki informatycznej, możliwość samodzielnego prowadzenia leczenia przez lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej w dużo większym niż obecnie zakresie, aktywne pozyskiwanie wyników badań swoich pacjentów skierowanych na inne poziomy opieki, jeśli nie umożliwi tego Internetowe Konto Pacjenta (IKP) lub inna forma komunikacji. To wreszcie zmniejszenie limitu liczby osób, które mogą złożyć deklaracje objęcia lekarską opieką z 2500 docelowo do 1500. Samo sensowne przemodelowanie koszyka świadczeń proceduralnych i diagnostycznych dostępnych do realizacji przez POZ oraz wprowadzenie zasady teleporad i telekonferencji lekarzy POZ z lekarzami innych specjalności w celu chociażby ustalenia zakresu badań jakie winien wykonać pacjent przed wizytą u lekarza specjalisty, powinny skutkować poprawą organizacji pracy POZ oraz ograniczeniem liczby ponownych, w efekcie tzw. nadmiarowych porad specjalistycznych. Już tylko te zmiany skrócą kolejki do lekarzy specjalistów i poradni AOS oraz poprawią dostępność do lekarzy specjalistów pacjentom (również mieszkańcom wsi i małych miast), którzy rzeczywiście tego potrzebują.

- c) Lokalne Domy Zdrowia jako merytoryczne wsparcie dla lekarzy rodzinnych z małych miejscowości, szczególnie w przypadku poradni POZ działających na obszarze wykluczonym specjalistycznie.** Konieczna konsultacja specjalistyczna, która nie będzie dostępna w poradni POZ powinna być możliwa do zrealizowania w Lokalnym Domu Zdrowia (LDZ), w którym lekarz z konkretną specjalizacją będzie obecny stale, albo gdzie będzie dojeżdżał z dokładnie określonym interwałem czasowym, zależnym od dostępności w powiecie lekarza z konkretną specjalizacją. Stopień nasycenia LDZ kadrą lekarzy specjalistów będzie zależał od liczby lekarzy z wymaganą specjalizacją szczegółową dostępnych na obszarze województwa (regionu) oraz od czasu komunikacyjnego dotarcia lekarza do danego regionu i znajdującego się tam LDZ. Obydwa te czynniki należałoby uwzględnić w planowaniu wysokości wynagrodzenia lekarzy specjalistów za wykonanie świadczeń medycznych w LDZ, które powinno być konkurencyjne w stosunku do zapłaty za pracę w miejscu zamieszkania. W przypadku udziału Lokalnego Domu Zdrowia w realizowaniu świadczeń

specjalistycznych na rzecz mieszkańców wsi i małych miast, do zadań samorządu lokalnego będzie należało przygotowanie transportu wykluczonych komunikacyjnie mieszkańców gmin z ich miejsca zamieszkania do LDZ i z powrotem. Lokalne Domy Zdrowia (LDZ) to nasza propozycja dodatkowego pogłębienia koordynacji i kompleksowości świadczonych usług medycznych na poziomie powiatu lub miasta na prawach powiatu. To formuła instytucjonalna rozumiana jako placówka integrująca i wspierająca jednostki POZ, poszerzona o realizowanie dodatkowych świadczeń specjalistycznych, ale z wyłączeniem leczenia szpitalnego. Pod symbolicznym dachem Domu Zdrowia zintegrować można wiele niedostępnych w miejscu zamieszkania usług zdrowotnych, które dziś są świadczone przez odrębne podmioty i bez właściwej koordynacji. Minimum organizacyjne Lokalnego Domu Zdrowia w każdym przypadku będzie obejmowało poradnie specjalistyczne, nocną i świąteczną pomoc lekarską (NPL) z Zespołem Ratownictwa Medycznego typu NPL, pracownie diagnostyczne, w tym punkt pobrań materiału do badań laboratoryjnych oraz biuro coronera (odpowiada za dopełnienie obowiązków w przypadku zgonów w miejscu zamieszkania i w miejscu publicznym).

