

Trybunał Konstytucyjny, wydając wyrok uznający szereg zapisów Ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia za niezgodne z Konstytucją, przesądził o tym, że w bardzo krótkim czasie muszą powstać nowe regulacje prawne, które uporządkują przyszły system ochrony zdrowia w Polsce. Niemal natychmiast zostały podjęte prace przez kilka zespołów ekspertów, których zadaniem jest przygotowanie nowej ustawy ubezpieczeniowej. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRwP) jako organizacja, która od początku lat 90. czynnie uczestniczy w procesie przekształceń systemu ochrony zdrowia, czuje się w obowiązku zająć stanowisko w sprawie kluczowych rozwiązań, jakie powinny znaleźć się w nowych regulacjach. Szczególnym i naturalnym obszarem zainteresowania KLRwP jest podstawowa opieka zdrowotna oraz jej zadania i miejsce w systemie ochrony zdrowia. Przestanki dla propozycji rozwiązań i regulacji zawartych w niniejszym materiale wynikają z dwunastoletnich doświadczeń w zakresie budowania modelu medycyny rodzinnej w Polsce. Uwzględniają one również rekomendacje międzynarodowych gremiów i organizacji oraz doświadczenia krajów, w których udało się stworzyć nowoczesny system ochrony zdrowia, oparty na skutecznej i efektywnej opiece podstawowej.

Pragniemy zauważyć, że wspomniane na wstępie orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego było nieuniknioną konsekwencją złego trybu przygotowywania i uchwalania Ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Wady proponowanych w Ustawie o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia rozwiązań były wielokrotnie wskazywane przez nasze środowisko w opiniach i analizach przedkładanych w toku procesu legislacyjnego.

Mając na myśli złe doświadczenia przeszłości, apelujemy o poważne pochylenie się nad zawartymi w poniższym rozwiązaniu propozycjami, ponieważ płyną one z głębokiej troski o przyszłość systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Racjonalność, otwartość oraz przyjazne podejście do wszystkich beneficjentów systemu opieki zdrowotnej (pacjentów, pracowników ochrony zdrowia, a także rządzących) to kardynalne cechy rozwiązań, które mogą stać się gwarantami sukcesu, polegającego na akceptacji przez Obywateli Rzeczypospolitej Polskiej trudnych, ale odpowiedzialnych zmian w systemie ochrony zdrowia.

Materiał przygotowany z inicjatywy Zarządu Głównego KLRwP został poddany szerokiej konsultacji w strukturach terenowych Kolegium. Zawiera zarówno założenia ogólne systemu opieki zdrowotnej, jak i szczegółowe rekomendacje dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej, adresowane do wszystkich zespołów ekspertów, przygotowujących nowe regulacje. Adresatem tego dokumentu jest także rząd i parlament, od których decyzji zależeć będzie przyszły porządek prawny ochrony zdrowia w Polsce.

1. SKUTECZNE WDRAŻANIE ZMIAN W OPIECE NAD PACJENTEM

Jeśli chcesz od jutra zmienić praktykę, przygotuj się dobrze:

- zaangażuj właściwych ludzi
- przygotuj propozycję zmiany opartą na potwierdzonych danych, możliwą do wprowadzenia i atrakcyjną
- określ główne trudności w osiągnięciu celu zmiany, wybierz zestaw strategii oraz mierników (wskaźników) właściwych dla odpowiednich etapów, w oczywisty sposób odnoszących się do Twoich możliwości i budżetu.
- zdefiniuj dla zmierzenia powodzenia i monitorowania ciągłości postępu procesu lub określonych, regularnych etapów
- w końcu ciesz się pracą, której efektem będzie opieka nad pacjentem bardziej wydajna, skuteczna, bezpieczna i przyjazna.

*Dobre rady dla reformatorów systemu ochrony zdrowia w Polsce od lekarzy rodzinnych.
na podstawie artykułu „Od najlepszego dowodu do najlepszej praktyki”*

Spis treści

I. Prynecypia systemu opieki zdrowotnej	5
II. Założenia ogólne systemu opieki zdrowotnej	7
III. Organizacja podstawowej opieki zdrowotnej	12
IV. Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej	18
Referencje	25

I. PRYNCYPIA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

2. PRYNCYPIA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

System opieki zdrowotnej finansowany ze środków publicznych powinien:

- być uniwersalny, to znaczy obejmujący wszystkich obywateli, oraz oparty o zasadę solidaryzmu społecznego
- zapewniać ciągłość opieki medycznej
- być taki, na jaki stać poszczególne osoby i rodziny
- być taki, na jaki stać społeczeństwo, i możliwy do utrzymania przez nie
- umacniać i poprawiać zdrowie oraz dobre samopoczucie (well-being) poprzez promowanie opieki wysokiej jakości, efektywnej, wydajnej, bezpiecznej, dostępnej, ukierunkowanej na pacjenta i sprawiedliwej.

na podstawie raportu „Ubezpieczając amerykańskie zdrowie”

System opieki zdrowotnej finansowany ze środków publicznych powinien:

A. być uniwersalny, to znaczy obejmujący wszystkich obywateli, oraz oparty o zasadę solidaryzmu społecznego

Pozostawienie indywidualnych osób i rodzin poza systemem może zagrażać ich zdrowiu. Osoby takie zwykle w mniejszym stopniu korzystają ze świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza w zakresie profilaktyki i opieki w chorobach przewlekłych; dzieci zagrożone są nieprawidłowym rozwojem; u dorosłych znacznie gorsze są następstwa chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, choroba wieńcowa, zaawansowane choroby nerek i HIV.

B. zapewniać ciągłość opieki medycznej

Ciągła opieka z większym prawdopodobieństwem prowadzi do poprawy zdrowia; umożliwia wczesne wykrycie choroby we wczesnym stadium jej rozwoju; zapobiega zaniedbaniom w działaniach profilaktycznych u dzieci i niewystarczającej opiece w chorobach przewlekłych. Innym ważnym aspektem utrzymania ciągłości systemu jest zagwarantowanie stabilności finansowania świadczeń.

C. być taki, na jaki stać poszczególne osoby i rodziny

Dotyczy to szczególnie osób i rodzin z niskimi dochodami, które z konieczności wymagają wsparcia umożliwiającego włączenia ich do systemu opieki. Status materialny osoby czy też rodziny nie może być powodem wykluczenia z systemu publicznej opieki medycznej.

D. być taki, na jaki stać społeczeństwo, i możliwy do utrzymania przez nie

O tym, na co stać społeczeństwo, decyduje ekonomia i polityka. Każda poważna propozycja reformy musi zapewniać mechanizmy kontroli zadłużania jednostek oraz zachęcać do skutecznych, efektywnych kosztowo świadczeń. Każdy powinien mieć swój wkład w finansowanie systemu – poprzez podatki, składki czy udział w ponoszonych kosztach, ponieważ z powszechnego systemu będą korzystał wszyscy członkowie społeczeństwa.

