

Bank Światowy

Podręcznik- Podstawowa Opieka Zdrowotna

Budowanie, prowadzenie, zarządzanie POZ

Pod redakcją: Prof. Adam Windak; konsultacja i redakcja: Anna
Kozieł, Mukesh Chawla
10-25-2017

Spis treści

Wprowadzenie	4
POZ w polskim systemie ochrony zdrowia	5
Podmioty udzielające świadczeń z zakresu POZ	7
Wybór formy organizacyjnej działalności leczniczej	7
Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC)	8
Regulamin organizacyjny	9
Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	9
Rejestracja podmiotu leczniczego	10
Rejestracja praktyki zawodowej	11
Typy świadczeniodawców	11
Podwykonawca świadczeń z zakresu POZ	12
Konsorcjum świadczeniodawców	12
Infrastruktura świadczeniodawcy	14
Uwagi dotyczące bezpieczeństwa przechowywania leków oraz odpadów medycznych	18
Zasady segregacji i przechowywania odpadów medycznych	19
Nadzór nad sprzętem medycznym	20
Informatyzacja	20
Część sprzętowa	21
Część programowa	22
Część procesowa	23
Zabezpieczenie sieci informatycznej i bezpieczeństwo gromadzonych danych	23
Rodzaje świadczeń w POZ	25
Profilaktyka w POZ	25
Opieka nad ciężarną, położnicą i noworodkiem	26
Opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą	27
Szczepienia u dzieci i dorosłych	27
Profilaktyka u dorosłych	28
Konsultacje w gabinecie i wizyty domowe	29
Inne formy porad	30
Diagnostyka w POZ	30
Inne świadczenia	31
Współpraca wewnątrz- i międzysektorowa	33

Skierowanie do specjalisty.....	33
Zarządzanie procesami współpracy z innymi podmiotami	34
Organizacja współpracy, komunikacja i monitorowanie jakości.....	35
Skierowanie do szpitala	36
Organizacja współpracy, komunikacji, monitorowanie jakości.....	37
Rehabilitacja medyczna	38
Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe	40
Medycyna szkolna	42
Transport sanitarny	44
Pomoc społeczna.....	45
Zarządzanie procesami współpracy z innymi podmiotami	46
Pacjenci POZ.....	47
Struktura populacji pacjentów	47
Deklaracja wyboru lekarza pielęgniarki, położnej POZ	48
Lista pacjentów	49
Stratyfikacja pacjentów	51
Pacjenci spoza listy	51
Obcokrajowiec w POZ.....	52
Udzielanie świadczeń zdrowotnych obywatelom państw Unii Europejskiej (UE) lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) ,,,4.....	53
Udzielanie świadczeń zdrowotnych cudzoziemcom spoza państw Unii Europejskiej (UE) lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),,,4	53
Przypadki szczególne - bezwarunkowy obowiązek udzielania wszystkim cudzoziemcom świadczeń zdrowotnych,.....	54
Osoby Bezdomne	54
Finansowanie świadczeń POZ.....	56
Kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.....	56
Finansowanie świadczeń lekarza POZ.....	57
Finansowanie świadczenia pielęgniarki POZ.....	58
Finansowanie świadczeń położnej POZ	59
Finansowanie świadczeń pielęgniarki szkolnej	60
Programy samorządowe.....	61
Zespół POZ.....	63
Zarządzanie czasem.....	70

Definicja.....	70
Proces zarządzania czasem.....	70
Cele działania.....	71
Narzędzia ułatwiające zarządzanie czasem pracy.....	72
Dokumentacja medyczna	75
Definicje	75
Ogólne zasady prowadzenia dokumentacji medycznej	76
Typy porad.....	77
Formy dokumentacji	78
Tworzenie dokumentacji	79
Dokumentacja pielęgniarek i położnych.....	80
Przechowywanie tradycyjnej (papierowej) dokumentacji	81
Archiwizacja dokumentacji papierowej	82
Niszczanie dokumentacji	82
Udostępnianie dokumentacji medycznej	83
Akredytacja w Podstawowej Opiece Zdrowotnej	87
Definicja.....	87
Przepisy dotyczące akredytacji w Polsce	87
Proces akredytacji w Polsce.....	87
Standardy w procesie akredytacji.....	88

Wprowadzenie

Adam Windak

Celem niniejszego opracowania jest przede wszystkim przedstawienie aktualnej praktyki w obszarze organizacji i zarządzania w podmiotach podstawowej opieki zdrowotnej, funkcjonujących w polskim systemie ochrony zdrowia. Jego autorami są eksperci w zakresie prawa, zdrowia publicznego i medycyny rodzinnej, posiadający wieloletnie doświadczenie z pracy w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Opracowanie skierowane jest przede wszystkim do lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ, będących zarówno właścicielami praktyk i przychodni, jak i zatrudnionych na podstawie różnego rodzaju umów.

W kolejnych rozdziałach autorzy omawiają w możliwie przystępny i zwięzły sposób wybrane zagadnienia, mające kluczowe znaczenie dla efektywności pracy profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej. Choć ma ono charakter praktycznego przewodnika, w wielu miejscach odwołuje się do podstaw prawnych warunkujących określony sposób działania.

Przewodnik ten nie wyczerpuje wiedzy na temat funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, a raczej wskazuje obszary priorytetowe oraz dodatkowe źródła informacji. Jego nadrzędnym celem jest usprawnienie procesu sprawowania opieki i udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach obecnie funkcjonującego systemu, co wydaje się warunkiem koniecznym dla wprowadzenia planowanych zmian organizacyjnych, przede wszystkim pod postacią opieki koordynowanej, w której świadczeniodawcy POZ powinni odgrywać kluczową rolę.

Wiele przedstawionych w opracowaniu rozwiązań ma charakter uniwersalny, jednak leżące u ich podstaw uwarunkowania prawne podlegają częstym zmianom. Prezentowane treści są zatem aktualne na czas przekazywania pracy do druku, tj. koniec października 2017 roku i z całą pewnością będą wymagały okresowej aktualizacji, a najpewniej także uzupełnień i poszerzeń, choć zamysłem autorów było stworzenie tekstu mogącego stanowić lekturę dla każdego, nawet najbardziej zapracowanego profesjonalisty POZ.

POZ w polskim systemie ochrony zdrowia

Tomasz Tomasiak, Tamara Zimna

Prawo dostępu do świadczeń POZ jest przejawem realizacji prawa człowieka do ochrony zdrowia. POZ w polskim systemie ochrony zdrowia działa przede wszystkim w oparciu o środki publiczne Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Świadczeniobiorca (tj. pacjent) ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu POZ spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z NFZ. W ten sposób zapewniany jest obywatelom równy dostęp do opieki zdrowotnej zagwarantowany przez Konstytucję RP.

Według danych NFZ w roku 2015 w POZ zawarto 6226 umów na udzielanie świadczeń lekarskich, 6393 na świadczenia pielęgniarские i 4684 na świadczenia położnej¹. Liczba lekarzy zgłoszonych do realizacji umów wynosiła 32 292, pielęgniarek 19 593, a położnych 6046. Średnia liczba pacjentów przypadająca na 1 lekarza przyjmującego deklaracje wyboru w skali całego kraju wynosiła 1444.

Na listach aktywnych POZ w 2016 roku znajdowało się ponad 34 miliona osób, przy czym 81.3% z nich skorzystało ze świadczeń tej części systemu ochrony zdrowia. Lekarze POZ udzielili 150 642 587 porad lekarskich dla 27 443 766 pacjentów, średnio 5,49 porad na jednego pacjenta. Wskaźnik ten w przypadku kobiet był wyższy (5,76) niż w przypadku mężczyzn (5,16). W tym samym roku lekarze POZ przeprowadzili 1 166 291 bilansów zdrowia i 219 184 wizyty patronażowych.

Najczęściej raportowanym przez POZ rozpoznaniem było w roku 2016 samoistne nadciśnienie tętnicze (około 5,7 miliona). Ostre zakażenie dróg oddechowych tylko nieco rzadziej było przyczyną wizyty w POZ (5,32 mln). Wśród chorób przewlekłych często raportowane były także cukrzyca czy choroba niedokrwienna serca.

Podstawową regulacją prawną ustalającą zasady funkcjonowania POZ w Polsce jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia:

- z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarки podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.1567);
- z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1146 z późn. zm.);
- z dnia 11 czerwca 2014 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarки i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 779);
- z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 86 z późn. zm.);
- 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 2011 r., Nr 4, poz. 42).

¹ NFZ. Podstawowa opieka zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie. <http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/publikacje> (2.10.2017).

Trwają prace legislacyjne nad projektem ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej w celu zdefiniowania roli i miejsca POZ w systemie ochrony zdrowia i poprawy jej organizacji i funkcjonowania.²

² Druk sejmowy nr 1813.

<http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=0C0D6EB85FC2E4E7C12581990037FFFE>
(04.10.2017).

Podmioty udzielające świadczeń z zakresu POZ

Tamara Zimna

Lekarze, pielęgniarki i położne udzielające świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) mogą wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej lub w ramach pracy najemnej. Podjęcie działalności leczniczej, a w konsekwencji – działalności gospodarczej – jest całkowicie dobrowolne. Obecnie miejsce wykonywania zawodu nie decyduje o konieczności rejestracji praktyki zawodowej, lecz sposób i organizacja udzielania świadczeń z zakresu POZ.

Profesjonalne świadczenie usług zdrowotnych z zakresu POZ na własny rachunek (pod własną firmą), realizowane w sposób ciągły i zorganizowany jest tzw. działalnością leczniczą. Działalność lecznicza jest szczególnym rodzajem działalności gospodarczej, której podjęcie ze względu na ochronę życia i zdrowia ludzkiego wymaga spełnienia szczególnych warunków. Do podjęcia działalności leczniczej nie wystarczy zapewnienie udzielania świadczeń przez wykwalifikowany personel, konieczne jest obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC), wyposażenie w odpowiednie pomieszczenia i urządzenia, produkty lecznicze i wyroby medyczne zgodnie z rodzajem wykonywanej działalności i zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych, a także ustalenie regulaminu organizacyjnego.

Warto wiedzieć, że świadczenie usług zdrowotnych z zakresu POZ nie musi być realizowane w ramach działalności gospodarczej. Świadczenie usług z zakresu POZ może odbywać się także w ramach pracy najemnej np. na podstawie umowy o pracę, stosunku służbowego, cywilnoprawnej umowy o świadczenie usług lub nieodpłatnego wolontariatu.

Wybór formy organizacyjnej działalności leczniczej

Działalność lecznicza z zakresu POZ może być prowadzona w **dwóch podstawowych formach organizacyjnych: praktyki zawodowej albo podmiotu leczniczego.**

Formę praktyki zawodowej w POZ mogą wybrać tylko osoby wykonujące zawód lekarza, pielęgniarki lub położnej. Mogą oni wykonywać działalność leczniczą z zakresu POZ w formie indywidulanej praktyki zawodowej lub grupowej praktyki zawodowej. Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

Indywidulana praktyka zawodowa jest prowadzona przez lekarza, pielęgniarkę, położną prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą. Kilka osób wykonujących ten sam zawód medyczny może prowadzić wspólnie grupową praktykę zawodową w formach prawnych: spółki cywilnej, spółki jawnej lub spółki partnerskiej.

Spółka cywilna powstaje przez zawarcie umowy cywilnoprawnej przez co najmniej dwóch wspólników. Spółka cywilna jest jednostką organizacyjną nie mającą osobowości prawnej i dlatego nie działa we własnym imieniu. Podmiotami praw i obowiązków w umowach, w których występuje spółka cywilna, są bezpośrednio jej wspólnicy, którzy prowadzą działalność gospodarczą rejestrowaną w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG). Za zobowiązania zaciągnięte w ramach działania spółki cywilnej wszyscy wspólnicy odpowiedzialni są solidarnie majątkiem osobistym.

Spółka jawna to spółka osobowa prawa handlowego podlegająca wpisowi do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego. Spółka jawna jest podmiotem praw i obowiązków w umowach (ma tzw. zdolność prawną). W spółce jawnej występuje odpowiedzialność subsydiarna

wspólników, tzn. w pierwszej kolejności wierzyciel zaspokaja swoje roszczenia z majątku spółki, a następnie z majątku osobistego wszystkich wspólników.

Spółka partnerska to także spółka osobowa prawa handlowego posiadająca zdolność prawną i podlegająca wpisowi do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego. Spółkę partnerską mogą utworzyć wyłącznie osoby fizyczne (partnerzy) w celu wykonywania wolnego zawodu (np. lekarze, pielęgniarki, położne). Niedopuszczalne jest zawarcie spółki partnerskiej np. lekarza i inwestora, nie wykonującego wolnego zawodu, który chciałby dofinansować praktykę zawodową. Każdy partner spółki ponosi odpowiedzialność osobistą i nieograniczoną tylko za swoje błędy w sztuce oraz za błędy podległych mu pracowników. Jest zwolniony od odpowiedzialności za zobowiązania spółki powstałe w związku z wykonywaniem wolnego zawodu przez pozostałych partnerów i nie odpowiada za działania pracowników podległych innym wspólnikom. Wszyscy partnerzy odpowiadają w sposób nieograniczony, osobiście i solidarnie za zobowiązania spółki nie związane z wykonywaniem wolnego zawodu.

Ważne, aby odróżniać formy organizacyjne wykonywania działalności leczniczej od form prawnych prowadzenia działalności gospodarczej. Form prawnych prowadzenia działalności gospodarczej jest wiele, najpopularniejsze to: jednoosobowa działalność gospodarcza, spółka cywilna i spółka prawa handlowego (np. spółka jawna, spółka partnerska, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością). W przypadku działalności wykonywanej osobiście lekarza obowiązuje zakaz sprzedaży produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

W grupowej praktyce zawodowej usługi zdrowotne świadczą bezpośrednio wspólnicy i partnerzy spółki, którzy nie pozostają wobec siebie w stosunku podległości organizacyjnej, ponieważ nie są zatrudnieni, lecz łączy ich umowa spółki.

Tylko wyjątkowo, w celu kształcenia podyplomowego lekarz prowadzący grupową lub indywidualną praktykę zawodową „z gabinetem” może zatrudnić innego lekarza na czas przyuczenia do zawodu (np. stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu wązszych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego). W pozostałym zakresie lekarz prowadzący praktykę zawodową może zatrudniać tylko osoby niebędące lekarzami do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy). Lekarz może w ten sposób zatrudnić pielęgniarkę do udzielania świadczeń wykonywanych na jego zlecenie np. podania szczepionki. Nie dotyczy to opieki nad pacjentem sprawowanej samodzielnie przez pielęgniarki POZ i położnej POZ.

Forma organizacyjna podmiotu leczniczego pozwala na większą swobodę zatrudniania personelu leczniczego (np. nie ma ograniczeń w zatrudnieniu lekarza przez lekarza lub wspólnego świadczenia usług przez osoby wykonujące różne zawody medyczne, np. lekarza pielęgniarki i położnej).

Wśród podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu POZ występują nie tylko przedsiębiorcy, lecz także podmioty niebędące przedsiębiorcami tj.: samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki wojskowe oraz jednostki budżetowe posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub gabinet lekarza POZ.

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC)

Wykonywanie działalności leczniczej wiąże się z ryzykiem poniesienia odpowiedzialności cywilnej (OC). Umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

Na wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej i w konsekwencji poziom kosztów obowiązkowego ubezpieczenia OC wpływa wybrana forma organizacyjna wykonywania działalności leczniczej (rodzaj praktyki zawodowej, podmiot leczniczy) oraz rodzaj wykonywanej działalności leczniczej (świadczenia ambulatoryjne, stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne).

Regulamin organizacyjny

Każda praktyka zawodowa i podmiot leczniczy ma obowiązek ustalenia regulaminu organizacyjnego, w którym opisuje sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowany w ustawie lub statucie.

W każdym regulaminie organizacyjnym praktyki zawodowej i podmiotu leczniczego wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia ambulatoryjne określa się w szczególności:

- firmę albo nazwę podmiotu;
- cele i zadania podmiotu;
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (np. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w zakresie POZ);
- miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;
- organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego powinien określać dodatkowo:

- strukturę organizacyjną zakładu leczniczego;
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego;
- organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego (ze wskazaniem osoby odpowiedzialnej za zarządzanie jednostką lub komórką organizacyjną zakładu leczniczego i pracą zatrudnionego w niej personelu np. kierownika przychodni POZ).

Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Działalność lecznicza co do zasady jest działalnością gospodarczą regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, tzn. że do podjęcia tego typu działalności oprócz rejestracji formy prawnej wykonywanej działalności, np. działalności gospodarczej w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub spółki prawa handlowego w Krajowym Rejestrze Sądowym, wymagana jest dodatkowa rejestracja wykonywanej działalności leczniczej, tj. **wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (www.rpwdl.csioz.gov.pl)**. Wniosek o wpis do rejestru składa

się w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP.

Profil zaufany ePUAP (www.epuap.gov.pl) jest bezpłatnym sposobem potwierdzania tożsamości osób fizycznych, wykorzystywanym m.in. do kontaktu przez Internet z administracją publiczną (np. składania deklaracji i aktualizacji danych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych), przy autoryzacji zwolnień lekarskich (ZUS ZLA), przy zmianie wpisów w CEIDG i składaniu deklaracji podatkowych.

Zgodnie z prawem, rozpoczęcie działalności leczniczej jest możliwe dopiero po uzyskaniu wpisu w rejestrze. Zasada ta obowiązuje także w przypadku zmian wszelkich danych w wpisanych rejestrze, które należy zgłaszać w terminie 14 dni od ich powstania, pod rygorem kary pieniężnej. Odnowienie polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC należy zgłaszać do rejestru w krótszym, 7 dniowym terminie.

Wpis do rejestru oraz zmiana wpisu w rejestrze podlegają opłacie.

Opłata za wpis do rejestru praktyki zawodowej (lekarza lub pielęgniarki, położnej) wynosi 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w „Monitorze Polskim” (obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego), obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru.

W 2017 roku opłata za wpis praktyki zawodowej wynosi 86 zł (przeciętne miesięczne wynagrodzenie w 2016 r. wyniosło 4275,69 zł). Opłata za wpis do rejestru podmiotu leczniczego wynosi 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa powyżej, tj. 428 zł.

Wolne od opłat jest zgłoszenie do rejestru odnowienia ubezpieczenia OC.

Rejestracja podmiotu leczniczego

Podmioty lecznicze rejestrowane są przez wojewodę właściwego dla siedziby albo miejsca zamieszkania – w przypadku podmiotu leczniczego będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą. Podmiot leczniczy prowadzi działalność leczniczą za pomocą zespołu składników majątkowych (przedsiębiorstwa) nazywanego zakładem leczniczym, który jest jego jednostką lokalną z odrębnym, 14-znakowym numerem REGON. Nazwa zakładu leczniczego nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego. Podmiot leczniczy może prowadzić więcej niż jeden zakład leczniczy.

Podczas rejestracji podajemy rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładzie leczniczym. Świadczenia z zakresu POZ to ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta. Świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych). W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń. Świadczenia zdrowotne nieujawnione w rejestrze nie mogą być udzielane pacjentom.

Zakład leczniczy może posiadać rozbudowaną strukturę organizacyjną, w ramach której funkcjonują jednostki organizacyjne z podległymi im komórkami organizacyjnym, którym nadawane są resortowe kody identyfikacyjne. Struktura organizacyjna podmiotu leczniczego ustalana jest przez kierownika w regulaminie organizacyjnym i powinna znajdować swoje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej zakładu leczniczego.

Rejestracja praktyki zawodowej

Praktyki zawodowe są rejestrowane przez okręgowe rady samorządu zawodowego. Wyróżniamy następujące rodzaje praktyk zawodowych:

- 1) indywidualna praktyka wyłącznie w zakładzie leczniczym,
- 2) indywidualna specjalistyczna praktyka wyłącznie w zakładzie leczniczym,
- 3) indywidualna praktyka wyłącznie w miejscu wezwania,
- 4) indywidualna specjalistyczna praktyka wyłącznie w miejscu wezwania,
- 5) grupowa praktyka,
- 6) indywidualna praktyka,
- 7) indywidualna specjalistyczna praktyka.

Do rejestracji indywidualnej praktyki zawodowej „z gabinetem” (praktyk wymienionych w pkt 6 i 7 powyżej) wymagane jest dysponowanie pomieszczeniem wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny.

Praktyka wykonywana wyłącznie w zakładzie leczniczym (1 i 2) wymaga zawarcia umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, który udostępnia swoje pomieszczenia do wykonywania zawodu. Miejszem udzielania świadczeń zdrowotnych jest adres zakładu leczniczego. W takim przypadku odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, ponoszą solidarnie: podmiot leczniczy oraz lekarz, pielęgniarka, położna prowadzący indywidualną praktykę zawodową.

Praktyka wykonywana w miejscu wezwania (pkt 3 i 4) nie ma stałego miejsca przyjmowania pacjentów, lecz wymaga ustalenia adresu siedziby praktyki oraz miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej oraz produktów leczniczych i sprzętu medycznego. Miejszem wezwania nie może być zakład leczniczy.

Grupowa praktyka zawodowa (pkt 5) może być prowadzona tylko z miejscem przyjmowania pacjentów („z gabinetem”), nie występuje forma organizacyjna wyłącznie na wezwanie. Ponadto, grupowa praktyka zawodowa lekarzy nie może być wykonywana w podmiocie leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Typy świadczeniodawców

Podmiot wykonujący działalność leczniczą z zakresu POZ na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, **zawartej bezpośrednio z Narodowym Funduszem Zdrowia** (daje w skrócie: kontrakt z NFZ), finansującym tą działalność ze środków publicznych jest tzw. świadczeniodawcą POZ.

Kontrakt z NFZ na finansowanie ze środków publicznych świadczeń z zakresu POZ może zawrzeć wyłącznie podmiot wykonujący działalność leczniczą (podmiot leczniczy lub praktyka zawodowa). **Lekarz bez zarejestrowanej działalności leczniczej nie może zostać świadczeniodawcą POZ.** Taki lekarz może wówczas świadczyć usługi z zakresu POZ w ramach pracy najemnej wykonując zawód nawet u kilku innych świadczeniodawców POZ realizujących kontrakt z NFZ i w ten sposób pośrednio nabędzie status tzw. lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Lekarz, pielęgniarka, położna udzielający świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł kontrakt z NFZ nie może realizować innego kontraktu zawartego przez tego samego lekarza pielęgniarkę, położną bezpośrednio z NFZ. Zakaz podwójnego kontraktowania dotyczy nie tylko indywidualnych praktyk lekarskich, ale również lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach podmiotów leczniczych, działających w formie prawnej jednoosobowej działalności gospodarczej bądź jako spółki cywilne. Lekarz, pielęgniarka, położna wykonując działalność leczniczą w takiej formie prawnej nie mają odrębnej osobowości prawnej i są bezpośrednio stroną kontraktu z NFZ – inaczej niż gdyby podmiot leczniczy był prowadzony w formie spółki prawa handlowego, wyposażonej w odrębną osobowość prawną. Konsekwencją złamania zakazu podwójnego kontraktowania może być rozwiązanie kontraktu z NFZ w całości lub w części bez zachowania okresu wypowiedzenia. NFZ wzywa świadczeniodawcę do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości poprzez zmianę formy prawnej prowadzonej działalności lub rezygnację z realizacji świadczeń w jednym z podmiotów pod rygorem rozwiązania umowy.

Podwykonawca świadczeń z zakresu POZ

Świadczeniodawcy mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń w ramach kontraktu zawartego z NFZ, tylko wtedy jeśli umowa tak stanowi. Wówczas do kontraktu z NFZ załączany jest wykaz podwykonawców z opisem przedmiotu świadczeń pod wykonywanych. W aktualnych warunkach zawierania umów POZ dopuszczone jest zlecanie świadczeń podwykonawcom zarówno przez podmioty lecznicze jak i praktyki zawodowe, w szczególności świadczeń transportu sanitarnego, badań diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nie obrazowej. Praktyki zawodowe i podmioty lecznicze mogą więc współpracować ze świadczeniodawcami POZ w charakterze tzw. podwykonawców kontraktu z NFZ. Podwykonawca kontraktu z NFZ wykonuje część umowy samodzielnie, organizując powierzony mu zakres czynności. Podwykonawca kontraktu z NFZ nie może jednak realizować innego kontraktu zawartego przez podwykonawcę bezpośrednio z NFZ (tzw. zakaz podwójnego kontraktowania).

W przypadku publicznych podmiotów leczniczych i podmiotów prawa publicznego zobowiązanych do stosowania procedury konkursowej z art. 26 ustawy o działalności leczniczej podstawą współpracy z podwykonawcą jest umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne. Umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne nie może kreować stosunku cywilnoprawnego o podporządkowaniu podwykonawcy, takim jak podporządkowanie pracownika. W takim przypadku, odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie świadczeniodawca udzielający zamówienia i podwykonawca przyjmujący zamówienie.

Praktyki zawodowe i prywatne podmioty lecznicze nawiązują współpracę z podwykonawcą bez potrzeby przeprowadzania konkursu, a zawarte przez nich umowy są zwykłymi umowami o świadczenie usług.

Konsorcjum świadczeniodawców

Świadczeniodawcy mogą wspólnie ubiegać się o zawarcie i wykonywanie kontraktu z NFZ, w nie mniej niż dwóch zakresach świadczeń opieki zdrowotnej, spośród wskazanych przez NFZ w ogłoszeniu o konkursie. Świadczenia z zakresu POZ nie mogą być realizowane w ramach konsorcjum. Konsorcjanci ponoszą solidarną odpowiedzialność za wykonanie kontraktu z NFZ. Konsorcjum świadczeniodawców jest umową cywilnoprawną co najmniej dwóch świadczeniodawców zawartą w celu wspólnego ubiegania się przez nich o zawarcie i wykonywania kontraktu z NFZ w co najmniej dwóch zakresach świadczeń gwarantowanych np. w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wówczas

świadczeniodawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zawarcia kontraktu z NFZ.

Więcej informacji w:

1. Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 2. Wolters Kluwer, Warszawa 2014, art. 5, art.10, art.17-27, art. 33, art.100-108.
2. Barcikowska-Szydło E., Majcher K., Malczewska M., Preiss W., Sakowski K., Zielińska E. (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, wyd. 2. Wolters Kluwer, Warszawa 2014, art. 46, art. 49a-50a, art. 53.
3. Kowalska-Mańkowska I., Pietraszewska-Macheta A. (red.), Sidorko A., Urban K., *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, wyd. 2. Wolters Kluwer, Warszawa 2015, art. 5, art. 28, art. 55-56, art. 132-133, art. 159.

Infrastruktura świadczeniodawcy

Wiesława Fabian

Udzielanie świadczeń medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej powinno odbywać się w odpowiednio przystosowanych i wyposażonych pomieszczeniach. Infrastruktura ma zapewnić bezpieczeństwo personelowi i pacjentom, a także warunki do sprawnej pracy, umożliwiającej właściwą realizację świadczeń. Podstawowe prawne wymagania dotyczące infrastruktury i wyposażenia określone są w pięciu rozporządzeniach ministra zdrowia^{3, 4, 5, 6, 7}

Lokal do udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej można podzielić na 3 strefy:

- **Strefa publiczna (zewnątrzna)** to rejestracja, poczekalnia i pomieszczenie higieniczno-sanitarne.
- **Strefa medyczna (wewnętrzna)** to gabinety lekarskie i gabinet diagnostyczno-zabiegowy.
- **Strefa administracyjno-socjalna** – to szatnia i pokój socjalny, pomieszczenie administracyjne, serwerownia, archiwum, magazynek, pomieszczenie porządkowe (w małych lokalach poszczególne funkcje tej strefy mogą być łączone we wspólnych pomieszczeniach).