- d) Stworzenie systemu skoordynowanej opieki ambulatoryjno-szpitalnej, łączącej poradnie POZ z oddziałami dziennego pobytu w szpitalu.** W dokumentach programowych taką formę działań ambulatoryjnych nazwaliśmy **szpitalem dziennym**. W merytorycznie i diagnostycznie trudnych przypadkach z zakresu POZ i AOS, oraz w sytuacjach uzasadnionych stanem pacjenta, przewidujemy możliwość specjalistycznego wsparcia POZ, KomPOZ, AOS i LDZ przy wykorzystaniu sił i środków szpitala. Ponieważ KomPOZ będzie ze szpitalem dziennym powiązany umową, chory potrzebujący medycznej pomocy i wsparcia konsultacyjnego będzie omijał nadzorowaną przez płatnika kolejkę do lekarza specjalisty. W ten sposób dodatkowo poprawimy dostępność mieszkańców wsi i mniejszych miejscowości do lekarzy specjalistów.
- e) Wykorzystanie technik tele-cyfrowych, realizowanych z poziomu POZ** jako alternatywy dla zrealizowania konsultacji specjalistycznej, której nie można, lub nie trzeba wykonać w typowy, bezpośredni sposób.¹⁹ **Zasadne jest wprowadzenie merytorycznej pomocy dla lekarzy rodzinnych z małych**

¹⁹ <https://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.2022.157.0001194,rozporzadzenie-ministra-zdrowia-w-sprawie-standardu-organizacyjnego-teleporady-w-ramach-podstawowej-opieki-zdrowotnej.html>

miejsowości w postaci opłacanych przez NFZ konsultacji (dla lekarza, nie dla pacjenta) ze specjalistami z dużych ośrodków, np. w sprawie nietypowego zapisu EKG, nietypowych zmian skórnych, podejrzenia interakcji między lekami, itp. Tego typu działania powinny wyrównać poziom leczenia w POZ w małych miejscowościach, a jednocześnie oszczędzą pacjentom podróży do poradni specjalistycznej w dużym mieście.²⁰ Trzeba pilnie zapewnić możliwość odbywania konsultacji, telekonsultacji czy wideo-telekonsultacji ze specjalistami za pomocą szyfrowanych łącz, co pozwoli zoptymalizować proces leczenia na poziomie POZ. Oczywiście- w sytuacji, w której lekarz rodzinny stwierdzi, że osobiste badanie i/lub specjalistyczna konsultacja są konieczne, pacjent ze skierowaniem powinien automatycznie zostać skierowany do odpowiedniego specjalisty. Ale taka sytuacja nie zawsze jest konieczna. Wiele problemów zdrowotnych można załatwić w miejscu zamieszkania pacjenta. Dodatkowo, takie konsultacje pozwolą na odciążenie szpitali i poradni specjalistycznych i powinny skrócić kolejki do specjalistów, będące wciąż jedną z największych uciążliwości dla pacjentów w Polsce.

- f) Przejęcie opieki nad chorym wypisywanym ze szpitala do domu przez pielęgniarki POZ i pielęgniarki środowiskowe.** Opieka nad pacjentem po wypisie ze szpitala będzie procedurą dodatkowo finansowaną przez płatnika, jako element programu kompleksowej, skoordynowanej opieki ambulatoryjno-szpitalnej (nazwa robocza KOS-Wypis). Po zakończeniu procedury medycznej „jednego dnia” i wypisaniu chorego hospitalizowanego z innych przyczyn, lekarz sprawujący opiekę nad chorym w szpitalu informuje lekarza POZ (poradnię POZ) telefonicznie, mailowo, lub w innej formie komunikacyjnej (w przyszłości zadanie IKP) o fakcie wypisu, przekazuje istotne medycznie informacje, dokumentację medyczną z pobytu, zalecenia pooperacyjne. Wizyty patronażowe w okresie pooperacyjnym i powypisowym będą realizowane przez zatrudnione w POZ pielęgniarki POZ i pielęgniarki środowiskowe. Pielęgniarka realizująca wizyty „patronażowe” powinna zostać wyposażona w środki medyczne, opatrunki, leki, etc., konieczne do sprawowania zadanej opieki.
- g) Wprowadzenie mechanizmu integrującego poradnie POZ z terytorialnymi jednostkami pomocy społecznej i koordynującego ich współpracę w**