Strategia reform powinna zmierzać do skuteczności i prostoty poprzez eliminowanie skomplikowanych zasad włączania do systemu, fakturowania, nadmiernych regulacji.

E. umacniać i poprawiać zdrowie oraz dobre samopoczucie (*well-being*) poprzez promowanie opieki wysokiej jakości, efektywnej, wydajnej, bezpiecznej, dostępnej, ukierunkowanej na pacjenta i sprawiedliwej

Ubezpieczony powinien mieć zapewnione: świadczenia profilaktyczne i przesiewowe, opiekę psychiatryczną; dopłaty do leków na receptę; świadczenia szpitalne i pozaszpitalne. Powinien być poddawany bodźcom zachęcającym do pełnego korzystania z istotnych świadczeń, takich jak badania przesiewowe i świadczenia profilaktyczne, ale również bodźcom stymulującym do unikania nadużywania świadczeń lub niewłaściwego z nich korzystania. Świadczeniodawcy powinni być motywowani do zapewniania opieki wysokiej jakości, zgodnej z wytycznymi klinicznymi i danymi naukowymi.

3. SYSTEMY OPIEKI ZDROWOTNEJ POWINNY:

- uwzględniać zasady godności ludzkiej, równości, solidarności i etyki zawodowej
- określać zdecydowane cele dla pozyskiwania zdrowia
- odpowiadać na potrzeby obywateli
- obierać kierunek stałej poprawy jakości opieki
- zapewniać finansowanie, które umożliwi dostarczenie opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom w zrównoważony sposób
- być zorientowane na podstawową opiekę zdrowotną.

na podstawie Karty Ljublańskiej

II. ZAŁOŻENIA OGÓLNE SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Należy ustawowo określić zadania i strukturę systemu ochrony zdrowia, a nie tylko strukturę i zadania płatnika.

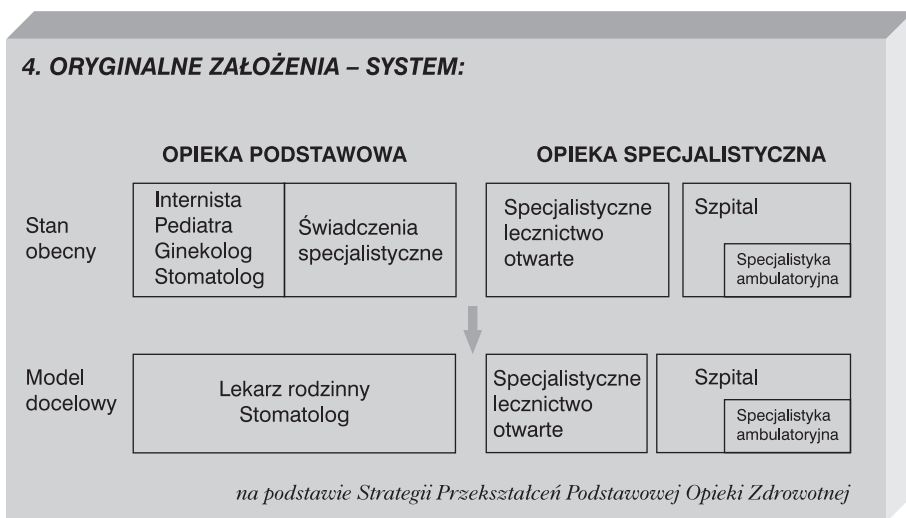
Dotychczasowe próby zdefiniowania systemu ochrony zdrowia w Polsce nie powiodły się. Obecna sytuacja jest tego następstwem. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego dotyczące Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia odnosi się do części finansowania (podmiot-płatnik) systemu ochrony zdrowia.

2. Należy ustawowo określić trzy obszary (szczeble) opieki medycznej:

- podstawowa (pierwszorzędowa),
- specjalistyczna (drugorzędowa i trzeciorzędowa),
- ratownictwo medyczne,

definiując dla każdego z nich precyzyjny zakres kompetencji oraz ich powiązania funkcjonalne.

Podział na szczeble opieki pod względem dostępności i zakresu realizowanych świadczeń. Z punktu widzenia efektywności (koszt-efekt) udzielanych świadczeń, podział kompetencyjny systemu jest niezwykle istotny. Bez nie-



go zarówno wejście do systemu pacjenta, jak i poruszanie się po nim (połączenia funkcjonalne) nigdy nie będzie czytelne zarówno dla pacjenta, jak i świadczeniodawcy, ale także, czego uczy doświadczenie ostatnich lat - dla płatnika i decydenta.

3. Należy stworzyć mechanizmy motywujące do kompleksowej realizacji świadczeń danego szczebla w sposób najbardziej efektywny, na możliwie najniższym szczeblu systemu.

Koszty opieki na „niższym” szczeblu systemu są niższe. Zaoferowanie pacjentom możliwie kompleksowej opieki na jak najniższym szczeblu powinno wpłynąć na obniżenie całkowitych kosztów systemu ochrony zdrowia. Potwierdzić tę tezę mogą doświadczenia poszczególnych regionów.

4. Opieka zdrowotna powinna być odpowiednio finansowana.

Określenie źródeł finansowania opieki zdrowotnej jest tak samo ważne, jak zdefiniowanie struktury organizacyjnej. Ma to znaczenie zarówno w uświadomieniu wszystkim podmiotom funkcjonującym w systemie ochrony zdrowia poziomu finansowania, jak i ograniczeń z niego wynikających. Pozwoli ponadto na jednoznaczne określenie ilości środków zasilających system ochrony zdrowia. Obserwowana ostatnio łatwość wypowiedziania i przyjmowania postulatów zwiększenia składki na ubezpieczenia zdrowotne budzi obawę, że za zwiększeniem obciążeń podatkowych może pójść jedynie petryfikacja wadliwie funkcjonującego systemu.

5. MIEJSCE POZ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

- POZ jest najważniejszym szczeblem opieki zdrowotnej
- działanie POZ opiera się na metodach technologii (możliwe do zastosowania, naukowo wartościowe i społecznie akceptowalne)
- POZ jest powszechnie dostępna dla jednostek i rodzin
- POZ jest dostępna na szczeblu lokalnej społeczności, działa w oparciu o zasadę uczestnictwa odbiorców świadczeń
- koszty działania POZ są dostosowane do możliwości ekonomicznych społeczności i kraju
- działanie POZ oparte jest na zasadzie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz udziale w decyzjach o zdrowiu
- dla jednostek, rodzin i społeczności POZ jest pierwszym miejscem kontaktu z ogólnokrajowym systemem zdrowotnym
- maksymalnie zbliża opiekę zdrowotną do środowiska, w którym ludzie żyją, uczą się i pracują
- stanowi pierwszą fazę procesu ciągłej opieki zdrowotnej.

na podstawie Deklaracji z Alma Aty

5. Identyfikacja osoby uprawnionej oraz jej uprawnień w systemie, potwierdzona wydaniem stosownego dokumentu, musi być obowiązkiem płatnika.

