

Medycyna Rodzinna Warmii i Mazur

dziś i jutro

Strategia rozwoju POZ na lata 2014-2020



Lek. med. Zbigniew Gugnowski

Konsultant Wojewódzki

w Dziedzinie Medycyny Rodzinnej

NZOZ Poradnia Lekarzy Medycyny Rodzinnej Giżycko

Historia i osiągnięcia

- Nowa specjalizacja 1994r.
- Swobodny wybór lekarza
- Bezpieczeństwo pacjenta, równość w zdrowiu
- Dobra dostępność?
- Dyscyplina naukowa (Katedry i Zakłady Medycyny Rodzinnej z bazą naukową)
- Podręcznik fachowy
- Akredytacje praktyk

Historia i osiągnięcia

- Programy poprawy jakości
- Kształcenie kierowników specjalizacji
- Dobra ocena pacjentów
- Dobra opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą (szczepienia, bilanse)
- Dobre, porównywalne z innymi krajami UE wyniki z zakresie leczenia chorób przewlekłych: cukrzyca, nadciśnienie.

Stan aktualny

Zatrudnienie

Figure 20. Health professionals are lacking

Per 1 000 population, 2009 or closest year

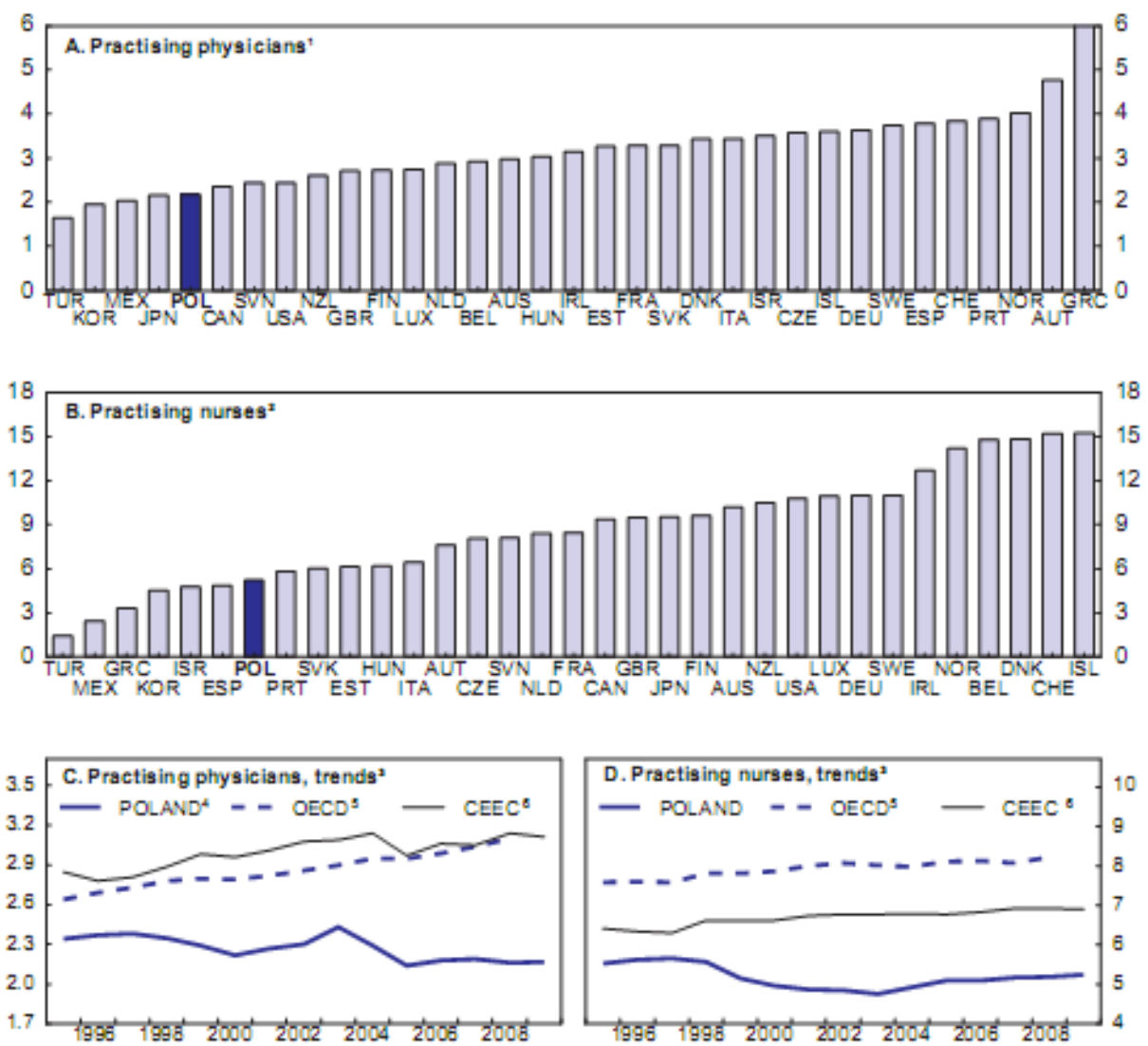
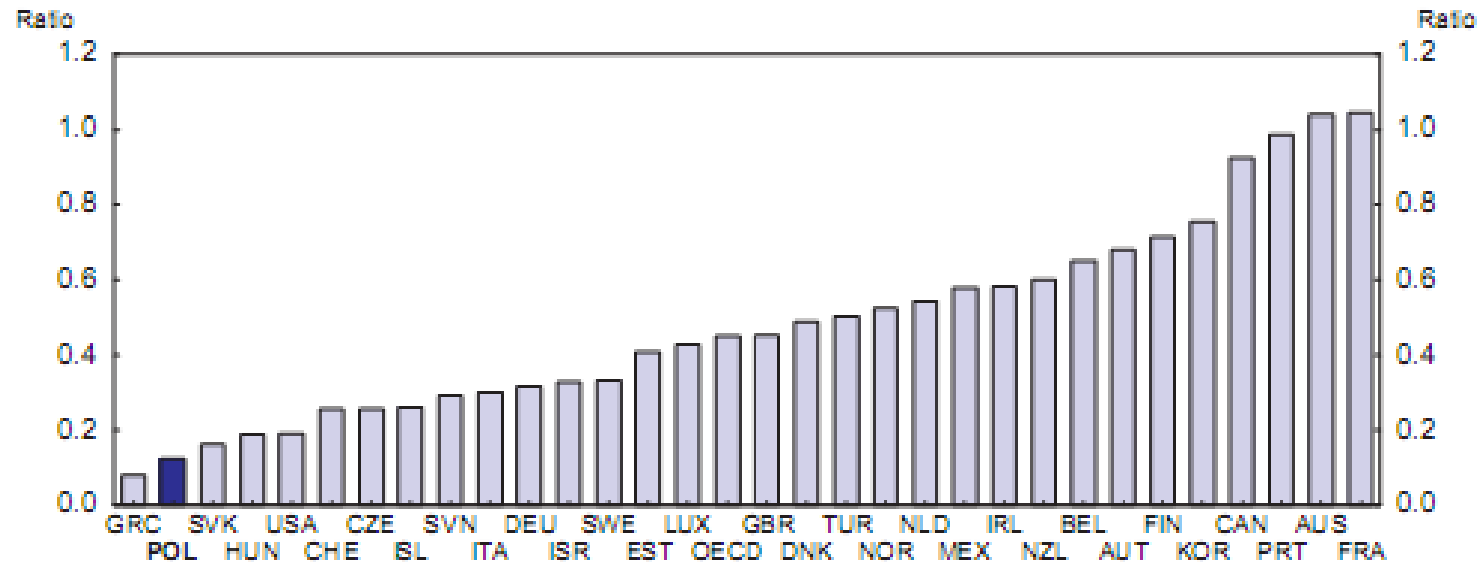


Figure 21. Ratio of general practitioners to specialists¹

2009 or closest year



- Doctors are classified in either of three categories: General Practitioners (GPs), Specialists and Other Physicians. For Poland, most of the "Other physicians" might actually be GPs. If these two categories are merged into "GPs" then the ratio of GPs to specialists increases from 0.12 to 0.30 for Poland. Specialists include paediatricians, obstetricians/gynaecologists, psychiatrists, medical specialists and surgical specialists.