²⁰ <https://samorząd.infor.pl/sektor/zadania/zdrowie/5311174,Cyfrowa-medycyna-sprzymierzeniec-nowoczesnej-opieki-medycznej.html>

szczególnych okolicznościach. Czas pandemii COVID-19 był tego doskonałym przykładem. Nakładanie przez lekarza POZ na pacjenta izolacji powinno automatycznie skutkować powiadomieniem ośrodka pomocy społecznej właściwego dla miejsca zamieszkania pacjenta, a tak się nie działo. Część chorych izolowanych lub w trakcie kwarantanny jest samotnych, bez możliwego wsparcia rodziny. Podobnie w sytuacji, gdy izolowana jest cała rodzina. Integracja poradni POZ z jednostkami pomocy społecznej powinna również dotyczyć procesu wychodzenia z choroby. Na przykład COVID-19 przez częste przechodzenie w postać przewlekłą z obrazem różnych form zespołu pocovidowego spowodował, że osoby, które z powodu choroby i w trakcie trudnego procesu wychodzenia z choroby musiały zawiesić studia lub przerwać obowiązek świadczenia pracy, wymagały osłony i wsparcia ze strony ośrodka pomocy rodzinie. Tak się jednak nie działo. Pomoc, która powinna pomóc przejść przez najtrudniejsze chwile choroby i zespołu po chorobie, z braku podstawy prawnej nie była realizowana. Mechanizmy integrujące powinny również objąć osoby w kryzysie bezdomności.

- h) Zapewnienie we wszystkich jednostkach POZ na obszarze całego kraju, również na obszarach obecnie cyfrowo wykluczonych powszechnego dostępu do wysokiej jakości szerokopasmowej infrastruktury telekomunikacyjnej, w tym bardzo szybkiego Internetu, który zepnie jednostki POZ z pozostałymi jednostkami ochrony zdrowia oraz z administracją publiczną, w tym z terenowo właściwymi JST.** Program podlegałby realizacji w ramach dostosowanego do nowych zadań projektu KPO „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia”. Program powinien dodatkowo obejmować wzmocnienie zarządzania rozwojem kompetencji cyfrowych wśród personelu medycznego, działania na rzecz wzmocnienia cyberbezpieczeństwa, wdrożenie narzędzi informatycznych optymalizujących ścieżki pacjenta, wytworzenie rozwiązań telemedycznych i ich integrację z dostępnymi systemami e-zdrowia oraz uruchomienie w systemie narzędzi wspomagających pracę lekarza. Lekarz POZ powinien mieć systemową możliwość monitorowania przebiegu leczenia swojego pacjenta, powinien znać wyniki wszystkich badań i wszystkich konsultacji, które ten przechodził. Powinien posiadać stałą możliwość komunikacji ze współpracującymi z POZ lekarzami innych specjalizacji, z jednostkami AOS,

LDZ, szpitalami, oczywiście w zakresie koniecznym dla procesu leczenia pacjenta. Proponując silny stopień zintegrowania POZ z AOS i częściowo szpitalem powinniśmy oczekiwać uruchomienia platformy komunikacji POZ-AOS-szpital, przy czym ta komunikacja powinna być możliwa w czasie rzeczywistym. System informatyczny musi zostać w taki sposób skonfigurowany, żeby pojawiła się możliwość uruchomienia teleporad, telekonferencji lekarzy POZ ze współpracującymi z POZ lekarzami specjalistami oraz samych pacjentów z lekarzami specjalistami współpracującymi z POZ jako konsultacji.

