**STANOWISKA/REKOMENDACJE**

**Wypracowane w ramach projektu „Zapotrzebowanie rynku pracy/placówek medycznych podstawowej opieki zdrowotnej na kwalifikacje i kompetencje zawodowe personelu medycznego”**

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, w ramach Osi Priorytetowej II.
Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji

1. **REKOMENDACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ O CHARAKTERZE STRATEGICZNYM**
2. Rekomendujemy przygotowanie długookresowej (na kolejne 10 lat) strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia, która powinna uzyskać powszechną akceptację. Powinna powstać przy udziale szerokiego forum interesariuszy (w tym środowisk zaangażowanych
w zarządzanie ochroną zdrowia, pacjentów, pracowników sektora), tak aby wypracować dokument, który będzie akceptowalnym konsensusem, niezależnie od wyników wyborów. Przyjęta strategia musi być skonkretyzowana, możliwa do realizacji, apolityczna, skupiona wokół celów strategicznych, opisana celami operacyjnymi (z perspektywami rocznymi).
3. Należy pracować nad usprawnieniem procesu konsultacji z Ministerstwem Zdrowia tak, żeby każda ze stron mogła przystąpić do tego procesu przygotowana, a konsultacje nie były „pobieżne” i bezskuteczne. Zmiany legislacyjne powinny być wprowadzane po uprzednim dialogu z reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców; powinny być konsultowane z przedstawicielami POZ. Warto również zwrócić uwagę, że zmian legislacyjnych jest zbyt wiele, zarówno jeśli chodzi o akty powszechnie obowiązujące, jak
i wewnętrzne (zarządzenia Prezesa NFZ).
4. Rekomendujemy promowanie medycyny rodzinnej oraz zaprzestanie deprecjonowania roli i znaczenia lekarza/rek medycyny rodzinnej w ogólnym odbiorze społecznym i środowiskowym.
5. Promocja medycyny rodzinnej powinna polegać na pilnej analizie potrzeb lokalnych
POZ-ów w zakresie braku lekarzy/ek, zbudowaniu platformy ofert pracy i sprzyjaniu zatrudnianiu tam młodych lekarzy/ek, którzy mogą mieć gwarancję pracy (i dochodów).
W ciągu kilku lat duża część podmiotów POZ zamknie się ze względu na wiek lekarzy/ek, a na ich miejsce nie ma następców. Tak więc nie chodzi tu o marketing i promowanie specjalizacji, a o rzetelne zapewnienie możliwości pracy w określonych, oczekiwanych przez młodych lekarzy/rki warunkach.
6. Należy przygotować działania na szczeblu rządowym/samorządowym, które doprowadziłyby do powstania instytucji wspierającej lekarzy/rki POZ osiągających wiek emerytalny lub zbliżających się do tego wieku w przekształceniu ich podmiotu w firmę prowadzoną przy ich udziale ale
w coraz mniejszym zakresie i płynnym oddaniu jej prowadzenia młodszym wspólnikom (Fundusz Sukcesyjny).
7. Programy profilaktyczne powinny być realizowane na poziomie POZ (z odpowiednim zabezpieczeniem finansowym ich realizacji), ale nie tylko przez lekarzy/rki i pielęgniarzy/rki, lecz również przy udziale asystentów zdrowia publicznego, dietetyków
i fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych i psychologów, którzy wspólnie tworzyliby zespół POZ. Tego typu rozwiązanie powinno być działaniem fakultatywnym, ponieważ nie każdy POZ może być rozbudowany w zakresie kadrowym.

Dzięki realizacji programów profilaktycznych na poziomie POZ możliwe jest zbudowanie modelu koordynowanej opieki zdrowotnej skupionej na potrzebach pacjenta, jego rodziny i otoczenia. Jakakolwiek czysta „medykalizacja” profilaktyki mija się z celem
i będzie nieskuteczna. Prowadzone w ten sposób działania profilaktyczne mogą być uzupełnieniem programów profilaktycznych realizowanych przez samorządy.