Source: OECD, OECD Health data 2011.

Lekarze Rodzinnych Warmii i Mazur w 2011r.

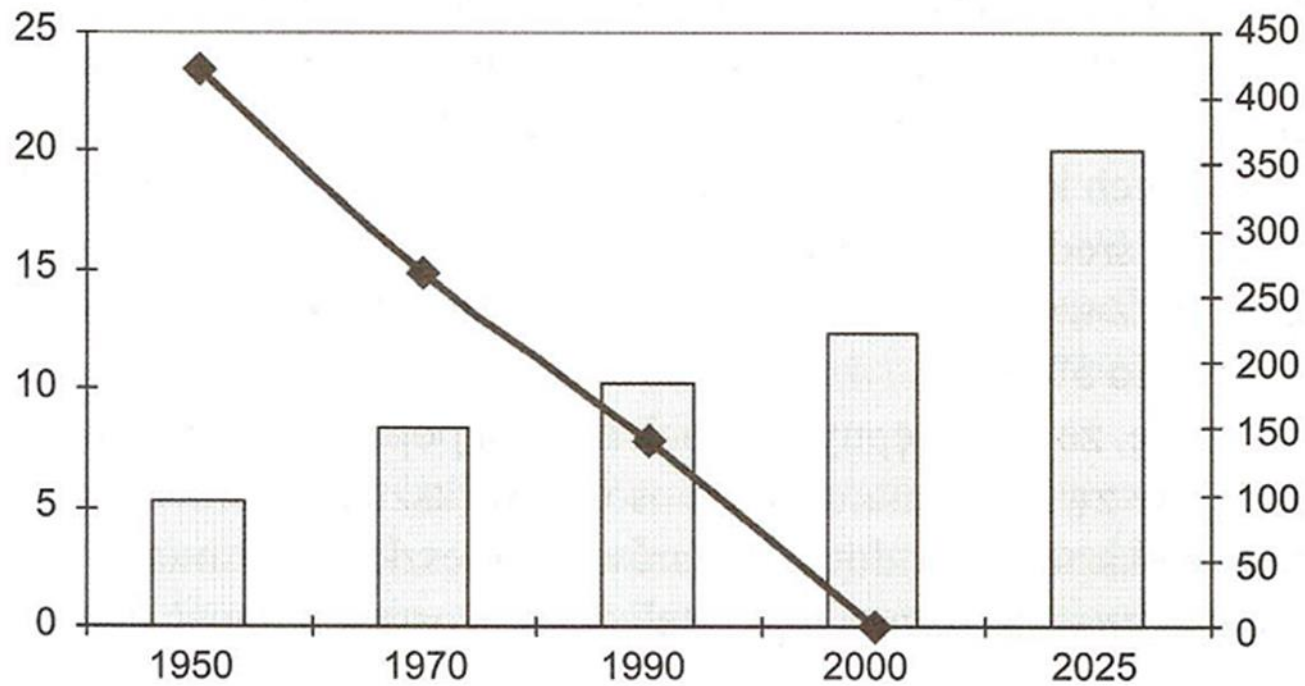
<input type="checkbox"/> Razem	341
w tym	
zakłady opieki zdrowotnej	246*
<input type="checkbox"/> Zapotrzebowanie min	571
<input type="checkbox"/> Brakuje	230

Warmińsko-Mazurskie Centrum Zdrowia Publicznego

* BIULETYN STATYSTYCZNY OCHRONY ZDROWIA WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO 2010
Warmińsko-Mazurska i Pomorska Izba Lekarska