Wg obowiązujących przepisów przy zachowaniu rozdzielności czasowej:

- Można przyjmować wszystkie grupy pacjentów w tych samych gabinetach, wydzielając godziny przyjęć dzieci zdrowych.
- Można łączyć funkcje gabinetu zabiegowo-diagnostycznego z punktem szczepień i punktem pobrań do badań laboratoryjnych, wydzielając godziny dla poszczególnych funkcji.

Poniżej zestawiono aktualne wymagania, które należy traktować jako minimalne oraz praktyczne uwagi, mogące zapewnić optymalny komfort pracy i standard opieki. W nawiasach numer aktu prawnego z przypisów na pierwszej stronie rozdziału, który określa poszczególne wymagania.

Nazwa	Wymogi minimalne (w nawiasie numer RZM z przypisu)	Praktyczne uwagi
Lokal – powierzchnia	Nie określono	Dla praktyki 1 lekarza minimum 70m ² , dla każdego następnego lekarza średnio ok 30 m ²

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012 poz.739)

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z późniejszymi zmianami (Dz.U. 2013 poz. 1248, ostatni tekst jednolity z 19.01.2016)

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz.U. 2013 poz.696)

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów z późniejszymi zmianami (Dz.U. 2015 poz.1400, ostatni tekst jednolity z 11.07.2016)

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2008 r. w sprawie określenia szczegółowych zasad i trybu wstrzymywania i wycofywania z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz.U. 2008 poz. 347).

Lokal – położenie	Oddzielny budynek lub całkowite wyodrębnienie od innych pomieszczeń, oddzielne wejście i węzły sanitarne, oddzielna komunikacja wewnętrzna(1)	Pożądany parking, wskazane zaznaczone miejsce do zatrzymywania ambulansu blisko drzwi wejściowych
Rejestracja i poczekalnia	Pomieszczenie do przechowywania dokumentacji medycznej lub szafa przystosowana do przechowywania dokumentacji medycznej(2) Tablice informacyjne (4) Poczekalnia dla świadczeniobiorców (2)	Wielkość poczekalni zależy od wielkości podmiotu. Konieczne dobrze wyposażone stanowisko biurowe z komputerem, drukarką, skanerem, telefon, fax. Szafy zamykane na dokumentację medyczną. Zaplecze rejestracyjne lub pokój administracyjny na dokumenty, materiały biurowe. Pomieszczenie na serwer - ważne by nie było nagrzewane lub należy przewidzieć klimatyzację. W poczekalni średnio 4 krzesła na 1 gabinet. Kącik dla dzieci z zabawkami. Wieszaki na ubrania zewnętrzne. Miejsce na parasole.
Gabinety lekarskie	<u>Liczba</u> adekwatna do liczby lekarzy i zgłoszonego do NFZ harmonogramu pracy (2)	Warto przewidzieć gabinet dla lekarza szkolącego się.
	<u>Powierzchnia</u> – nieokreślona	Powierzchnia ok. 12-20 m ² z odrębnym pomieszczeniem lub wydzielonym osłoniętym miejscem do badania przedmiotowego
	<u>Wyposażenie</u> - umywalka z pojemnikami (mydło, środek dezynfekcyjny, papier) Pojemnik na odpady medyczne, środek do dezynfekcji powierzchni (1,5) Leżanka, Stół do badania niemowląt, Waga medyczna ze wzrostomierzem, Waga medyczna dla niemowląt, Aparat do mierzenia ciśnienia z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych Otoskop (2)	Biurko z wygodnym usytuowaniem komputera, drukarki i skanera Szafka na książki, materiały, Szuflady (w tym zamykana na druki ścisłego zarachowania). Krzesła co najmniej 3 (2 dla pacjentów, 1 dla szkolącego się lekarza). Przydatne są panele diagnostyczne (aparat do RR, otoskop, lampka do badania gardła, wzierniki nosowe). Ew. dodatkowo dermatoskop, oftalmoskop, pulsoksymetr, pomiar szczytowego przepływu powietrza.

Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	Powierzchnia nieokreślona <u>Wypożyczenie:</u> Umywalka, a jeżeli nie używa się wyłącznie sprzętu jednorazowego musi być dodatkowo zlew do mycia narzędzi (1). Pojemniki (mydło antybakteryjne, śr. dezynfekcyjny, ręczniki papierowe) Telefon Lodówka Szafki do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych. Stolik zabiegowy EKG Aparat do mierzenia ciśnienia z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych Glukometr Tablice do badania wzroku Sprzęt i pomoce do prowadzenia testów przesiewowych u dzieci Podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych Zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków Zestaw do udzielania pierwszej pomocy* Zestaw przeciwwstrząsowy**. Pojemniki na odpady medyczne (1, 2, 4).	Wskazane ok. 20 m². Biurko ze stanowiskiem komputerowym. Stanowisko do pobierania krwi (przydatne również do zakładania wenflonów). Lodówka z systemem elektronicznej kontroli temperatury. Krzesła – min 2 szt. Można rozważyć: Holter RR, Aparat USG.
Punkt szczepień	Możliwość funkcjonalnego połączenia z gabinetem zabiegowym (2) stół do badania niemowląt, waga medyczna dla niemowląt (2)	
Dodatkowe pomieszczenia	Pomieszczenie porządkowe do przechowywania sprzętu sprząającego, środków czystości i preparatów myjąco-dezynfekcyjnych (1) Pomieszczenie do składowania odpadów medycznych lub lodówka przeznaczona wyłącznie do tego celu (1)	Wskazana część socjalna dla personelu wymagana w przepisach prawa pracy - szatnia, pokój socjalny, WC lub łazienka. Wskazany magazynek lub wydzielone szafy.

	Pomieszczenie higieniczno-sanitarne co najmniej jedno (1)	
Wentylacja	Grawitacyjna mechaniczna lub klimatyzacja. Przeglądy minimum co 12 m-cy. (1)	
Ogólne	Podłogi i meble umożliwiające mycie i dezynfekcję (1)	Niedopuszczalne parkiety i wykładziny dywanowe

***Zestaw do udzielania pierwszej pomocy**

- a. rurka ustno-gardłowa,
- b. maska twarzowa,
- c. worek samorozprężalny,
- d. igły, wenflony,
- e. płyny infuzyjne i środki opatrunkowe (bandaż, gaza, gaziki),
- f. aparat do pomiaru ciśnienia krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych
- g. stetoskop;

****Zestaw przeciwwstrząsowy**

- a. Aqua pro iniectione – rozpuszczalnik do sporządzania leków parenatalnych,
- b. Amiodaroni hydrochloridum 50 mg/ml – roztwór do wstrzykiwań,
- c. Dopaminum 40 mg/ml – roztwór do infuzji,
- d. Adrenalinum 300 mcg/0,3 ml lub 1 mg/ml – roztwór do wstrzykiwań,
- e. Furosemidum 10 mg/ml – roztwór do wstrzykiwań,
- f. Glucosum 20% lub 40% – roztwór do wstrzykiwań,
- g. Glyceroli trinitras 0,4 mg/dawka – aerozol podjęzykowy,
- h. Hydrocortisonum hemisuccinatum 250 mg – proszek i rozpuszczalnik o sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji lub odpowiedniki terapeutyczne,
- i. Lidocaini hydrochloridum 2% – roztwór do wstrzykiwań,
- j. Metamizolum natricum 500 mg/ml – roztwór do wstrzykiwań,
- k. Natrii chloridum 0,9% – roztwór do wstrzykiwań,
- l. Natrii hydrocarbonas 84 mg/ml – roztwór do wstrzykiwań dożylnych,
- m. Salbutamoli sulfas 0,5 mg/ml – roztwór do wstrzykiwań,
- n. płyny infuzyjne:
- o. Glucosum 5% – roztwór do infuzji,
- p. Natrii chloridum 0,9% – roztwór do infuzji,
- q. Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum dihydricum (8,6 mg + 0,3 mg + 0,33 mg)/ml – roztwór do infuzji dożylnych,

Lokal powinien być odpowiednio oznaczony na zewnątrz oraz posiadać wewnątrz tablice informacyjne zawierające minimum informacji wynikających z RMZ (4).

Tablica na zewnątrz budynku:

- a. nazwa, zakres i godziny udzielanych świadczeń

- b. adres oraz numery telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
- c. numery telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego
- d. znak graficzny NFZ (ściśle określony na stronach internetowych NFZ).

Tablica wewnątrz budynku:

- a. imię i nazwisko kierownika podmiotu;
- b. imiona i nazwiska lekarzy, pielęgniarek i położnych, godziny udzielania świadczeń oraz numer gabinetu;
- c. wykaz podwykonawców – zakres, miejsce i godziny przyjęć
- d. zasady zapisów na porady i wizyty domowe;
- e. tryb składania skarg i wniosków;
- f. prawa pacjenta (np. wyciąg z Ustawy o Prawach Pacjenta, a cały tekst dostępny w Rejestracji) ;
- g. zasady potwierdzania prawa do świadczeń;
- h. adres oraz numery telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- i. numery telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
- j. adres i numer bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- k. adres i numer telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- l. informacje o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia;

Uwagi dotyczące bezpieczeństwa przechowywania leków oraz odpadów medycznych

W gabinecie zabiegowym w POZ stosowane są leki oraz szczepionki. Należy przestrzegać zasad odpowiedniego ich przechowywania i utylizacji.

Warto ustalić **listę leków stosowanych** w danej praktyce (oprócz wymogów prawnych posiadania zestawu p/wstrząsowego). Ułatwia to nadzór na lekami. **Przechowywanie leków** powinno być zgodne z informacją z Charakterystyce Produktu Leczniczego. Najczęściej to temperatura pokojowa lub lodówka, czasami zaciemnienie. Wymagana jest kontrola temperatury w lodówce 2x dziennie lub monitorowanie elektronicznie. Jeden raz w kwartale pomiar kontrolny termometrem wzorcowym. Dopuszczalna norma temperatury w lodówce wynosi 2-8° C.

Przechowywanie środków odurzających-narkotycznych i psychotropowych – powinno odbywać się w kasetce, klucz do kasetki posiada upoważniona pielęgniarka. Kierownik podmiotu ma obowiązek przeprowadzić raz na kwartał kontrolę stanu. Zużycie leków narkotycznych i środków psychotropowych rejestrowane jest zgodnie z wymogami Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF) w specjalnej książce kontroli środków odurzających.

Kontrola leków – jeden raz w miesiącu odpowiedzialna za gabinet pielęgniarka dokonuje przeglądu terminu ważności leków i pakietów sterylnych w szafie, lodówce, tacy reanimacyjnej, torbach.

Postępowanie z lekiem przeterminowanym – tabletki, kapsułki, czopki, globulki, aerozole wrzucamy do worka czerwonego. Leki w formie ampułek (nie otwierać!), łącznie z zawartością wrzucamy do pojemnika odpornego na przekłucie. Całość opisać kodem **18 01 09** i przekazać do utylizacji. Warto zrobić protokół utylizacji (zwłaszcza przy dużej wartości np. szczepionek) i przekazać do rozliczeń jako „strata”.

Postępowanie z przeterminowanym narkotykiem i lekiem psychotropowym – należy zabezpieczyć przed użyciem i przechowywać w wyznaczonej do tego celu kasecie, następnie powiadomić pismem Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego (WIF), który wydaje zezwolenie na utylizację. Dokuje jej firma wskazana przez WIF, posiadająca zezwolenie na utylizację narkotyków i leków psychotropowych. Protokół potwierdzający utylizację dostarcza się do WIF.

Postępowanie w przypadku podejrzenia, że produkt medyczny (w tym szczepionki) nie odpowiada wymaganiom jakościowym – należy natychmiast zabezpieczyć produkt lub jego pozostałości wraz z opakowaniem w szczelnie zamkniętym pojemniku oznaczonym napisem: „Produkt leczniczy zabezpieczony-podejrzenie braku spełnienia wymagań jakościowych”, wypełnić odpowiedni druk „Zgłoszenie podejrzenia braku spełnienia wymagań jakościowych produktu leczniczego”, stanowiący załącznik do RMZ (5). Druk należy wysłać listem poleconym do WIF. W przypadku posiadania większej ilości podejrzanego produktu leczniczego, w tym również szczepionek tej samej serii, należy niezwłocznie wstrzymać jego stosowanie i zabezpieczyć w pojemniku z napisem: „Produkt leczniczy zabezpieczony do wyjaśnienia”. Po otrzymaniu informacji co do statusu zabezpieczonego produktu w przypadku braku potwierdzenia włączyć pozostały do stosowania na bieżąco, a w przypadku potwierdzenia zwrócić produktu do dystrybutora.

Postępowanie z lekami wstrzymanymi lub wycofanymi – informacje o lekach wstrzymanych lub wycofanych są przesyłane przez NFZ poprzez portal świadczeniodawcy.

Zasady segregacji i przechowywania odpadów medycznych

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych powstają odpady medyczne i inne. Podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia segregacji odpadów. Odpady w POZ można podzielić następująco:

WOREK CZERWONY Odpady medyczne zakaźne Kod 18 01 03	OPAKOWANIE SZTYWNE Odpady medyczne zakaźne ostre Kod 18 01 03	WOREK NIEBIESKI Odpady medyczne pozostałe- niezakaźne Kod 18 01 04	WOREK CZARNY Odpady gospodarczo- bytowe
Materiał opatrunkowy, lignina, podkłady, szpatułki, pozostałości po materiale do badań, sprzęt jednorazowy rękawice ochronne, i inne materiały zanieczyszczone krwią, wydzielinami pacjenta.	Zużyte igły, strzykawki, ampułki, wżerniki uszne, ostre narzędzia jednorazowego użytku, rozbite szkło i inne ostre elementy zawierające resztki płynów ustrojowych,	Opakowania papierowe i plastikowe od igieł, strzykawek, materiałów opatrunkowych, rękawic ochronnych oraz leków, rozpakowane rękawy sterylizacyjne, inne materiały wykorzystywane przez pracowników niezabrudzone wydzielinami pacjentów	Pozostałe odpady niemedyczne, papier, inne odpady niemające kontaktu z pacjentami

Odpady medyczne o kodzie **18.01.03** mogą być przechowywane w temperaturze od 10°C do 18°C maksymalnie 72 godziny, natomiast w temperaturze do 10°C – maksymalnie 30 dni.

Odbiór odpadów medycznych prowadzi specjalistyczna firma, która przekazuje je do utylizacji. Potwierdzenia przekazania do utylizacji powinny być dostarczane do podmiotu leczniczego. Na ich podstawie do 15 marca każdego roku należy przekazać, sprawozdanie z ilości wytwarzanych odpadów w roku poprzednim. Sprawozdanie wysyłane jest do Urzędu Marszałkowskiego (Wydział Ochrony Środowiska).

Nadzór nad sprzętem medycznym

W podmiocie leczniczym należy określić rejestr sprzętu medycznego wymagającego okresowych przeglądów. Powinny się w nim znaleźć między innymi: aparat EKG, wagi medyczne, ew. aparat Holtera RR. Aparat USG. Każdy aparat powinien mieć założony paszport, w którym są odnotowywane przeglądy i ew. naprawy. Przeglądy prowadzą specjalistyczne serwisy.

Informatyzacja

W podstawowej opiece zdrowotnej informatyzacja praktyki lekarza rodzinnego jest wymogiem koniecznym do realizowania Umowy z NFZ. Aktualnie wymagany zakres informatyzacji dotyczy sprawozdawczości i rozliczeń. Praktyka lekarza rodzinnego zobowiązana jest do przekazywania w formie elektronicznej do systemu informatycznego udostępnionego przez NFZ, co miesiąc następujących raportów:

- raport z deklaracji wyboru
- raport jakościowy z wykonanych wszystkich świadczeń przez lekarza, niektórych świadczeń pielęgniarstwa i położnej środowiskowej,
- raport liczbowy z udzielonych świadczeń pielęgniarstwa środowiskowej, położnej środowiskowej, pielęgniarstwa szkolnego i wykonanych transportów sanitarnych
- raport liczbowy z wykonanych badań diagnostycznych (aktualnie raz na pół roku)

Raport jakościowy oznacza, że w odpowiednim formacie jest zawarta informacja o udzielonym świadczeniu, zawierająca PESEL pacjenta, rozpoznanie chorobowe ICD10 i rodzaj świadczenia. Położne w ramach raportu jakościowego przekazują informacje o poradach w opiece przedporodowej i poporodowej. Pielęgniarki środowiskowe w takiej formie sprawozdają realizację programu wczesnego wykrywania gruźlicy. Lekarz, pielęgniarka i położna w taki sposób sprawozdaje usługi dla pacjentów spoza listy aktywnych deklaracji i pacjentów z Unii Europejskiej przyjmowanych w ramach koordynacji opieki.

Raport liczbowy to łączna liczba wykonanych świadczeń danego rodzaju.

Dodatkowo w oddzielnym systemie NFZ – Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) dostępnym on-line lekarz dokumentuje wykonanie programu profilaktycznego – wczesnego wykrywania chorób układu krążenia i cukrzycy. Na portalu NFZ dostępny jest też System do obsługi kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO).

Przychodnia zobowiązana jest ponadto do pobierania puli numerów recept z Systemu Numerowania Recept (SNRL) w postaci pliku wczytywanego do systemu obsługującego przychodnię lub przekazywanego do drukarni.

Kolejnym systemem dostępnym w formie aplikacji portalowej jest e-WUŚ – Elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców, z którego dane o prawie pacjenta do świadczeń niezbędne są do sprawozdawania wykonanych usług – w wielu przypadkach dane pobierane są automatycznie jako funkcjonalność systemu obsługującego przychodnię.

Oprócz sprawozdawczości przekazywanej do NFZ, praktyka lekarza zobowiązana jest do przekazywania informacji statystycznych do GUS i Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia.

Wyżej wymienione elementy to minimum informatyzacji do której jest zobowiązany lekarz rodzinny. W Polsce od kilku lat Centrum Systemów Informatycznych Opieki Zdrowotnej (CSIOZ) realizuje projekt informatyzacji opieki zdrowotnej „e-Zdrowie”. Część tego projektu już funkcjonuje, np. e-zwolnienia wdrożone przez ZUS, ale tylko przez nielicznych lekarzy, ZIP- czyli Zintegrowany Informator Pacjenta, wdrożony przez NFZ zawierający wykaz wraz z kosztem udzielonych świadczeń medycznych danemu pacjentowi. Kolejno mają być wdrażane e-recepta, e-skierowanie, e-porada i inne.

Szersza digitalizacja systemu ochrony zdrowia będzie możliwa wtedy gdy zafunkcjonuje informatyzacja na poziomie każdego podmiotu leczniczego. Na poziomie POZ powstaje najwięcej jednostkowych usług medycznych, liczba porad w POZ dziennie w Polsce przekracza 1 milion. Dla sprawnej pracy personelu medycznego umożliwiającej wykonanie dużej liczby usług z mniejszym obciążeniem czasowym konieczna jest informatyzacja na każdym stanowisku pracy przy pacjencie. Wówczas powstaje na bieżąco dokumentacja medyczna pacjenta i dane potrzebne do poszczególnych sprawozdań.

Informatyzację podmiotu leczniczego należy rozpatrywać jako trzy wzajemnie od siebie zależne części: sprzętowa, programowa i procesowa.

Część sprzętowa

Część sprzętowa to wszelkie elementy fizyczne, czyli sprzęt komputerowy, infrastruktura sieciowa, łącza i media. Infrastruktura sieciowa pozwala na pracę na wielu stanowiskach na wspólnej bazie danych. Można wykorzystywać sieć przewodową lub bezprzewodową.

Sieć bezprzewodowa (WiFi) jest tańsza i łatwiejsza we wdrożeniu, ale ma też swoje wady.

Planując sieć WiFi, należy brać pod uwagę:

- liczbę stanowisk komputerowych
- rodzaj wykorzystywanych urządzeń
- plan przestrzenny budynku
- sposób zabezpieczenia sieci

Głównymi elementami sieci bezprzewodowej są tzw. „access point’y” – urządzenia odbierające i przekazujące sygnał. Rozmieszczając je należy zwrócić uwagę na odległości między elementami i przeszkody między nimi. Wraz z odległością spada jakość sygnału. Wszelkiego rodzaju przeszkody typu ściany, stałe elementy, a nawet ludzie znajdujący się na torze transmisji tłumią sygnał. Może to wpływać na prędkość i stabilność sieci. Kolejna ważna cecha sieci to bezpieczeństwo. Stosowane są różne sposoby zabezpieczenia sieci przed dostępem niepożądanych odbiorców - szyfrowanie hasłem, autoryzacja urządzenia po jego adresie i inne. Zabezpieczenia nie są jednak pewne. Aktualne prędkości w zależności od typu urządzeń to 40-750 Mb/s dla urządzeń standardu 802.11 b/g/n/ac. Prędkość ta jest dzielona na liczbę jednocześnie transmitujących urządzeń przez dany access point. Główne minusy sieci bezprzewodowych to mniejsza prędkość, większe ryzyko przedostania do sieci niepożądanych odbiorców i mniejsza stabilność.

Sieć przewodowa jest droższa w początkowej fazie, ale wydatki rekompensuje większą jakością w kolejnych latach użytkowania. W zależności od rozmieszczenia przestrzennego urządzeń komputerowych w budynku, sieci są budowane w topologii gwiazdy. Centrum gwiazdy stanowi switch – urządzenie do którego schodzą się wszystkie kable sieciowe. W zależności od potrzeb możemy zbudować wiele takich gwiazd łącząc je ze sobą. Używając kabli sieciowych kategorii 6e łącząc elementy na odcinkach nie większych niż 100m uzyskamy prędkości transmisji rzędu 1Gb/s czyli 1000 Mb/s dla każdego elementu sieciowego. Dobrze położona sieć komputerowa jest narażona tylko na zakłócenia ze strony źródeł zmiennego pola magnetycznego. Plusy sieci przewodowej to większe: prędkość, bezpieczeństwo i stabilność.

Zasilanie elektryczne – zaleca się wydzielić lub wytyczyć dedykowaną sieć elektryczną dla sprzętu komputerowego. Pozwala to uniknąć zaniku zasilania w/w na skutek przepięcia czy przekroczenia dopuszczalnego obciążenia w sieci. Do każdego stanowiska komputerowego należy podłączyć listwę przeciw/przepięciową. Komputer i monitor należy podłączać poprzez UPS, aby po wystąpieniu zaniku zasilania móc bezpiecznie zakończyć pracę w systemie i wyłączyć komputer. Do takiego UPS nie podłączamy drukarek (wymagają do pracy znacznej energii – powodując momentalne rozładowanie UPS). Przy dużych sieciach komputerowych należy rozważyć instalację autonomicznego agregatu prądotwórczego wraz z UPS z dużym zespołem akumulatorowym. Takie awaryjnie zasilanie zabezpiecza kluczowe elementy infrastruktury informatycznej (serwery, kluczowe urządzenia sieciowe, wydzielone stanowiska komputerowe).

Internet – niezbędne medium do pracy. Obecnie najlepsze efekty dają sieci światłowodowe, charakteryzujące się dużą szybkością i przepustowością. Korzystnym rozwiązaniem jest posiadanie przynajmniej dwóch różnych przyłączy internetowych na wypadek awarii któregoś z łączy (np.: światłowod i DSL czy neostrada).

Serwerownia, czyli „mózg” całego systemu komputerowego powinna być zaplanowana w pomieszczeniu pozbawionym zagrożeń typu podtopienie, zalanie wodą z instalacji wodno-kanalizacyjnych. Pomieszczenie to powinno mieć możliwość zainstalowania klimatyzacji, bowiem urządzenia często emitują ciepło większe niż wynosi naturalna absorpcja pomieszczenia. Pomieszczenie nie powinno zawierać elementów łatwopalnych. Coraz częściej stosuje się w tego typu pomieszczeniach automatyczne systemy gaśnicze absorbujące tlen z otoczenia celem zdławienia pożaru. Dla poprawy bezpieczeństwa można rozważyć serwer zapasowy z urządzeniami wykonującymi backup (zapis kluczowych elementów systemu).

Stanowiska komputerowe to bezpośredni sprzęt do pracy na każdym stanowisku, sprzęt należy wybrać dobry ale nie przesadnie drogi, przeciętny czas życia komputera to kilka lat (ok 3), po czym należy go profilaktycznie wymienić.

Część programowa

Na rynku jest wiele firm dedykujących **oprogramowanie komputerowe** dla podmiotów leczniczych. Są programy, które od wielu lat funkcjonują i rozbudowują się aby sprostać zapotrzebowaniu i wymaganiom profesjonalistów medycznych. Należy pamiętać, że zakup programu to nie jednorazowy wydatek. Program musi być aktualizowany aby sprostał zmianom prawnym, wymaganiom płatnika i mógł być doskonalony. Przykładem jest choćby zmieniająca się kilka razy w roku lista leków refundowanych, zmiana co najmniej raz w roku sprawozdawczości do NFZ i inne. Zakup oprogramowania to Umowa z dostawcą i coroczna opłata w wysokości kilkunastu procent wartości programu za możliwość korzystania z aktualizacji. Przy wyborze

oprogramowania znaczenie ma liczba stanowisk, niektóre są dedykowane do małych sieci, inne dużych sieci z kilkudziesięcioma stanowiskami.

Liczba stanowisk komputerowych wpływa na kolejny element – **oprogramowanie bazodanowe** do przetwarzania danych (wpisywania, przeglądania, poprawiania...) plus silnik bazodanowy do przechowywania danych. Wybór tego elementu informatyzacji wpływa na bezpieczeństwo, stabilność i wydajność przetwarzania danych.

Na każdym stanowisku komputerowym niezbędny jest **program antywirusowy** zarządzany centralnie przez sieć. Na stanowiskach pracy potrzebne jest również **oprogramowanie biurowe**, można korzystać z pakietu LibreOffice. Oprogramowanie to jest w pełni darmowe i wystarczające w typowych zastosowaniach rejestracji czy gabinetów.

Część procesowa

Aby na stanowiskach pracy lekarz czy pielęgniarka pracowali w wybranym przez siebie programie komputerowym potrzebne jest również całe zaplecze procesowe, będące zestawem reguł, praktyk, zasad, procesów, czynności związanych z przetwarzaniem danych w przestrzeni tak informatycznej jak i osobowej. Te elementy powinny być opracowane w dwóch głównych dokumentach, tj. w Polityce Bezpieczeństwa i Instrukcji zarządzania systemem informatycznym.

Zabezpieczenie sieci informatycznej i bezpieczeństwo gromadzonych danych

Systemy komputerowe bardzo ułatwiają pracę, ale ochrona zdrowia gromadzi duże ilości danych, które muszą podlegać odpowiedniemu zabezpieczeniu.

Dane osobowe to wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej. Dane osobowe dzielimy na zwykłe i wrażliwe.

Dane zwykłe to: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, NIP, numer i seria dowodu osobistego, wykształcenie, zawód, płeć, numer telefonu, adres e-mail, miejsce pracy. Większość z nich wpisujemy w dokumentację pacjenta.

Dane wrażliwe to: stan zdrowia, kod genetyczny, nałogi, pochodzenie rasowe lub etniczne, wyznania, poglądy polityczne, przynależność partyjna lub związkowa, życie seksualne, skazania, orzeczenia o ukaraniu. Część z tych danych zawiera dokumentacja medyczna. Te, które nie wpływają na stan zdrowia i przyjęte postępowanie medyczne, nie powinny być wpisywane.

Aby właściwie zabezpieczyć gromadzone dane osobowe zwykłe i wrażliwe każdy podmiot medyczny jest zobowiązany do wprowadzenia polityki bezpieczeństwa danych. Zgodnie z prawem dotyczącym ochrony danych osobowych podmiot medyczny jest Administratorem Danych Osobowych (ADO). ADO może powołać Administratora Bezpieczeństwa Informacji (ABI), czyli osobę, która nadzoruje przestrzeganie przepisów związanych z ochroną danych osobowych. **Polityka bezpieczeństwa danych osobowych** zawiera między innymi:

- wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych,
- opis struktury zbiorów danych wskazujący zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązania między nimi,
- sposób przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami,

- określenie środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych.