1. Warto upowszechniać posiadanie akredytacji na kształcenie lekarzy/rki przez placówki POZ. Obecnie istnieje system akredytacji placówek szkolących lekarzy POZ, uczestniczących
w szkoleniu praktycznym do specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Akredytację taką prowadzi Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Akredytacja placówek szkolących nie powinna być uznaniowa, a powinna opierać się na obiektywnych warunkach i zasadach jej przeprowadzania z jasno określonymi kryteriami wobec podmiotów ubiegających się o akredytację. Spełnienie kryteriów skutkuje uzyskaniem akredytacji, a odmowa jej przyznania każdorazowo powinna być oparta na informacji zwrotnej, w której wyjaśniano powody braku akredytacji. Może to również wpływać na wzrost liczby lekarzy rodzinnych.

1. Należy zachęcać podmioty lecznicze do zatrudniania asystentów medycznych oraz zapewnić adekwatne finansowanie ich wynagrodzeń w ramach środków z NFZ, w celu ograniczenia obowiązków biurokratycznych lekarzy/ek. Takie zawody są od lat kształcone w systemie szkolnictwa wyższego i niewykorzystywane w praktyce ze względu na brak źródeł finansowania.

Asystenci/stki zdrowia publicznego (absolwenci kierunku: zdrowie publiczne) są doskonale przygotowani do pracy w sektorze ochrony zdrowia nie tylko na stanowiskach administracyjnych, ale także w kontakcie z pacjentem jako asystenci medyczni, edukatorzy zdrowotni, koordynatorzy onkologiczni, koordynatorzy programów zdrowotnych. Ich rola jest dotychczas niedoceniona. Rekomendacja zatem dotyczy szerokiego włączania i motywowania ich do pracy w zespołach POZ i wykorzystywania ich kompetencji nie tylko w pracy administracyjnej czy związanej z zarządzaniem, ale też w pracy z pacjentami.

Przy czym należy mieć na uwadze, że sekretarka medyczna jest stanowiskiem przeznaczonym dla zupełnie innego obszaru działań. Powinno zmierzać się zatem w kierunku szerokiego wzmocnienia pracowników medycznych, jak również niemedycznych wspierających (rejestratorki i sekretarki medyczne) pracownikami administracyjnymi w pełnym tego słowa znaczeniu, kompetentnymi w obszarze zarządzania ochroną zdrowia, np. asystentami zdrowia publicznego, menedżerami, technikami medycznymi, informatykami.

1. **REKOMENDACJE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA KADR MEDYCZNYCH**
2. Finansowanie ochrony zdrowia jest w Polsce na jednym z najniższych poziomów w Europie. W roku 2020 Polska wydała na ochronę zdrowia 4,8% PKB (przy wzroście samego PKB rok do roku o 7,3%), co stawia nas na szarym końcu. Inne kraje wydały proporcjonalnie: Litwa
i Łotwa: po 5,2%, Estonia 5,1%, Belgia 8,8%, Francja 10%, Niemcy 11,2%. Z tego wynika,
że jakiekolwiek działania zmierzające do zwiększania nakładów na ochronę zdrowia
są niezbędne.

Zainteresowanie kształceniem na kierunkach lekarskich od wielu lat jest na podobnym poziomie, ale nie można zapominać o bazie kandydatów, jaka może każdego roku rozpocząć kształcenie (liczba absolwentów szkół średnich + ok. 10% kandydatów
z poprzednich lat). Przy relatywnie stałej dla całej Polski liczbie kandydatów i zwiększającej się liczbie uczelni uprawnionych do kształcenia na kierunku lekarskim, indywidualnie dla uczelni może zostać zanotowany spadek liczby kandydatów (i tak się dzieje). Sprzyja temu nieracjonalny i zafałszowany system rekrutacyjny, w którym sumuje się liczbę kandydatów we wszystkich uczelniach, nie biorąc pod uwagę, że kandydaci ubiegają się o przyjęcie na kilku, a nawet kilkunastu uczelniach równocześnie. Będąc przyjętym na jedną z nich,
z kolejnych rezygnują, tworząc nieobsadzone miejsce.