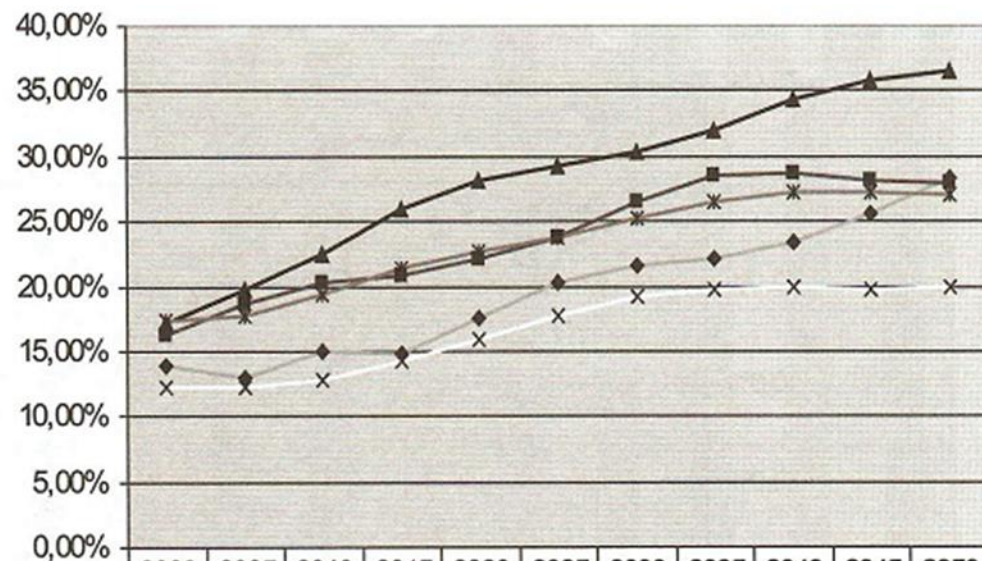
Demografia i epidemiologia

Spadek przyrostu naturalnego rzeczywistego (w tys., prawa strona wykresu – linia ciągła) oraz narastanie odsetka osób w wieku arbitralnie uznanym za wiek podeszły – 65+(w %, lewa strona wykresu, słupki).



Źródło: opracowanie na podstawie GUS.

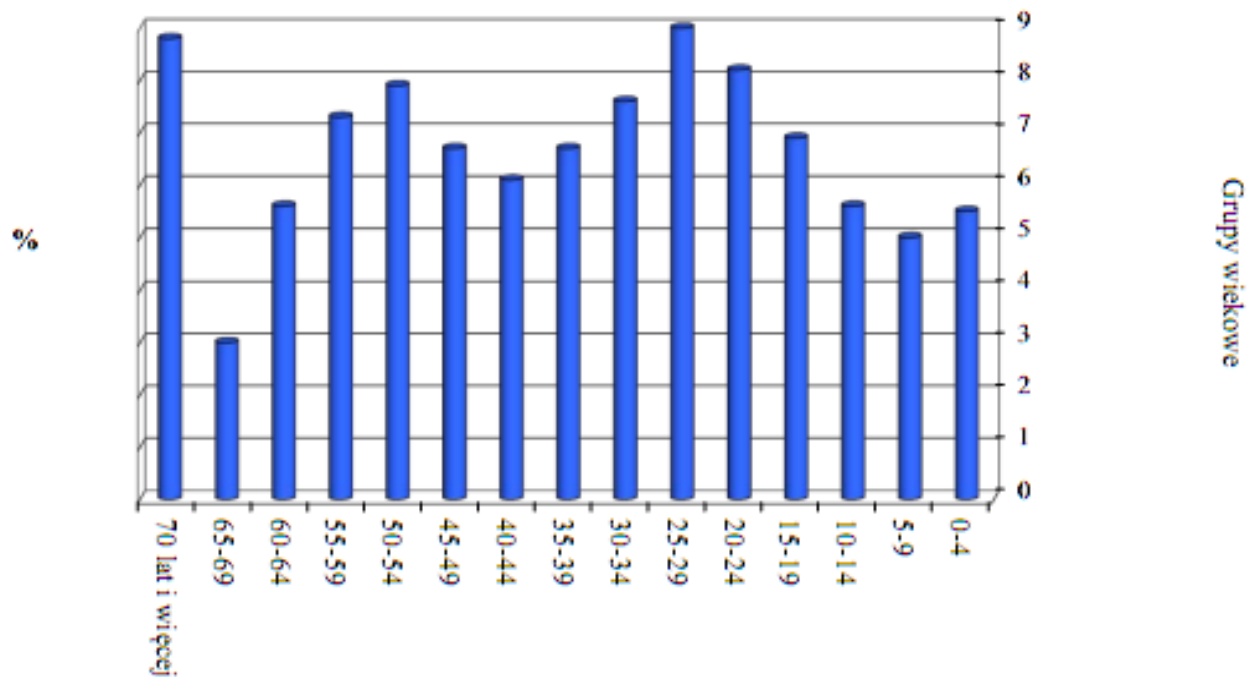
Odsetek osób w wieku 60 lat i więcej w wybranych krajach.