Oprócz „Polityki” podmiot powinien opracować **Instrukcję zarządzania systemem informatycznym**. W tym dokumencie muszą być określone między innymi zasady:

- nadawania i odbierania uprawnień dostępu do danych
- uwierzytelniania uprawnionych osób (tworzenie haseł i zasady ich zmiany)
- rozpoczynania, zawieszenia i zakończenia pracy z systemem
- identyfikacji zmian w zbiorach danych
- reguł tworzenia kopii zapasowych i ich przechowywania
- zabezpieczenia przed złośliwym oprogramowaniem
- konserwacji systemu komputerowego i napraw

Organem nadzorującym przestrzeganie prawa do ochrony danych osobowych jest Główny Inspektor Ochrony Danych Osobowych (GIODO). W jego kompetencjach jest kontrola zgodności przetwarzania danych osobowych. W małych praktykach często ADO i ABI to ta sama osoba, zwykle lekarz prowadzący praktykę, w większych ABI często bywa informatykiem.

Niezależnie od rozwiązań indywidualnych, informatyzacja praktyk jest konieczna i nieuchronna, bardzo pomocna w pracy lekarza i podlegająca przepisom prawa determinującym bezpieczeństwo.

Więcej informacji w:

1. Błaszczak H. Struktura i wyposażenie. w Medycyna Rodzinna – podręcznik dla lekarzy i studentów. Windak A., Chłabicz S., Mastalerz – Migas A. (red). Wyd. 1 Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2015
2. Kacorzyk R. Informatyzacja. w Medycyna Rodzinna – podręcznik dla lekarzy i studentów. Windak A., Chłabicz S., Mastalerz – Migas A. (red). Wyd. 1 Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2015
3. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Rekomendacje w zakresie bezpieczeństwa oraz rozwiązań technologicznych stosowanych podczas przetwarzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, Warszawa, wrzesień 2017
<https://www.csioz.gov.pl/aktualnosci/szczegoly/rekomendacje-w-zakresie-bezpieczenstwa-oraz-rozwiazan-technologicznych-stosowanych-podczas-przetw/> (15.10.2017)

Rodzaje świadczeń w POZ

Wiesława Fabian

Zakres świadczeń udzielanych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) zależy od kompetencji profesjonalistów medycznych tworzących zespół oraz warunków finansowania. W Polsce zakres świadczeń w POZ nie jest precyzyjnie definiowany w jednym dokumencie prawnym. Zakres kompetencji lekarza specjalisty medycyny rodzinnej określony w programie specjalizacji jest szerszy niż zakres usług określonych w Umowach z płatnikiem. Aktualnie zakres świadczeń wynikający z Umów jest określony w kilku rozporządzeniach Ministra Zdrowia^{8,9,10,11,12,13} i Zarządzeniu Prezesa NFZ dla POZ na dany rok kalendarzowy¹⁴.

Zakres świadczeń w POZ jest bardzo szeroki i zróżnicowany, od prostych porad w przebiegniach po skomplikowane procesy u pacjentów z wielochorobowością lub problemy orzecznicze.

POZ jako część systemu opieki zdrowotnej powinna zapewniać pacjentom kompleksową opiekę zdrowotną ukierunkowaną na:

- zachowanie zdrowia, profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób, ogólnie zwaną działaniami profilaktycznymi
- rozpoznawanie chorób, leczenie i zapobieganie powikłaniom, niepełnosprawności, ogólnie zwaną medycyną naprawczą

Profilaktyka w POZ

Działania profilaktyczne są w POZ to przede wszystkim profilaktyka pierwszorzędowa, czyli zmniejszanie ryzyka lub oddalenie w czasie wystąpienia choroby oraz profilaktyka drugorzędowa, czyli wykrywanie chorób w jej bezobjawowym stadium i podejmowanie jej wczesnego leczenia. W zależności od grup wiekowych pacjentów działania profilaktyczne są realizowane w formie wizyt patronażowych, szczepień ochronnych, bilansów zdrowia, programów profilaktycznych, testów przesiewowych i innych.

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej Dz.U z 2013r. poz.1248, z późniejszymi zmianami , aktualny tekst jednolity Dz.U z 2016r. poz.86

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Dz.U z 2015r. poz. 1400, z późniejszymi zmianami , aktualny tekst jednolity Dz.U z 2016r. poz.1146

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem Dz.U z 2012r. poz.1100 z późniejszymi zmianami, aktualny tekst jednolity Dz.U z 2016r. poz.1132 .

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą Dz.U z 2009 poz.1133

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych tekst jednolity z dnia 25 czerwca 2016 Dz. U z 2016r. poz. 849

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi Dz. U z 2010 poz 1215

¹⁴ Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 50/2016/DSOZ z 26 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna z późniejszymi zmianami

Profilaktyka może być realizowana z inicjatywy pacjentów, własnej aktywności zespołu lekarza rodzinnego a także w ramach programów realizowanych przez samorządy lokalne, Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia. Działania profilaktyczne powinny być zaplanowane i wprowadzone na stałe do harmonogramu pracy zespołu.

Opieka nad ciężarną, położnicą i noworodkiem

Dotychczasowa organizacja opieki medycznej w Polsce powoduje, że kobiety ciężarne są pod opieką lekarzy ginekologów-położników, ale lekarz POZ powinien znać zakres i terminy badań profilaktycznych, aby w szczególnych sytuacjach inicjować działania w tym zakresie (tabela 1).

Tabela 1. Testy przesiewowe u kobiet w ciąży:

<i>Rodzaj badania</i>	<i>Profilaktyka schorzenia</i>	<i>Termin wykonania – tydzień ciąży</i>
Morfologia	Anemia ciężarnych	do 10.;15-20.,27-32.;33-37.;38-39
Glukoza	Cukrzyca ciężarnych	do 10.
Test OGTT	Cukrzyca ciężarnych	24.-28.
Pomiar RR	Nadciśnienie tętnicze	przy każdej wizycie
Badanie ogólne moczu	Choroby nerek	do 10. i co 4-6tyg.
Antygen HBs	WZW B	33.-37.
VDRL, HCV, HIV	Kiła, WZWC, AIDS	do 10. i w grupach ryzyka 33.-37.
Przeciwciała p/toksoplazmozie, różyczce, cytomegalii	Wady wrodzone	do 10.
Przeciwciała anti-Rh u kobiet Rh (-)	Konflikt serologiczny	21.-26.
Wymaz cytologiczny z szyjki macicy	Rak szyjki macicy	1x w czasie ciąży
Badanie USG płodu	Wady wrodzone	11.-14.;21.-26.;27.-32.

W zakresie obowiązków położnej rodzinnej jest edukacja przedporodowa, która może być prowadzona w postaci spotkań indywidualnych lub grupowych. Edukacja grupowa w formie tzw. szkół rodzenia jest dobrze odbierana przez przyszłych rodziców. Grupowa edukacja pozwala na wykorzystanie szerszego spektrum technik edukacyjnych (prezentacje, prace w grupach, zapraszanie dodatkowych prelegentów- lekarzy, rehabilitantów itp.). Aktualnie, oprócz stawki kapitałowej, płatnik finansuje edukację przedporodową, dodatkową opłatą jednostkową za 1 poradę tygodniowo w okresie między 21 a 31 tygodniem ciąży, oraz za 2 porady tygodniowo od 32 tygodnia ciąży. Edukacja powinna odbywać się zgodnie z ustalonym programem i każda porada powinna być potwierdzona podpisem przez ciężarną.

Opieka nad noworodkiem rozpoczyna się od momentu zawiadomienia świadczeniodawcy POZ o urodzeniu dziecka. Zawiadomienia dokonuje szpital w którym odbył się poród lub dziecko jest zgłoszone przez rodzica, dokonującego wyboru lekarza/pielęgniarki/ położnej. W ciągu 48 godzin położna powinna przeprowadzić wizytę patronażową u noworodka i matki dziecka. W zależności od sytuacji dziecka i rodziny położna ustala indywidualny plan dalszej opieki i decyduje w którym momencie włącza lekarza. Aktualnie

płatnik zaleca i finansuje od 4 do 6 wizyt patronażowych położnej do końca 2. miesiąca życia dziecka. Następnie położna przekazuje pod opiekę dziecko pielęgniarce rodzinnej, która w 3-4 miesiącu życia przeprowadza profilaktyczną wizytę pielęgniarką oceniając rozwój dziecka, odżywianie i pielęgnację, oraz udziela edukacji w tym zakresie.

Patronażowa wizyta lekarska u noworodka donoszonego powinna być przeprowadzona w 2-4 tygodniu życia dziecka, u wcześniaka w ciągu 7 dni od wypisania ze szpitala lub wcześniej na zgłoszenie położnej lub rodziców. Miejsce wizyty to dom noworodka lub przychodnia. Celem wizyty jest analiza dokumentacji szpitalnej i książeczki zdrowia dziecka, pełna ocena przedmiotowa dziecka, przeprowadzenie testów przesiewowych, wydanie zaleceń dotyczących żywienia, profilaktyki witaminowej, zaplanowanie szczepień ochronnych oraz wydanie skierowań na konsultacje profilaktyczne w poradni okulistycznej, preluksacyjnej i ewentualnie inne indywidualne zalecenia. Warto opracować formularz wizyty profilaktycznej, który porządkuje schemat wizyty i prawidłowe jej dokumentowanie. Aktualnie nie funkcjonują powszechnie wystandaryzowane wzorce w tym zakresie.

Opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą

Profilaktyczna opieka nad dziećmi i młodzieżą jest czasochłonna i wymaga dobrej organizacji pracy. Podstawowe jej elementy, o których trzeba pamiętać to:

1. Praktyka powinna mieć wydzielony czas na wizyty patronażowe u noworodków, badania profilaktyczne u dzieci i szczepienia ochronne, w tym czasie równocześnie powinien pracować lekarz, pielęgniarka rodzinna i ewentualnie pielęgniarka zajmująca się prowadzeniem szczepień, o ile taka odrębna funkcja (stanowisko) została wydzielona. Świadczenia te powinno się udzielać w wydzielonym czasie, co najmniej 2x w tygodniu, w tym przynajmniej raz do południa i raz popołudniu.
2. Umawianie dzieci do szczepień i badań przesiewowych powinno odbywać się na podstawie zgłoszeń rodziców oraz w sposób aktywny przez rejestratorkę z właściwym przygotowaniem fachowym (np. specjalistę zdrowia publicznego, lub odpowiedzialną za te czynności pielęgniarkę, wykorzystując możliwości kontaktu przez telefon, sms, e-mail, w ostateczności zaproszenie listowne (jest to najdroższa forma kontaktu).
3. Każdy element profilaktyki u dzieci powinien być prowadzony najpierw przez pielęgniarkę, która jest kompetentna do przeprowadzania znacznej ilości testów przesiewowych i analizy realizacji kalendarza szczepień. Powinna dokumentować ten etap w książeczce zdrowia dziecka i w jego indywidualnej dokumentacji medycznej.
4. Schemat testów przesiewowych i lekarskiego badania przedmiotowego zależy od wieku pacjenta. Ponieważ brak wystandaryzowanych wzorców, warto opracować własne formularze dokumentacji dla poszczególnych grup wiekowych i postępować wg schematu.

Szczepienia u dzieci i dorosłych

Proces szczepień w POZ jest bardzo ważnym elementem i wymaga rzetelnej współpracy zespołu. Lekarz, położna i pielęgniarka powinny mówić „jednym głosem”, powinni przekazywać rzetelną i jasną informację do rodziców na kolejnych etapach opieki.

1. Edukacja przedporodowa - jeżeli POZ prowadzi szkołę rodzenia, warto poświęcić jedno spotkanie na temat szczepień, prezentacje dla przyszłych rodziców powinien poprowadzić doświadczony lekarz i omówić cele szczepień, znaczenie dla dziecka, rodziny i otoczenia, rodzaje i cykle szczepień, niepożądane odczyny poszczepienne (NOP) i odpowiedzieć na pytania.
2. Wizyty patronażowe położnej, na których oprócz informacji ustnej warto przekazać rodzicom pisemne rzetelne i wiarygodne opracowania.
3. Wizyta patronażowa lekarska, w czasie której lekarz przeprowadza z rodzicami rozmowę edukacyjną o szczepieniach, przedstawia kalendarz szczepień obowiązkowych, informuje o szczepionkach skojarzonych i szczepieniach zalecanych, omawia najczęstsze NOP i odpowiada na pytania rodziców. Po tej wizycie należy wyznaczyć termin pierwszego szczepienia w przychodni.
4. Kolejne wizyty profilaktyczne z niemowlęciem i małym dzieckiem powinny obejmować przeprowadzenie wywiadu, pełnego badania przedmiotowego, ocenę rozwoju dziecka, wyjaśnienie wszelkich niepokojów rodziców i kwalifikację do szczepień. Na zakończenie lekarz dokonuje kwalifikacji do szczepienia i przedstawia rodzicom formularz zgody na przeprowadzenie konkretnego szczepienia.

Każdy element informowania, edukowania, zapraszania i wzywania na szczepienia należy dokumentować, bowiem w przypadku uchyłania się rodziców od obowiązku szczepień pełną dokumentację w tym zakresie należy przekazać do Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

Lekarz POZ ma obowiązek informować swoich pacjentów o szczepieniach zalecanych, przeprowadzać bezpłatnie kwalifikację do tych szczepień i organizować ich wykonanie przez uprawnioną pielęgniarkę. W zakresie szczepień zalecanych należy też uwzględnić szczepienia dla podróżujących.

Bieżące informacje o szczepieniach zawierają serwisy:

<http://szczepienia.pzh.gov.pl/>; <https://gis.gov.pl/>; <https://wwwnc.cdc.gov/travel>

Profilaktyka u dorosłych

Lekarz rodzinny ma szerokie kompetencje, niezbędne do prowadzenia profilaktyki u swoich pacjentów. Aktualnie zbyt duże obciążenie pracą przez medycynę „naprawczą” powoduje, że te szczególne kompetencje często nie są w pełni wykorzystywane. Obligatoryjnie POZ w ramach umowy z NFZ powinien prowadzić program profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK) w odpowiednich grupach wiekowych w 35., 40., 45., 50. i 55. roku życia. Wstępny etap programu powinna przeprowadzać pielęgniarka lub specjalista zdrowia publicznego, ustalając między innymi obciążenie rodzinne, status w zakresie palenia papierosów, poziom aktywności fizycznej, a także oceniając takie parametry jak waga, wzrost i BMI oraz wartość ciśnienia tętniczego krwi. Wydaje także skierowanie na badanie stężenia glukozy i lipidogramu na czczo. Lekarz dokonuje analizy wpisanych czynników ryzyka, wyników badań laboratoryjnych, wykonuje kontrolne pomiary ciśnienia krwi i tętna oraz dokonuje całościowej oceny liczby i natężenia czynników ryzyka CHUK oraz ryzyka zgonu z powodu incydentu sercowo-naczyniowego w skali SCORE. Lekarz decyduje o formie interwencji – bez zaleceń, edukacja lub skierowanie do dalszej diagnostyki w ramach POZ lub do poradni kardiologicznej. Program ten jest dokumentowany w systemie komputerowym NFZ- SIMP (System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki).

Inne badania przesiewowe finansowane w Polsce przez NFZ i MZ zawiera tabela 2., a szersze informacje na ten temat można znaleźć na stronie internetowej: <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych>

Tabela 2. Programy profilaktyczne realizowane w Polsce

Choroba	Test przesiewowy	Populacja	Częstotliwość	W grupach ryzyka
Rak piersi	Mammografia	50-69 r.ż.	Co 2 lata	Co roku
Rak szyjki macicy	Cytologia wymazu z szyjki macicy	25-59 r.ż.	Co 3 lata	
Rak jelita grubego	Kolonoskopia	50-65 r.ż.	Co 10 lat	Wiek 40-49 gdy rak jelita w rodzinie
Choroby odtytoniowe	Test uzależnienia od nikotyny i minimalna interwencja antynikotynowa	Palacze papierosów powyżej 18 r.ż	Co 3 lata	
	Spirometria	40-65 r.ż		

Konsultacje w gabinecie i wizyty domowe

Konsultacje w gabinecie lekarskim to największa część pracy lekarza POZ. Czas przyjęć wynika z harmonogramu ustalonego przez praktykę i jest załącznikiem do umowy z NFZ. W praktykach jednoosobowych z reguły czas przyjęć podzielony jest na godziny dopołudniowe i popołudniowe, w praktykach grupowych z reguły lekarze przyjmują w dłuższych sesjach przedpołudniowych i popołudniowych.

Lekarz mający na liście około 2 tysięcy pacjentów przyjmuje w gabinecie średnio przez ok. 6 godzin dziennie ok. 30 pacjentów w sposób planowy. W zależności od sytuacji epidemiologicznej liczba przyjęć może wzrastać nawet więcej niż dwukrotnie.

Konsultacje w praktyce lekarza rodzinnego odbywają się bez skierowania i w terminie ustalonym między rejestracją i pacjentem. Należy wykorzystywać wszystkie metody rejestracji, w tym kontakt osobisty pacjenta lub opiekuna, telefoniczny lub za pośrednictwem poczty elektronicznej. W POZ nie prowadzi się systemu kolejkowego, który determinuje pracę w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Powody największej ilości zgłoszeń pacjentów to:

- Ostre zachorowania wg częstości występowania to: infekcje układu oddechowego, infekcje układu moczowego, bóle brzucha, zespoły bólowe stawów i nerwów obwodowych, wysypki, objawy alergii, bóle w klatce piersiowej, bóle głowy i inne.
- Choroby przewlekłe, których częstość występowania zależy od struktury wiekowej populacji danego lekarza, jednak najczęstsze to: nadciśnienie tętnicze, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa i stawów obwodowych, choroba wieńcowa i niewydolność serca, cukrzyca, zaburzenia nerwicowe i depresyjne.

Organizacja przyjęć w gabinecie to największe wyzwanie dla lekarza rodzinnego. Konsultacje odbywają się w krótkim czasie a jednocześnie różnorodność problemów zdrowotnych olbrzymia. Średni czas przyjęć lekarza rodzinnego w Polsce wg różnych badań wynosi od 8-13 min. Tak krótki czas wynika z jednej strony z dużej liczby konsultacji, jakich w ciągu jednego dnia musi udzielić lekarz POZ, z drugiej jednak ze znajomości populacji nad którą sprawuje opiekę oraz z dużej liczby względnie prostych problemów zdrowotnych, z którymi zgłaszają się do niego pacjenci. Kolejny element to pomoc pielęgniarki, która może dokonywać wstępnej selekcji i przygotowania do wizyty lub część problemów rozwiązać samodzielnie np. pomiary temperatury i ciśnienia tętniczego krwi, pomiary antropometryczne, wykonie EKG u pacjenta z bólami w klatce piersiowej, czy skokiem ciśnienia tętniczego krwi, usunięcie szwów, usunięcie kleszcze, założenie opatrunków, wystawianie recept w chorobach przewlekłych przez niektóre, uprawnione do tego pielęgniarki itp.

Wizyty domowe powinny być realizowane w sytuacjach, w których dostęp pacjenta do Przychodni jest niemożliwy lub bardzo utrudniony. Lekarz rodzinny powinien realizować wizyty domowe w następujących przypadkach:

- Na prośbę pacjenta lub rodziny zgłoszoną telefonicznie lub osobiście po weryfikacji powodu wizyty przez pielęgniarkę lub rejestratorkę
- Na sugestię pielęgniarki środowiskowej opiekującej się pacjentem
- W ramach planowych wizyt u pacjentów z trudnościami w poruszaniu się jako okresowa ocena stanu zdrowia,
- Na zgłoszenie podmiotów realizujących opiekę społeczną

Inne formy porad

Konsultacje telefoniczne powinny odbywać się w wyznaczonym czasie. Pielęgniarka/ Rejestratorka przyjmująca telefon, po uzyskaniu od pacjenta krótkiej informacji weryfikuje powód rozmowy. Wszelkie organizacyjne sprawy powinna rozstrzygać rejestracja. Jeżeli konsultacja lekarza jest konieczna, pacjent powinien mieć wyznaczoną godzinę konsultacji telefonicznej. W wyjątkowych sprawach pilnych rozmowa telefoniczna winna odbyć się bezpośrednio. Najczęstsze powody porady telefonicznej to ocena wyników badań wykonanych w trybie pilnym lub pogorszenie stanu zdrowia w ramach zastosowanej terapii. Porada telefoniczna powinna być wpisana do dokumentacji pacjenta. Porad telefonicznych należy udzielać tylko przy pewności lekarza, że weryfikuje osobę telefonującą.

Kontakt z pacjentem za pomocą poczty elektronicznej również jest możliwy, ale należy zastosować mechanizmy ochrony danych osobowych i wrażliwych dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

Diagnostyka w POZ

Lekarz POZ w ramach umowy z NFZ dysponuje konkretnym zakresem badań diagnostycznych. Lista badań jest określona w Rozporządzeniu MZ o świadczeniach gwarantowanych. Świadczeniodawca POZ

zobowiązany jest do zawarcia umów współpracy z laboratoriami analitycznymi i pracownikami RTG oraz USG. Środki finansowe na te badania zawarte są w stawce kapitałowej.

Badania laboratoryjne powinny być wykonywane przez wiarygodne laboratoria wpisane na listę Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych <http://kidl.org.pl/index.php?page=lista-laboratoriow>. Należy przestrzegać zasad prawidłowego pobierania, przechowywania i transportowania próbek do laboratorium. Aktualnie prowadząc dokumentację elektroniczną możliwa jest współpraca z laboratoriami i stały przepływ informacji o zleceniach i wynikach badań.

Przesiewowo można stosować testy paskowe do badania moczu, cukru z krwi włośniczkowej, infekcji paciorkowcowej gardła. Są to badania pomocne przy szybkim podejmowaniu decyzji ale nie dające pewnego rozpoznania.

Przy wyborze pracowni radiologicznej i ultrasonograficznej należy zweryfikować przestrzeganie procedur bezpieczeństwa radiologicznego oraz jakość badania i opisów, a także możliwości przesyłania wyników do dokumentacji pacjenta w POZ z wykorzystaniem połączeń internetowych.

Spirometria, badania EKG i często badania USG są wykonywane w praktykach lekarzy rodzinnych. Personel wykonujący powinien być przeszkolony, wiedza i umiejętności okresowo weryfikowane a aparatura podana okresowym przeglądom.

Badania gastroskopowe są jedynymi badaniami, na które ma prawo kierować lekarz POZ w podmiotach zakontraktowanych bezpośrednio przez NFZ.

W ramach umowy z NFZ lekarz jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości z wykonanych badań diagnostycznych. Sprawozdanie przygotowuje się na podstawie specyfikacji do faktur za badania od podmiotów zewnętrznych i na podstawie listy wykonanych badań we własnym zakresie, wpisanych do Księgi diagnostycznej.

Inne świadczenia

Transport medyczny na zlecenie lekarza POZ może być realizowany przez podmiot zewnętrzny, z którym lekarz zawiera umowę o współpracy lub lekarz może zrezygnować z kontraktowania tego elementu i dokonać cesji na rzecz innego podmiotu z którym umowę zawiera NFZ. Transport dotyczy przewozu pacjentów, których stan zdrowia uniemożliwia przemieszczanie się środkami komunikacji, a wymagają przewozu na badania diagnostyczne, na konsultacje, do szpitala, do domu opieki itp. Zasady umów precyzują, że dotyczy to transportu do najbliższego świadczeniodawcy realizującego dany zakres, ale w rzeczywistości nie jest to przestrzegane, bowiem kolejki do świadczeń powodują, że wybierany jest podmiot w dalszej odległości ale specjalizujący się w danej dziedzinie lub oferujący szybszy termin.

Porady dla pacjenta spoza listy są obowiązkiem każdego podmiotu realizującego umowę z NFZ na świadczenia POZ. Dotyczą sytuacji gdy pacjent potrzebuje porady w nagłym zachorowaniu lub pogorszeniu stanu zdrowia i przebywa w oddaleniu od swojego lekarza rodzinnego. Są to zwykle jednostkowe porady, wyjątkowo kilka porad. NFZ finansuje takie porady jednostkowo pod warunkiem, że pacjent zwraca się do podmiotu zlokalizowanego poza własną gminą i gminami przylegającymi do gminy, w której zamieszkuje pacjent.

Organizacja opisanych powyżej świadczeń POZ powinna być okresowo analizowana i doskonalona. Są różne sposoby poprawy jakości udzielanych świadczeń. W POZ najbardziej rozpoznawalny jest system

akredytacji prowadzony przez Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie. Opracowano zestaw 123 standardów pogrupowanych w 8 rozdziałów, które podmiot powinien wprowadzić w swojej jednostce i poddać się dobrowolnie ocenie przez Wizytatorów. Taki przegląd akredytacyjny pokazuje, które elementy nie są spełnione lub spełnione w części i powinny podlegać doskonaleniu. Wszelkie informacje o akredytacji można znaleźć na stronie: <http://www.cmj.org.pl/poz/>

Więcej informacji w:

1. Medycyna Rodzinna – podręcznik dla lekarzy i studentów. Windak A., Chlabicz S., Mastalerz – Migas A. (red). Wyd. 1 Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2015
2. Medycyna Rodzinna Latkowski J.B., Lukas W., Godycki-Ćwirko M. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2017

Współpraca wewnątrz- i międzysektorowa

Agnieszka Jankowska - Zduńczyk

Świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej są częścią opieki medycznej w systemie ochrony zdrowia. W sytuacjach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta oraz zgodnie z posiadanymi przez lekarza w POZ kompetencjami, świadczenia zdrowotne pozostające w innych obszarach specjalności medycznych udzielane są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (w tym przez lekarza w POZ) wykonującego zawód na podstawie umowy z NFZ lub u świadczeniodawcy posiadającego taką umowę¹⁵.

Podstawowa opieka zdrowotna stanowi pierwszy i najważniejszy element opieki nad pacjentem. Implikacją tego stwierdzenia jest fakt, że aby dobrze ją prowadzić pacjent potrzebuje np. informacji zwrotnych od specjalisty czy narzędzi koordynacji procesu leczenia pacjenta. Kompleksowość, ciągłość i wszechstronność podstawowej opieki zdrowotnej wymagają partnerskiej współpracy pomiędzy profesjonalistami medycznymi oraz pacjentem i jego rodziną. Ma to szczególnie istotne znaczenie w odniesieniu do opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą oraz osobami niepełnosprawnymi lub pozostającymi przewlekle pod opieką osób trzecich. Konieczne w takich sytuacjach jest uregulowanie zasad wymiany informacji medycznych dotyczących danego pacjenta. Przykładem takich regulacji są ustalone zasady udostępniania dokumentacji medycznej, wystawiania i odbierania recept dla osób przewlekle chorych bez ich obecności czy też udzielania świadczeń zdrowotnych dzieciom w obecności ich opiekunów prawnych lub faktycznych. Należy także przy tej okazji podkreślić, że rodzina pacjenta często jest jedynym źródłem informacji medycznych, a umiejętność ich uzyskiwania i oceny jest kluczowa.

Skierowanie do specjalisty

Świadczenia specjalistyczne to usługi zdrowotne we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej¹⁶. Podejmując decyzję o skierowaniu pacjenta na konsultację specjalistyczną lekarz w podstawowej opiece zdrowotnej powinien kierować się oceną potrzeb zdrowotnych pacjenta, posiadanymi kompetencjami zawodowymi oraz możliwościami diagnostycznymi, które określone są w zasadach udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie do specjalisty może mieć na celu przekazanie pacjenta pod stałą opiekę lub w celu uzyskania konsultacji specjalistycznej.