W przypadku kształcenia na kierunku pielęgniarstwo w latach 2015 – 2020 obserwowano zwiększone zainteresowanie kandydatów naborem, łącznie z rekrutowaniem absolwentów innych kierunków (jako zdobywanie drugiego, pewnego zawodu). Niestety,
ze względu na uwarunkowania polityczne, rozwój pandemii, niepewność wynagrodzeń pielęgniarek i ratowników medycznych, zainteresowanie kierunkami obecnie spada.

Przyczyną tego nie jest brak promocji, ale niekorzystne okoliczności polityczne
i związane z wynagrodzeniami nielekarskiej kadry w ochronie zdrowia.

Należy zatem:

1. systematycznie podnosić finansowanie służby zdrowia w strukturze PKB
2. zracjonalizować i ujednolicić system rekrutacyjny, który pokazywać będzie realną liczbę kandydatów ubiegających się o przyjęcie na uczelnie.
3. Paradygmat zawodu pielęgniarki/pielęgniarza nie może opierać się tylko o wykonywanie poleceń lekarskich oraz realizowanie prostych czynności administracyjnych w podmiotach leczniczych. Pielęgniarki/pielęgniarze/położne reprezentują wysoko wykwalifikowany personel medyczny, uprawniony do samodzielnego udzielania porad pacjentom, ordynowania leków, prowadzenia leczenia i opieki zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U.2017.497 z dnia 2017.03.08).

Strategia podnoszenia rangi tych zawodów powinna opierać się o rozszerzenie prawa do samodzielnej ordynacji leków dla licencjatów pielęgniarstwa w grupie leków APN (obecnie niemożliwe) oraz bez ograniczeń w przypadku magistrów pielęgniarstwa (obecnie tylko wąski katalog wynikający z rozp. MZ), także do kierowania na badania diagnostyczne
z wyłączeniem badań stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, do kierowania na testy przeciwko SARS-Cov-2 (zwłaszcza, że skierować może się obecnie sam pacjent), wystawiania skierowań na szczepienia przeciwko COVID i grypie. Poza tym ważny jest postulat uprawnienia pielęgniarek do wystawiania zwolnień ZUS ZLA do 14 dni, tak jak
w przepisach o felczerach.

Ważną rolę w podnoszeniu rangi tych zawodów powinna odgrywać również edukacja pacjentów dotycząca zakresu wykonywanych czynności przez pielęgniarzy/pielęgniarki
i lekarzy. Działania takie będą służyły właściwemu wykorzystaniu kompetencji obu tych grup zawodowych. Ponadto jest to zgodne z założeniami systemu kształcenia, w którym kończąc studia II stopnia nie ma potrzeby dodatkowego zdobywania i potwierdzania kwalifikacji tożsamych do tych nabyty w toku studiów. Rozwiązanie to przyczyni się do urealnienia i zwiększenia efektywności wykorzystania w pracy zawodowej kompetencji
i kwalifikacji kadry medycznej.

Warto rozważyć refundowaną edukację realizowaną przez edukatorów zdrowotnych – asystentów zdrowia publicznego, osób, które w toku studiów wyższych uzyskały kompetencje do takich działań w środowisku lokalnym i w podmiotach leczniczych.

1. Nie ma potrzeby reaktywowania kształcenia zawodowego pielęgniarek, ponieważ nigdy nie zostało ono w Polsce wstrzymane. Przeniesienie kompetencji edukacyjnych z liceów medycznych i medycznych studiów zawodowych do uczelni medycznych: uniwersytetów medycznych, uniwersytetów ogólnych, humanistycznych i uczelni zawodowych (w sumie 115 szkół na poziomie licencjackim, 88 szkół na poziomie magisterskim) w dalszym ciągu jest kształceniem zawodowym.