Umowa łączy dwie strony, tj. ubezpieczonego i ubezpieczającego. Najważniejsze zapisy tej umowy opisują wartość, zakres i sposób realizacji ubezpieczenia. Umowa między ubezpieczycielem a świadczeniodawcą (zabezpieczająca wykonanie świadczeń) jest umową wtórną. Umowy ubezpieczenia są bezpośrednim źródłem dochodu dla ubezpieczyciela. To ubezpieczyciel jest bezpośrednio zainteresowany racjonalnym korzystaniem przez osoby uprawnione ze świadczeń gwarantowanych w umowie. Precyzyjna identyfikacja uprawnień jest zatem żywotnym interesem płatnika.

6. Należy ograniczyć finansowanie świadczeń o niepotwierdzonej skuteczności ze środków publicznych, co pozwoli na lepsze ich wykorzystanie.

Należy ograniczyć (zmniejszyć lub wycofać) refundację leków o niepotwierdzonej skuteczności lub o potwierdzonym braku skuteczności oraz wykreślić z listy bezpłatnych świadczeń te procedury medyczne, których brak efektywności (efekt-koszt) został udowodniony przez HTA (Health Technology Assessment).

7. Pozamedyczne koszty w systemie opieki zdrowotnej nie powinny być finansowane ze środków powszechnego i obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Ograniczone środki finansowe pochodzące z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego muszą pokryć przede wszystkim medyczne koszty świadczeń. W związku z tym należy zrezygnować z wykorzystywania tych środków na pokrywanie kosztów pozamedycznych. Koszty pozamedyczne (np. wyżywienie w trakcie hospitalizacji, wyższy standard usługi hotelowej w szpitalu, pomoc przy zakupie leków, towarzyszenie pacjentowi samotnemu, transport medyczny na prośbę pacjenta bez odpowiednich wskazań medycznych itp.) powinny być pokrywane z innych źródeł, nie wykluczając środków prywatnych świadczeniobiorcy.

6. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

- POZ jest częścią systemu opieki zdrowotnej, zapewniającą zdrowym i chorym kompleksowe i skoordynowane świadczenia zdrowotne w środowisku zamieszkania, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, ukierunkowane na zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom, wczesne rozpoznanie i leczenie oraz pielęgnację. Składają się na nią ogólna opieka lekarska i pielęgniarstwo-położnicza.
- POZ jest głównym i fundamentalnym ogniwem systemu opieki zdrowotnej. Stanowi miejsce podstawowego kontaktu jednostki i rodziny z systemem opieki zdrowotnej.

na podstawie Stanowiska Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

8. Pozamedyczne zadania z zakresu opieki w środowisku wychowania i nauczania nie powinny być finansowane ze środków powszechnego i obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Działania pozamedyczne z tego zakresu (edukacja zdrowotna i inne) powinny być opłacane przez jednostki samorządu terytorialnego w ramach środków przeznaczanych na edukację dzieci i młodzieży.

9. Należy doprowadzić do racjonalizacji gospodarki lekiem.

W tym celu należy uporządkować listy refundacyjne, usuwając z nich specyfiki o niepotwierdzonej skuteczności lub o potwierdzonej nieskuteczności, stworzyć i zastosować transparentne zasady wprowadzania leków na listę refundacyjną oraz dodatkowo wprowadzić mechanizmy motywujące lekarzy do przepisywania niezbędnych, koszt-efektywnych leków.

10. Należy wprowadzić ustawowy zakaz kontraktowania i udzielania świadczeń z zakresu POZ i opieki szpitalnej i/lub specjalistycznej przez jednego świadczeniodawcę.

Łączenie różnych zakresów świadczeń prowadzi do sprowadzania roli POZ do dostarczyciela skierowań, natomiast świadczenia realizowane są jedynie tam, gdzie płatnik płaci najwięcej za świadczenie – w poradni specjalistycznej lub oddziale szpitalnym. Jest to droga prowadząca do drenażu środków płatnika. POZ musi być kontraktowany oddzielnie. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna i szpital będą mogły być kontraktowane razem, przy wprowadzeniu mechanizmu motywującego do udzielania świadczeń ambulatoryjnie zamiast stacjonarnie.

11. Konieczne jest stworzenie warunków dla skutecznego i efektywnego rozwoju POZ jako fundamentu racjonalnego, dostępnego i przyjaznego systemu ochrony zdrowia.

Wzmocnienie roli POZ obniży koszty funkcjonowania systemu przez przenoszenie świadczeń z opieki szpitalno-specjalistycznej do opieki podstawowej. Atrakcyjny POZ przyciągnie do siebie wielu specjalistów, którzy wyjdą ze szpitali i poradni specjalistycznych, a po odpowiednim przeszkoleniu zasilą szeregi lekarzy rodzinnych. Należy motywować lekarzy POZ do kształcenia się – docelowo opiekę podstawową powinni zapewniać specjaliści medycyny rodzinnej z szerokimi kompetencjami i dobrze wyposażonymi praktykami – pacjent powinien mieć zapewnionych maksymalnie dużo świadczeń zdrowotnych w opiece podstawowej. Byłoby to korzystne zarówno dla pacjenta, jak i dla systemu.

III. ORGANIZACJA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. W całym kraju powinien obowiązywać jednolity model POZ, którego miejsce w systemie, organizacja i finansowanie powinny zostać określone w drodze ustawowej.

POZ jest miejscem pierwszego kontaktu obywatela (pacjenta) z systemem ochrony zdrowia i powinien umożliwiać otwarty oraz nieograniczony dostęp do świadczeń. Jednolity model, obowiązujący na terenie całego kraju, łatwy do zrozumienia przede wszystkim przez pacjentów, powinien wpłynąć korzystnie na obraz całej służby zdrowia w naszym kraju. Dodatkowym uzasadnieniem dla istnienia takiego modelu jest obserwowane zjawisko zwiększającej się mobilności obywateli i migracji. Regulacje ustawowe dotyczące POZ powinny być gwarantem podobnych zasad funkcjonowania tego szczebla opieki na terenie całego kraju.

13. Rdzeń POZ powinna stanowić ogólna opieka lekarska, sprawowana optymalnie przez specjalistę medycyny rodzinnej; niezależnie od wieku, płci i rodzaju problemu zdrowotnego pacjenta. POZ powinna obejmować ponadto świadczenia z zakresu środowiskowej opieki pielęgniarstwa i położniczej.