III. Propozycje dla pracowników poradni POZ w gminie i w powiecie.

Warunki pracy lekarzy POZ wykonujących swoje zadania w poradniach wiejskich i w małych miastach są zdecydowanie trudniejsze niż te, które dotyczą lekarzy zatrudnionych w dużych miejskich poradniach. To nie jest dyskryminacja „de iure”, ale „de facto”. Na terenach wiejskich, z małą gęstością zaludnienia, z przyczyn oczywistych, nie jest możliwe funkcjonowanie 3-osobowego zespołu lekarskiego i liczbowo podobnego zespołu pielęgniarskiego lub zespołów liczniejszych. Przeciwnie, często są to jednostki z jednym lub dwoma lekarzami. Jednocześnie wobec lekarzy, pielęgniarek i położnych zatrudnionych w niepublicznych jednostkach POZ, a takich jest większość, mają zastosowanie często bardzo niekorzystne, wymuszane przez Narodowy Fundusz Zdrowia zapisy kontraktowe oraz zapisy umów cywilno-prawnych, zamiast chroniących pracownika przepisów Kodeksu Pracy. Z wymienionych powodów sami lekarze POZ pracujący na terenach wiejskich jako swoje główne problemy przedstawiają (a) trudności w dostępie do systemowego kształcenia ustawicznego oraz (b) w zasadzie brak możliwości okresowego przerywania obowiązku świadczenia pracy z powodu choroby, urlopu wypoczynkowego lub urlopu szkoleniowego. Proponujemy:

a) Ułatwienia w dostępie do systemowego kształcenia ustawicznego.

Pomimo wysiłków i poświęcenia lekarzy rodzinnych z małych poradni położonych z dala od dużych szpitali i sieci poradni specjalistycznych, sposób opieki nad pacjentami nie zawsze nadąża za zmieniającymi się wytycznymi i standardami postępowania. Wiedza medyczna szybko ewoluuje, a lekarze rodzeni z małych miejscowości, pozbawieni codziennych kontaktów z koleżankami i kolegami po fachu (jak to się dzieje w dużych miastach), swój rozwój zawodowy muszą opierać na samokształceniu. Tego

samokształcenia nie ułatwia Narodowy Fundusz Zdrowia, który nie przewiduje dla lekarzy rodzinnych i pozostałych zawodów medycznych w POZ żadnego wsparcia. **Należy znieść wszelkie opłaty za kursy i szkolenia obowiązkowe w ramach kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinie medycyny rodzinnej, niezależnie od sposobu realizacji specjalizacji. Reguła ta powinna dotyczyć również kursów doskonalących (kwalifikacyjnych i specjalizacyjnych) dla pielęgniarek i położnych. Należy również zdecydować o ustanowieniu płatnego, również dla osób zatrudnionych w formie umowy innej niż umowa o pracę, urlopu szkoleniowego w wymiarze do 7 dni w jednym roku.**

- b) **Wsparcie lekarza POZ, gdy jego gabinet z jakiegóż przyczyny zostaje zamknięty lub pozostaje nieczynny (choroba, urlop wypoczynkowy, urlop szkoleniowy) przez jednostkę Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej (NPL) działającej w strukturze Lokalnego Domu Zdrowia.** Na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 2021 – Dz. U. 2021 poz. 1116, nocna i świąteczna pomoc lekarska posiada uprawnienia do działania przez całą dobę, co w lokalnie uzasadnionych i kadrowo trudnych sytuacjach może zostać wykorzystane do utworzenia instytucji medycznej o szerokich, integrujących funkcjonalnie lokalny system ochrony zdrowia kompetencjach, w której udzielane byłyby świadczenia lekarskie i pielęgniarskie. Czasowe przejmowanie opieki nad pacjentami POZ chwilowo lub trwale nieczynnego przez NPL znajdujący się w strukturze LDZ, bez względu na przyczynę zamknięcia, wyczerpuje podstawy do uruchomienia systemu wsparcia POZ.