Wysoka jakość kształcenia na uczelniach jest obecnie spójna z szerokimi kompetencjami w zakresie wykonywania zadań zawodowych. Uwzględniając poziom oraz efektywność kształcenia, przeniesienie kompetencji edukacyjnych z liceów medycznych
i medycznych studiów zawodowych powinno nastąpić do uczelni prowadzących kierunki medyczne.

Środowisko pielęgniarek i położnych od wielu lat podkreśla, że nie wyraża zgody na powrót kształcenia pielęgniarek w szkołach średnich, tym bardziej że jest to niezgodne
z przepisami Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7.09.2005r.
w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (absolwent takiej szkoły nie byłby rozpoznawany w żadnym z krajów Unii). Również niemożliwe jest obecnie kształcenie na tym samym poziomie pielęgniarek i opiekunów medycznych, których kompetencje mają charakter pomocniczy i towarzyszący.

Rekomendacja strategiczna polega na jak najszerszym dopuszczaniu uczelni (w tym zawodowych) do uzyskiwania uprawnień do kształcenia licencjatów i magistrów pielęgniarstwa i położnictwa. Równocześnie należy wprowadzać przepisy zobowiązujące szpitale publiczne do zawierania umów na kształcenie praktyczne tych studentów, przy rozsądnym koszcie umowy wzajemnej, uwzględniającej faktyczne wykonywanie przez studentów pracy na rzecz szpitala (póki co całkowicie nieodpłatnej, mimo że przynoszącej wartość dodaną). Obecnie brak bazy klinicznej uczelni zawodowych stanowi częsty problem wysokiej jakości kształcenia, a same szpitale oczekują wysokich wynagrodzeń za podpisywanie umów o współpracy. Ponadto kadra pielęgniarska kształcona poza system uniwersyteckim powinna mieć dostęp do kształcenia praktycznego w szpitalach, a tym samym rzeczywistego podnoszenia swoich kompetencji i kwalifikacji.

1. Edukację zdrowotną, prowadzoną przez kompetentnych/przygotowanych do tego nauczycieli, należy rozpocząć już na etapie szkoły podstawowej, dzięki czemu od najmłodszych lat w polskim społeczeństwie kształtowana będzie wiedza na temat zdrowia, profilaktyki zdrowotnej i mechanizmów zjawisk patologicznych.
2. **REKOMENDACJE DOTYCZĄCE POPRAWY OPIEKI NAD PACJENTEM**
3. Powinno się w dalszym ciągu kontynuować pracę nad poprawą jakości współpracy pomiędzy lekarzami POZ a innymi poziomami opieki zdrowotnej. Należy stworzyć elektroniczny system komunikacji pomiędzy POZ a lekarzami pracującymi w szpitalu
i innych poradniach ambulatoryjnych. Obecnie taka komunikacja dotycząca stanu zdrowia pacjenta praktycznie nie funkcjonuje.

Kluczem dla takich rozwiązań jest koordynacja opieki zdrowotnej. W tym celu konieczne jest m.in. podnoszenie ergonomii narzędzi informatycznych, usprawnienie
i większe wykorzystanie systemu wymiany dokumentacji elektronicznej pomiędzy wszystkimi uczestnikami systemu (z zachowaniem reguł dostępności i uprawnień), jak też organizacja opieki poszpitalnej opartej na współpracy lekarzy i pielęgniarek szpitala
z pracownikami POZ i AOS. Rozwiązania takie funkcjonują w krajach skandynawskich, więc można skorzystać z ich doświadczeń w tym zakresie.

1. Obecnie „medykalizacja” systemu ochrony zdrowia jest zorientowana na leczenie pacjentów przez lekarza, pielęgniarkę, położną. W ogóle nie zwraca się uwagi na potrzebę interwencji behawioralnych, ukierunkowanych na zmianę stylu życia, m.in. dietetycznej (nie tylko wobec pacjenta, ale też jego rodziny) i fizjoterapeutycznej.