Zastępowanie opieki podstawowej świadczonej przez lekarzy specjalistów (głównie internistów i pediatrów) opieką lekarzy rodzinnych powinno być wzmacniane, również za pomocą odpowiednich regulacji prawnych. Zapoczątkowany w połowie lat 90. rozwój ogólnej praktyki lekarskiej świadczonej przez lekarzy rodzinnych zapewni podejmowanie działań w odniesieniu do wszystkich problemów zdrowotnych, niezależnie od wieku, płci czy innych cech pacjenta. Wpływie to korzystnie na dostępność do wyższych pozio-

7. MEDYCYNA RODZINNA JAKO DYSCYPLINA I SPECJALNOŚĆ

- *medycyna rodzinna jest dyscypliną akademicką i naukową, a także specjalnością medyczną, z własną treścią edukacyjną, badaniami naukowymi, bazą potwierdzonych danych i aktywnością kliniczną, ukierunkowaną na opiekę podstawową.*

na podstawie Europejskiej Definicji Medycyny Rodzinnej

mów opieki zdrowotnej, w tym specjalistyki ambulatoryjnej, poprzez kierowanie jedynie pacjentów ze wskazaniem medycznym i jednocześnie rozwiązywanie powszechnych problemów na najniższym szczeblu. Organizowanie świadczeń z zakresu opieki środowiskowej pielęgniarstwa i położniczej pozwoli na lepszą integrację działań w obszarze POZ oraz umożliwi bardziej racjonalne wykorzystanie ograniczonych środków finansowych.

14. Podstawową opiekę zdrowotną powinny zapewniać zespoły koordynowane przez lekarzy rodzinnych/POZ.

Wszystkie świadczenia wykonywane w ramach POZ powinny być uzgadnianie i harmonizowane przez lekarzy rodzinnych/POZ. Powinni oni organizować, nadzorować i odpowiadać za pracę innych grup zawodowych w opiece podstawowej, szczególnie pielęgniarek środowiskowych i położnych. Powinni także koordynować współpracę ze specjalistami wąskich dziedzin medycznych oraz lecznictwem zamkniętym. Dodatkowo w ich zakresie obowiązków powinny znaleźć się także działania dotyczące współpracy międzysektorowej, szczególnie z instytucjami pomocy społecznej i szkolnictwa.

15. Realizatorami zadań z zakresu POZ powinny być osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki indywidualnej i/lub grupowej oraz niepublicznego i publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

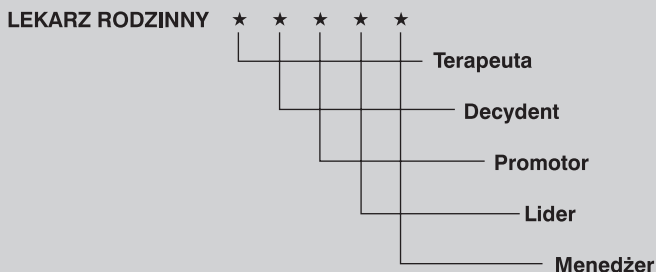
Dotychczasowy sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach praktyk lekarskich (w tym specjalistycznych i wyjazdowych) oraz zakładów opieki zdrowotnej (niepublicznych i publicznych) powinien być kontynuowany. Podejście takie, gwarantowane ustawowo, zapewni poczucie stabilności systemu, umożliwi zarówno jego rozwój, jak i przekształcenia dostosowane do miejscowych warunków.

16. Rozmieszczenie placówek POZ powinno być określone z udziałem reprezentacji świadczeniodawców POZ. Rozmieszczenie powinno uwzględniać trzy rodzaje obszarów:

- na których nie można tworzyć nowych placówek POZ (istnieje wystarczające zabezpieczenie świadczeń w tym zakresie),
- na których można tworzyć nowe placówki POZ,
- na których trzeba tworzyć nowe placówki POZ.

Opracowywanie planów zabezpieczenia opieki podstawowej przy aktywnym udziale wszystkich szczebli samorządu poprawi funkcjonowanie POZ i za-

8. CHARAKTERYSTYKA „PIĘCIOGWIAZDKOWEGO” LEKARZA RODZINNEGO



- ★ **Terapeuta**, który holistycznie traktuje problemy pacjenta, zarówno jako indywidualnej osoby, jak i integralnej części rodziny oraz społeczności, prowadzi opiekę o wysokiej jakości, o szerokim zakresie, ciągłą, upodmiotowioną, opartą na długoterminowym wzajemnym zaufaniu.
- ★ **Decydent**, który na podstawie oceny doniesień naukowych na temat badań, leczenia i użycia technologii medycznych, podejmuje decyzję kliniczną, biorąc pod uwagę potrzeby pacjenta, wartości etyczne, wynik analizy koszt-efekt oraz możliwość oferowania pacjentowi najlepszej dostępnej opieki.
- ★ **Promotor**, który jest w stanie przekonać do zdrowego stylu życia, poprzez efektywne tłumaczenie i doradztwo, skutkiem czego jest wzmacnianie indywidualnych osób oraz grup lokalnych w poprawie stanu zdrowia oraz jego zabezpieczeniu.
- ★ **Lider**, który zdobył zaufanie ludzi, dla których pracuje, potrafi pogodzić potrzeby zdrowotne wyrażane przez indywidualne osoby z potrzebami społeczności lokalnej, doradzić grupom mieszkańców oraz zainicjować działania w imieniu społeczności.
- ★ **Menedżer**, który harmonijnie może współpracować zarówno z osobami, jak i organizacjami, wewnątrz, jak i poza systemem ochrony zdrowia, w określaniu potrzeb indywidualnych pacjentów oraz społeczności, odpowiednio wykorzystuje dostępne dane dotyczące stanu zdrowia.

na podstawie: *Poprawa Systemów Zdrowotnych, Udział Medycyny Rodzinnej*

pewni jej optymalne dostosowanie do potrzeb i oczekiwań społeczności lokalnych. Umożliwienie współdziałania świadczeniodawców w procesie planowania stworzy możliwość wyrażania opinii, składania wniosków, identyfikowania rzeczywistych problemów. To właśnie świadczeniodawcy są podmiotami, które będą te plany w największym stopniu realizować. Ważnym elementem planów będzie wskazanie obszarów, gdzie ilość placówek POZ nie jest wystarczająca bądź ich brak, co umożliwi stworzenie warunków do poprawy tej sytuacji.

9. MEDYCYNA RODZINNA – CHARAKTERYSTYKA DYSCYPLINY

- w normalnej sytuacji jest punktem pierwszego kontaktu z systemem opieki zdrowotnej, zapewniając korzystającym z niego otwartą i nielimitowaną dostępność, zajmując się wszystkimi problemami zdrowotnymi, niezależnie od wieku, płci oraz jakichkolwiek innych cech osoby, której problem dotyczy
- w efektywny sposób wykorzystuje zasoby opieki zdrowotnej poprzez koordynowanie opieki, współpracę z przedstawicielami innych zawodów opieki podstawowej oraz współdziałanie z innymi specjalnościami, przyjmując w razie potrzeby rolę adwokata pacjenta
- rozwija personalne podejście, zorientowane na jednostkę, jej rodzinę i środowisko
- cechuje się unikatowym przebiegiem konsultacji, który poprzez efektywne komunikowanie się lekarza z pacjentem z czasem buduje ich związek
- odpowiada za zapewnianie długotrwałej ciągłości opieki, determinowanej przez potrzeby pacjenta
- posiada swoisty proces podejmowania decyzji, determinowany częstością występowania choroby i zapadalności na nią w lokalnej społeczności
- zajmuje się równocześnie zarówno ostrymi, jak i przewlekłymi problemami zdrowotnymi poszczególnych pacjentów
- zajmuje się chorobą, w niezróżnicowanym, wczesnym stadium rozwoju, mogącą wymagać pilnej interwencji
- promuje zarówno zdrowie, jak i dobre samopoczucie, poprzez odpowiednią i efektywną interwencję
- w szczególny sposób odpowiada za zdrowie lokalnej społeczności
- zajmuje się problemami zdrowotnymi w ich wymiarze fizycznym, psychologicznym, społecznym, kulturowym i egzystencjalnym.