Konsultacja specjalistyczna może mieć na celu:

- Postawienie rozpoznania ostatecznego,
- Poradę odnośnie postępowania diagnostycznego,
- Badanie diagnostyczne niedostępne w POZ
- Poradę odnośnie postępowania terapeutycznego,

¹⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135; art. 57 ust 1

¹⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135: art. 5 ust 36

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wystawia skierowanie do poradni specjalistycznej o danym zakresie świadczeń specjalistycznych zdefiniowanych w umowie z NFZ. Pacjent ma prawo wyboru poradni specjalistycznej na terenie całego kraju, a w wybranych sytuacjach także poza jego granicami.

Skierowanie do poradni specjalistycznej zawiera:

- dane identyfikacyjne komórki organizacyjnej (poradni) podmiotu kierującego,
- dane identyfikacyjne pacjenta,
- rodzaj ambulatoryjnej poradni specjalistycznej,
- przyczynę skierowania w postaci kodu ICD 10 (rozpoznanie wstępne postawione przez lekarza w POZ),
- informacje dodatkowe dla lekarza konsultującego, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia (dołącza kopie wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będących w jego posiadaniu, umożliwiających postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania),
- podpis i dane identyfikacyjne osoby kierującej,
- datę wystawienia skierowania.¹⁷

W ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie jest wymagane skierowanie do poradni specjalistycznych: ginekologicznych i położniczych; dentystycznych; wenerologicznych; onkologicznych, psychiatrycznych; poradni dla osób chorych na gruźlicę oraz poradni dla osób zakażonych wirusem HIV. Prawo do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bez skierowania mają: inwalidzi wojenni i wojskowi, kombataneci i osoby represjonowane, cywilne niewidome ofiary działań wojennych, uprawnieni żołnierze lub pracownicy, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, osoby uzależnione od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie leczenia odwykowego, weterani poszkodowani, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, dzieci, u których w wyniku finansowanych ze środków publicznych badań przesiewowych stwierdzono występowanie chorób wrodzonych.¹⁸

Zarządzanie procesami współpracy z innymi podmiotami

Systemy informatyczne wymiany informacji obecnie nie zapewniają automatycznej aktualizacji ani wymiany danych medycznych o pacjencie. W związku z tym w celu uzyskania niezbędnych, aktualnych informacji wynikających z konsultacji specjalistycznych niezbędne jest uprzedzenie pacjenta o:

- oczekiwanym rezultacie konsultacji specjalistycznej,
- potrzebie udokumentowania wyniku konsultacji przez lekarza specjalistę wraz z informacją o jej zakresie,
- potrzebie dołączenia opinii specjalisty kopii wykonanych w wyniku konsultacji badań diagnostycznych.

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania; § 9. ust 2 oraz OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 11 lipca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; § 12. 1. Poz. 1146

¹⁸ Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. (Dz. U. 2016 poz. 1860)

W przyszłości platforma informatyczna wymiany informacji medycznych o pacjencie powinna pozwolić na bieżąco analizować osiąganie celów, dla których lekarz w POZ wystawia skierowanie do poradni specjalistycznej.

Do decyzji lekarza kierującego pozostaje określenie rodzaju konsultacji specjalistycznej: jednorazowej lub ciągłego leczenia specjalistycznego danej choroby. W przypadku konieczności leczenia przewlekłego w poradni specjalistycznej niezbędna jest bieżąca wymiana informacji medycznych w danym zakresie pomiędzy lekarzami. Decyzja o utrzymaniu przewlekłego leczenia specjalistycznego powinna być determinowana:

- Kompetencjami zawodowymi lekarza kierującego,
- Stanem zdrowia pacjenta,
- Osiągnięciem celów terapeutycznych,
- Aktualną wiedzą medyczną określającą odpowiednie kwalifikacje do prowadzenia leczenia specjalistycznego (np. leczenie biologiczne, onkologiczne itp.).

Organizacja współpracy, komunikacja i monitorowanie jakości

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest realizowana przez poradnie przyszpitalne lub poradnie specjalistyczne niezwiązane ze szpitalami. Pacjent ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania ustalonych przez świadczeniodawcę. Kombatantom, inwalidom wojennym i wojskowym porady specjalistyczne powinny być udzielone w możliwie najkrótszym czasie¹⁹.

Lekarz konsultujący lub leczący przewlekłe pacjenta w poradni specjalistycznej każdorazowo po ustaleniu diagnozy ostatecznej lub w przypadku istotnej zmiany terapii jest zobowiązany do udzielenia lekarzowi kierującemu / POZ informacji zwrotnej zawierającej dane dotyczące:

- ostatecznego rozpoznania wg klasyfikacji ICD 10,
- przeprowadzonych procedur oraz wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego²⁰.

W przypadku gdy konieczne jest leczenie danego schorzenia w poradni specjalistycznej a lekarz do niej kierujący nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zalecanego leczenia (np. na podstawie wyników specjalistycznych badań) specjalista prowadzący leczenie jest zobowiązany do przekazania mu informacji zwrotnej nie rzadziej niż raz w roku.

W przypadku gdy pacjent objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym tam leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania poradnia specjalistyczna prowadząca leczenie²¹.

¹⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135.

²⁰ Załącznik nr 6 do **zarządzenia nr 62/2016/dsoz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia** z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu. Poz. 1146

Monitorowanie jakości współpracy POZ i opieki specjalistycznej, systemowo obecnie nie jest realizowane. Informacje zwrotne od konsultującego specjalisty oraz osiąganie celów terapeutycznych pośrednio może wskazywać na poziom jakości udzielanych konsultacji specjalistycznych. Pomocne może być ustalenie zasad współpracy z konsultantami: np. kontakt telefoniczny, kontakt drogą elektroniczną oraz wspólnie ustalone cele konsultacji lub leczenia.

Trwają prace nad wspólnym systemem informatycznym dokumentacji medycznej konsultantów i lekarzy POZ, który powinien umożliwiać podejmowanie następujących działań:

1. Wystawianie skierowania zawierające podsumowanie dotychczasowych działań podjętych przez lekarza POZ
2. Dołączenie do skierowania pakietu informacji dostępnych konsultantowi:
 - a. Informacja nt. stanu zdrowia i problemu zdrowotnego pacjenta,
 - b. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego lekarza POZ
 - c. Wyniki badań diagnostycznych
 - d. Wyniki innych konsultacji
3. Informacja zwrotna jako osobny pakiet informacji:
 - a. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego lekarza specjalisty
 - b. Wyniki badań diagnostycznych
 - c. Plan postępowania: specjalistycznego i/lub wspólnego,
 - d. Rokowanie oraz wnioski z przeprowadzonej konsultacji

Skierowanie do szpitala

W sytuacjach medycznie uzasadnionych, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty w trybie opieki ambulatoryjnej, kontynuacja opieki medycznej jest realizowana w ramach leczenia szpitalnego/stacjonarnego:

- w trybie natychmiastowym,
- planowym,
- w trybie hospitalizacji jednego dnia.

Lekarz POZ wystawia do oddziału szpitala skierowanie zawierające poza danymi identyfikacyjnymi:

- rozpoznanie choroby wg klasyfikacji ICD 10
- wyniki podjętych działań, konsultacji
- niezbędne informacje o stanie zdrowia, badania podmiotowego lub przedmiotowego,
- określenie trybu przyjęcia

Skierowanie może być wystawione także przez lekarzy wykonujących zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego (nie mających kontraktów z NFZ). Pacjent ma prawo wyboru szpitala, spośród podmiotów, które zawarły umowę z NFZ. W przypadku skierowania pacjenta do szpitala, w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia w szpitalu badania diagnostyczne i konsultacje. W czasie trwania leczenia szpitalnego osoby udzielające tam świadczeń nie mogą wystawiać zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne lub ich naprawę oraz ordynować koniecznych do wykonania świadczenia leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i

wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę. Leki te powinien zapewnić szpital w ramach udzielanych świadczeń.²²

Organizacja współpracy, komunikacji, monitorowanie jakości

Obecnie jedyną formą komunikacji pomiędzy lekarzami w szpitalu i w POZ jest karta informacyjna leczenia szpitalnego. Komunikacja pomiędzy pielęgniarkami i/lub położnymi w zasadzie nie istnieje. Trwają prace nad zmianą tego stanu rzeczy.

Po zakończonym leczeniu lub procesie diagnostycznym w oddziale szpitalnym, w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, pacjent otrzymuje kartę informacyjną a wraz z nią skierowania na niezbędne świadczenia zdrowotne stanowiące kontynuację leczenia szpitalnego.

Karta informacyjna w postaci papierowej wydawana jest pacjentowi w dwóch egzemplarzach (jeden dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) i zawiera następujące informacje:

- rozpoznanie choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym wg klasyfikacji ICD-10,
- epikryzę, czyli skróty opis przyczyn oraz trybu przyjęcia na oddział szpitalny, wykonanych zabiegów i przeprowadzonych badań, zastosowanego leczenia oraz stanu pacjenta na różnych etapach hospitalizacji
- wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem oraz wyniki konsultacji;
- opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania;
- wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
- orzeczone przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;
- adnotacje o lekach wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi;
- terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania.

Do karty dołączane są:

- skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej; włączając w to np. skierowanie do sanatoryjnego leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego.
- recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;
- zlecenia na wyroby medyczne oraz ich naprawę, zalecone w karcie informacyjnej;
- zlecenia na transport sanitarny lub transport zgodnie z przepisami ustawy^{23,24}

Jedyną przyjętą formą kierowania i wymiany informacji jest dokument papierowy, a jego nośnikiem jest pacjent lub jego rodzina. Wyjątek stanowią karty szczepień noworodków. Rodzice ustnie deklarują wybór podmiotu leczniczego w POZ, do którego szpital przesyła (w bliżej nieokreślonym czasie) założone karty szczepień.

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Poz. 1146

²³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Poz. 1146

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Poz. 2069

Postulowane od dawna bezpośrednie przesyłanie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego bezpośrednio do lekarza POZ wybranego przez pacjenta nie doczekało się odpowiednich regulacji prawnych, ani tym bardziej praktycznego wdrożenia. Pewne nadzieje pokładane są w trwających pracach nad nowymi rozwiązaniami informatycznymi, które mogłyby ułatwić ten proces.

Rehabilitacja medyczna

Lekarz w POZ zgodnie z posiadanymi kompetencjami może kierować pacjenta na rehabilitację w celu przyspieszenia procesu naturalnej regeneracji i zmniejszenia fizycznych i psychicznych następstw choroby skutkujące możliwie pełnym przywróceniem jak największej sprawności fizycznej, psychicznej i zawodowej. Rehabilitacji poddawane są osoby chore i niepełnosprawne. Częścią działań rehabilitacyjnych jest fizjoterapia, która obejmuje: kinezyterapię, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, hydroterapię, krioterapię, balneoterapię. Lekarz POZ wystawia skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne, których zakres i liczbę określa rozporządzenie o świadczeniach gwarantowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Do skierowania powinna być dołączona aktualna dokumentacja medyczna lub jej kopia, potwierdzająca rozpoznanie.

W przypadku skierowania pacjenta do poradni rehabilitacji kwalifikacja do zabiegów rehabilitacyjnych jest wykonywana przez lekarza specjalistę, która obejmuje:

- ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie lekarskie,
- skierowanie na konsultację i badania dodatkowe,
- testy czynnościowe,
- ocenę aktywności ruchowej,
- ocenę odruchów ścięgnisto-okostnowych,
- pomiar długości kończyn i obwodów,
- ocenę chodu i lokomocji,
- punkcje lecznicze i iniekcje dostawowe,
- zlecenie na wyroby medyczne (przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze) oraz inne zlecenia i wnioski,
- skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe,
- końcową ocenę procesu usprawniania.
- w przypadku noworodka – ocena rozwoju psychoruchowego, ocena rozwoju neurofizjologicznego oraz pomiary antropometryczne.

W przypadku wystawienia przez lekarza POZ skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne fizjoterapeuta przeprowadza badanie czynnościowe układu ruchu, układa plan terapeutyczny zgodny ze skierowaniem, a po zakończeniu terapii przygotowuje końcową ocenę i opisuje stan zdrowia.

Świadczenia fizjoterapeutyczne realizowane są:

- ambulatoryjnie
- w warunkach domowych
- w oddziale rehabilitacji dziennej
- w oddziale rehabilitacyjnym stacjonarnie

Fizjoterapia w warunkach ambulatoryjnych

Zabiegi fizjoterapeutyczne są realizowane na podstawie skierowania od każdego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, Wyjątek stanowią zabiegi rehabilitacyjne układu ruchu wynikające z wad postawy, na które skierowanie może wystawić wyłącznie lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia:

- rehabilitacji medycznej
- fizjoterapii
- balneoklimatologii,
- ortopedii i traumatologii,
- chirurgii (ogólnej, urazowo-ortopedycznej)
- reumatologii,
- neurologii,
- neurochirurgii i neurotraumatologii,

Skierowanie na rehabilitację leczniczą ważne jest 30 dni od daty wystawienia, licząc do daty zarejestrowania się na ich realizację²⁵.

Fizjoterapia w warunkach domowych:

Zakres świadczeń fizjoterapeutycznych, realizowanych w warunkach domowych nie może przekraczać 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym (dzień zabiegowy obejmuje 5 zabiegów). W uzasadnionych przypadkach czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego na zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Skierowanie do poradni rehabilitacji celem objęcia fizjoterapią w warunkach domowych wystawia lekarz POZ lub inny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego osobom, u których rozpoznano:

- ogniskowe uszkodzenia mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) w ciągu 12 miesięcy od dnia rozpoznania.
- ciężkie uszkodzenia centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadające skutkujące niepełnosprawnością ocenioną na 5 pkt w skali Rankina (warunku tego nie stosuje się do dzieci do ukończenia 18. roku życia);
- uszkodzenie rdzenia kręgowego w ciągu 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego;
- choroby przewlekłe postępujące, (miopatie, choroba Parkinsona, zapalenie wielomięśniowe, rdzeniowy zanik mięśni, guzy mózgu, procesy demielinizacyjne, kolagenozy, przewlekłe zespoły pozapiramidowe, reumatoidalne zapalenie stawów),
- choroby zwyrodnieniowe stawów biodrowych lub kolanowych, po zabiegach endoprotezoplastyki stawu w ciągu 6 miesięcy,
- urazy kończyn dolnych w ciągu 6 miesięcy od dnia powstania urazu;
- stan wegetatywny lub apaliczny

Zmodyfikowana skala Rankina

0 = Brak objawów

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

1 = Brak znaczącej niepełnosprawności mimo objawów. Pacjent jest w stanie wykonywać wszystkie, typowe dla siebie, aktywności i obowiązki

2 = Niewielka niepełnosprawność. Pacjent nie jest w stanie wykonywać wszystkich typowych dla siebie aktywności, ale jest w stanie zająć się swoimi sprawami bez pomocy

3 = Umiarkowana niepełnosprawność. Pacjent wymaga pomocy, ale jest w stanie chodzić samodzielnie.

4 = Umiarkowana ciężka niepełnosprawność. Pacjent nie jest w stanie chodzić samodzielnie i nie jest w stanie doglądać własnego ciała bez pomocy

5 = Ciężka niepełnosprawność. Pacjent leżący, nietrzymający moczu i kału, wymagający ciągłej opieki i nadzoru pielęgniarstwa.

W sytuacjach zdrowotnych uniemożliwiających rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych fizjoterapia jest realizowana w oddziale dziennym lub stacjonarnym na podstawie skierowania od lekarza POZ (rehabilitacja ogólnoustrojowa oraz **dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego**) lub lekarza oddziału szpitalnego: urazowo-ortopedycznego, chirurgicznego, neurochirurgicznego, reumatologicznego, chorób wewnętrznych, onkologicznego, urologicznego, rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej, ginekologicznego lub lekarza poradni rehabilitacyjnej, neurologicznej, urazowo-ortopedycznej, reumatologicznej. (w przypadku konieczności kontynuacji leczenia rozpoznanej choroby.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa – obejmuje stosowanie kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych: w tym terapeutycznych, edukacyjnych, profilaktycznych i diagnostycznych u pacjentów (po urazach, zabiegach operacyjnych, zaostrzeniach chorób przewlekłych) wymagających całodobowego nadzoru pielęgniarstwa.

Rehabilitacja specjalistyczna jest realizowana analogicznie w zakresie poszczególnych chorób:

- pulmonologicznych
- kardiologicznych
- neurologicznych,
- osób niedowidzących i niewidomych, narządu słuchu i mowy,
- ręki,
- dzieci z wadami twarzoczaszki,
- dzieci z zaburzoną psychomotoryką,
- noworodków i niemowląt,
- u kobiet po mastektomii

Po zakończonym procesie leczenia rehabilitacyjnego lekarz kierujący otrzymuje za pośrednictwem pacjenta dokument w wersji papierowej z informacją o przeprowadzonym leczeniu, osiągniętych celach oraz planach dalszego leczenia w przypadku kierowania bezpośrednio na zabiegi fizjoterapeutyczne lub informację z poradni rehabilitacyjnej. Nie funkcjonują żadne rozwiązania informatyczne wymiany informacji.

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe

Lecznictwo uzdrowiskowe to kontynuacja leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, która ma pomóc pacjentowi odzyskać sprawność po chorobie lub wypadku²⁶. W tym celu wykorzystywane są lecznicze właściwości naturalnych surowców leczniczych oraz klimatu i mikroklimatu a także towarzyszące im zabiegi fizjoterapeutyczne. Pacjent, który przebywa na leczeniu uzdrowiskowym, może bezpłatnie korzystać z badań diagnostycznych, leków i wyrobów medycznych, które są konieczne do tego leczenia. Leczenie w szpitalu uzdrowiskowym jest bezpłatne. Pacjent ponosi jedynie koszty przejazdu do szpitala uzdrowiskowego (i z powrotem). Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje dzieci uczęszczające do szkoły podstawowej lub gimnazjum na leczenie uzdrowiskowe przez cały rok; natomiast młodzież szkół ponadgimnazjalnych – w okresie wolnym od nauki, chyba że w uzdrowisku zorganizowane jest nauczanie. Dzieci w wieku od 3 do 6 lat mogą być kierowane na leczenie uzdrowiskowe same lub pod nadzorem opiekuna prawnego. Leczenie dzieci jest bezpłatne, natomiast rodzic lub opiekun ponoszą pełną odpłatność za pobyt w zakładzie uzdrowiskowym. Ambulatoryjne leczenie w uzdrowisku trwa od 6-18 dni zabiegowych i jest realizowane na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wystawionego do poradni rehabilitacji lub na zabiegi rehabilitacyjne. O terminie rozpoczęcia turnusu, miejscu i rodzaju leczenia pacjent jest powiadamiany nie później niż 14 dni przed datą rozpoczęcia turnusu.

Lecznictwo uzdrowiskowe prowadzone jest:

- w uzdrowiskach przez:
 - szpitale uzdrowiskowe (udzielają całodobowo świadczenia zdrowotne opieki lekarskiej i pielęgniarstwa w tym dla dzieci przez 28 dniowy okres leczenia oraz zapewniają przewidziane programem leczenia nie mniej niż 4 zabiegi fizykalne dziennie, przez 6 dni w tygodniu, korzystanie z naturalnych surowców leczniczych, urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego i edukacji zdrowotnej oraz zapewniają świadczenia opiekuńcze nad dziećmi),
 - sanatoria uzdrowiskowe (udzielają całodobowo świadczenia zdrowotne lekarskie i pielęgniarstwa w warunkach stacjonarnych przez 21 dniowy okres leczenia; zapewniają przewidziane programem leczenia co najmniej 3 zabiegi dziennie oraz realizują świadczenia profilaktyczne i edukacji zdrowotnej),
 - przychodnie uzdrowiskowe,
 - zakłady przyrodolecznicze,
 - szpitale oraz sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.
- poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach w podziemnych wyrobiskach górniczych (np. Kopalnia Soli „Wieliczka”).

Na leczenie uzdrowiskowe kieruje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia pacjenta, wskazania i przeciwwskazania. Skierowanie wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu podlega weryfikacji co 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia²⁷. Jeśli w tym okresie leczenie nie mogło być rozpoczęte, skierowanie jest odsyłane do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego celem weryfikacji. W przypadku dorosłych zaleca się korzystanie z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej nie częściej niż raz na 18 miesięcy²⁸.

²⁶ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych

²⁷ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, Dz.U. 2011 nr 142 poz. 835

Lekarz POZ, kierując pacjenta do leczenia uzdrowiskowego bierze pod uwagę:

- stan zdrowia pacjenta,
- możliwość leczenia przy wykorzystaniu surowców leczniczych,
- przebieg choroby będącej podstawą skierowania,
- efekty przebytego leczenia uzdrowiskowego oraz
- zdolność do samoobsługi.

Przeciwwskazanie do leczenia uzdrowiskowego stanowią:

- Choroby lub stan zdrowia, w którym leczenie uzdrowiskowe mogłoby pogorszyć stan zdrowia,
- Choroba zakaźna w ostrej fazie,
- Cięża i połów,
- Czynna choroba nowotworowa przed upływem:
 - 5 lat (czerniak złośliwy, białaczka, ziarnica złośliwa, chłoniak złośliwy, nowotwory nerki) lub
 - 12 miesięcy (w przypadku innych nowotworów)

- od zakończenia leczenia operacyjnego, chemioterapii lub radioterapii, z wyłączeniem leczenia hormonalnego.

Do skierowania lekarz dołącza aktualne wyniki podstawowych badań wykonanych na zlecenie i koszt kierującego lub wprowadza odpowiednie adnotacje w druku skierowania na podstawie posiadanych wyników badań diagnostycznych²⁹. Badania te to:

- W odniesieniu do dorosłych: OB, morfologia krwi, moczu, RTG klatki piersiowej (ważność badania RTG wynosi 2 lata od dnia badania), EKG (ważność badania wynosi 6 m-cy od dnia badania) oraz (ewentualnie) dokumentację potwierdzającą rozpoznanie zasadnicze będące podstawą wystawienia skierowania,
- badania dla dzieci: OB, morfologia, moczu, badanie kału na obecność jaj pasożytów (ważne w dniu wyjazdu dziecka do uzdrowiska)

Skierowanie może być przekazane do Oddziału Funduszu przez lekarza kierującego lub bezpośrednio przez zainteresowanego świadczeniobiorcę. W Oddziale NFZ jest rejestrowane w systemie informatycznym, otrzymuje kolejny numer, a następnie jest rozpatrywane pod względem celowości.

Pacjent jest kierowany do uzdrowiska sanatoryjnego przez odpowiedni dla miejsca zamieszkania oddział Funduszu na podstawie przeprowadzonej weryfikacji wystawionego skierowania. Uzasadniona stanem zdrowia uniemożliwiającym leczenie uzdrowiskowe odmowa może stać się podstawą do wyznaczenia innego terminu pobytu. Brak zgłoszenia się do leczenia uzdrowiskowego w wyznaczonym w skierowaniu miejscu i czasie jest traktowane jako świadczenie zrealizowane (konsekwencja nieuzasadnionej rezygnacji pacjenta). Po zakończeniu leczenia uzdrowiskowego wystawiana jest karta informacyjna leczenia uzdrowiskowego zawierająca: rozpoznanie choroby podstawowej, istotne informacje o stanie zdrowia w trakcie leczenia sanatoryjnego oraz zastosowane zabiegi rehabilitacyjne. Karta informacyjna jest przekazywana lekarzowi w POZ za pośrednictwem pacjenta, przy czym podobnie jak w przypadku kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, nie ma żadnych regulacji porządkujących ten proces. Może to mieć potencjalnie negatywny wpływ na ciągłość i jakość opieki po zakończonym leczeniu uzdrowiskowym.

Medycyna szkolna

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania jest rodzajem świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób w ramach podstawowej opieki zdrowotnej³⁰. Świadczenia zdrowotne realizowane są w gabinetach profilaktycznych na terenie szkół przez wykwalifikowane pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania (lub higienistki szkolne), które współpracują (wymieniają informacje o stanie zdrowia dziecka) z lekarzem w POZ. W szkołach, które nie zorganizowały na swoim terenie gabinetów pomocy przedlekarskiej świadczenia profilaktyczne są realizowane w poradni podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia profilaktyczne są udzielane dzieciom uczęszczającym do szkoły, w której znajduje się gabinet pomocy przedlekarskiej na podstawie listy uczniów przekazywanej przez Dyrektora szkoły lub na podstawie deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej o ile w szkole brak jest gabinetu pomocy przedlekarskiej.

Lekarze POZ sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarka albo higienistka szkolna prowadzi dokumentację medyczną uczniów na zasadach określonych w przepisach o dokumentacji medycznej, która jest przechowywana w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole przez okres pobierania nauki w danej szkole.

Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej obejmują:

- 1) działania w zakresie profilaktyki pierwotnej - ukierunkowanej na wszystkich uczniów oraz rodzinę i szkołę, w tym:
 - wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych mających na celu wykrycie chorób i zaburzeń;
 - rozwoju fizycznego;
 - narządu ruchu (w tym: boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej, zniekształceń statycznych kończyn dolnych);
 - narządu wzroku (w tym: zez, nieprawidłowej ostrości wzroku oraz zaburzeń widzenia barw);
 - narządu słuchu;
 - podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi;
 - profilaktykę próchnicy zębów i profilaktykę ortodontyczną.
- 2) kierowanie postępowaniem poprzesiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów;
- 3) czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi w ramach profilaktyki trzeciorzędowej, którego celem jest zapobieganie dalszym niepożądanym skutkom obecnych już schorzeń lub zaburzeń
- 4) sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole;
- 5) udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatrąć;
- 6) doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole
- 7) edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej;

³⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

8) prowadzenie u uczniów szkół podstawowych (klasy I–VI) znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l, grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni;

9) udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.³¹

Brak jest regulacji porządkujących bieżącą wymianę informacji o stanie zdrowia dziecka pomiędzy pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania a lekarzem/pielęgniarką/położną POZ. Brak jest opracowanych zasad współpracy w zakresie koordynacji działań wykonywanych przez tych profesjonalistów POZ. Badania przesiewowe są wykonywane i dokumentowane przez pielęgniarki w gabinetach pomocy przedlekarskiej, a następnie dokumentacja jest przekazywana dziecku lub jego opiekunowi prawnemu razem z informacją o konieczności wykonania dalszej części badania przesiewowego przez lekarza POZ. Należy przy tym zwrócić uwagę, że decydujące o wyborze pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania jest podpisanie umowy na świadczenia profilaktyczne w danym miejscu nauczania i wychowania przez podmiot leczniczy, w związku z czym lekarz POZ nie ma możliwości wpływu na wybór pielęgniarki/podmiotu współpracującego. W dużych ośrodkach miejskich może to oznaczać, że jedna pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania udziela świadczeń profilaktycznych dzieciom, których wybrani lekarze POZ znajdują się w kilku, a nawet kilkunastu podmiotach leczniczych. Określenie zasad pracy zespołowej gwarantującej bieżącą wymianę informacji medycznych oraz koordynację działań profilaktycznych stanowi warunek konieczny dla poprawy jakości opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą. Obecnie trwają prace legislacyjne, zmierzające do przygotowania takich rozwiązań.

Transport sanitarny

Pacjentowi przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, tam i z powrotem, w przypadkach:

- 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
- 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

Pacjent korzysta z bezpłatnego przejazdu środkami transportu sanitarnego – w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia – do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem³².