Działania dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w POZ są realizowane przez lekarzy i pielęgniarki, którzy obciążeni są szeregiem innych obowiązków. Istnieje potrzeba tworzenia szerokich zespołów POZ, w skład których wchodzi nie tylko lekarz
i pielęgniarka ale również psycholog, położna, dietetyk, fizjoterapeuta, asystent zdrowia publicznego. Podobne działania wdrażane są od lat w wielu krajach na świecie i stanowią podstawę dla koordynowanej opieki zdrowotnej przy uwzględnieniu uzasadnienia ustawy o POZ[[1]](#footnote-1).

Konieczne w tym obszarze wydaje się również zaangażowanie absolwentów kierunku: zdrowie publiczne (asystentów zdrowia publicznego) oraz menedżerów średniego i niskiego szczebla (w przypadku wielopoziomowej struktury podmiotu leczniczego). Można także rozważać budżet zadaniowy na działania dietetyczne, fizjoterapeutyczne czy w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia, wówczas mogłoby to oznaczać zachętę finansową do zatrudnienia profesjonalistów w tej dziedzinie.

Niezwykle ważne jest, aby takie rozwiązania zostały wprowadzone do systemu na stałe, a nie w ramach krótkich programów, ponieważ pozwoli to na zatrudnienie osób
o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i wysokich kompetencjach.

1. **REKOMENDACJE DOTYCZĄCE WSPARCIA KOMPETENCYJNEGO KADRY MEDYCZNEJ**
2. Istotną zmianą jest wprowadzenie obowiązkowych szkoleń dla zespołu POZ i kadry zarządzającej z zakresu komunikacji, rozwiązywania konfliktów, asertywności, radzenia sobie ze stresem, wypaleniem zawodowym, zarządzania emocjami. Ważne jest również podnoszenie umiejętności pracy w zespole, kompetencje kulturowe oraz umiejętności informatyczne (w tym praca zdalna) i kompetencje cyfrowe dotyczące cyberbezpieczeństwa.

Podnoszenie kwalifikacji wpisuje się w ideę kształcenia ustawicznego. W tym aspekcie niezmiernie istotne jest, żeby to ustawodawca/organizator systemu opieki zdrowotnej zadbał o możliwość podnoszenia tychże kompetencji i kwalifikacji, tworząc odpowiednie warunki (czasowe) do uczestnictwa kadr w kształceniu.

Poza wskazaniem źródeł finansowania należałoby opracować system monitorowania tego obowiązku, akredytację dla instytucji szkoleniowych, walidację rezultatów i system wsparcia alternatywnej organizacji pracy. Dotyczy to zorganizowania zastępstwa lekarza lub innego pracownika w pracy w czasie, gdy on uczestniczy w obowiązkowym szkoleniu, szczególnie w małych podmiotach leczniczych i praktykach zawodowych (np. 1 lekarz + 2 pielęgniarki + 1 rejestratorka).

1. Wykonywanie badań EKG należy do zakresu kompetencji pielęgniarek/pielęgniarzy (co wynika ze standardu kształcenia), a wykonywanie USG jest w programie kształcenia położnych. Problemem nie jest brak personelu, który wykonuje badanie (każda pielęgniarka/pielęgniarz potrafi je wykonać), a interpretacja wyników.