na podstawie Europejskiej Definicji Medycyny Rodzinnej

17. Świadczenia specjalistyczne powinny być udzielane na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza sprawującego opiekę podstawową. Odstępstwa od tej zasady powinny obejmować:

- wypadki i urazy,
- nagłe stany zagrożenia życia,
- świadczenia psychiatryczne,
- świadczenia ginekologiczno-położnicze,
- świadczenia dla pacjentów z HIV i chorobami przenoszonymi drogą płciową,
- dobór okularów.

Nowe regulacje prawne powinny wzmacniać rolę lekarza rodzinnego/POZ jako strażnika systemu (gate-keeper). Należy ograniczyć świadczenia, do których możliwy jest dostęp bez skierowania. Problemy możliwe do rozwiązania na szczeblu POZ, które nie przekraczają kompetencji i możliwości lekarzy

rodzinnych, powinny być załatwiane właśnie na tym najniższym poziomie. Niemniej nowe regulacje prawne mogą zawierać także odstępstwa od tej zasady, wynikające zarówno ze wskazań medycznych, a także z uwarunkowań wynikających z tradycji i oczekiwań pacjenta.

18. Należy odstąpić od akcyjności programów profilaktycznych na rzecz systemowego włączenia ich w zakres świadczeń POZ, przy racjonalnym zapewnieniu ich właściwego poziomu finansowania.

Podjęcie działań zapobiegających chorobom oraz promujących zdrowie jest jednym z pryncypiów medycyny rodzinnej. Stąd wprowadzane regulacje ustawowe powinny uwzględniać realizację tego rodzaju świadczeń głównie na poziomie POZ, jako działań podejmowanych ustawicznie, zintegrowanych z codzienną praktyką i opieką nad pacjentami danego lekarza/świadczeniodawcy. Należy podkreślać rolę prewencji i profilaktyki, a nie koncentrować się wyłącznie na leczeniu, zwłaszcza w formie epizodycznego udzielania świadczeń. Warunkiem realizacji działań profilaktycznych jest też zapewnienie ich właściwego finansowania.

19. Zadania medyczne z zakresu opieki w środowisku wychowania i nauczania, takie jak wykonywanie badań profilaktycznych oraz obowiązkowych szczepień ochronnych, powinny zostać włączone w zakres ogólnej opieki medycznej, świadczonej w placówce lekarza rodzinnego/POZ.

Lekarz rodzinny/POZ zna swojego pacjenta najlepiej i nikt nie jest w stanie go zastąpić przy prawidłowej ocenie wskazań i przeciwwskazań do szczepień lub przy bilansach stanu zdrowia dziecka. W szkołach do bilansów i do szczepień korzysta się z usług lekarzy, którzy często nie sprawują stałej opieki nad danym dzieckiem.

20. Lekarz rodzinny jest również dobrze przygotowany do realizacji zadań medycznych z zakresu medycyny pracy. Świadcząc opiekę ciągłą, posiada informację o ewentualnych zmianach w stanie zdrowia podopiecznego na przestrzeni lat.

Lekarz rodzinny/POZ zna swojego pacjenta, podopiecznego, jego środowisko w miejscu zamieszkania, warunki rodzinne, funkcjonowanie w lokalnej społeczności. Zna także środowisko zawodowe, w którym dana osoba pracuje. Z tego względu uważamy, że powinno się powrócić do zakresu orzekania o stanie zdrowia osób wybierających swojego lekarza.

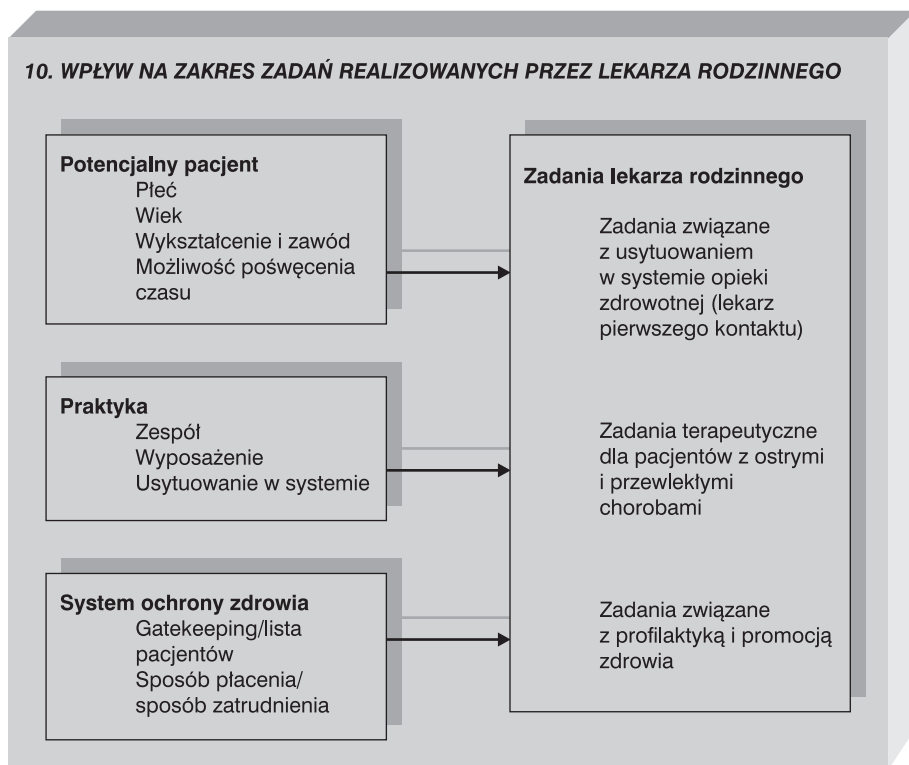
21. Placówki POZ powinny funkcjonować od poniedziałku do piątku w godz. od 8.30 do 17.30, z wyłączeniem dni świątecznych i wolnych od pracy. Poza godzinami otwarcia placówek POZ opieka realizowana jest w ramach systemu opieki nocnej i świątecznej, zorganizowanego przy przyjęciu kryteriów geograficznych i populacyjnych.