IV. Kadry dla podstawowej opieki zdrowotnej

Propozycje, które są przedmiotem prezentowanej analizy będą wymagały:

- a) **zwiększenia liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej i osób w trakcie tej specjalizacji oraz pielęgniarek ze specjalizacją/kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.** Uznanie specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej za priorytetową z konsekwencją w postaci wyraźnego wzrostu wartości współczynnika pracy 0,20 w II, III i IV roku szkolenia specjalizacyjnego. Wypłata tego powiązanego z deficytowością specjalizacji współczynnika pracy powinna być powiązana z faktem **samodzielnego** realizowania świadczeń zdrowotnych w jednostce ochrony zdrowia finansowanej ze środków publicznych, a w przyszłości

również zdania Państwowego Egzaminu Modułowego (PEM).²¹ Odpowiednio, zasada priorytetowości, z podobnymi jak w przypadku lekarzy konsekwencjami finansowymi, powinna dotyczyć specjalizacji/kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwo rodzinne. W przypadku zarówno szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinie medycyny rodzinnej, jak i pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwo rodzinne konieczne jest zasadnicze zwiększenie liczby poradni POZ, w których proces specjalizowania będzie realizowany, również o spełniające odpowiednie kryteria jednostki gminne i powiatowe.

b) stworzenia zachęt dla lekarzy i pielęgniarek ze specjalizacjami pokrewnymi lub w trakcie specjalizacji pokrewnych do podjęcia pracy w strukturze POZ w ośrodkach gminnych i w powiecie. Specjalizacja w dziedzinie medycyny rodzinnej trwa 4 lata. Jedną z wad tej specjalizacji jest wąska możliwość uzupełnienia szkolenia zawodowego w kierunku specjalizacji szczegółowych, ograniczona do geriatry, medycyny pracy i medycyny sportowej (dostępne do wyboru inne specjalizacje szczegółowe nie znajdują zastosowania w POZ – transfuzjologia, balneologia i medycyna fizykalna). Lista specjalizacji lekarskich szczegółowych, które stają się dostępne do wyboru po uzyskaniu tytułu lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, powinna zostać zasadniczo rozszerzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia, przy czym podstawą tego rozszerzenia powinien być wynik konsultacji Ministerstwa Zdrowia z udziałem właściwych nadzorów krajowych. Dodatkowo uatrakcyjnienie specjalizacji z medycyny rodzinnej powinno sprawić, że zwiększy się zainteresowanie tą specjalizacją wśród lekarzy kończących moduł podstawowy w trakcie specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych i pediatrii. Jednocześnie proponujemy uzupełnienie listy specjalizacji lekarskich szczegółowych, dostępnych do wyboru po uzyskaniu tytułu lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej o specjalizację w dziedzinie **medycyny rodzinnej**. Lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, zmęczeni i wypaleni kilkunastoletnią pracą w szpitalnych oddziałach ratunkowych, powinni mieć szansę wykorzystania szerokiej wiedzy i umiejętności w pozbawionej dyżurowego obciążenia medycynie rodzinnej.

²¹ <https://www.termedia.pl/mz/Poprawki-do-ustawy-o-wynagrodzeniu-minimalnym,47129.html>

c) skutecznego zachęcenia lekarzy i pielęgniarek/położnych w wieku emerytalnym lub nabywających prawo do emerytury po osiągnięciu wieku emerytalnego do kontynuowania aktywności zawodowej w strukturze POZ. Wobec nieuchronnych zmian demograficznych ważnym zadaniem jest skuteczne zachęcenie lekarzy, pielęgniarek i położnych w wieku emerytalnym lub właśnie nabywających prawo do emerytury po osiągnięciu wieku emerytalnego do kontynuowania aktywności zawodowej. Do tego potrzebne są zachęty, które dla seniorów wymienionych zawodów medycznych taki wybór uczynią opłacalnym. Dla realizacji tego celu proponujemy, zgodnie z dokumentem „Plan dla gospodarki. Jak zapewnić dobrobyt w XXI wieku“:

- a. **jeśli po osiągnięciu wieku emerytalnego pracownik POZ pozostanie w pracy lub lekarz dotychczas pracujący poza POZ podejmie w nim zatrudnienie, jego 8-procentowa składka rentowa zostanie zaliczona jako składka emerytalna.** Dzięki temu rozwiązaniu, wskutek dłuższej pracy, uprawnień emerytalne kumulowane na indywidualnym koncie ZUS wzrosną aż o około 40% więcej niż to się dzieje obecnie.
- b. **osobom, które odroczyły w czasie moment przejścia na emeryturę, wypłacenie wszystkich „utraconych” 13 emerytur z dniem przejścia na emeryturę.**
- c. powyższe zasady powinny dotyczyć również pozostałych zawodów medycznych w POZ.

d) uatrakcyjnienia zawodu lekarza POZ i pielęgniarki/położnej POZ oraz skutecznego wsparcia innymi, nowymi zawodami medycznymi. Dla skutecznego pozyskania kadry dla podstawowej opieki zdrowotnej kluczowe mogą się okazać działania zwiększające atrakcyjność zawodu lekarza POZ, pielęgniarki lub położnej POZ, a także wsparcie struktur POZ innymi, nowymi zawodami medycznymi. Dla realizacji tego celu proponujemy:

- a. **stworzenie mechanizmów zachęcających lekarzy, pielęgniarki i położne oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych do osiedlania się w rejonach wykazujących niedobory kadrowe w zakresie POZ oraz ułatwiających otwarcie własnej praktyki lub**

sukcesji praktyki prowadzonej przez lekarzy odchodzących z zawodu (np. poprzez nisko oprocentowane i umarzalne kredyty czy udostępnianie już gotowych, wyposażonych poradni POZ) oraz wsparcie biedniejszych samorządów w realizacji tych celów.

Jeżeli w danym powiecie czy gminie brakuje lekarzy ze specjalizacją medycyna rodzinna, brakuje pielęgniarek POZ i/lub położnych POZ, nic nie stoi na przeszkodzie, aby chętnym zaoferować bezzwrotne stypendia, działki budowlane na preferencyjnych warunkach z lub bez oferty kredytowej albo mieszkania, również z lub bez nisko oprocentowanej oferty kredytowej czy kredytów umarzalnych. To szczególna i ważna rola, jaką może i powinna odegrać administracja lokalna. W przypadku biedniejszych samorządów proponujemy centralne wsparcie ich budżetu, zapewniające ufundowanie odpowiednich stypendiów dla zawodów medycznych, koordynatorów opieki zdrowotnej, asystentów medycznych chcących pracować w jednostkach POZ na ich terenie.

- b. **wielotematyczne szkolenia dla personelu POZ z nabyciem umiejętności i prawem ich implementacji w proces diagnostyczno-terapeutyczny.** Zorganizowanie szkoleń, których zwieńczeniem byłoby nabycie przez lekarza rodzinnego umiejętności z zakresu leczenia chorób tarczycy, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń rytmu serca, wybranych problemów gastrologii, nefrologii i reumatologii oraz np. wykorzystania techniki badania „per rectum” w profilaktyce onkologicznej. Byłyby to rozwiązania wystarczające, a organizacyjnie i czasowo prostsze do zrealizowania (niż uzupełnianie specjalizacji). O ile zorganizowanie szkoleń, których zwieńczeniem byłoby nabycie przez lekarza rodzinnego umiejętności z zakresu leczenia chorób tarczycy czy cukrzycy wydaje się oczywiste. W przypadku innych wymienionych umiejętności konieczne są ustalenia podjęte przez właściwe nadzory krajowe (konsultanci krajowi i wojewódzcy).
- c. **uruchomienie działań promujących zdobywanie również innego rodzaju dodatkowych umiejętności z zaplanowaniem źródła i zakresu ich dofinansowania, np. wykonywanie badań USG.**