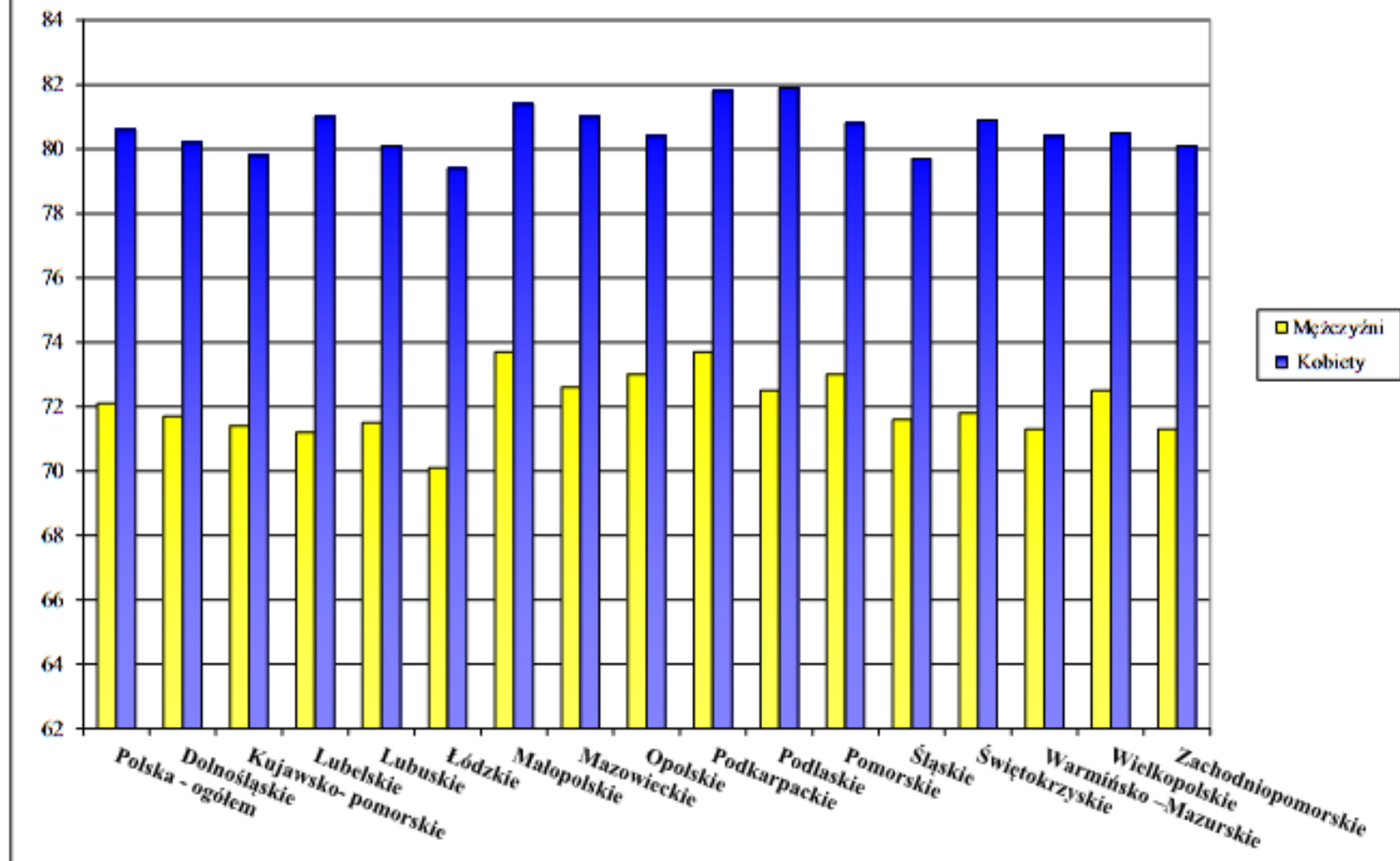
	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
◆ Polska	13,91	12,89	14,92	14,77	17,59	20,27	21,48	22,07	23,44	25,66	28,38
■ Niemcy	16,31	18,59	20,19	20,77	22,11	23,83	26,42	28,58	28,68	28,17	27,95
▲ Japonia	17,21	19,68	22,41	25,97	28,13	29,22	30,37	31,93	34,39	35,88	36,53
× Stany Zjednoczone	12,28	12,28	12,82	14,17	15,89	17,75	19,18	19,75	19,85	19,78	19,98
* Szwecja	17,39	17,71	19,28	21,41	22,72	23,83	25,19	26,50	27,24	27,15	27,06