W ramach opieki zdrowotnej świadczenia realizowane są: w trybie planowym, w sytuacjach nagłego zachorowania, w stanach zagrożenia życia. Wypracowanie kryteriów populacyjnych i geograficznych obowiązujących przy organizacji systemu opieki nocnej i świątecznej pozwoli zabezpieczyć pełną, dostępną i racjonalną opiekę w stanach nagłego zachorowania. Udzielanie świadczeń w sytuacjach nagłego zachorowania poza godzinami pracy placówek POZ w domu pacjenta powinno być minimalizowane przez wprowadzenie opłaty za dojazd lekarza z ambulatorium opieki nocnej i świątecznej. Zapropionowany zakres dostępności i organizacji świadczeń POZ pozwala na pełne zabezpieczenie potrzeb na świadczenia w trybie planowym i w sytuacjach nagłego zachorowania. W stanach zagrożenia życia (przy jednoznacznie zdefiniowaniu stanów zagrożenia życia w stosownym akcie prawnym) pomocy udzielają jednostki ratownictwa medycznego. Taka organizacja świadczeń gwarantuje pełną obsługę ubezpieczonego przy maksymalnie zoptymalizowanym wydatkowaniu środków finansowych.

22. Należy doprowadzić do racjonalizacji sprawozdawczości w systemie, ograniczając ją do danych niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania ochrony zdrowia. Należy ustalić standard analizy danych i zasady udostępniania jej wyników.

Dane uzyskiwane od świadczeniodawców powinny umożliwiać analizę potrzeb ubezpieczonych i kosztów w systemie. Takie podstawowe wskaźniki pozwalają na optymalizację i racjonalizację funkcjonowania ubezpieczyciela. Informacje uzyskane w systemie są istotne dla: ubezpieczyciela, ubezpieczonego i świadczeniodawcy. Ich dostępność powinny gwarantować zapisy w stosownych aktach prawnych. Optymalne wykorzystanie danych możliwe jest jedynie przy wystandaryzowaniu ich przetwarzania i stabilności sprawozdawczości. Należy pamiętać, że wszelkie zmiany w zakresie sprawozdawczości i przetwarzania danych generują dodatkowe, często znaczne, koszty w systemie.

IV. FINANSOWANIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ



23. Poszczególne szczeble opieki zdrowotnej powinny być oddzielnie finansowane.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna powinna być ściśle związana ze szpitalem. Powinna korzystać z zaplecza diagnostycznego szpitala (należy unikać przeznaczania środków na wyposażanie ambulatoriów specjalistycznych w sprzęt, który nie zawsze jest w pełni wykorzystywany). Funkcjonalne powiązanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ze szpitalem będzie zapobiegać przetrzucaniu kosztów z ambulatorium specjalistycznego do szpitala i będzie stymulować rozwój opieki ambulatoryjnej (tańszej) zamiast szpitalnej (droższej), która zostanie ograniczona do najbardziej niezbędnych przypadków.

24. Należy zagwarantować minimalny poziom finansowania POZ, wyrażony procentowym udziałem w budżecie płatnika, który w obecnych warunkach powinien być nie mniejszy niż 18,11%

Przeprowadzona przez KLRwP analiza kosztów funkcjonowania placówek POZ w 2002 roku opublikowana w dokumencie „Organizacja i zasady kontraktowania podstawowej opieki zdrowotnej. Stanowisko Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Maj 2003” jednoznacznie wskazuje, że minimalne nakłady finansowe dla utrzymania sprawnego działania tego poziomu systemu opieki zdrowotnej winny stanowić 18,11% budżetu płatnika w 2002 roku. Nakłady zostały wskazane w wartościach procentowych z dwóch powodów:

- a) POZ powinien mieć zabezpieczony minimalny poziom finansowania,*
- b) POZ powinien być obligatoryjnym beneficjentem wzrostu środków finansowych w systemie ochrony zdrowia.*

Na poziomie POZ realizuje się ok. 80% potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych z zakresu medycyny naprawczej, a przy odpowiedniej organizacji i finansowaniu najskuteczniej realizuje się zadania z zakresu medycyny profilaktycznej. Systemy ochrony zdrowia niezbyt bogate powinny dbać o dobrze i sprawnie funkcjonujący POZ.

25. Należy utrzymać kapitacyjny system finansowania POZ, łącząc go z systemem opłat za usługi oraz systemem premii za osiągnięcie określonych celów.

Stawka kapitacyjna należy do najbezpieczniejszych dla płatnika sposobów opłacania usług w systemie ochrony zdrowia. Aktualnie w Polsce wykształconych jest około 6 tys. lekarzy rodzinnych. Stanowi to ok. 1/3 szacowanej liczby lekarzy niezbędnych dla zapewnienia usług w POZ. Zakres kompetencji lekarza specjalisty medycyny rodzinnej jest różny od zsumowanych kompetencji specjalisty chorób wewnętrznych i specjalisty pediatrii ze względu na jego dodatkowe, podstawowe umiejętności, np. z zakresu ginekologii, chirurgii, laryngologii. Wykorzystanie tych umiejętności w gabinecie lekarza rodzinnego musi być motywowane finansowo poprzez wprowadzenie dopłat za usługę w zakresie wskazanych usług dodatkowych. System premiowania finansowego powinien objąć także realizowane w POZ działania profilaktyczne, np. szczepienia. W ostatecznym, całkowitym bilansie płatnika usługi zrealizowane na poziomie POZ będą znacznie tańsze.

26. Należy odstąpić od formuły konkursu ofert na świadczenia z zakresu POZ. Płatnik powinien zawierać umowę na czas nieokreślony z każdym lekarzem rodzinnym/POZ posiadającym

11. MOCNE I SŁABE STRONY ALTERNATYWNYCH METOD OPŁACANIA ŚWIADCZENIODAWCÓW

Metoda płacenia	Mocna strona	Słaba strona
<i>Oplata za świadczenie</i>	<p>Świadczeniodawca wynagradzany w znacznym powiązaniu ze stopniem zaangażowania oraz wynikiem opieki</p> <p>Pozwala na łatwą analizę sposobu postępowania świadczeniodawcy</p>	<p>Tendencja do zwiększania kosztów opieki</p> <p>Zachęta do nadużywania diagnostyki i terapii</p>
<i>Oplata za przypadek (na przykład DRG)</i>	<p>Świadczeniodawca wynagradzany w ścisłym powiązaniu z wynikiem opieki</p> <p>Zachęca świadczeniodawcę do minimalizowania kosztów postępowania z pojedynczym chorym</p>	<p>Techniczna trudność postępowania z każdym przypadkiem chorobowym zgodnie z obowiązującą listą standardów, może prowadzić do niezgodności pomiędzy wynikiem opieki a wynagrodzeniem</p> <p>Świadczeniodawca może podawać niewłaściwą diagnozę w celu uzyskania większego wynagrodzenia</p>
<i>Oplata kapitulacyjna (za pacjenta pozostającego w ciągłej opiece)</i>	<p>Prosta do administrowania: nie ma potrzeby stosowania skomplikowanej</p> <p>Umożliwia prospektywne zaplanowanie finansowania opieki</p> <p>Stwarza zachętę dla świadczeniodawcy do minimalizowania kosztów opieki</p>	<p>Zachęca świadczeniodawcę do wyboru pacjentów w oparciu o ryzyko kosztów opieki (odrzucając najbardziej kosztownych)</p> <p>Może stworzyć zachętę do zmniejszania, udzielanego zarejestrowanym na liście pacjentom, zakresu świadczeń</p> <p>Trudna analiza sposobu postępowania świadczeniodawcy</p>
<i>Pensja (stałe wynagrodzenie za okres czasu)</i>	<p>Najłatwiejsza z punktu widzenia administrowania systemem</p> <p>Umożliwia prospektywne zaplanowanie finansowania opieki</p>	<p>Utrata wpływu pacjenta na zachowania świadczeniodawcy, o ile możliwość wyboru lekarza nie jest związana z wysokością jego pensji oraz satysfakcją pacjenta</p> <p>Może łatwo prowadzić do ograniczania udzielanego zakresu świadczeń i zmniejszania produktywności</p>