- d. **wsparcie lekarzy POZ wykonujących swoje zadania w poradniach wiejskich i w małych miastach przez stworzenie podstaw prawnych i organizacyjnych umożliwiających okresowe powstrzymanie się od obowiązku świadczenia pracy z powodu urlopu lub choroby oraz przez stworzenie ułatwień w zakresie systemowego kształcenia ustawicznego (płatny urlop szkoleniowy, również dla osób zatrudnionych w formie umowy innej niż umowa o pracę).**

- e. **uruchomienie w trybie pilnym czynności legislacyjnych w celu pozyskania asystentów medycznych.** Należy rozważyć znowelizowanie obecnie obowiązujących przepisów oraz uruchomienie odpowiednich szkoleń, co pozwoli na pozyskanie dla POZ dużej rzeszy asystentów medycznych. Asystent medyczny powinien jak dotychczas posiadać prawo do wystawienia zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, oczywiście na podstawie dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza i w jego imieniu²², oraz prowadzenia dokumentacji medycznej, wystawiania e-recept, e-skierowań, e-zleceń, koordynacji działań profilaktyczno-prozdrowotnych, etc, oczywiście we współpracy z lekarzem, pielęgniarką, położną i koordynatorem opieki zdrowotnej. Tak przygotowany do pracy asystent medyczny powinien odegrać szczególnie ważną rolę właśnie w ośrodkach POZ na terenach wiejskich i w małych miasteczkach, gdzie wysycenie kadrą medyczną jest wyraźnie mniejsze niż w miejscowościach większych.

V. Podsumowanie

Ułatwienie dostępu do systemu opieki zdrowotnej dla mieszkańców wsi i niewielkich miast wymaga instytucjonalnego „przemeblowania” systemu w kierunku jego większej spójności. Zreformowana placówka POZ, oprócz tego, że jest

²² Zob.: ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001925/O/D20181925.pdf>

prawdziwym opiekunem swoich pacjentów, dbającym o utrzymanie ich w dobrym zdrowiu, powinna stać się odpowiedzialna za koordynację ich leczenia na wszystkich poziomach SOZ. **Obecność koordynatorów opieki zdrowotnej w każdym POZ traktujemy jako organizacyjny priorytet dla systemu ochrony zdrowia.** Efektem proponowanego skoordynowania i stałej współpracy wszystkich podmiotów tworzących „piramidę” świadczeń medycznych będzie zapewnienie stabilności procesu leczenia i skrócenie czasu oczekiwania na niezbędne konsultacje czy procedury diagnostyczne. Merytoryczne wsparcie dla lekarza rodzinnego z małych miejscowości, szczególnie w przypadku poradni POZ działających na obszarze wykluczonym specjalistycznie zapewnią Lokalne Domy Zdrowia, a w niektórych, szczególnie trudnych diagnostycznie i terapeutycznie problemach zdrowotnych, szpitale dzienne. Cały system ochrony zdrowia musi zostać spięty wysokiej jakości infrastrukturą telekomunikacyjną. Wymienione propozycje zmian funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na obszarach wiejskich i małomiasteczkowych pozwolą na rozwiązanie jedynie części problemów. Dla zachowania ciągłości realizowania świadczeń medycznych w zakresie POZ kluczowe znaczenie mają wszelkie ułatwienia w pracy lekarza i pielęgniarki POZ w jednostkach działających na poziomie gminy lub powiatu oraz odbudowa kadr medycznych w POZ.