W sytuacjach zdrowotnych, w których pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych przejazd środkami transportu sanitarnego jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku:

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

³² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- 3) chorób oczu,
 - 4) chorób przemiany materii,
 - 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
 - 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,
 - 7) chorób układu krążenia,
 - 8) chorób układu moczowo-płciowego,
 - 9) chorób układu nerwowego,
 - 10) chorób układu oddechowego,
 - 11) chorób układu ruchu,
 - 12) chorób układu trawiennego,
 - 13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
 - 14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
 - 15) urazów i zatruć,
 - 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych
- na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w tym lekarza POZ³³.

Zlecenie na transport sanitarny wystawia lekarz kierujący pacjenta do innego podmiotu w związku z koniecznością podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym lub w związku z potrzebą zachowania ciągłości leczenia³⁴.

Pomoc społeczna

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Świadczenia rzeczowe, pieniężne i niepieniężne (praca socjalna, sprawienie pogrzebu, poradnictwo specjalistyczne, interwencja kryzysowa, schronienie, usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy) są udzielane na wniosek: osoby zainteresowanej, jej przedstawiciela ustawowego lub innej osoby, za zgodą zainteresowanego.

Pomoc społeczna jest realizowana przez:

- ośrodki i domy pomocy społecznej
- ośrodki polityki społecznej i centra pomocy rodzinie,
- placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego,
- placówki opiekuńczo-wychowawcze,
- ośrodki adopcyjno-opiekuńcze,
- mieszkania chronione.

Na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego mogą być przyznane świadczenia pieniężne w sytuacjach wymagających osobistego sprawowania opieki nad wstępnymi (rodzice, dziadkowie) lub zstępnymi (dzieci własne lub przysposobione) – druk ZLA. Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane na podstawie zalecenia lekarskiego wystawionego przez lekarza

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

ubezpieczenia zdrowotnego – w tym lekarza w POZ, również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem³⁵.

Zarządzanie procesami współpracy z innymi podmiotami

Obecnie brak jest zasad współpracy i wymiany bieżącej informacji o pacjencie pomiędzy pracownikami pomocy społecznej i profesjonalistami medycznymi. Najczęściej bieżąca współpraca jest realizowana przez pielęgniarki rodzinne, których jednym z podstawowych zakresów odpowiedzialności są świadczenia pielęgnacyjne.

Przydatne linki do wybranych formularzy, omawianych w tym rozdziale, dostępnych on-line w dacie 25.10.2017:

Informacja dla lekarza kierującego, skierowanie do poradni specjalistycznej, skierowanie do szpitala, skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne:

<https://www.nfz-rzeszow.pl/swiadczeniodawcy/informacje/pliki-do-pobrania/>

Zlecenie na transport sanitarny:

https://www.nfz-rzeszow.pl/files/zlecenia/zlecenie-transport_sanitarny.doc

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111420835>

Więcej informacji w:

1. Windak A. Konsultacja specjalistyczna. w Medycyna Rodzinna – podręcznik dla lekarzy i studentów. Windak A., Chłabicz S., Mastalerz – Migas A. (red). Wyd. 1 Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2015
2. Krzysztoń J. Fizjoterapia. w Medycyna Rodzinna – podręcznik dla lekarzy i studentów. Windak A., Chłabicz S., Mastalerz – Migas A. (red). Wyd. 1 Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2015
3. Tyszko P. Pomoc społeczna. w Medycyna Rodzinna – podręcznik dla lekarzy i studentów. Windak A., Chłabicz S., Mastalerz – Migas A. (red). Wyd. 1 Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2015
4. van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke. 1988;19(5):604-7.
5. Quinn TJ, Dawson J, Walters MR, Lees KR. Reliability of the modified Rankin Scale: a systematic review. Stroke. 2009;40(10):3393-5.

³⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

Pacjenci POZ

Ewa Bielak

Pacjenci POZ mają prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (z wyłączeniem osób objętych odrębnymi przepisami^{36,37,38}) spośród tych, którzy zawarli stosowne umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia³⁹.

Pacjent może wybrać bezpłatnie nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym:

- Lekarza POZ,
- Pielęgniarkę POZ,
- Położną POZ.

W przypadku częstszej zmiany (z wyłączeniem sytuacji zmiany miejsca zamieszkania lub zaprzestania udzielania świadczeń przez wybranego lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ), dokonująca zmiany osoba wnosi opłatę w wysokości 80 zł na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dokonując powyższego wyboru świadczeniobiorca może wybrać:

- Lekarza POZ, pielęgniarkę POZ, położną POZ u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców, albo
- Lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ będących świadczeniodawcami.

Każda ubezpieczona osoba sama decyduje o wyborze świadczeniodawcy, a w przypadku niepełnoletnich dzieci lub osób ubezwłasnowolnionych decyzję podejmuje rodzic lub opiekun prawny.

Pacjentowi przysługuje prawo wyboru tylko jednego lekarza, pielęgniarki lub/i położnej POZ i nie ma obowiązku zapisywania całej rodziny do tej samego świadczeniodawcy.

Struktura populacji pacjentów

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego według stanu na dzień 31.12.2016 roku struktura ludności Polski w zależności od wieku przedstawia się następująco:

ludność w wieku przedprodukcyjnym (0-17 lat) 17,9%, ludność w wieku produkcyjnym 18-59/64 lata (odpowiednio kobiety/mężczyźni) 61,9%, poprodukcyjnym 60/65 lat i więcej (odpowiednio kobiety/mężczyźni) 20,2%.

Populacja o powyższym rozkładzie demograficznym to potencjalni pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej.

Lekarz, pielęgniarka, położna POZ nie mogą odmówić żadnemu ubezpieczonemu zapisania się na listę podopiecznych ze względu na wiek, płeć, czy stan zdrowia.

³⁶ Ustawa z dnia 21 listopada 1967 r o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej - t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1430(art. 56b i 69b)

³⁷ Ustawa z dnia 12 października 1990r. o Straży Granicznej – Dz.U. z 2016r. poz. 1643 (art. 153 ust.7a

³⁸ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny wykonawczy - t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 665, 666, 768, 1452 (art. 115 § 1a)

³⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych t.j. Dz.U.2016 poz.1793z późn.zm.

Deklaracja wyboru lekarza pielęgniarki, położnej POZ

Potwierdzeniem dokonania wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ jest złożenie przez pacjenta oświadczenia woli zwanego deklaracją wyboru. W imieniu osoby trzeciej, deklarację może złożyć jedynie prawny opiekun dzieci niepełnoletnich lub innych osób, dla których ustawowo został on ustanowiony.

Deklaracja, którą wypełnia świadczeniobiorca powinna być dostępna u każdego świadczeniodawcy w placówce podstawowej opieki zdrowotnej.

Wzory deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu POZ oraz lekarza, pielęgniarki, położnej POZ określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia ⁴⁰. Dostępne są one na stronie NFZ: <http://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/pliki-do-pobrania/druki/>

Druki zawierają:

1. Dane dot. Świadczeniobiorcy:
 - Imię i nazwisko,
 - Nazwisko rodowe,
 - Datę urodzenia, płeć,
 - Numer Pesel o ile został nadany,
 - Miejsce nauki – w przypadku uczniów i studentów,
 - Adres zamieszkania,
 - Numer telefonu
2. Określenie, który raz w roku dokonywany jest wybór,
3. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonych,
4. Kod oddziału wojewódzkiego Funduszu,
5. Dane dotyczące świadczeniodawcy, w tym jego nazwę i miejsce udzielania świadczeń,
6. Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, położnej POZ,
7. Datę dokonania wyboru,
8. Podpis świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego,
9. Podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru.

Deklaracja wyboru może być złożona w formie:

- papierowej lub
- elektronicznej, opatrzonym kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu przepisów o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne⁴¹.

Dokonanie przez pacjenta wyboru deklaracji może nastąpić za pomocą systemu informacji medycznej⁴².

⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2014 r. w sprawie wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej- Dz. U. z 2014 r. poz.779

⁴¹ Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 570

⁴² Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, 1579, 2020, z 2017 r. poz. 599, 1524 art.10

Przed przyjęciem deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ świadczeniodawca powinien sprawdzić uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w systemie eWUŚ. Jeżeli system eWUŚ nie potwierdza w dacie złożenia deklaracji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a pacjent takie uprawnienia posiada może je potwierdzić na podstawie dokumentu ubezpieczenia lub przez złożenie oświadczenia o prawie do świadczeń.

Lista pacjentów

Aktualnie obowiązującą formą tworzenia listy jest aktywny wybór przez pacjentów:

- Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
- Położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Składane przez świadczeniobiorców deklaracje wyboru winny być wpisywane na bieżąco do oprogramowania w systemie informatycznym wykorzystywanym przez świadczeniodawcę do obsługi podmiotu leczniczego. Oprogramowanie to powinno umożliwiać zarządzanie deklaracjami co najmniej w zakresie tworzenia listy pacjentów danego lekarza, pielęgniarki, położnej POZ oraz sprawozdawczości na potrzeby NFZ,

Świadczeniodawca przy tworzeniu listy pacjentów powinien pamiętać:

1. O sporządzaniu listy pacjentów, którzy złożyli deklaracje odrębnie dla każdego lekarza, pielęgniarki i położnej udzielających świadczeń w przychodni POZ.

2. O ograniczeniach wynikających z limitów podopiecznych przypadających na jedną osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zalecana liczba pacjentów objętych opieką przez jedną osobę udzielającą świadczeń: lekarza/pielęgniarkę/położną POZ oraz pielęgniarkę szkolną nie powinna przekraczać ⁴³:

- Lekarz POZ (lekarz rodzinny, lekarz medycyny ogólnej, internista, pediatra) – 2500 osób;
- Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – 2500 osób;
- Położna podstawowej opieki zdrowotnej – 6600 osób populacji żeńskiej, w tym noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2 miesiąca życia;
- Pielęgniarka szkolna – wymiar czasu pracy uzależniony od typu szkoły oraz charakterystyki populacji uczniów – etat przeliczeniowy 880 – 1100 uczniów.

3. O konieczności złożenia przez pacjenta, przy okazji wizyty w podmiocie leczniczym nowej deklaracji wyboru, w przypadku zaprzestania pracy wybranego przez świadczeniobiorcę personelu medycznego. Dotychczasowe deklaracje zachowują ważność do czasu dokonania takiego wyboru.

4. Deklaracje dzieci, bez nadanego numeru PESEL, które były zapisane na listę lekarza pielęgniarki, położnej POZ na podstawie dowodu ubezpieczenia rodzica lub opiekuna prawnego, po upływie 6 miesięcy system

⁴³ Zarządzenie z dnia 27.06.2016 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 50/2016z w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej późn.zm. (Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 122/2016/DSOZ, Nr 124/2016/DSOZ, Nr 43/1017/DSOZ, 72/2017/DSOZ)

informatyczny NFZ znaczy, jako nieaktywne. Po nadaniu dziecku numeru PESEL, najpóźniej po ukończeniu przez nie 6 miesiąca życia, rodzic powinien złożyć ponownie deklarację.

5. Liczba pacjentów, którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ ustalana jest przez oddział wojewódzki NFZ według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę sporządzonej na podstawie posiadanych przez niego deklaracji wyboru.

6. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z różnych województw, Oddział Funduszu przyporządkowuje pacjenta na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.

7. W przypadku, gdy podstawą wpisania na listę pacjentów jest deklaracja wyboru złożona przez osobę, dla której system Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) w dacie złożenia deklaracji nie potwierdza uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a osoba ta uprawnienia potwierdziła na podstawie dokumentu ubezpieczenia, lub składając oświadczenia, o prawie do świadczeń, wpis taki ważny jest przez sześć okresów sprawozdawczych od daty złożenia deklaracji.

8. W przypadku pozostawiania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców, Fundusz ma prawo wstrzymania finansowania za wskazanymi uczniami do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności.

Zarządzanie organizacyjne listą pacjentów obejmuje:

1. Bieżącą kontrolę składanych deklaracji pod kontem prawidłowości zawartych w niej danych,
2. Aktualizowanie listy pacjentów poprzez nanoszenie zmian na liście będących następstwem: złożenia nowych deklaracji wyboru, rezygnacji z objęcia opieką, zgonu,
3. Przekazywanie za pośrednictwem systemu informatycznego do Oddziału Funduszu nie później niż 7. dnia danego miesiąca w odniesieniu do bieżącego okresu sprawozdawczego informacji o aktywnych deklaracjach wyboru lub uczniach objętych opieką pielęgniarki szkolnej – listy uczniów szkół, z którymi świadczeniodawca nawiązał współpracę oraz listy uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową w tych szkołach,
4. Co miesięczną aktualizację listy pacjentów w oparciu o przekazaną do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego przez Oddział Funduszu potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką. Przekazana informacja stanowi podstawę finansowania świadczeń w danym okresie sprawozdawczym; po przeprowadzeniu weryfikacji list przez Fundusz. Listy te są ostateczne, za wyjątkiem sytuacji, w których wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli deklaracji lub świadczeń, których wykonanie miało wpływ na realizowany proces rozliczeń wskażą na konieczność ich ponownej weryfikacji.
5. Udostępnianie deklaracji wyboru na życzenie świadczeniobiorcy, który ją złożył.
6. Lista pacjentów może także służyć jako narzędzie stratyfikacji tych pacjentów, element wspomagający organizację pracy i zarządzania czasem i personelem w POZ czy też do analiz zmian w objętej świadczeniami populacji.

Zarządzanie listą pacjentów z punktu widzenia profilaktyki obejmuje:

Programy profilaktyczne realizowane na zlecenie samorządu terytorialnego oraz Narodowego Funduszu Zdrowia lub też jako działania własne, w swoich założeniach adresowane są do określonych grup osób. Lista pacjentów, którą dysponuje świadczeniodawca umożliwia aktywną identyfikację tych osób, a prowadzona przez świadczeniodawcę baza danych zawiera informacje teleadresowe pacjentów.

Z listy pacjentów można wyłonić grupy osób, do których powinny być kierowane określone działania w ramach profilaktyki pierwszorzędowej (np. szczepienia) mające na celu zapobieganie wystąpieniu choroby. Scalenie listy pacjentów z kodami rozpoznania chorób ICD-10 umożliwia wyodrębnienie adresatów profilaktyki drugo i trzeciorzędowej.

Stratyfikacja pacjentów

Stratyfikacja ryzyka to systematyczna metoda przewidywania profilu konsumpcji świadczeń przez daną populację (lub jej podgrupę) i identyfikowania osób najbardziej narażonych na ryzyko pogorszenia stanu zdrowia lub potrzebujących wyższego poziomu opieki.

Metody stratyfikacji mają różne wady, warte są jednak rozważenia jako jedno z narzędzi zarządzania populacją w POZ. Działania te mogą także wspierać zarządzanie chorobą przewlekłą. Oprócz stratyfikacji stosuje się także:

- Grupowanie przypadków (ang. case finding) – metoda polegająca na identyfikowaniu populacji w celu przeprowadzenia konkretnej terapii, np. osoby palące w celach profilaktycznych, osoby starsze w celu szczepienia przeciw grypie, itp.
- Segmentacja populacji – polega na grupowaniu kohort ludności zarówno w oparciu o rodzaj, jak i częstotliwość wymaganych świadczeń.

W każdym z tych przypadków używamy innych narzędzi. Na potrzeby sporządzania raportów i sprawozdań dla Narodowego Funduszu Zdrowia czy samorządów lokalnych, finansujących realizację programów profilaktycznych najczęściej wykorzystywany jest rozkład pacjentów na podgrupy, np. ze względu na wiek, płeć, rozpoznanie choroby.

Dla innych celów, np. prowadzenia badań klinicznych stosuje się inne metody, ponieważ na ich wyniki mogą wpływać takie zmienne jak cechy demograficzne chorych (np. wiek i płeć), a także kliniczne, np. sprawność chorego czy stopień zaawansowania choroby. Wyniki badań mogą się różnić między jednostkami realizującymi badania kliniczne ze względu na sposób kwalifikowania pacjentów do badania. Stratyfikacja na potrzeby badania klinicznego może więc polegać na dodatkowym podziale badanej populacji na warstwy (podgrupy) np. ze względu na obecność czynnika zakłócającego. Ma to na celu równomierne rozłożenie tego czynnika w grupach i wyeliminowanie jego wpływu zakłócającego na wyniki badania. Można wtedy stworzyć osobną dla każdej warstwy listę randomizacyjną przy zastosowaniu metody losowo permutowanych bloków. Ten rodzaj randomizacji ma szczególne zastosowanie w badaniach wieloośrodkowych, kiedy istotne jest zachowanie równowagi w poszczególnych grupach leczonych jak i w doświadczeniu, jako całości.

Pacjenci spoza listy

Osoby ubezpieczone, które nie znajdują się na liście pacjentów danego świadczeniodawcy mają prawo do świadczeń lekarza, pielęgniarki i położnej POZ w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi (w szczególności w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia)⁴⁴. Świadczenia lekarza POZ udzielane ubezpieczonym spoza listy zadeklarowanych pacjentów, mogą być udzielone wyłącznie osobom zamieszkałym na terenie tego samego województwa, ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej lub spoza terenu objętego właściwością danego Oddziału Funduszu.

Skorzystanie przez pacjenta ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w innej placówce na terenie tej samej gminy, czy też którejkolwiek sąsiedniej, wiąże się z koniecznością złożenia przez pacjenta nowej deklaracji wyboru, skutkujące zmianą dotychczasowego świadczeniodawcy POZ.

Obcokrajowiec w POZ

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁹ określa, którzy cudzoziemcy i na jakich warunkach mają prawo do opieki medycznej w ramach ubezpieczenia na takich samych warunkach jak ubezpieczeni obywatele RP.

Ustawodawca wymienia tutaj szereg grup uprawnionych do uzyskania świadczeń. Są to:

- a) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego UE/EFTA (Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Islandia, Lichtenstein, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Norwegia, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania, Włochy), zamieszkujące na terytorium UE/EFTA;
- b) osoby bez obywatelstwa UE/EFTA, które przebywają w Polsce na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt tymczasowy lub stały itp.;
- c) osoby, które uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają u nas z ochrony czasowej;
- d) osoby niebędące obywatelami UE/EFTA, legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Polska państwa UE/EFTA, – jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia się lub ubezpieczyły się dobrowolnie;
- e) obywatele państwa UE/EFTA niezamieszkujący na ich terytorium, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce i są objęte ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym lub ubezpieczeniem społecznym dla rolników.

Ponadto uprawnieni do świadczeń z ubezpieczenia są:

- a) studenci i doktoranci studiujący w Polsce oraz absolwenci odbywający obowiązkowy staż, niebędący obywatelami UE/EFTA;
- b) członkowie zakonów i seminariów duchownych;
- c) członkowie rodzin osób zamieszkujących w państwie UE/EFTA, jeśli nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu lub nie są uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie odrębnych przepisów.

⁴⁴ załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych obywatelom państw Unii Europejskiej (UE) lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) ^{45,46,47,48,39}

Bezpłatne świadczenia zdrowotne przysługują obywatelom państw członkowskich UE i EFTA, którzy są objęci w swoim kraju powszechnym systemem opieki zdrowotnej lub ubezpieczyli się dobrowolnie w polskim NFZ i zamieszkują na terytorium RP. Osoby te są zobligowane do przedstawienia Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) lub Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ lub polisy komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej osoby te objęte są opieką ambulatoryjną udzielaną przez lekarza, pielęgniarkę, położną podstawowej opieki zdrowotnej. W razie potrzeby świadczenia mogą być realizowane również w formie wizyt domowych. Lekarz POZ może skierować pacjenta na badania diagnostyczne, do specjalisty, na rehabilitację lub do szpitala.

Wymienieni wyżej cudzoziemcy zamieszkujący na terytorium RP mają prawo do złożenia deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych cudzoziemcom spoza państw Unii Europejskiej (UE) lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) ^{49,50,51,52,39}

Osoby pochodzące spoza państw UE/EFTA powinny posiadać dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w zależności od charakteru pobytu dowód zawarcia obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego) lub podróźne ubezpieczenie medyczne (polisę komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego o minimalnej kwocie ubezpieczenia w wysokości 30 tys. Euro). Obowiązek posiadania podróźnego ubezpieczenia medycznego nakładają na cudzoziemców m.in. przepisy Schengen

⁴⁵ Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 05.07.1971, str. 2 i n., z późn. zm.) – w odniesieniu do obywateli/osób ubezpieczonych w Islandii, Lichtensteinu i Norwegii

⁴⁶ Rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n., z późn. zm.) - w odniesieniu do obywateli/osób ubezpieczonych w Islandii, Lichtensteinu i Norwegii

⁴⁷ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29.04.2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166 z dn. 30.04.2004, s. 1 i n.) – rozporządzenie podstawowe; w odniesieniu do obywateli - osób ubezpieczonych w państwach członkowskich UE oraz Szwajcarii

⁴⁸ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16.09.2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia nr 883/2004 (Dz. Urz. UE L 284 z dn. 30.10.2009, s. 1 i n.) - rozporządzenie wykonawcze; w odniesieniu do obywateli - osób ubezpieczonych w państwach członkowskich UE oraz Szwajcarii

⁴⁹ Rozporządzenie Rady (WE) nr 539/2011 z dnia 15 marca 2011 r. wymieniające państwa trzecie, których obywatele muszą posiadać wizy podczas przekraczania granic zewnętrznych oraz te, których obywatele zwolnieni są z tego wymogu (Dz. Urz. WE L 081 z dnia 21.03.2011, s. 001 – 007, z późn. zm.)

⁵⁰ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 810/2009 z dnia 13 lipca 2009 r. ustanawiające Wspólny Kodeks Wizowy (Dz. U. UE. L. 09.243.1

⁵¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 810/2009 z dnia 13 lipca 2009 r. ustanawiające Wspólny Kodeks Wizowy (Dz. U. UE. L. 09.243.1

⁵² Umowy i porozumienia dwustronne

oraz ustawy o cudzoziemcach. W przypadku nieprzedłożenia świadczeniodawcy w/w dokumentów świadczenia udzielane są odpłatnie. Odrębną grupę stanowią też obywatele państw, z którymi RP podpisała umowy lub/i dwustronne porozumienia o zabezpieczeniu społecznym lub współpracy w zakresie ochrony zdrowia. Wykaz państw, z którymi Polska podpisała umowy lub dwustronne porozumienia oraz katalog uprawnień przysługujących na podstawie tych dokumentów cudzoziemcom w przypadku nagłego zachorowania można znaleźć na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Przypadki szczególne – bezwarunkowy obowiązek udzielania wszystkim cudzoziemcom świadczeń zdrowotnych^{53,54}

W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia wszystkim osobom w tym cudzoziemcom przysługują bezpłatne świadczenia opieki zdrowotnej. Obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych nakłada na lekarzy ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz ustawa o ratownictwie medycznym. Lekarz zobowiązany jest do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Osoby Bezdomne

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają wyłącznie osoby bezdomne, które zostały objęte programem wychodzenia z bezdomności i z tego tytułu są upoważnione do korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Pozostałe osoby bezdomne, mają zapewnioną opiekę zdrowotną finansowaną z budżetu gminy lub powiatu poprzez ośrodki pomocy społecznej.

Finansowanie świadczeń dotyczy konkretnej osoby i konkretnej sytuacji. Poprzedza je przeprowadzenie wywiadu środowiskowego przez Ośrodek Pomoc Społecznej, na podstawie, którego wydawana jest decyzję potwierdzającą prawo do korzystania z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Decyzję wydaje się na wniosek osoby ubiegającej się o prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, a także na wniosek prezydenta miasta, burmistrza lub wójta gminy, właściwego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, a w przypadkach nagłych na wniosek świadczeniodawcy, który udzieli świadczeń osobie bezdomnej.

Osoba bezdomna musi przedłożyć dokument potwierdzający obywatelstwo polskie, zamieszkanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz numer PESEL. Po wydaniu pozytywnej decyzji prawo do świadczeń przysługuje przez okres 90 dni od momentu złożenia wniosku o wydanie decyzji lub od dnia udzielenia świadczenia w przypadkach nagłych lub od dnia, który został określony w decyzji. Gmina lub powiat właściwy ze względu na ostatnie miejsce zamieszkania osoby bezdomnej zobowiązana jest do zwrotu wydatków jednostce pomocy społecznej, która te wydatki poniosła.

Ośrodek Pomocy Społecznej ma prawo określić zakres świadczeń i wskazać konkretny podmiot, który będzie je realizował. W ramach pomocy osobom bezdomnym istnieją również wytypowane podmioty lecznicze udzielające świadczeń.

⁵³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty t.j. Dz.U z 2017 r. poz.125 z późn.zm.

⁵⁴ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.)

Więcej informacji w:

1. R. Niżankowski, M. Bała, M. Broda, A. Dubiel, M. Hetnał, P. Kawalec, K. Łanda, R. Plisko, A. Podmokły J. Wcisło, E. Wójtowicz Priorytety zdrowotne –Narzędzia oceny i analizy. Analiza efektywności Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius- Kraków 2002
2. Dziubińska M., Kostrubiec J., Janus A., Sroka T., Szczęśniak P. (red.) Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. CeDeWu, Warszawa 2014
3. Strona internetowa Ministerstwa Zdrowia <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechne-ubezpieczenie-zdrowotne/finansowanie-leczenia-cudzoziemcow-w-polsce/>

Finansowanie świadczeń POZ

Ewa Bielak

Kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia

Świadczenia w zakresie POZ rozliczane są w oparciu o:

1. kapitatcyjną stawkę roczną – dla świadczeń w zakresie POZ udzielanych w ramach gotowości lekarza, pielęgniarstwa, położnej lub jednostki transportu sanitarnego.

W przypadku świadczeń lekarza POZ, stawka kapitatcyjna obejmuje kwotę przeznaczoną na pokrycie kosztów badań diagnostycznych. W przypadku świadczeń pielęgniarstwa i położnej POZ oraz pielęgniarstwa szkolnego, stawka kapitatcyjna obejmuje również kwotę przeznaczoną na wzrost wynagrodzeń pielęgniarzek, położnych oraz higienistek szkolnych udzielających świadczeń, wynikający z odrębnych regulacji prawnych⁵⁵.

2. cenę jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia lub przewozu) – w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem „za wykonaną usługę”.

Należności z tytułu udzielania świadczeń wypłacane są raz w miesiącu na podstawie wystawionych przez świadczeniodawcę rachunków. Wystawiony rachunek przesyłany jest w formie papierowej lub/i w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia a w przypadku świadczeń rozliczanych za pośrednictwem Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki przez tę aplikację (SIMP). Płatności dokonywane są przelewem na rachunek bankowy wskazany w umowie w terminie 14 dni po dostarczeniu prawidłowo przygotowanego rachunku.

Rozliczanie świadczeń finansowanych metodą kapitatcyjną realizowane jest z zachowaniem następującej zasady:

- należność z tytułu udzielonych świadczeń finansowanych metodą kapitatcyjną liczona jest jako suma iloczynów liczby świadczeniobiorców albo uczniów objętych opieką w poszczególnych grupach i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitatcyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem współczynników korygujących (jeśli zostały określone dla danego zakresu świadczeń).
- iloczyn stawki miesięcznej i współczynnika korygującego wyrażony jest w złotych i groszach, z tym, że w przypadku prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej w ramach umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego, należność powiększona jest o iloczyn liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitatcyjnej stawki rocznej, odrębnie określonej dla finansowania tych świadczeń w załączniku nr 1 do zarządzenia Error! Bookmark not defined..

Rozliczanie świadczeń finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej (kwoty określającej wartość porady, świadczenia, wizyty) realizowane jest z zachowaniem następujących zasad:

- należność z tytułu udzielonych świadczeń ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę nie później niż 10 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy rozliczenie;

⁵⁵ Zarządzenie z dnia 27.06.2016 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej Nr 50/2016/DSOZ z późn. zm. (Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 122/2016/DSOZ, Nr 124/2016/DSOZ, Nr 43/1017/DSOZ, 72/2017/DSOZ)

- raport statystyczny, o którym mowa powyżej po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu; Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy zwrotny komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń (za pomocą komunikatu R_UMX, komunikat dostępny jest w Portalu Świadczeniodawcy)
- świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów statystycznych będących podstawą wystawienia rachunków.

Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup, dla których określone zostały współczynniki korygujące, odbywa się na podstawie informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie złożonych przez świadczeniobiorców deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ.

Liczbę świadczeniobiorców – podopiecznych domu pomocy społecznej (DPS) lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – potwierdza się nie rzadziej niż dwukrotnie (w styczniu i lipcu) w każdym roku, informacją o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej z tych jednostek. Informacja sporządzona zgodnie ze wzorem określonym w umowie, przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminie: do dnia 7 stycznia oraz do dnia 7 lipca każdego roku.

Kapitacyjna stawka roczna nie obejmuje wszystkich świadczeń udzielanych przez lekarza, pielęgniarkę, położną POZ, dla niektórych świadczeń warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.

Rodzaje i ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych tych świadczeń, określone są w załączniku nr 1 do Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Aktualną wartość rocznej stawki kapitacyjnej oraz ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych (porad, wizyt, świadczeń lub przewozu ujmuje załącznik nr 1 do Zarządzeń Prezesa NFZ (na dzień 17.08.2017 r. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 72/2017/DSOZ).

W przypadku gdy umowa została zawarta na okres dłuższy niż rok, kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe ustalane są corocznie, w terminie do dnia 30 listopada, chyba że strony postanowią inaczej⁵⁶.

Propozycje kwot zobowiązań i warunków finansowania świadczeń, przedstawia świadczeniodawcy dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie do dnia 31 października, chyba że strony postanowią inaczej.⁵⁶

W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania, w wyżej wymienionym terminie, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego roku.

W tym przypadku, oddział wojewódzki Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń–luty następnego roku, na zasadach obowiązujących w ostatnim miesiącu okresu obowiązywania umowy, w poprzednim okresie rozliczeniowym.⁵⁶

Finansowanie świadczeń lekarza POZ

Do finansowania świadczeń udzielonych przez lekarza POZ ustalana jest przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

⁵⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej t.j. Dz.U. z 2016 r.poz..1146

Roczna stawka kapitaacyjna w stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza POZ. Stawka ta jest korygowana współczynnikiem odpowiednim do:

a) grupy wiekowej pacjentów (z wyłączeniem podopiecznych domu pomocy społecznej – „DPS” i placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych):

- grupa wiekowa do 6 roku życia – współczynnikiem 2,4;
- grupa wiekowa od 66 do 75 roku życia – współczynnikiem 2,4;
- grupa wiekowa powyżej 75 roku życia – współczynnikiem 3,1.

b) charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy, tj. podopieczny domu pomocy społecznej lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – od dnia 1 października 2017 r. – współczynnikiem 3,1.

Cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia lub przewozu) udzielonej:

- w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza Oddziału Wojewódzkiego Funduszu (OW) oraz z terenu OW, ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów,
- osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy⁵⁷, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP,
- w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat tymczasowy zastępujący EKUZ),
- w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ,
- w ramach profilaktyki chorób układu krążenia,
- w związku z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Finansowanie świadczenia pielęgniarstwa POZ

Do finansowania świadczeń udzielonych przez pielęgniarstwo POZ ustalana jest przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

1. Roczna stawka kapitaacyjna w stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do pielęgniarstwa poz. Stawka ta jest korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do:

a) grupy wiekowej świadczeniobiorcy (z wyłączeniem podopiecznych domu pomocy społecznej i placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych):

- grupa wiekowa do 6 roku życia – współczynnikiem 2,0;
- grupa wiekowa od 7 do 65 roku życia – współczynnikiem 1,0;

⁵⁷ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dn. 27 sierpnia 1014 roku t.j. Dz.U.2016.poz.1793 z późn.zm.

- grupa wiekowa powyżej 65 roku życia – współczynnikiem 2,0.
- b) charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy, tj. podopieczny domu pomocy społecznej lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – od dnia 1 października 2017 r. – współczynnikiem 3,5.
2. Cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia) udzielonej:
- w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza Oddziału Wojewódzkiego Funduszu (OW) oraz z terenu OW, ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów:
 - osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy⁵⁷, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy⁵⁷ oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP,
 - w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat tymczasowy zastępujący EKUZ),
 - w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy.

Finansowanie świadczeń położnej POZ

Do finansowania świadczeń udzielonych przez położną POZ ustalana jest przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

1. Roczna stawka kapitałowa w stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do położnej POZ. Stawka ta jest korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do:
 - a) grupy wiekowej świadczeniobiorcy (z wyłączeniem podopiecznych domu pomocy społecznej i placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych):
 - grupa wiekowa do 6 roku życia – współczynnikiem 2,0;
 - grupa wiekowa od 7 do 65 roku życia – współczynnikiem 1,0;
 - grupa wiekowa powyżej 65 roku życia – współczynnikiem 2,0.
 - b) charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy, tj. podopieczny domu pomocy społecznej lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – od dnia 1 października 2017 r. – współczynnikiem 3,5.
2. Cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia) udzielonej:
 - w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza Oddziału Wojewódzkiego Funduszu (OW) oraz z terenu OW, ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów,
 - osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone, uprawnionym do świadczeń i posiadającym miejsce zamieszkania na terenie RP, obywatelstwo polskie lub status uchodźcy w RP lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP,

- w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat tymczasowy zastępujący EKUZ),
- w edukacji przedporodowej (wizyta)
- w edukacji przedporodowej (wizyta) – wada letalna płodu
- jako patronaż wizyta położnej POZ
- jako patronaż położnej POZ / wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – wada letalna płodu
- w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych
- do przesiewowego badania cytologicznego świadczenie położnej POZ – pobranie materiału z szyjki macicy
- w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży
- w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 11. tyg. do 14. tyg. ciąży
- w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 15. tyg. do 20. tyg. ciąży
- w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 21. tyg. do 26. tyg. ciąży
- w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 27. tyg. do 32. tyg. ciąży
- w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży
- w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży
- w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie po 40. tyg. ciąży
- w związku z wykonaniem Holtera RR- wizyta.

Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego

1. Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego realizowane jest na podstawie stawki kapitałowej. Stawka kapitałowa dotycząca ucznia, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły, do której uczęszcza uczeń i jego charakterystyki zdrowotnej, w następujący sposób:

1) typ szkoły I – szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach w szkole), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z okresem kształcenia nie dłuższym niż 2,5 roku:

- a) uczeń klasy ogólnej w szkole typu I (typ ucznia I.1) – współczynnikiem 1,0,
- b) uczeń klasy integracyjnej i sportowej w szkole typu I (typ ucznia I.2) – współczynnikiem 1,7,
- c) uczeń z niepełnosprawnością typu A w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3A) – współczynnikiem 5,0,
- d) uczeń z niepełnosprawnością typu B w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3B) – współczynnikiem 9,4,
- e) uczeń z niepełnosprawnością typu C w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3C) – współczynnikiem 25,0;

2) typ szkoły II (szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa) - uczeń szkoły typu II (typ ucznia II) – współczynnikiem 1,7; 3) typ szkoły III (szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży):

- a) uczeń z niepełnosprawnością typu A w szkole typu III (typ ucznia IIIA) – współczynnikiem 5,0,
- b) uczeń z niepełnosprawnością typu B w szkole typu III (typ ucznia IIIB) – współczynnikiem

9,4,

c) uczeń z niepełnosprawnością typu C w szkole typu III (typ ucznia IIIC) – współczynnikiem 25,0.

2. Finansowanie świadczeń grupowej profilaktyki fluorkowej realizowane jest na podstawie rocznej stawki kapitałowej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia Error! Bookmark not defined..

3. Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup uczniów, dla których określone zostały współczynniki korygujące, oraz do grupy uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową, dokonywana jest na podstawie przekazywanej comiesięcznie do Oddziału Funduszu za pośrednictwem Komunikatu szczegółowego NFZ deklaracji POZ/KAOS listy uczniów. Error! Bookmark not defined.

4. Przypisania ucznia do typu niepełnosprawności (A lub B lub C), z wyłączeniem uczniów szkół specjalnych dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie, świadczeniodawca dokonuje na podstawie wydanego orzeczenia o niepełnosprawności, które znajduje się w dokumentacji szkoły lub w posiadaniu ucznia. Error! Bookmark not defined.

5. Listy uczniów, o których mowa powyżej, należy potwierdzać nie rzadziej niż dwukrotnie (w marcu i październiku) w każdym roku, podpisaną przez dyrektorów szkół informacją o liczbie uczniów objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej szkole. Informacja sporządzana zgodnie ze wzorem określonym w umowie przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminie: do dnia 7 marca oraz do dnia 7 października każdego roku.

6. Podstawę rozliczania świadczeń w miesiącu lipcu i miesiącu sierpniu stanowią liczby uczniów zweryfikowane na dzień 1 czerwca roku obowiązywania umowy.

Programy samorządowe

Zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy.
W szczególności zadania własne obejmują sprawy: ochrony zdrowia⁵⁸.

Finansowanie

Programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. Jednostka samorządu terytorialnego zgodnie z obowiązującymi przepisami zobowiązana jest ogłosić konkurs ofert na realizację określonych przez nią programów polityki zdrowotnej. Zainteresowane podmioty mogą się zapoznać z warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi w przedmiocie konkursu (formularze ofertowe, projekt umowy). W składanej ofercie na realizację określonych świadczeń zdrowotnych podmioty lecznicze określają między innymi propozycję warunków realizacji świadczeń oraz cenę za te świadczenia. Oferty oceniane są według określonych w warunkach konkursu kryteriów, które decydują o przyjęciu do realizacji lub odrzuceniu danej oferty.

⁵⁸ Ustawa o samorządzie gminnym z dnia 8 marca 1990 roku t.j.Dz. U. z 2017 r. poz. 1875.

Przyjmujący zamówienie realizacji określonego programu profilaktycznego otrzymuje ustalone w zawartej z jednostką samorządu terytorialnego umowie wynagrodzenie za faktycznie udzielone świadczenia zdrowotne w danym okresie rozliczeniowym. Okres rozliczeniowy, terminy przedstawiania rozliczeń finansowych, wymaganą sprawozdawczość reguluje wzajemna umowa.

Zarządzanie budżetem

Jednym z narzędzi wykorzystywanych w podejmowaniu decyzji dotyczących zarządzania finansami podmiotu leczniczego jest jego budżet. Zarządzanie budżetem jest procesem obejmującym jego tworzenie, zatwierdzanie i kontrolowanie. Proces ten umożliwia planowanie i dyscyplinowanie wydatkowania środków finansowych, a tym samym realizację celów strategicznych.

Analiza kosztów

Analiza kosztów stanowi podstawowe źródło informacji finansowej dla zarządzających podmiotem leczniczym. Pozwala ona ustalić i ocenić przyczyny kształtowania się kosztów. Opiera się na rachunkowości finansowej i zarządczej. Określa czynniki oddziałujące na poziom, dynamikę i strukturę kosztów (koszty stałe i zmienne). Analiza kosztów służy również do celów kontrolnych, precyzuje obszary kosztowe, pozwala śledzić ich zmiany i odchylenia. Na jej podstawie można badać związki przyczynowo–skutkowe podejmowanych decyzji i realizowanych w ich efekcie procesów, wyciągać wnioski na przyszłość, ustalać ceny realizowanych świadczeń zarówno tych w ramach NFZ jak i tych składanych w ofertach na realizację programów profilaktycznych zlecanych przez samorządy. Analizę kosztów przeprowadza zarządzający i o ile nie posiada własnych kompetencji w tym zakresie musi korzystać z pomocy wykwalifikowanych służb finansowych (np. biuro rachunkowe, prowadzące obsługę finansową działalności). Wybrane elementy analizy należy przedyskutować z personelem udzielającym świadczeń, aby lepiej zrozumieć przyczyny oraz naturę występowania określonych zdarzeń, mających wpływ na strukturę kosztów (np. przyczyny nagłego zwiększenia liczby wykonywanych badań diagnostycznych określonego rodzaju).

Więcej informacji w:

1. Dziubińska M., Kostrubiec J., Janus A., Sroka T., Szcześniak P. (red.) Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. CeDeWu, Warszawa 2014
2. Baranowski J., Windak A. Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Sprawne Państwo Ernst and Young, Warszawa 2012
3. Syrkiewicz-Światała H., Hanisz R. (red.) Ekonomia i zarządzanie w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty: Zarządzanie finansami w ochronie zdrowia. Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2010

Zespół POZ

Tomasz Tomasiak

Lekarze i pielęgniarki to najważniejsze grupy profesjonalistów medycznych podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Powinni umieć i posiadać motywację, aby efektywnie ze sobą współpracować. Mimo licznych dowodów potwierdzających korzyści z działania zespołów POZ, ich zorganizowanie i sprawne funkcjonowanie jest zadaniem trudnym, wymagającym odpowiednich zachęt, warunków i zaangażowania.

Definicja

Klasyczne definicje mówią, że zespół to mała grupa osób, mająca wspólny cel oraz uzupełniające się umiejętności. Członkowie zespołu powinni posiadać zbliżony system wartości i podobne podejście do pracy oraz poczucie odpowiedzialności za rezultaty wspólnych działań. Dzięki pracy zespołowej pojawia się efekt synergii wynikający z połączenia wiedzy, umiejętności, doświadczenia i wysiłków. Rezultaty oraz osiągnięcia uzyskiwane przez zespół są większe niż suma rezultatów wygenerowanych przez poszczególne osoby.

Uwarunkowania pracy zespołowej w polskim POZ

Podstawą realizacji świadczeń w ramach POZ w naszym kraju jest umowa zawarta z NFZ na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁹. Obowiązki poszczególnych profesjonalistów medycznych określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ⁶⁰. W projektach przygotowywanej obecnie ustawy o POZ znajdują się zapisy wprowadzające zespół POZ, który będzie zapewniał pacjentom skoordynowaną opiekę.

W Polsce umowy (bez nocnej i świątecznej opieki) zawierane są dla 3 zakresów świadczeń: lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. Łączne umowy dla wszystkich tych zakresów zdecydowanie przeważają (>75%) w województwach: mazowieckim, łódzkim i kujawsko-pomorskim. Umowy z indywidualnymi podmiotami (oddzielnie lekarz, pielęgniarka, położna) dominują w województwie wielkopolskim i w województwie opolskim, gdzie łącznie wszystkie trzy zakresy świadczeń kontraktowane są u odpowiednio 10% i 15% świadczeniodawców. Oddzielne kontraktowanie świadczeń lekarskich i pielęgniarskich sprawia, że listy podopiecznych znacznie się różnią, co nie sprzyja tworzeniu zespołów. Oprócz uwarunkowań organizacyjnych, także sposób finansowania oddziałuje na pracę zespołów w POZ. Kapitacja, główna metoda finansowania w naszym kraju, uważana jest za czynnik ułatwiający pracę zespołową (np. dają większą możliwość określania i przekazywania zadań między członkami zespołu). Opłata za usługę (fee for service), w której konkretne zadania spoczywają na określonym profesjonalście medycznym może negatywnie wpływać na współpracę. Podobny wpływ wywiera pensja. Analizy sposobów finansowania motywujących do integracji opieki i wpływających na pracę zespołową została przeprowadzona przez

⁵⁹ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 19 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2016 poz. 1793

⁶⁰ 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. 2016 poz. 1567.

Tsiachristas A (2016). Autor ten wykazał, że budżet powierzony (fund holding) i opłata za wynik opieki (pay for performance), wprowadzone w Wielkiej Brytanii, bardziej motywują do integracji opieki niż wymienione wcześniej i dobrze znane w Polsce trzy metody. Funkcjonująca we Francji, Austrii i Niemczech opłata za koordynację (pay for coordination) sprzyja rozwojowi wielodyscyplinarnych zespołów i integracji opieki. Podobny wpływ miały rozwiązania wprowadzone w Holandii (w 2010 r. - płatność wiążaną w przypadku chorób przewlekłych; w 2013 r. płatności populacyjne i wspólne oszczędności; w 2015 r. trzystopniowy system opłacania POZ z uwzględnieniem: kapitału, płatności za koordynację oraz płatności za wyniki).

Zarządzanie zespołem (narzędzia wspierające), współpraca kliniczna i organizacja pracy

Zarządzanie jest działaniem zmierzającym do osiągania celów i obejmuje: planowanie, organizowanie, nadzorowanie, dokumentowanie, konsultowanie i sterowanie. Do pracy zespołowej, także tej realizowanej w ramach POZ, odnosi się pojęcie przewodzenia (ang. leadership). Jest ono znacznie szersze niż administrowanie i zarządzanie podwładnymi. Wymaga umiejętności pokazywania celu, inspirowania do działania i rozwoju, bieżącego motywowania do realizacji zadań.

W rozwoju grup i zespołów wyróżnia się następujące fazy: (1) formowanie, kształtowanie się (*forming*); (2) docieranie i dopasowywanie (*storming*), (3) normalizacja (*norming*); (4) działanie i wykonanie (*performing*) oraz (5) zamknięcie, zawieszenie (*adjourning*). Istotna różnica między grupą, a zespołem wynika z faktu, że zespół posiada kreślony cel i każdy członek aktywnie przyczynia się do jego osiągnięcia. Wspólne działanie gwarantuje synergii. W grupie brakuje ukierunkowania na realizację wspólnego celu, a synergia nie występuje.

Pierwsza decyzja w budowaniu zespołu POZ powinna dotyczyć odejście od praktyki, w której centralną rolę odgrywa lekarz. Należy wprowadzić rozwiązania zorientowane na zadania. Są one określane przez lidera zespołu POZ. Włączanie do zespołu i integrację różnych osób należy przeprowadzać stopniowo. W POZ głównymi profesjonalistami medycznymi pracującymi razem będą lekarze, pielęgniarki i położne, ale włączać można także recepcjonistkę lub menadżera praktyki. Taki zespół określany jest mianem multidyscyplinarnego. Możliwe jest także dołączenie innych osób z sektora opieki zdrowotnej (farmaceuta, dietetyk, stomatolog, lekarz specjalista) lub nawet osób spoza tego sektora (np. pracownik socjalny). Mówi się wówczas o zespołach transdyscyplinarnych.

Zarządzanie zespołem POZ powinno uwzględniać istotne zasady, dotyczące także innych zintegrowanych grup. Przedstawiono je w ramce 1.

Ramka1. Warunki zarządzania i funkcjonowania zespołów POZ.

1. Zespół ma jasno wytyczone cele i jego członkowie pracują nad wspólnym zadaniem.
2. Istnieje lider, który jest akceptowalny dla członków zespołu.
3. Członkowie mają poczucie przynależności do zespołu i mogą wpływać na decyzje oraz rekrutację nowych osób.
4. Ustalona jest struktura zespołu, członkowie mają określone zakresy obowiązków i odpowiedzialności, posiadają uprawnienia do decydowania w konkretnych obszarach.
5. Członkowie współpracują ze sobą, szanują się nawzajem, uzupełniają się; cechuje ich elastyczność, w sposób otwarty wyrażają opinie, pod uwagę branych jest wiele opcji rozwiązań.

6. Zespół spotyka się regularnie; istniejące procedury komunikowania się jego członków, które zapewniają efektywne porozumiewanie i współpracę.
7. Uzgodnione są metody pracy, zarządzania czasem, alokacji zadań; przyjęte i stosowane są zasady obiegu oraz archiwizowania dokumentów.
8. Monitorowane jest funkcjonowanie zespołu oraz uzyskiwane wyniki; identyfikowane i likwidowane są czynniki ograniczające kreatywność i efektywność.
9. Członkowie zespołu motywowani są do nabywania nowych umiejętności oraz rozwoju zawodowego i osobistego.
10. Potrzeby pacjenta są stawiane przed indywidualnymi i organizacyjnymi potrzebami lub zyskiem.

Rozwój kompetencji - narzędzia, źródła

Na efektywność zespołu, obok wzajemnych relacji, wpływają także kompetencje poszczególnych osób. Ich nabywanie jest dynamicznym procesem, wymagającym starannego zaplanowania.

Indywidualny plan rozwoju oraz zawodowe „portfolio” to podstawowe narzędzia służące systematycznemu rozwijaniu kompetencji. Opracowywane są one indywidualnie, przez osobę, która zamierza poszerzać posiadaną wiedzę, umiejętności lub kształtować własną postawę. Działania w omawianym zakresie powinny być wspierane przez lidera i pozostałych członków zespołu POZ. Plan i portfolio zapewniają możliwość refleksyjnego i krytycznego podejście do własnego rozwoju. W niektórych krajach Europy ich przygotowanie i realizacja staje się wymogiem stawianym przed lekarzami rodzinnymi i pielęgniarkami w POZ. Ważne cechy planów rozwoju to: odniesienie do codziennej praktyki lekarza lub pielęgniarki, ciągłość realizacji w czasie całej kariery zawodowej oraz kompleksowość obejmująca różne aspekty pracy. Zawartość planu przedstawiono w ramce 2.

Ramka 2. Indywidualny plan rozwoju – zawartość.

- Profil personalny, zawodowy, praktyki
 - Silne strony, zainteresowania, wartości
 - Deficyty, braki, obszary, w których pożądana jest poprawa
- Krótko- i długoterminowe cele
 - Personalne
 - Profesjonalne
- Potrzeby i cele edukacyjne (kliniczne, administracyjne, inne)
- Działania/metody stosowane dla osiągnięcia celu
- Środki niezbędne do realizacji celów
- Harmonogram
- Sposób kontroli osiągnięć i potwierdzenia realizacji planu

Zbiór wyselekcjonowanej dokumentacji potwierdzającej kompetencje nosi nazwę zawodowego „portfolio”. Umożliwia monitorowanie rozwoju, pomaga ocenić realizację osobistych i zawodowych celów, ułatwia planowanie ciągłego podnoszenia kompetencji na wyższy poziom.

W opracowywaniu i realizacji planów rozwoju należy docenić znaczenie kontaktów bezpośrednich, czyli uczenia się od i poprzez swoich kolegów. Bardzo dobre rezultaty przynosi udział w małych grupach lekarzy

rodzinnych (peer review), umożliwiających bezpośrednią wymianę poglądów. Powszechnie praktykowane w naszym kraju metody pasywnej edukacji (np. uczestnictwo w wykładach) mają liczne ograniczenia i są mało efektywne w kształceniu dorosłych i nabywaniu kompetencji. Lepsze wyniki daje edukacja prowadzona zgodnie z pryncypiami andragogiki, w tym aktywne nauczanie indywidualne lub w małych grupach (np. warsztaty, kursy dotyczące umiejętności, ćwiczenia praktyczne, realizacja projektów).

Kontrola jakości pracy i narzędzia motywowania

System ochrony zdrowia jest szczególnie pod względem kwalifikacji i wykształcenia pracującego w nim personelu. Wymaga też szczególnych narzędzi kontroli, zarządzania i motywacji.

Wiele badań prowadzonych z udziałem grup zawodowych zaliczanych do kategorii pracowników wiedzy, w tym zawodów medycznych, pokazało, że pracownicy ci charakteryzują się bardzo dużą motywacją i zaangażowaniem w realizację zadań przy braku bezpośredniej kontroli. Wynika to między innymi z faktu, iż posiadają wewnętrzną motywację, lubią i chętnie wykonują swoją pracę, często w zakresie przekraczającym stawiane przed nimi wymagania. Motywacja wynika z wyobrażenia o własnej pozycji, poczucia misji i tożsamości zawodowej. Dzięki tym czynnikom osoba postrzega siebie jako przedstawiciela określonej, wyróżniającej się grupy i jest przekonana, że podobnie jak inni powinna być zaangażowana, odpowiedzialna i gotowa ciężko pracować.

Ocena efektów działań zespołu POZ i wkładu pracy poszczególnych osób jest procesem trudnym. Wymaga szczegółowego przygotowania i przetestowania przed ostatecznym wprowadzeniem. Konieczne jest wybranie wskaźników, czyli mierzalnych elementów postępowania poszczególnych członków zespołu lub uzyskiwanych przez nich wyników. Na tej podstawie określone są kryteria (wskaźnik z dokładnie przypisaną wartością, pozwalający odróżnić pracę dobrej od złej jakości). Przykłady wskaźników i kryteriów podano w tabeli 3.

Tabela 3. Przykład wskaźników i kryteriów do oceny członków zespołu POZ.

Rodzaj zagadnienia	Wskaźnik	Kryterium
Medyczne	Poziom hemoglobiny glikowanej u pacjentów z cukrzycą t.2	Odsetek pacjentów z hemoglobiną glikowaną $\leq 7\%$
Organizacyjne	Rozpoczynanie pracy lekarza zgodnie z obowiązującym w praktyce harmonogramem	Liczba dni w miesiącu, w których rozpoczęto pracę z opóźnieniem > 5 min

Wskaźniki i kryteria mogą być wykorzystane do oceny działań nie tylko poszczególnych osób, ale również całego zespołu. Członkowie zespołu powinni zostać poinformowani o obowiązujących kryteriach oceny przed rozpoczęciem kontroli jakości pracy. Jej wyniki mogą być wykorzystywane do motywowania poszczególnych osób. W systemie ciągłej oceny jakości konieczne jest częste dokonywanie pomiarów i analiz.

W celu efektywnego motywowania należy zaplanować i wdrożyć wyważony system nagradzania i karania. Popularne zewnętrzne narzędzia motywowania to podwyżki płac, nagrody finansowe i rzeczowe oraz awanse. Z zachęt wewnętrznych można wymienić samodzielność, partycypację w pracy, możliwość rozwoju, prestiż. Ostrożności wymaga wprowadzanie systemu kar, które mogą powodować u członka

zespołu zniechęcenie, upokorzenie, złość, a czasami prowadzą do obniżenia efektywności oraz braku zaangażowania.

Komunikacja

Komunikacja w zespole jest bardziej złożona niż komunikowanie się jednostek. Sukces zespołu POZ zależy w dużej mierze od tego czy odpowiednie informacje dotrą we właściwym czasie do poszczególnych członków zespołu. Oprócz komunikowania się wewnętrznego istotna jest także komunikacja zewnętrzna, szczególnie z pacjentami oraz innymi profesjonalistami i podmiotami działającymi w ochronie zdrowia. Ważnym czynnikiem jest nie tylko czas przekazywania informacji, ale także treść komunikatów, ich zakres i forma. Zasady efektywnego komunikowania w zespole przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 4. Zasady efektywnego komunikowania w zespole

Zasada	Wyjaśnienie
Stosowanie ogólnych zasad komunikowania	Znajomość zasad i poprawne wykorzystywanie komunikowania werbalnego (słownego): mówienie i pisanie oraz niewerbalnego: spojrzenie, mimika, gestykulacja, dystans fizyczny, dotyk.
Stosowanie różnorodnych kanałów informacyjnych	Wykorzystywanie i sprawne posługiwanie się wieloma kanałami informacyjnymi, bezpośrednimi (osobista rozmowa, dyskusja, narada, wywiad) i pośrednimi (przy użyciu różnorodnych nośników: np. papier, telefon, komputer, Skype).
Przydatność informacji	Ograniczanie ilości przekazywanej informacji, nacisk na jej użyteczność i praktyczność.
Kontekst informowania	Powiązanie informacji nowych z informacjami znanymi.
Asertywny język	Otwarte i jednoznaczne wyrażanie potrzeb, przekazywane w sposób uprzejmy, terminowy, jasny i skoncentrowany na rozwiązaniach.
Życzliwy przekaz	Pozytywne, przyjazne nastawienie, otwarcie na rozmówcę, równość, ufność, szczerość, otwartość, wsparcie.
Reguła dwukrotnego powtórzenia	Przedstawianie zagadnienia dwa razy (powtórzone) dla pewności, że zostanie wysłuchane i zrozumiane.
Informacja zwrotna (feedback)	Konstruktywna informacja przekazywana innej osobie, dotyczy np. działania, zachowania; celem jest przekazanie własnych spostrzeżeń w taki sposób, że odbiorca zachowuje pozytywny stosunek do siebie.
Wspólny język	Dostosowanie się nadawcy do odbiorcy, uwzględnianie poziomu odbiorcy (np. wykształcenia, inteligencji, płci)
Zamknięta pętla komunikacyjna	Odbiorca komunikatu powtarza to, co zostało przekazane przez nadawcę; służy sprawdzeniu prawidłowego zrozumienia przekazu.
Aktywne słuchanie	Efektywne słuchanie, zainteresowanie, śledzenie treści, zwracanie uwagi i wychwycenie głównych informacji, formułowanie pytań, podtrzymywanie konwersacji.
Komunikowanie w małej grupie	Aktywne uczestniczenie, branie odpowiedzialności za własne słowa, przekaz bezpośredni i precyzyjny, używanie humoru do rozładowania atmosfery, nie ośmieszanie.