na podstawie Raportu Banku Światowego „Inwestycje w zdrowie”

listę podopiecznych, praktykującym w poradni o określonym standardzie lokalu i wyposażenia, a także współpracującym z zespołem o określonych kwalifikacjach. Lekarz rodzinny/POZ wykonujący zawód w ramach zakładu opieki zdrowotnej powinien dokonać cesji swoich uprawnień do zawarcia kontraktu z płatnikiem na rzecz tego zakładu.

Dotychczasowe doświadczenia związane z opłatą kapitacyjną i pozostawieniem pacjentowi bezpłatnego prawa wyboru, raz na pół roku, lekarza POZ jednoznacznie wskazują na poprawność zastosowanego rozwiązania – działają prawa konkurencji odpowiednio dla specyfiki rynku usług medycznych. Populacja, którą należy objąć podstawową opieką zdrowotną, jest ściśle określona. Wskazane przesłanki przemawiają za przyjęciem rozwiązania wskazanego powyżej (przy spełnieniu ww. warunków), ponadto dla stabilności fundamentu systemu opieki zdrowotnej – POZ - należy zawierać umowy na czas nieokreślony. Dla zapewnienia właściwych relacji między lekarzami w strukturach SPZOZ-ów i NZOZ-ów, między lekarzami a właścicielami tych ZOZ-ów, a także dla stworzenia możliwości wychodzenia lekarzom z tych struktur (tworzenie własnych praktyk – istnieją silne przesłanki wskazujące na ewidentnie większe zadowolenie pacjentów, którzy korzystają z usług medycznych w małych jednostkach) poprzez uczynienie lekarza jedynym właścicielem listy podopiecznych, którzy go wybrali. Rozwiązaniem dla lekarzy pozostających aktualnie w strukturach ZOZ-ów (partnerów dla płatnika) gwarantującym realizację omówionych zasad jest wprowadzenie jednolitej wzorcowej umowy cesji listy pacjentów lekarza na rzecz ZOZ-u.

27. Podstawowa opieka zdrowotna w całym kraju powinna być zapewniana na podstawie jednolitej wzorcowej umowy.

Świadczenia, z których najczęściej korzystają ubezpieczeni, to świadczenia z zakresu POZ. Dla dobra pacjenta i klarowności systemu zakres świadczeń POZ, zasady funkcjonowania POZ, zasady opłacania POZ powinny być jednolite w całym kraju. Konsekwencją uznania zasadności ww. przesłanek jest stworzenie jednolitej obowiązującej w całym kraju umowy dla POZ.

28. Podstawowa opieka zdrowotna powinna być kontraktowana z podmiotami udzielającymi wyłącznie świadczenia z zakresu POZ.

Umiejętne ustawienie relacji między różnymi poziomami systemu opieki zdrowotnej gwarantuje płatnikowi racjonalne korzystanie z usług medycznych przez ubezpieczonych, a tym samym przyczynia się do optymalnego wykorzystania środków finansowych. Newralgicznym punktem w każdym sys-

temie jest współpraca fundamentalnego poziomu, tj. POZ, z wyższymi poziomami opieki zdrowotnej. Zagwarantowanie samodzielności właściwie finansowanego POZ (najtańszego i najbardziej przewidywalnego finansowo przy opłacaniu kapitałowym poziomie systemu) jest jednym z ważnych sposobów zapobiegania groźnym, zarówno dla ubezpieczonego, jak i dla systemu ochrony zdrowia patologiom.

29. Należy powrócić do zasady, że lista pacjentów lekarza POZ jest podstawą do kontraktowania wszystkich rodzajów świadczeń z zakresu POZ. W przypadku odrębnego kontraktowania poszczególnych świadczeń POZ podmioty, które je realizują, muszą zawrzeć pisemne porozumienie, określające sposób oraz zakres współpracy, w celu zapewnienia kompleksowej opieki pacjentom.

Jedna lista podopiecznych dla lekarza rodzinnego/POZ oraz pielęgniarki środowiskowej i położnej środowiskowej umożliwia udzielanie kompleksowych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w jednej placówce POZ. Problem medyczny pacjenta jest szybko (bez zbędnej biurokracji) analizowany przez cały zespół (lekarz, pielęgniarka czy położna). System

12. LEKARZ RODZINNY – CHARAKTERYSTYKA SPECJALNOŚCI

- lekarze rodzinni są to lekarze specjaliści, przeszkoleni zgodnie z pryncypiami medycyny rodzinnej. Są lekarzami osobistymi, w pierwszym rzędzie odpowiedzialnymi za zapewnienie każdej potrzebującej opieki medycznej jednostce, opieki całościowej i ciągłej, niezależnie od wieku, płci i rodzaju choroby tej jednostki. Sprawują opiekę nad jednostkami w kontekście ich rodzin, lokalnej społeczności i zaplecza kulturowego, zawsze respektując autonomię swoich pacjentów. Uznają również swoją zawodową odpowiedzialność przed lokalną społecznością. Negocjując ze swoimi pacjentami plany postępowania, włączają w nie czynniki fizyczne, psychologiczne, społeczne, kulturowe i egzystencjalne, wykorzystując wiedzę i zaufanie zrodzone z częstych kontaktów
- lekarze rodzinni odgrywają swoją zawodową rolę poprzez promowanie zdrowia, zapobieganie chorobie oraz zapewnienie leczenia, opieki oraz opieki terminalnej. Realizują to bezpośrednio albo poprzez świadczenia innych, według potrzeb zdrowotnych i zasobów dostępnych w lokalnej społeczności, której służą, asystując pacjentom w razie konieczności w dostępie do tych świadczeń. Muszą podejmować odpowiedzialność za rozwijanie i zachowywanie swoich umiejętności, osobistego zrównoważenia oraz wartości, jako podstawy do efektywnej i bezpiecznej opieki nad pacjentami.

na podstawie Europejskiej Definicji Medycyny Rodzinnej

jest czytelny i przejrzysty dla pacjenta (deklaracja przynależności jest składana tylko raz, i tylko w jednej placówce POZ). Przy odrębnym kontraktowaniu ww. świadczeń niezbędna jest umowa współpracy obejmująca obowiązek co najmniej cotygodniowych spotkań zespołu (lekarzy i pielęgniarek) oraz obowiązek pracy pielęgniarki i położnej środowiskowej w gabinecie zabiegowym. Gabinet zabiegowy jest niejednokrotnie bezpieczniejszym miejscem dla pacjenta do przeprowadzenia określonych procedur medycznych niż jego dom.