Źródło: *World Population Prospects*.

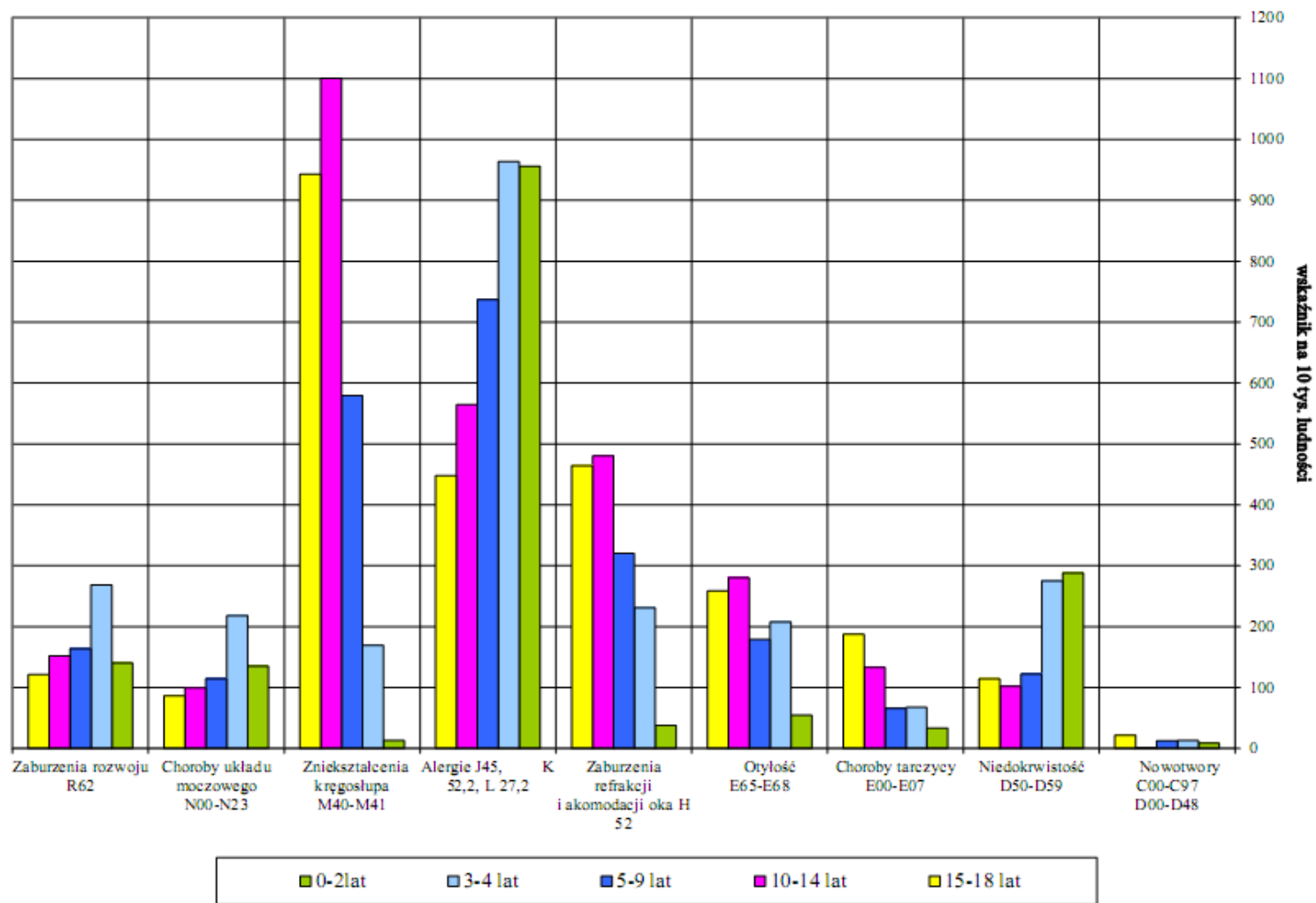
Ludność wg grup wiekowych w woj. warmińsko-mazurskim w 2010 roku (%)