Zadaniem lidera zespołu jest rozpoznanie potrzeb komunikacji, wybór odpowiednich metod, koordynacja i zapewnienie właściwego obiegu informacji w zespole. Najpopularniejsze kanały dystrybucji to rozmowy i spotkania bezpośrednie oraz poczta elektroniczna.

Techniki komunikowania lekarza i pielęgniarki przydatne zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Techniki komunikowania przydatne w zespole POZ.

Nazwa i omówienie	Przykład
Technika komunikowania SBAR (situation, background, assessment, recommendation) Przydatna w celu przekazywania informacji dotyczących pacjenta w sytuacjach nagłych; obejmuje 4 składowe	1. <i>Sytuacja</i> (co się dzieje z pacjentem) „W gabinecie zabiegowym położyłam pacjenta Kowalskiego Jana, skarży się na silny ból zamostkowy”. 2. <i>Tło</i> (jakie są klinicznie istotne dane): „Pacjent ma 62 lata i rok temu przeżył zawał serca”. 3. <i>Ocena</i> (co myślę o problemie) „RR 146/88, akcja serca miarowa 110/min, zrobiłam EKG”. 4. <i>Zalecenie</i> (co chciałbym zrobić) „Myślę, że powinien doktor pilnie zobaczyć pacjenta i EKG”.
Komunikowanie systemem wezwań (call-out) Służy do szybkiego przekazywania istotnych informacji, jednocześnie wszystkim członkom zespołu biorącym udział w działaniu; umożliwia proste przekazanie poleceń i zadań	Lekarz: „Odchylić głowę do tyłu” Pielęgniarka: „Odchylona” Lekarz: „Wysunąć żuchwę” Pielęgniarka: „Wysunięta” Lekarz: „Założyć Ambu” Pielęgniarka: „Założone”
Metoda ponownego sprawdzenia (check-back) Pomaga określić czy przekazana informacja została właściwie zrozumiana; wymagane jest: przekazanie informacji, powtórzenie jej przez odbiorcę oraz potwierdzenie	Lekarz: „Nabrać do strzykawki 4 mg deksametazonu” Pielęgniarka: „4 mg deksametazonu” Lekarz: „Tak jest”

Współczesne technologie komunikacyjne będą odgrywały coraz większą rolę w pracy zespołowej w POZ. Ułatwią zaangażowanie się osobom, które mają ograniczone możliwościami bezpośredniego udziału w spotkaniach (np. specjaliści wąskich dziedzin, farmaceuci). Istnieje możliwość wykorzystywania audio- i wideokonferencji, dzienników sieciowych, internetowych kalendarzy grupowych, wirtualnych tablic oraz różnego rodzaju komunikatorów. W przyszłości pracę zespołową w POZ, zwłaszcza w odniesieniu do

pacjentów przewlekłe chorych, ułatwią rozwiązania telemedyczne zapewniające dostęp do dokumentacji pacjenta, przesyłanie wysokiej jakości obrazów statycznych i dynamicznych oraz wideokomunikowanie.

W ochronie zdrowia wykazano, że praca zespołowa może przynosić korzystne efekty w postaci: lepszego zaspakajania potrzeb pacjentów oraz poprawy ich satysfakcji, zapewnienia ciągłości opieki, poprawy uzyskiwanych wyników, bardziej efektywnego wykorzystania zasobów oraz obniżenia kosztów opieki. Zwiększa także satysfakcję personelu z wykonywanej pracy.

Więcej informacji w:

- Pullon S, McKinlay E, Dew K. Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. Br J Gen Pract. 2009 Mar;59(560):191-7.
- Kancelaria PRM. Skuteczna współpraca w zespole. <http://docplayer.pl/7885550-Jak-wspolpracowac-aby-odnosic-sukcesy.html> (28.09.2017)
- Poulton BC, West MA. Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. J Adv Nurs. 1993 Jun;18(6):918-25.
- Institute of Medicine. Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care. <https://www.nationalahecc.org/pdfs/vsrt-team-based-care-principles-values.pdf> (28.09.2017)
- Royal College of General Practitioners. The Future Direction of General Practice. A roadmap. <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/future-direction-of-general-practice-a-roadmap.aspx> . (28.09.2017)
- Evans A, Ali S, Singleton C, Nolan P, Bahrami J. The effectiveness of personal education plans in continuing professional development: an evaluation. Med. Tech. 2002.
- Adamik A, Nowicki M. Metody i narzędzia motywowania personelu, [w:] Podstawy zarządzania, Zakrzewska - Bielawska A. (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- General Medical Council. Communication within and between teams. http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/11814.asp . (28.09.2017)
- Canadian Patient Safety Institute. Canadian framework for teamwork and communication. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/teamworkCommunication/Documents/Canadian%20Framework%20for%20Teamwork%20and%20Communications.pdf> . (28.09.2017)
- WHO. Being an effective team player. http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-4.pdf . (28.09.2017)
- Cashman S, Reidy P, Cody K, Lemay C. Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. J Interprof Care. 2004 May;18(2):183-96.
- Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? JAMA. 2004 Mar 10;291(10):1246-51.
- Huby G, Rees G. The effectiveness of quality improvement tools: joint working in integrated community teams. Int J Qual Health Care. 2005 Feb;17(1):53-8.
- Keith MacDonald (2003). Online Patient-Provider Communication Tools: An Overview. California Health Care Foundation. <http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/PDF%20P/PDF%20PatientProviderCommunicationTools.pdf> (26.10.2017)

- Liederman EM, Morefield CS. Web messaging: a new tool for patient-physician communication. J Am Med Inform Assoc. 2003 May-Jun;10(3):260-70.
- Saba GW1, Wong ST, Schillinger D, Fernandez A, Somkin CP, Wilson CC, Grumbach K. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. Ann Fam Med. 2006 Jan-Feb;4(1):54-62.
- Center for Disease Control and Prevention. The Health Communicator's Social Media Toolkit (2011). https://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/socialmediatoolkit_bm.pdf (26.10.2017).
- Institute for Healthcare Improvements. SBAR Communication Toolkit. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/sbartoolkit.aspx> . (26.10.2017).
- Tsiachristas A. Financial Incentives to Stimulate Integration of Care. International Journal of Integrated Care. 2016; 16(4): 8, 1–4.

Zarządzanie czasem

Tomasz Tomasik

Efektywne wykorzystanie czasu przeznaczanego na pracę jest ważnym zagadnieniem i dużym wyzwaniem dla lekarzy. W podstawowej opiece zdrowotnej dotyczy to zarówno osób prowadzących własną praktykę, jak również zatrudnionych w ramach różnego rodzaju umów.

Definicja

Zarządzanie czasem jest konsekwentnym i ukierunkowanym na osiągnięcie celu stosowaniem technik pracy, sprawiającym że posiadany do dyspozycji czas jest wykorzystywany racjonalnie i efektywnie, a kierowanie samym sobą i swoim otoczeniem odbywa się bez trudu. Pozwala ograniczyć pracę bezużyteczną, zbyt intensywną i wyniszczającą oraz sprawia, że podejmowane działania mają charakter planowy i zorganizowany. W konsekwencji zapewnia zadowolenie oraz sukces. Zarządzanie czasem jest istotne w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, działalności administracyjnej, zarządzaniu podmiotem leczniczym, prowadzeniu edukacji lub badań naukowych. Efektywne wykorzystanie czasu jest konieczne także w działaniach poprawiających jakość świadczonej opieki oraz w procesie rozwoju osobistego i zawodowego.

Proces zarządzania czasem

Zarządzanie czasem przebiega w kilku fazach. Schemat tego procesu przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Fazy zarządzania czasem.

Fazy zarządzania czasem	Podejmowane działania
1. Wyznaczanie celów	Określenie celu działania (uwzględniające zasadę SMART).
2. Planowanie	Identyfikacja działań, które muszą zostać wykonane dla osiągnięcia celów; grupowanie działań, ustalenie priorytetów

	i kolejności wykonania; rozdzielanie czasu przeznaczanego na działania (harmonogram).
3. Podejmowanie decyzji o sposobie realizacji zadań	Analiza posiadanych zasobów i możliwości ich wykorzystania; podjęcie decyzji o rozpoczęciu działania.
4. Realizacja i organizacja	Wykonywanie czynności/działań; zapobieganie wpływom czynników zakłócających działania.
5. Monitorowanie/kontrola	Sprawdzanie realizacji działań w ich trakcie, kontrola postępu oraz ocena osiągnięcia celu/wyniku.

Wyróżniane są dwie podstawowe grupy uwarunkowań, mające wpływ na zarządzanie czasem i mogące powodować jego marnotrawstwo. Czynniki wewnętrzne uzależnione są od człowieka. Najważniejsze z nich to: brak przemyśleń nad sobą oraz brak poczucia przemijania czasu; brak wiedzy na temat zarządzania czasem; cechy charakteru człowieka, np. lenistwo, gadatliwość. Z kolei, jako przykłady czynników zewnętrznych wymienić można: różnego typu bezproduktywne zebrania, kolejki w urzędach, rozmowy telefoniczne i wizyty akwizytorów lub niespodziewanych petentów, przeszkody w pracy płynące ze zgiełku i gwaru, potrzeba przeglądania portali społecznościowych lub oglądania telewizji, awarie instalacji, komputerów i innych urządzeń.

Cele działania

Umiejętne określenie własnych celów zwiększa szanse na ich osiągnięcie i jest jednym z warunków zarządzania czasem. Dobrze określony cel powinien spełniać kilka kryteriów, które określa się akronimem SMART. Tłumaczenie pojęć angielskich i wyjaśnienie przedstawiono w tabeli nr 2.

Tabela 2. Cechy dobrze określonego celu działania.

Nazwa polska i angielska	Wyjaśnienie	Przykład
Prosty (simple)	Zrozumiały i jednoznacznie sformułowany, konkretny, nie budzący wątpliwości.	Napiszę pracę poglądową wymaganą do specjalizacji.
Mierzalny (measurable)	Istnieje możliwość sprawdzenia stopnia realizacji lub wykazania efektu podjętego działania, np. wyrażenie go w liczbach.	Składała się ona będzie z 4 części i piśmiennictwa; całość na 10 stronach.
Osiągalny (achievable)	Realistycznie określony, możliwy do osiągnięcia, uwzględniający istniejące ograniczenia.	Pisałem będę 2 strony tygodniowo.
Istotny (relevant)	Ważny, wynikający z potrzeb.	Temat pracy to: „Pacjenta z bólem lędźwiowego odcinka kręgosłupa – postępowanie w praktyce lekarza rodzinnego”.
Określony w czasie (timely defined)	Posiadający wyznaczone ramy czasowe na wykonanie.	Piśmiennictwo zgromadzę do 1 października, tekst napiszę do 5 listopada, kierownikowi specjalizacji przedstawię pracę w dniu 6 listopada.

Narzędzia ułatwiające zarządzanie czasem pracy

Istnieje wiele narzędzi i metod, przydatnych do zarządzania czasem, zarówno prostych, powszechnie stosowanych, jak i złożonych. Lista celów jest najprostszym narzędziem wspierającym dążenia do ich realizacji. Należy wypisać na niej swoje cele, które zamierza się osiągnąć. Wymaga regularnego przeglądania i refleksji dotyczącej osiągnięcia celu. Kolejna znana metoda to tworzenie harmonogramów i planów. Proste plany mogą być sporządzane na różne okresy czasu np. dzień, tydzień lub miesiąc. Wykorzystać można zwykłe kalendarze, programy komputerowe takie jak outlook, kalendarz Google, profesjonalne terminarze, wewnętrzne, istniejące w praktyce lekarskiej arkusze do planowania wizyt i raportowania pracy. Pomocna w zarządzaniu czasem jest metoda wyznaczania konkretnych ram czasowych, pozwalająca układać listę zadań z podziałem na dni. Jej podstawą jest prawo Parkinsona mówiące, że praca wydłuża się w zależności od czasu przyjętego na jej realizację, a czas marnowany jest proporcjonalny do całego czasu pozostającego do dyspozycji (im więcej czasu można poświęcić na działanie, tym dłużej ono trwa). Inne narzędzie- grupowanie zadań polega na ich porządkowaniu i formowaniu w zbiory oraz realizacji umożliwiającej skupienie się na wykonywaniu podobnych czynności na raz, jednym ciągiem. Znacząco zwiększa ono produktywność, a przykładem może być zasada sprawdzania maila nie więcej niż 2 razy dziennie i wykonywanie grupowo zadań związanych z nową pocztą.

W praktyce lekarza rodzinnego, podobnie jak w innych instytucjach, delegowanie zadań jest jednym z efektywnych narzędzi pozwalających lepiej wykorzystywać posiadany czas. Przekazanie spraw finansowych do biura podatkowego jest powszechnie stosowaną praktyką. Możliwe jest także zatrudnienie osoby z doświadczeniem zawodowym w zakresie spraw organizacyjnych, zaopatrzenia, korespondencji, sporządzania sprawozdań. Przekazanie części zadań pielęgniarce i położnej, np. w zakresie świadczeń profilaktycznych jest również dobrym rozwiązaniem. Przydatne jest zamieszczenie zapisów dotyczących określonych zadań w umowie o pracę lub regulaminie praktyki. Ustalanie grafiku przyjęć pacjentów, oparte na doświadczeniu planowanie wizyt dotyczących leczenia chorób przewlekłych, świadczeń profilaktycznych i przypadków nagłych pozwala lepiej organizować system przyjęć pacjentów. Stosowanie zasad konsultacji i komunikowania się z pacjentem, właściwych dla opieki podstawowej, również pozwoli zaoszczędzić czas. Na przykład, przydatne jest określanie wszystkich powodów zgłoszenia się pacjenta na początku wizyty i ustalenie, które można zaspokoić w trakcie bieżącej konsultacji, a które na następnej. Warto unikać pytań o kolejne problemy na końcu wizyty. Demonstrowanie empatii, używanie pytań otwartych i zamkniętych, podsumowywanie wypowiedzi, sprawdzanie zrozumienia przekazu i zgody na zaproponowane działania również powinno odbywać się we właściwych fazach konsultacji. Omówienie tych zagadnień znajduje się w obszernych podręcznikach (podanych na końcu rozdziału) i przekracza ramy niniejszego opracowania. Wiele korzyści wynika także ze stosowania elektronicznej dokumentacji (czytelność, łatwość dostępu, przeglądania i obiegu dokumentacji, oszczędność czasu i minimalizacja pomyłki w wypisywaniu recept i skierowań, ułatwienie stratyfikacji pacjentów, przeprowadzania oceny jakości, przygotowywania sprawozdań, oszczędność powierzchni praktyki i zmniejszenie kosztów archiwizacji).

Inne narzędzia stosowane w zarządzaniu czasem, które mogą być przydatne w praktyce lekarza rodzinnego przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Narzędzia i metody zarządzania czasem.

Nazwa narzędzia/metody	Omówienie
------------------------	-----------

Reguła 60/40	Reguła przydatna w ustalaniu planu dnia; 60% czasu przeznaczane jest na zajęcia zaplanowane, 20% na sprawy nieprzewidziane, 20% na działania spontaniczne.
Metoda ABC	Metoda przydatna do planowania zadań zwłaszcza w skali jednego dnia; dzieli je na następujące kategorie: A – zadania, które muszą być wykonane; B – zadania, które powinny być wykonane; C – zadania, które mogą być wykonane, ale dopiero po wykonaniu A i B.
Macierz Eisenhowera	Pomaga ustalić własne priorytety. Określana jest (1) ważność danego działania – czy dana sprawa jest istotna w realizacji celów i (2) pilność – czy dana sprawa wymaga pośpiechu lub czy też może zostać odłożona na później. Wszystkie zadania przyporządkowane zostają do jednej z 4 kategorii: (1) ważne i pilne- wymagają działań natychmiastowych, należy zaplanować odpowiedni czas; (2) ważne, ale niepilne - czynności mogą być zaplanowane na okres, kiedy do dyspozycji pozostaje więcej czasu; (3) nieważne, ale pilne – należy wykonać jak najprędzej, ale nie poświęcać zbyt dużo czasu; (4) nieważne i niepilne – dopuszczalna rezygnacja z wykonania, lub częściowa realizacja.
Zasada Pareto (zasada 20/80)	Określa, że 80% uzyskanych rezultatów wynika tylko z 20% przyczyn. Kluczem do sukcesu nie jest praca długa i ciężka, ale poprawne rozpoznanie 20% działań, które determinują 80% sukcesu. Ułatwia organizację czasu i pozwala mniejszym wysiłkiem osiągnąć lepsze efekty, ale należy koncentrować się na działaniach najważniejszych. Przydatna w ustalaniu priorytetów i eliminowaniu spraw, które zabierają większość czasu i dają niewiele korzyści.
Diagram Gantt	Ilustracja graficzna stosowana głównie w zarządzaniu projektami. Uwzględnia podział projektu na poszczególne zadania oraz rozplanowanie ich w czasie.
Analizy SWOT	Metoda umożliwiająca określenie/uświadomienie sobie czynników, które wpływają na czas i jakość pracy. Pozwala określić i poddać analizie: (1) czynniki zewnętrzne: szanse (wydarzenia, zjawiska mogące pomóc w efektywnym wykorzystaniu czasu) i zagrożenia (zjawiska i czynniki mogące sprzyjać marnowaniu czasu) oraz czynniki wewnętrzne: silne strony (cechy, umiejętności przynoszące pożytek) i słabe strony (zachowania, przyzwyczajenia utrudniające skuteczne działanie).
Metoda ALPEN	Ułatwia planowanie czasu pracy; uwzględnia 5 etapów: (1) przygotowanie listy zadań, aktywności, spotkań, (2) określenie czasu trwania czynności i zsumowanie całego czasu, (3) zaplanowanie dnia uwzględniając regułę 60/ 40, w tym czas na czynności niezaplanowane i nieprzewidziane, (4) wyznaczanie priorytetów i delegowanie zadań, (5) kontrolowanie realizacji zadań i ewentualne przenoszenie spraw niezakończonych na kolejny termin.

Zarządzanie czasem to ważna umiejętność zawodowa, której potrzebują profesjonaliści POZ, zwłaszcza, gdy zwiększa się ilość obowiązków i stawiane są nowe wyzwania np. takie jak opieka koordynowana. Badania przeprowadzone w POZ pokazują, że dłuższa konsultacja pacjenta jest związana z lepszą jakością. Należy jednak brać pod uwagę, że czas lekarza jest ograniczony i przeznaczanie na konsultacje więcej czasu może prowadzić do ograniczenia dostępności.

Więcej informacji w:

1. Perechuda K. Zarządzanie przedsiębiorstwem przyszłości. Placet, 2000.

2. Kobza J, Syrkiewicz-Światała M. Zarządzanie czasem w systemie opieki zdrowotnej –wybrane aspekty. *Medycyna Pracy*, 2014;65(4):555–566.
3. Crosby JW. Ten time-management tips for family physicians. *CMAJ*. 2004 Mar 16;170(6):949-50.
4. Sempowski IP, Brison RJ. Dealing with office emergencies. Stepwise approach for family physicians. *Can Fam Physician*. 2002 Sep;48:1464-72.
5. Makara-Studzińska M. Komunikacja z pacjentem. Czelej, 2012.
6. Marcinowicz L, Chlabicz S. Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem i jego rodziną. *Praktyka lekarza rodzinnego*. PZWL, 2014.
7. WHO. Management of patient information. Trends and challenges in Member States. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76794/1/9789241504645_eng.pdf (28.09.2017).
8. Wilson A, Childs S: The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*. 2002, 52: 1012-1020.

Dokumentacja medyczna

Wiesława Fabian

Każdy podmiot leczniczy ma obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej. Jest również zobowiązany do jej przechowywania, archiwizowania i udostępniania uprawnionym podmiotom. Regulują to przepisy zawarte w Rozporządzenie Ministra Zdrowia (RMZ)⁶¹ oraz stosownych ustawach^{62,63}.

Definicje

Dokumentacja medyczna – zbiór dokumentów zawierających dane i informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia Pacjentów oraz udzielanych im świadczeń zdrowotnych.

Dokumentacja indywidualna – informacje nt. poszczególnych pacjentów, dokumentujące ich stan zdrowia oraz zdarzenia związane z udzielaniem im świadczeń.

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna – przeznaczona jest na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń. Według RMZ o dokumentacji stanowią ją:

- 1) historia zdrowia i choroby;
- 2) historia choroby;
- 3) karta noworodka;
- 4) karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa;
- 5) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 6) karta wizyty patronażowej;
- 7) karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego;
- 8) karta uodpornienia

W praktyce lekarz rodzinny prowadzi jedną historię zdrowia i choroby (kartę pacjenta), w której znajdują się informacje zarówno na temat stanu zdrowia pacjenta, jak i problemów chorobowych (pojęcie historii choroby dotyczy poradni specjalistycznych i szpitala). Kartę noworodka sporządza podmiot, który informuje o urodzeniu dziecka. Pozycje ujęte w pkt 4-7 dotyczą dokumentacji pielęgniarek i położnych.

Dokumentacja indywidualna zewnętrzna - przeznaczona jest na potrzeby pacjenta oraz innych podmiotów leczniczych, udzielających świadczeń medycznych. W szczególności stanowią ją:

- 1) skierowanie do szpitala lub innego podmiotu;
- 2) skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację, leczenie, transport sanitarny
- 3) karta przebiegu ciąży;
- 4) książeczka zdrowia dziecka;
- 5) karta informacyjna z leczenia szpitalnego;
- 6) pisemna informacja lekarza leczącego pacjenta w poradni specjalistycznej dla podstawowej opieki zdrowotnej o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych;

⁶¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia (RMZ) z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 8.12.2015 poz.2069)

⁶² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417) z późniejszymi zmianami (ostatnia uwzględniona w opracowaniu z 23.03.2017).

⁶³ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657) z późniejszymi zmianami (ostania uwzględniona w opracowaniu z 20.07.2017)

- 7) książeczka szczepień;
- 8) zaświadczenie, orzeczenie, opinie lekarska
- 9) recepty na leki, zlecenia na sprzęt medyczny i zaopatrzenie w środki pomocnicze

Wyniki badań diagnostycznych można zaliczyć zarówno do dokumentacji wewnętrznej, jak i zewnętrznej, o ile zostaną przekazane podmiotom innym niż wykonawca.

Dokumentacja zbiorcza – odnosi się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń podmiotu leczniczego. W przypadku prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej system komputerowy powinien w całości tworzyć dokumentację zbiorczą z wpisów w dokumentacji indywidualnej. W podmiocie realizującym podstawową opiekę zdrowotną zgodnie z przepisami prawa prowadzona jest następująca dokumentacja zbiorcza:

- 1) Księga przyjęć
- 2) Księga pracowni diagnostycznej (w POZ: EKG, Spirometria i ewentualne inne badania jeśli są wykonywane np. USG)
- 3) Księga zabiegów
- 4) Rejestr zgłoszonych noworodków
- 5) Rejestr udostępnionej dokumentacji medycznej

Ogólne zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

RMZ z 9.11.2015 o dokumentacji ustala następujące zasady:

- 1) Każdy osoba z personelu medycznego odpowiada za dokumentowanie udzielonego przez siebie świadczenia medycznego
- 2) Wpis w dokumentacji dokonywany jest niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego w sposób czytelny i chronologiczny
- 3) Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacja, numer prawa wykonywania zawodu i podpis)
- 4) Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.
- 5) Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość, każda strona musi być oznaczona minimum imieniem i nazwiskiem pacjenta).
- 6) Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się dokumentację udostępnioną przez pacjenta lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty.
- 7) Dostęp do dokumentacji mają wyłącznie osoby uprawnione i musi być chroniona przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych.

Historia zdrowia i choroby w POZ powinna zawierać:

1. **Informację o ogólnym stanie zdrowia** (wypełniana przy pierwszej wizycie pacjenta, sukcesywnie aktualizowana podczas kolejnych)
 - a) Przebyte choroby, operacje, urazy, hospitalizacje
 - b) Choroby przewlekłe z datą rozpoznania i stopniem zaawansowania
 - c) Choroby występujące w rodzinie w szczególności u rodziców, dziadków, rodzeństwa w zakresie chorób genetycznie uwarunkowanych, układu krążenia, nowotworowych, metabolicznych, alergii

- d) Czynniki ryzyka chorób układu krążenia
- e) Uczulenia i nietolerancje
- f) Szczepienia i stosowane surowice
- g) Uzależnienia w szczególności – palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, środków psychoaktywnych, leków itp.
- h) Sytuacja rodzinna i ekonomiczna pacjenta, ew. orzeczenia o niepełnosprawności.

2. Dokumentację aktualnej wizyty pacjenta, w tym w szczególności:

- a) Dane z wywiadu od pacjenta lub członka rodziny (w tym przyczyna zgłoszenia się)
- b) Badanie przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych
- c) Analizę stanu pacjenta, a w szczególności **Rozpoznanie** w języku polskim, zgodne z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (ICD10).
- d) Plan postępowania, w tym w szczególności o ile zasadne:
 - **Wystawione zaświadczenia**, zwolnienia lekarskie, orzeczenia itp.
 - **Wypisane recepty** na leki z określeniem liczby opakowań, dawkowaniem i odpłatnością.
 - **Skierowania** na badania diagnostyczne, konsultacje, do szpitala, sanatorium, rehabilitację i inne z podaniem podejrzenia lub rozpoznania opisowo i kodem ICD 10.
 - **Zalecenia**

Typy porad

Dla celów rozliczeń z NFZ każdy świadczeniodawca musi sporządzić elektroniczne sprawozdanie wg rodzajów udzielonych świadczeń zdrowotnych. Według aktualnie obowiązującego *Zarządzenie Nr 122/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2016 r.* sprawozdanie podzielone jest na następujące typy porad lekarskich:

- porada lekarska w przychodni
- wizyta domowe
- porada dla pacjenta spoza listy
- porada dla pacjenta z przepisów o koordynacji
- wizyta patronażowa u noworodka w przychodni
- wizyta patronażowa u noworodka w domu
- bilans u dzieci w odpowiednich grupach wiekowych
- porada związana z wystawieniem karty DiLO
- porada związana z kwalifikacją do transportu dalekiego

W sprawozdaniu podane są PESEL pacjenta, ICD 10, kod typu porady.

Oznaczenia dokumentacji zewnętrznej

RZM o dokumentacji określa minimalny zakres danych na drukach wydanej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. Jest to:

- 1) Oznaczenie podmiotu leczniczego (nazwa podmiotu, kod resortowy I cz., nazwa zakładu leczniczego, nazwa jednostki organizacyjnej i jej kod resortowy V cz., nazwa komórki organizacyjnej i jej kod resortowy VII cz., adres miejsca udzielania świadczeń)
- 2) Oznaczenie pacjenta (nazwisko i imię, PESEL, adres zamieszkania)
- 3) Oznaczenie lekarza (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu)

Formy dokumentacji

Zgodnie z aktualnie obowiązującym stanem prawnym dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2018 r, recepty mogą być wystawiane w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2019 r, a skierowania mogą być wystawiane w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2020.