Realizowane działania powinny podążać w kierunku finansowania i organizowania kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek i położnych z zakresu interpretacji EKG i USG oraz utworzenie, dostępnej z każdego podmiotu leczniczego, możliwości teletransmisji obrazu do ośrodka referencyjnego, celem jego oceny. Dzięki temu badania wykonywane na poziomie POZ i AOS mogłyby być interpretowane i analizowane przez lekarzy odpowiedniej specjalizacji. Konsultacja specjalisty gwarantowałaby osobie wykonującej (lekarzowi POZ, pielęgniarce, położnej) bezpieczeństwo podjęcia decyzji terapeutycznej**.**

**Stanowiska/ rekomendacje zostały wypracowane przy udziale ekspertów:**

**Maria Bożena Węgrzyn** - Prof. UE dr hab., Katedra Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego
we Wrocławiu

**Iwona Mazur** - Adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Prezes Zarządu Oddziału Dolnośląskiego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ

**Jacek Krajewski** - Prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Prezes Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodzinnych Pracodawców

**Sebastian Sikorski** - Adiunkt w Katedrze Prawa Administracyjnego i Samorządu Terytorialnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

**Anna Fabiszak Muzyka -** Ekspert w zakresie kompleksowego wspierania organizacji i ludzi w nich pracujących; Specjalizuje się w programach podnoszących efektywność biznesową i wyniki firm poprzez działania z zakresu strategii personalnej i projektowania najważniejszych procesów oraz narzędzi HRM; Ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „PZ”

**Agnieszka Wojtal** - Ekspert merytoryczny ds. Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, Główny analityk ds. badań i analiz - Regionalny lider ds. Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji Instytut Badań Edukacyjnych

**Barbara Korzeniowska** - Dyrektor ds. lecznictwa otwartego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
we Wrocławiu

**Joanna Szeląg** - Wiceprezes Podlaskiego Związku Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”

**Jolanta Grzebieluch** - Adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego, Katedry Zdrowia Populacyjnego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

**Dorota Kiedik** - Asystent w Zakładzie Zdrowia Publicznego, Katedry Zdrowia Populacyjnego, Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego

**Aleksandra Kurowska** - Redaktor naczelna portalu www.Cowzdrowiu.pl. Od 20 lat pracuje w mediach, była redaktor naczelna Polityki Zdrowotnej, redaktor m.in. w Rzeczpospolitej, Dzienniku Gazecie Prawnej. Laureatka branżowych nagród dla dziennikarzy i mediów medycznych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń.

**Andrzej Zapaśnik** - Prezes Przychodni BaltiMed, Wiceprzewodniczący Pomorskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia,  Prezes Zarządu Polskiej Fundacji Opieki Zintegrowanej, współautor projektów opieki koordynowanej w podstawowej opieki zdrowotnej

**Tomasz Zieliński -** Wiceprezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Prezes Lubelskiego Związku Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Wiceprezes Polskiej Izby Informatyki Medycznej



**Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie**

**jest reprezentatywną organizacją świadczeniodawców działającą w imieniu podmiotów**

**podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.**

1. „Decyzja o tym, kto będzie odpowiadał za koordynację procesu leczenia, należy wyłącznie do świadczeniodawcy. Rolę taką może pełnić np. personel pielęgniarski lub inny wykwalifikowany personel medyczny lub niemedyczny, tzw. care coordinator, odpowiedzialny w danym zakładzie leczniczym za działania organizacyjno-techniczne, w szczególności umawianie wizyt, potwierdzanie realizacji kolejnych etapów procesu diagnostyczno-leczniczego oraz zapewnianie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem.

Zasadniczym celem opieki koordynowanej polegającej na współpracy lekarza POZ z lekarzami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) jest zapewnienie, z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów, udzielania świadczeń w sposób planowy i kompleksowy. Istotą tego rozwiązania jest zapewnienie przez świadczeniodawcę szerszego katalogu badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, w tym inicjowanie wizyt pacjenta w AOS, jak również umożliwienie konsultacji lekarz – lekarz. Opieka koordynowana powinna odbywać się na podstawie indywidualnego planu leczenia zgodnie z zaleceniami postępowania medycznego (tzw. ścieżki postępowania) w wybranych chorobach przewlekłych. Wprowadzenie tego modelu organizacyjnego zostanie poprzedzone programem pilotażowym wdrażanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z Bankiem Światowym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020". [↑](#footnote-ref-1)