Wiele z powyżej zaprezentowanych propozycji organizacji systemu ochrony zdrowia dla mieszkańców wsi i niewielkich miast, pierwotnie opublikowanych w analizie „Recepta na zdrowie. Reaktywacja” znalazło się następnie również w kolejnych, reformujących POZ rozporządzeniach Ministerstwa Zdrowia: koordynator opieki zdrowotnej; szerszy koszyk finansowanych przez płatnika procedur oraz badań laboratoryjnych i obrazowych, które może zlecać lekarz POZ; możliwość samodzielnego prowadzenia diagnostyki i leczenia przez lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej w dużo większym niż obecnie zakresie; możliwość współpracy lekarzy POZ z lekarzami innych specjalizacji na podstawie budżetu powierzonego; możliwość konsultacji/porady na linii lekarz POZ–lekarz specjalista z wykorzystaniem ścieżki informatycznej. Tą tematyczną koincydencję może tłumaczyć fakt opierania się zarówno przez Instytut Strategii 2050 jak i stronę rządową na wynikach zakończonego pilotażu POZ Plus. Z drugiej strony fakt, że znaczna część wdrażanego obecnie programu Ministerstwa Zdrowia reformującego podstawową opiekę zdrowotną jest hasłowo tak blisko opublikowanych rok wcześniej propozycji Instytutu Strategii 2050, oznacza

prawdopodobieństwo ewolucyjnego kontynuowania dobrych zmian i regulacji w POZ i AOS po ewentualnej zmianie politycznej w naszym kraju.

Materiały źródłowe:

1. <https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2021/05/Plan-na-zdrowie-final-5.3.pdf>
2. <https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2021/07/7.-Recepta-na-zdrowie-reaktywacja.pdf>
3. <https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2022/04/Plan-dla-gospodarki-1.pdf>
4. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001925/O/D20181925.pdf>

Marian Simka - doktor habilitowany nauk medycznych, specjalista angiolog. Kierownik Zakładu Anatomii na Uniwersytecie Opolskim. Jest autorem około 200 publikacji w zakresie chorób naczyń, leczenia ran i chirurgii naczyniowej.

Cezary Pakulski - doktor habilitowany nauk medycznych, lekarz i nauczyciel akademicki, kierownik Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej PUM oraz lekarz kierujący oddziału intensywnej terapii Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych w SPSK nr 1 PUM w Szczecinie. Był konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny ratunkowej, współorganizował Zintegrowany System Ratownictwa Medycznego w województwie zachodniopomorskim. Członek Okręgowej Rady w Szczecinie i jej prezydium – VI kadencja. Inicjator i współorganizator Centrum Urazowego dla Dorosłych i Centrum Urazowego dla Dzieci w SPSK nr 1 w Szczecinie. Obecnie wiceprezes i członek zarządu Stowarzyszenia Plac Solidarności.

Urszula Demkow - profesor doktor habilitowany nauk medycznych, lekarz, nauczyciel akademicki, naukowiec, specjalista chorób wewnętrznych, alergologii, immunologii, diagnostyki laboratoryjnej. Kierownik Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Laboratoryjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Laboratorium Covid. Prezes Kolegium Medycyny Laboratoryjnej. Delegat narodowy

UEMS. Ekspert Komisji Europejskiej ds. oceny grantów naukowych. Autorka ponad 300 publikacji naukowych, monografii, kierownik i wykonawca wielu grantów krajowych i zagranicznych. Członkini Kolegium Ekspertów i szefowa zespołu medycznego Instytutu Strategii 2050.

Grzegorz Kardas - badacz astmy i alergii z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Pracuje zarówno w warunkach klinicznych, jak i laboratoryjnych. Alumn programu "Liderzy Ochrony Zdrowia 2020" Fundacji im. Lesława Pagi. Redaktor portalu internetowego Będąc Młodym Lekarzem. Był Przewodniczącym Studenckiego Towarzystwa Naukowego na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Piotr Wiland - profesor zwyczajny z dziedziny nauk medycznych, lekarz, reumatolog i specjalista chorób wewnętrznych, nauczyciel akademicki. Pełni funkcję kierownika Katedry i Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Pełnił funkcję Konsultanta Krajowego z dziedziny reumatologii oraz Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Autor wielu publikacji naukowych, monografii książkowych z dziedziny reumatologii, chorób wewnętrznych oraz pogranicza immunologii, genetyki i badań nad lekami.