W podstawowej opiece zdrowotnej wprowadzenie całościowej elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) znacznie ułatwia prowadzenie dokumentacji. Najważniejsze korzyści przy prowadzeniu EDM to:

Wynikające z wymogów formalnych i ułatwień technicznych

- 1) raz wprowadzone dane przy zapisywaniu deklaracji pacjenta są wykorzystywane wielokrotnie, na drukach, receptach itp.
- 2) dane są czytelne, uporządkowane w porządku chronologicznym, podpisane
- 3) istnieje pełna identyfikacja kiedy i kto wprowadził dane
- 4) system komputerowy wymusza wpisanie wszystkich elementów dokumentacji, („pilnuje lekarza”)
- 5) automatyczne generowanie dodatkowych druków np. zgłoszenia choroby zakaźnej
- 6) automatyczne generowanie sprawozdań w tle na podstawie wprowadzanych danych do dokumentacji indywidualnej :
 - a. do NFZ (raport ze świadczeń zdrowotnych)
 - b. do GUS (sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki ZD3)
 - c. do MZ (sprawozdanie ze szczepień MZ54)
 - d. do Powiatowego Inspektora Sanitarnego (meldunek o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na grypę MZ55)
- 7) łatwa aktualizacja sprawozdawczości oraz wzorów dokumentów (sprzedawca oprogramowania analizuje stosowne regulacje prawne i wprowadza zmiany w kolejnych aktualizacjach oprogramowania)
- 8) automatyczne tworzenie dokumentacji zbiorczej
- 9) łatwe przygotowanie dokumentacji do udostępnienia, poprzez sporządzenie wydruków lub w formie eksportu w konkretnym formacie
- 10) ograniczone miejsce do archiwizowania dokumentacji (opisane w rozdziale o infrastrukturze)

Wynikające z ułatwień w pracy z pacjentem

- 1) łatwy dostęp do konkretnych informacji wprowadzonych w oddzielnych modułach, możliwość selekcji informacji medycznej
- 2) możliwość wprowadzenia gotowych formularzy i szablonów dla najczęstszych problemów zdrowotnych, ułatwiających wpisanie wielu informacji w uporządkowany sposób, przypominających lekarzowi o elementach wywiadu czy badania przedmiotowego w danej jednostce chorobowej, w bilansie zdrowia w konkretnym wieku dziecka itp.
- 3) w dokumentacji pozostaje pełna treść wystawionej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej
- 4) możliwość korzystania z baz pomocniczych – klasyfikacji chorób ICD 10, klasyfikacji procedur ICD 9,
- 5) w zakresie wypisywania leków EDM stwarza możliwość :
 - korzystania z bazy leków zarejestrowanych,
 - określania refundacji w zależności od rozpoznania ICD 10, wieku pacjenta

- sprawdzenia Charakterystyki Produktu Leczniczego,
 - sprawdzania czy pacjent nie jest uczulony na dany składnik, o ile takie dane wcześniej wpisano,
 - sprawdzania interakcji lekowych
 - kopiowania recept na choroby przewlekłe
 - wyłonięcia modułu leki zażywane - gdzie są wpisane leki przewlekłe z datą wypisania pierwszej i ostatniej recepty
- 6) możliwość kopiowania powtarzanych skierowań, orzeczeń, na zasadzie nadpisywania tylko danych które uległy zmianie
 - 7) możliwość zdalnego przekazywania skierowania na badania diagnostyczne do podwykonawcy i otrzymywania tym samym kanałem informatycznym do historii choroby pacjenta wyniku przeprowadzonego badania.
 - 8) możliwość łatwego porównywania i analizowanie wyników badań.
 - 9) możliwość stworzenia gotowych formularzy zaleceń lekarskich w najczęstszych problemach zdrowotnych z opcją indywidualizacji zaleceń
zebrane w jednym module wystawione zwolnienia lekarskie, z możliwością przekazywania wystawionego zwolnienia lekarskiego bezpośrednio do ZUS.

Wynikające z ułatwień procesach poprawy jakości i projektach badawczych.

- 1) łatwa identyfikacja pacjentów z daną jednostką chorobową lub leczeniem
- 2) możliwość dokonywania zestawień i analiz w zaplanowanym zakresie

Oprogramowania oferowane na rynku przez poszczególnych dostawców mogą różnić się pod względem szczegółowych funkcjonalności, z reguły jednak oferują możliwość korzystania z większości wymienionych powyżej opcji.

Tworzenie dokumentacji

Dokumentacja w podstawowej opiece zdrowotnej tworzone jest na każdym etapie kontaktu z pacjentem. Warto ustalić podział obowiązków w tym zakresie tak, aby lekarz rodzinny nie tracił czasu na elementy dokumentowania, które mogą być realizowane przez innych członków zespołu.

Personel rejestracji **zakłada Kartę pacjenta** w systemie komputerowym lub w formie tradycyjnej (papierowej) na podstawie deklaracji do lekarza POZ oraz dokumentu tożsamości pacjenta. Zakres danych do wpisania na tym etapie to:

- a) nazwisko i imię (imiona), oznaczenie płci, data urodzenia,
- b) numer PESEL (jeżeli PESEL nie został nadany serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku, noworodków dane rodziców dziecka/podopiecznego: nazwisko, imię i numer PESEL, adres miejsca zamieszkania rodziców),
- c) przynależność do oddziału NFZ,
- d) adres zamieszkania, telefon, e-mail
- e) w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażania zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego, oraz adres jego miejsca zamieszkania,
- f) w przypadku, gdy osoba jest obcokrajowcem bez nadanego nr PESEL – paszport i dokument potwierdzający ubezpieczenie.

- g) informacje dotyczące szczególnych uprawnień np. Zasłużony Dawca Krwi, Inwalida Wojenny i inni na podstawie odpowiedniego dokumentu.

Przy przyjmowaniu deklaracji i później przy udzielaniu każdego świadczenia zdrowotnego personel rejestracji sprawdza uprawnienie pacjenta do świadczeń finansowanych ze środków publicznych w systemie elektronicznej weryfikacji uprawnień do świadczeń (**e-WUŚ**).

- a) w sytuacji gdy NFZ potwierdza w systemie e-WUŚ uprawnienia pacjenta do świadczeń, system generuje kod wymagany do sprawozdania w komunikatach XML dokonanie przez świadczeniodawcę potwierdzenia drogą elektroniczną, uprawnień pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej.
- b) w sytuacji, kiedy NFZ nie potwierdza w systemie e-WUŚ uprawnień pacjenta do świadczeń, pracownik prosi pacjenta o okazanie dokumentu potwierdzającego takie uprawnienia, wpisuje dane z dokumentu do systemu lub drukuje oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń, które pacjent podpisuje, a personel rejestracji poświadcza własnoręcznym podpisem przyjęcie oświadczenia i przechowuje je w formie papierowej np. w segregatorze z oznaczeniem „Oświadczenia eWUŚ”.

Przy składaniu deklaracji lub przy kolejnej wizycie pacjenta w Przychodni personel rejestracji przedstawia pacjentowi do wypełnienia druki **oświadczeń** lub jeden druk zbiorczy:

- a) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej **do uzyskiwania informacji** o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej (oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą), albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- b) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej **do uzyskiwania dokumentacji**, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- c) oświadczenie o upoważnieniu osoby bliskiej **do odbioru recept, zleceń i skierowań**, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia, albo upoważnianie dowolnej osoby, która się zgłosi w imieniu pacjenta;

Wypełniając oświadczenie w przypadku dziecka/podopiecznego, rodzic lub przedstawiciel ustawowy powinien wpisać istotne informacje o jego sytuacji prawnej. Wypełnione i podpisane druki oświadczeń/upoważnień zostają przez Personel Rejestracji dopięte do dokumentacji papierowej lub wpisane w odpowiednim miejscu w systemie komputerowym, następnie zeskanowane i dołączone do karty pacjenta EDM.

Przy każdej kolejnej wizycie pacjenta istnieje obowiązek sprawdzenia *ubezpieczenia w systemie e-WUŚ* i ewentualne uzupełnienie *oświadczeń o upoważnieniach*, oraz wykonanie i dołączenie do dokumentacji elektronicznej skanów dostarczonej przez pacjenta dokumentacji wyników badań, konsultacji.

Dokumentacja pielęgniarek i położnych

W przypadku podmiotu leczniczego, który opiekuje się pacjentami zespołowo i lekarz pełni funkcje kierownika podmiotu, to odpowiada on za całość dokumentacji medycznej.

Dokumentacja pielęgniarska może być prowadzona w formie EDM w odpowiednim module, do którego wgląd ma lekarz rodzinny.

Historia zdrowia i choroby pacjenta w zakresie opieki pielęgniarskiej może być prowadzona w formie formularzy. Najważniejsze elementy dokumentacji indywidualnej to:

1. Wizyta patronażowa pielęgniarki u dziecka w 3-4 miesiącu życia
2. Karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego
3. Karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej (zawierająca plan opieki)
4. Karta odwiedzin (z wykonaniem konkretnych procedur i zabiegów)
5. Karta profilaktyki p/gruźliczej (niestety formularz musi być w wersji papierowej do złożenia podpisu przez pacjenta)
6. Inne druki dokumentacji pielęgniarskiej np. skala Barthel, wywiad pielęgniarski przy skierowaniach do opieki długoterminowej

W gabinecie zabiegowym jest prowadzona **Księgę zabiegów**, która w wersji papierowej powstaje przez wypełnianie poszczególnych kolumn, a w EDM powstaje automatycznie z indywidualnych wpisów w karcie pacjenta. Księga zabiegowa zawiera następujące elementy:

- a) numer kolejny
- b) data zabiegu
- c) imię i nazwisko oraz PESEL pacjenta
- d) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg i dane podmiotu, gdy zlecającym jest inny podmiot
- e) adnotacje o rodzaju zabiegu i jego przebiegu
- f) oznaczenie pracownika medycznego wykonującego zabieg

Pielęgniarki i położne po ukończeniu odpowiedniego kursu mogą nabyć uprawnień do wypisywania recept. Wówczas dokumentowanie wypisanych recept przy wspólnej EDM z lekarzem jest proste. Recepty w zależności czy jest to własna ordynacja pielęgniarki czy kontynuacja leczenia mają inne oznaczenia seryjne. Systemy komputerowe kontrolują to i „wymuszają” właściwe oznaczenia. Dokumentacja musi w takiej sytuacji zawierać dane o rozpoznaniu ICD-10, ilości opakowań i dawkowaniu.

Dokumentacja położnej

W przypadku edukacji przedporodowej w EDM można opracować formularze informujące o kolejnych etapach edukacji.

W zakresie opieki nad noworodkiem wspólne prowadzenie dokumentacji pozwala na korzystanie przez lekarza z zapisów położnej. W EDM warto korzystać z opracowanych formularzy wizyty patronażowej – pierwszej i kolejnej, co ułatwia i systematyzuje prowadzenie dokumentacji.

Przechowywanie tradycyjnej (papierowej) dokumentacji

Dokumentacja jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził. Dokumentacja papierowa pacjentów korzystających ze świadczeń powinna być przechowywana w rejestracjach zamykanych na klucz i w zamykanych szafach, aby uniemożliwić dostęp osobom nieupoważnionym.

Dokumentacja zmarłych pacjentów i rezygnujących z opieki lekarza lub pielęgniarki/położnej POZ podlega archiwizacji. Podobnie archiwizacji podlega dokumentacja papierowa pacjentów korzystających ze świadczeń po wprowadzeniu dokumentacji elektronicznej.

Poprzednią dokumentację papierową można odwzorowywać cyfrowo (skanować) jednak najczęściej nie jest to stosowane z uwagi na pracochłonność tej procedury. Wystarczy przejrzeć dokumentację papierową i zrobić wyciąg zgodnie z ustalonymi modułami dokumentacji elektronicznej.

Archiwizacja dokumentacji papierowej

Dokumentacja przechowywana w archiwum musi być łatwo dostępna, dlatego powinna być przechowywana w sposób skatalogowany, według ustalonego systemu – nazwiska, PESELA, adresu zamieszkania lub innego.

Do archiwizacji również można wykorzystać profesjonalne oprogramowanie i wpisać dokumentację nadając jej konkretny numer i skatalogować wg numeru. Warto zastosować możliwość wyszukiwania dokumentacji wg. co najmniej dwóch danych PESELA (lub daty urodzenia) i nazwiska. Warto podać datę ostatniego wpisu, który może służyć do ustalenia terminu w którym dokumentacja może być zniszczona.

Czas przechowywania dokumentacji medycznej wynosi 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- a) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta, na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia - czas przechowywania w takim wypadku wynosi 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
- b) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres: 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza oraz 2 lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie,
- c) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
- d) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, czas przechowywania wynosi 22 lata.

Archiwum (lub wydzielone miejsce do przechowywania) powinno być zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych. Na Kierowniku podmiotu leczniczego spoczywa obowiązek nadzoru i upoważnienia osób uprawnionych do korzystania z archiwum. Należy też zapewnić odpowiednie warunki temperatury i wilgotności w pomieszczeniu archiwum, aby zabezpieczyć dokumentację przed zniszczeniem.

Przechowywanie i archiwizację EDM opisano w rozdziale o Infrastrukturze.

Niszczenie dokumentacji

Po upływie okresów przechowywania, o których mowa powyżej dokumentacja zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Niszczenie może być zlecone specjalistycznej firmie, gwarantującej poufność danych w niej zawartych, posiadającej certyfikaty bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych. Z procesu niszczenia sporządzany jest protokół niszczenia.

Dokumentacja medyczna indywidualna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek: pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, lub osoby upoważnionej przez pacjenta. Przekazanie odbywa się za pokwitowaniem.

W przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej (wykreślenia z rejestru) podmiot jest zobowiązany do wskazania miejsca przechowywania dokumentacji. Podmiot powinien przekazać dokumentację medyczną podmiotowi, który przejął zadania zlikwidowanego podmiotu leczniczego. W

przypadku braku podmiotu przejmującego, za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiadać będzie podmiot tworzący. Jeżeli nie nastąpi wskazanie miejsca to organ prowadzący rejestr wskazuje miejsce przechowywania dokumentacji.

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna indywidualna wewnętrzna przeznaczona jest na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych i może być udostępniona tylko Uprawnionym osobom lub podmiotom.

1. Uprawnionymi do dokumentacji medycznej są:

- a) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, bądź osoba upoważniona przez pacjenta;
- b) po śmierci pacjenta – osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osoba, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym;
- c) podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- d) organy władzy publicznej, w tym Rzecznik Praw Pacjenta, Narodowy Fundusz Zdrowia, organy samorządu zawodów medycznych oraz konsultanci krajowi i wojewódzcy, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
- e) podmioty, uprawnione przez Ministra Zdrowia do przeprowadzenia kontroli podmiotu leczniczego, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli;
- f) minister właściwy do spraw zdrowia, sądy, w tym sądy dyscyplinarne, prokuratorzy, lekarze sądowi i rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- g) uprawnione na mocy odrębnych ustaw organy i instytucje, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- h) organy rentowe oraz zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- i) podmioty prowadzące rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- j) zakłady ubezpieczeń - za zgodą pacjenta;
- k) komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowe komisje lekarskie oraz komisje lekarskie Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległe Szefom właściwych Agencji;
- l) osoby wykonujące zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- m) wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;
- n) spadkobiercy w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- o) członkowie zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań;

- p) szkoły wyższe lub instytuty badawcze do wykorzystania w celach naukowych - bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy;
- q) inne osoby, instytucje i podmioty, uprawnione na mocy powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Weryfikacji uprawnienia powinna dokonywać osoba przyjmująca Wniosek o udostępnienie dokumentacji.

2. Sposoby udostępniania dokumentacji medycznej:

a) do wglądu:

- w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych w gabinecie lekarskim poprzez okazanie dokumentacji papierowej lub umożliwienie zadawania pytań i uzyskiwania informacji w zakresie danych zawartych w dokumentacji elektronicznej, w tym poprzez umożliwienie wykonania zdjęć lub notatek,
- dokumentację udostępnia - lekarz danej komórki organizacyjnej lub Kierownik Zakładu Leczniczego w godzinach pracy komórki organizacyjnej która wytworzyła dokumentację,
- w przypadkach pilnych, uzasadnionych medycznie, informacji udziela się niezależnie od godzin pracy tej komórki, o ile ze względów technicznych jest to możliwe tj. lekarz ma dostęp do tych danych i udostępnianie dokumentacji nie przerywa udzielania zaplanowanych świadczeń zdrowotnych innym pacjentom.

b) poprzez sporządzenie wydruku dokumentacji elektronicznej, wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji papierowej:

- **wydruk dokumentacji elektronicznej** przygotowuje lekarz lub uprawniony personel, i potwierdzenia „za zgodność z dokumentacją elektroniczną”
- **wyciąg z dokumentacji** – skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej przygotowany i autoryzowany przez lekarza prowadzącego
- **odpis dokumentacji** – dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem (przygotowywany np. w przypadku nieczytelnej dokumentacji papierowej)
- **kopia dokumentacji** – dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu). przygotowuje uprawniony personel. Lekarz powinien ocenić kompletność dokumentacji i potwierdzić „za zgodność z oryginałem”.

c) udostępnianie dokumentacji medycznej w oryginale

- dokumentacja medyczna w oryginale wydawana jest na żądanie sądów powszechnych lub organów władzy publicznej, a także na wniosek innych podmiotów lub osób, w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta i wymaga potwierdzenia odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu,
- uprawniony personel przygotowuje kopię dokumentacji, potwierdza na kopii „za zgodność z oryginałem” i dokonuje wpisu na końcu kopii dokumentacji: *kiedy i dla kogo jest przekazany oryginał dokumentacji*. Kopia jest przechowywana w miejscu wydanego Oryginału.
- oryginał wysyłany jest z żądaniem zwrotu oryginału dokumentacji po wykorzystaniu, wysyłka za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
- jeżeli oryginał odbiera osobiście uprawniona osoba wskazana w dokumencie żądania oryginału, osoba ta podpisuje się czytelnie na pozostawionej kopii.

Przy dokumentacji pielęgniarek, położnych, innego personelu medycznego udostępnianie dokumentacji następuje odpowiednio jak w przypadku dokumentacji lekarskiej, z zastrzeżeniem, że dokumentacja do wglądu udostępniania jest w gabinecie personelu medycznego, a poświadczenia „za zgodność z dokumentacją elektroniczną” lub „zgodność z oryginałem” dokonuje odpowiedni personel medyczny lub Kierownik.

- d) **za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej** z zachowaniem bezpieczeństwa danych wrażliwych przed dostępem osób nieupoważnionych, np. poprzez wysłanie zaszyfrowanego pliku z dokumentacją na adres e-mail podany przez pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną:
- osoba uprawniona dokonuje zapisu dokumentacji elektronicznej do pliku (o formacie PDF lub XML) poświadczanym podpisem kwalifikowanym, następnie kompresuje go do pliku zip jednocześnie szyfruje ustalając hasło do rozpakowania pliku
 - zabezpieczony plik może być przesłany szyfrowanym połączeniem na adres e-mail
 - podany we wniosku, a następnie na numer telefonu kontaktowego zostaje przesłane hasło do otwarcia pliku
- e) **na informatycznym nośniku danych** – poprzez udostępnienie pacjentowi dokumentacji medycznej na płycie CD/DVD
- osoba uprawniona dokonuje zapisu dokumentacji elektronicznej do pliku o formacie PDF lub XML poświadczanym podpisem kwalifikowanym, następnie kompresuje go do pliku zip jednocześnie szyfruje ustalając hasło do rozpakowania pliku
 - zabezpieczony plik zostaje nagrany na płytę CD/DVD, a hasło do pliku zostaje podane osobie uprawnionej odbierającej nośnik danych

Od 11 maja 2017 podmiot leczniczy jest zobowiązany roku prowadzenia **Wykazu udostępnionej dokumentacji**, zawierającego następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:

- 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
- 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
- 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
- 4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, gdy o dokumentację medyczną zwraca się organ lub podmiot - nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
- 5) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.
- 6) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną

Podmiot ma prawo pobrać **opłatę za udostępnienie dokumentacji**. Zostały ustalone maksymalnie następujące maksymalne wysokości opłat:

- 1) 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, za jedną stronę kopii lub wydruku;
- 2) 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1, za jedną stronę wyciągu lub odpisu;

- 3) 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 za udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych.

Wysokość opłaty, o której mowa w ustawie uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem. Warto na tablicy ogłoszeń podać aktualnie obowiązujące ceny w złotych.

Biorąc pod uwagę zasady opisane wyżej zakład leczniczy powinien mieć opracowaną Procedurę Udostępniania dokumentacji, która konkretnie wskaże tryb i odpowiedzialność osób przy tym procesie.

Odmowa udostępnienia dokumentacji wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny odmowy.

Więcej informacji w:

1. Dokumentacja medyczna. Seria: Prawo w praktyce lekarza. Drozdowska U. (red). Wyd. 2 CEGEDIM, Warszawa 2012
2. Sobalski T. Dokumentacja medyczna. W Medycyna Rodzinna – podręcznik dla lekarzy i studentów. Windak A., Chłabicz S., Mastalerz – Migas A. (red). Wyd. 1 Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2015

Akredytacja w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

Tomasz Tomasik

Akredytacja jednostek ochrony zdrowia zaliczana jest do zewnętrznych metod poprawy jakości i polega na dobrowolnej ocenie w oparciu o ustalone i jawne kryteria.

Definicja

Termin akredytacja oznacza postępowanie, w którym upoważniona instytucja wydaje formalne oświadczenie stwierdzające, że dana osoba lub organizacyjna są fachowe i właściwie wykonują określone zadania. Jest to dobrowolny, zewnętrzny proces oceny instytucji opieki zdrowotnej, który polega na określeniu stopnia zgodności ze standardami akredytacyjnymi i przeprowadzany jest przez bezstronną, profesjonalną instytucję akredytacyjną przyznającą stosowne potwierdzenie/certyfikat.

Przepisy dotyczące akredytacji w Polsce

Podstawa prawna akredytacji znajduje się w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁶⁴. Procedury oceny podmiotu leczniczego reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r.⁶⁵. Zestaw standardów dla POZ został określony w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2011 r.⁶⁶.

Proces akredytacji w Polsce

W POZ proces przygotowania do akredytacji trwa zazwyczaj około 6 miesięcy. W jego trakcie realizowane są działania przedstawione w ramce 1. Akredytacji udziela się na okres 3 lat.

Ramka 1. Działania w procesie akredytacji.

1. Zapoznanie się przez pracowników podmiotu POZ z przepisami, zasadami oraz standardami akredytacyjnymi.
2. Samoocena stanu wyjściowego przeprowadzona w odniesieniu do standardów akredytacyjnych, identyfikacja problemów oraz analiza braków.
3. Rozpoczęcie działań dostosowawczych do standardów.
4. Zgłoszenie do Ministra Zdrowia za pośrednictwem CMJ wniosku o udzielenie akredytacji.
5. Zakwalifikowanie jednostki do akredytacji.
6. Odbycie odpowiedniego szkolenia przez pracowników jednostki.
7. Wdrożenie standardów akredytacyjnych.
8. Wyznaczenie terminu i harmonogramu przeglądu.

⁶⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia. Dz.U. 2009 nr 52 poz. 418.

⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie. Dz.U. 2009 nr 150 poz. 1216.

⁶⁶ 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.2011.4.42.

9. Przeprowadzenie przez wizytatorów przeglądu akredytacyjnego, dokonanie oceny spełnienia standardów (wywiad, analiza dokumentacji, obserwacja bezpośrednia).
10. Przygotowanie raportu i przedstawienie wyników Radzie Akredytacyjnej.
11. Decyzja Rady Akredytacyjnej i przekazanie Ministrowi Zdrowia rekomendacji dla przyznania podmiotowi POZ certyfikatu akredytacyjnego.

Zarówno do raportu wizytatorów, jaki i do decyzji Rady Akredytacyjnej, ośrodek może wnieść zastrzeżenia lub sprzeciw, które są brane pod uwagę w kolejnych etapach postępowania. W czasie posiadania akredytacji możliwe jest dokonanie przeglądu w losowo wybranych jednostkach POZ. Jego celem jest weryfikacja utrzymywania odpowiedniego poziomu jakości.

Standardy w procesie akredytacji

Podstawą do określenia poziomu jakości i w konsekwencji udzielenia akredytacji jest ocena dokonywana w odniesieniu do standardów, które są określone na możliwie wysokim, ale osiągalnym poziomie. Łącznie wizytatorzy oceniają spełnienie przez jednostkę 123 standardów, zgrupowanych w ośmiu obszarach przedstawionych w ramce 2.

Ramka 2. Obszary, liczba standardów i przykłady wybranych zagadnień podlegających ocenie.

1. Wszelchonność opieki (17 standardów): realizacja kompleksowej i ciągłej opieki; realizacja promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, programów profilaktyki, grup dyspanseryjnych, wizyt domowych.
2. Prawa pacjenta (8 standardów): zapewnienie pacjentom możliwości samodzielnych decyzji, intymne warunki w trakcie konsultacji, dostęp do dokumentacji medycznej.
3. Poprawa jakości (12 standardów): prowadzenie działań na rzecz poprawy jakości opieki, wykorzystywanie wytycznych klinicznych.
4. Bezpieczeństwo opieki (19 standardów): zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, szczególnie w stanach zagrożenia życia, procedury bezpieczeństwa w postępowaniu z produktami leczniczymi, procedury higieniczne.
5. Zespół współpracowników (8 standardów): kompetencje współpracowników, podnoszenie kwalifikacji, ciągła edukacja medyczna.
6. Dokumentacja medyczna (24 standardy): zgodność z zasadami i sposób prowadzenia dokumentacji.
7. Organizacja jednostki (23 standardy): zarządzanie jednostką, plany strategiczne, współpraca z podmiotami zewnętrznymi.
8. Infrastruktura (12 standardów): posiadanie budynku, lokalu, sprzętu, zapewnienie bezpieczeństwa podczas wykorzystywania zasobów jednostki POZ

Akredytacja jest skuteczną i sprawdzoną na świecie metodą poprawy jakości opieki. Jej uzyskanie przez jednostkę POZ wiąże się z poprawą wielu aspektów organizacyjnych i klinicznych praktyki, większym prestiżem w środowisku, zapewnieniem poszanowania praw pacjenta, udokumentowaną poprawą jakości opieki oraz rozwojem zawodowym lekarzy i pielęgniarek, a także rozwojem praktyki. W przeciwieństwie do innych systemów oceny przeznaczonych dla przemysłu, akredytacja jest jedynym w naszym kraju systemem dostosowanym do oceny jakości opieki zdrowotnej.

Więcej informacji w:

1. Tomasiak T, Windak A, Król Z, Jacobs M. Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej. Zdrowie i Zarządzanie. Kraków 2002.
2. Dziadkowiec J. Akredytacja szpitali – niezależne potwierdzenie jakości świadczonych usług, [w]: „Wyzwania zarządzania jakością” pod red. Salerno-Kochan M, Uniwersytet Ekonomiczny, Kraków, 2008, 61-66.
3. Tomasiak T, Hennig J, Bedlicki M. Akredytacja w podstawowej opiece zdrowotnej. Lekarz Rodzinny, 2016, 4:117-121.
4. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Program Akredytacji. Podstawowa Opieka Zdrowotna. Zestaw standardów. CMJ, Kraków, 2016.
5. T. Tomasiak, A. Windak. Jakość opieki medycznej. W Medycyna Rodzinna, Red J.B. Latkowski, W. Lukas, M. Godycki Ćwirko. PZWL, Warszawa, 2017