30. Liczba podopiecznych przypadających na jednego lekarza udzielającego świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej nie powinna przekraczać 2000.

Wynika to z konieczności poprawy jakości świadczeń w wymiarze czasu przeznaczonym dla pacjenta. Obecnie jeden lekarz mający na liście populację 2500 pacjentów przyjmuje miesięcznie około 800-1000 podopiecznych, co przy 22 dniach roboczych lekarza daje średnią 36-45 pacjentów na dzień. Czas jednej wizyty wynosi poniżej 10 min. na pacjenta, przy założeniu siedmiu godzin przyjęć w gabinecie, z wyłączeniem wizyt domowych i prac administracyjnych. Skuteczna i satysfakcjonująca dla pacjenta i lekarza wizyta powinna trwać około 10-15 min.

31. Powinny obowiązywać jednolite zasady ustalania stawki kapitałowej na zapewnienie opieki podstawowej; zróżnicowana co do wysokości w zależności od:

- kwalifikacji świadczeniodawców,**
- wieku pacjentów,**
- miejsca zamieszkania pacjentów (DPS, DMD).**

Wyższa stawka dla lekarza ze specjalizacją do pracy w POZ motywuje lekarzy bez tej specjalizacji do dalszego kształcenia, a tym samym do podniesienia swoich kwalifikacji i jakości świadczeń medycznych. Wyższe kwalifikacje to więcej rozwiązanych problemów medycznych pacjenta na poziomie POZ, czyli niższe koszty pacjenta w systemie.

Ilość świadczeń wzrasta w określonych grupach wiekowych (0-6 i powyżej 64 roku życia oraz u pensjonariuszy DPS i DMD), pociągając większe koszty diagnostyki dla tych grup, co uzasadnia konieczność zwiększenia nakładów na te grupy.

32. Na zasadach stawki kapitaacyjnej należy finansować następujące świadczenia:

- podstawową opiekę zdrowotną,
- opiekę nocną i świąteczną.

Powyższe świadczenia mogą być kontraktowane łącznie lub odrębnie.

Daje to możliwość kontraktowania kompleksowego świadczeń, a jednocześnie umożliwia inne rozwiązania dostosowane do potrzeb świadczeniodawców i płatnika w danym regionie Polski.

33. Zasady zawierania umów z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej powinny zawierać mechanizmy motywujące do tworzenia praktyk lekarzy rodzinnych zapewniających kompleksowe świadczenia POZ.

Podobnie jak w pkt 28 - jedna praktyka udzielająca kompleksowych świadczeń POZ to jasny i przejrzysty system dla pacjentów, świadczeniodawców oraz skuteczny i praktyczny dla decydentów. W zdecydowanej większości systemów opieki zdrowotnej to lekarz koordynuje opiekę medyczną nad pacjentem, a najlepiej przygotowany do pracy lekarskiej i koordynacji świadczeń w POZ jest lekarz rodzinny. Wynika to ze specjalnego systemu szkolenia, którego dobre efekty w Polsce potwierdzają liczne oferty pracy dla lekarzy rodzinnych w Szwecji, Dani czy Wielkiej Brytanii.

34. Należy ustawowo wprowadzić zasadę negocjacji umów na świadczenia POZ pomiędzy płatnikiem a reprezentacją świadczeniodawców POZ.

Niedoskonałość wielu systemów opieki zdrowotnej, postęp nauki, jak i zmieniające się potrzeby, skłaniają do ciągłego modernizowania i przekształcania systemu w oparciu o doświadczenia własne, jak i innych państw. Świadczeniodawcy, realizując opiekę medyczną w ramach umów, są w pewnym sprzężeniu zwrotnym z płatnikiem, i tym samym mają prawo i obowiązek uczestniczyć w reformowaniu systemu i zmianach umów w oparciu o merytoryczny dialog z płatnikiem, a nie tylko bierne poddawanie się eksperymentom płatnika.

Referencje:

1. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, 1978.
2. World Development Report 1993, Investing in Health, Oxford University Press 1993.
3. Strategia Przekształceń Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Biuro Pełnomocnika Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do spraw Zagranicznych Programów Pomocowych w Ochronie Zdrowia, Resortowy Zespół do spraw Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Warszawa 1994.
4. J.R. Łuczak i wsp., Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego, MZiOS, Warszawa 1998.
5. Ljubljana Charter on Reforming Health Care in Europe, 1999, www.who.int.
6. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. A Guidebook, Wonca 2002, Singapore 2002.
7. The European Definition of General Practice/Family Medicine, Wonca Europe 2002.
8. Dla dobra publicznego. Dokument programowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, październik 2002.
9. Organizacja i Zasady Kontraktowania Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Stanowisko Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Maj 2003.
10. W.G.W. Boerma, Profiles of General Practice in Europe, NIVEL, Utrecht, the Netherlands, 2003.
11. R. Grol, J. Grimshaw, From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care, *The Lancet* 2003, vol. 362, Oct. 11
12. Report: Insuring America's Health, January 14, 2004.

Dokument opracowany przez zespół w składzie:

Przewodniczący: dr n. med. Zbigniew J. Król

Członkowie: dr Włodzimierz Bołtruczuk
dr n. med. Maciej Godycki - Ćwirko
dr Agnieszka Jankowska-Zduńczyk
dr Elżbieta Protasiewicz
dr Tomasz Sobalski

Zaproszeni eksperci:

dr Norbert Jadczyk
dr Rafał Kacorzyk
dr hab. n. med. Witold Lukas
dr n. med. Tomasz Tomasiak
dr n. med. Adam Windak

Projekt dokumentu poddany został konsultacjom wśród członków Kolegium, poprzez struktury wojewódzkie oraz grupy rówieśniczo-koleżeńskie. Ostateczną wersję przyjęto uchwałą Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych nr 1/ZG19/III/2004 dnia 11 marca 2004 roku.

Redaktor:

Zbigniew J. Król

Korekta:

Katarzyna Onderka

Redakcja techniczna:

Katarzyna Stawiarz, Magdalena Wilanowska

Projekt graficzny okładki:

Katarzyna Stawiarz

© Copyright by:

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
00-209 Warszawa, ul. Muranowska 1

ISBN: 83-916649-7-X

Wydawca:

Zdrowie i Zarządzanie
ul. Sarego 16/3
31-047 Kraków

Skład:

Zinel

Druk i oprawa:

Technet
ul. Wielicka 28
30-552 Kraków