Przeciętne trwanie życia ogółem wg województw w 2010 roku.



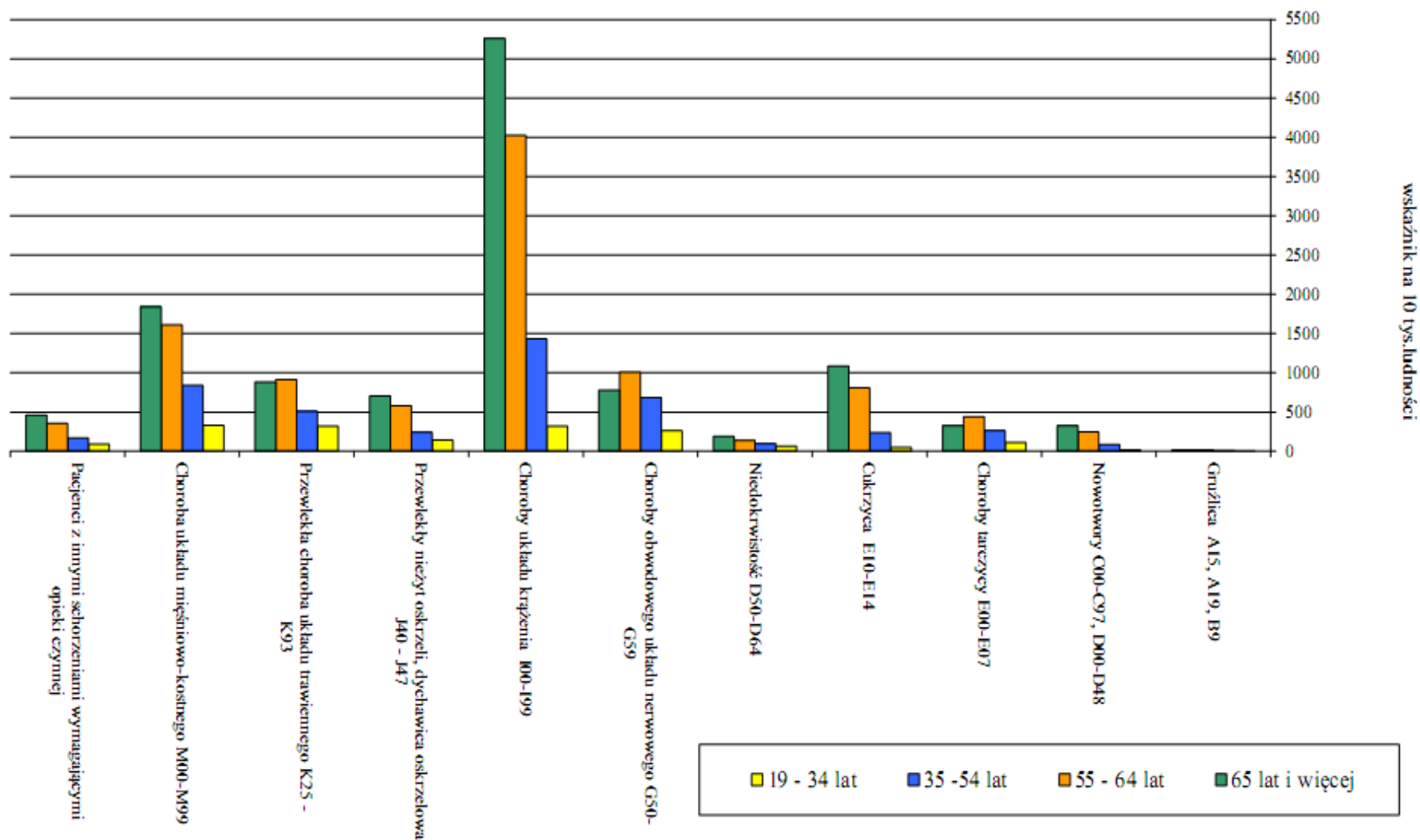
*Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarza POZ
wg rozpoznania w 2010 roku (wskaźnik na 10 tys. ludności)*



Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży-bilanse zdrowia w POZ wg powiatów w 2010 roku

Wyszczególnienie	Badania bilansowe w POZ																					
	2 - latków			4 - latków			6 - latków / klasa 0			10 -latków / klasa III			13 -latków / I klasa gimnazjum			16-latków / I klasa szkoły ponadgimnazjalnej			18-19 latków /ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej			
	I-ba dzieci podlegających badaniu	I-ba zbadanych	odsetek zbadanych	I-ba dzieci podlegających badaniu	I-ba zbadanych	odsetek zbadanych	I-ba dzieci podlegających badaniu	I-ba zbadanych	odsetek zbadanych	I-ba dzieci podlegających badaniu	I-ba zbadanych	odsetek zbadanych	I-ba dzieci podlegających badaniu	I-ba zbadanych	odsetek zbadanych	I-ba dzieci podlegających badaniu	I-ba zbadanych	odsetek zbadanych	I-ba dzieci podlegających badaniu	I-ba zbadanych	odsetek zbadanych	
Województwo	2010 r.	14 419	11 000	76,3	13 429	9 105	67,8	13 618	10 939	80,3	14 428	11 474	79,5	16 453	13 031	79,2	16 931	12 847	75,3	23 847	16 129	67,6

Osoby w wieku 19 lat i więcej będące pod opieką lekarza POZ na wybrane jednostki chorobowe w woj. warmińsko-mazurskim w 2010 roku (wskaźnik na 10 tys. ludności)



Przyczyny zgonów

- ❖ **Choroby układu krążenia** (5 484 zgony), które stanowiły 41,6 % ogółu wszystkich zgonów w 2009 roku.
 - choroby naczyń mózgowych - 1 155 przypadków,
 - choroby niedokrwiennej serca - 1 148 zgonów (w tym zawału serca - 667 zgonów)
 - oraz choroby nadciśnieniowej - 407 zgonów.
- ❖ **Nowotwory złośliwe** (3 319 zgonów), które stanowiły 25,2 % ogółu wszystkich zgonów
 - nowotwór złośliwy oskrzeli i płuc - 975 zgonów,
 - nowotwór złośliwy jelita grubego, zgięcia esicy - odbytowego, odbytowego - 242 zgony,
 - nowotwór złośliwy żołądka - 203 zgony,
 - nowotwór złośliwy sutka /u obojga płci/- 177 zgonów
 - nowotwór złośliwy gruczołu krokowego - 155 zgonów.

Ocena opieki



OECD publishing

Please cite this paper as:

Boulhol, H. *et al.* (2012), "Improving the Health-Care System in Poland", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 957, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/5k9b7bn5qzvd-en>

OECD Economics Department
Working Papers No. 957

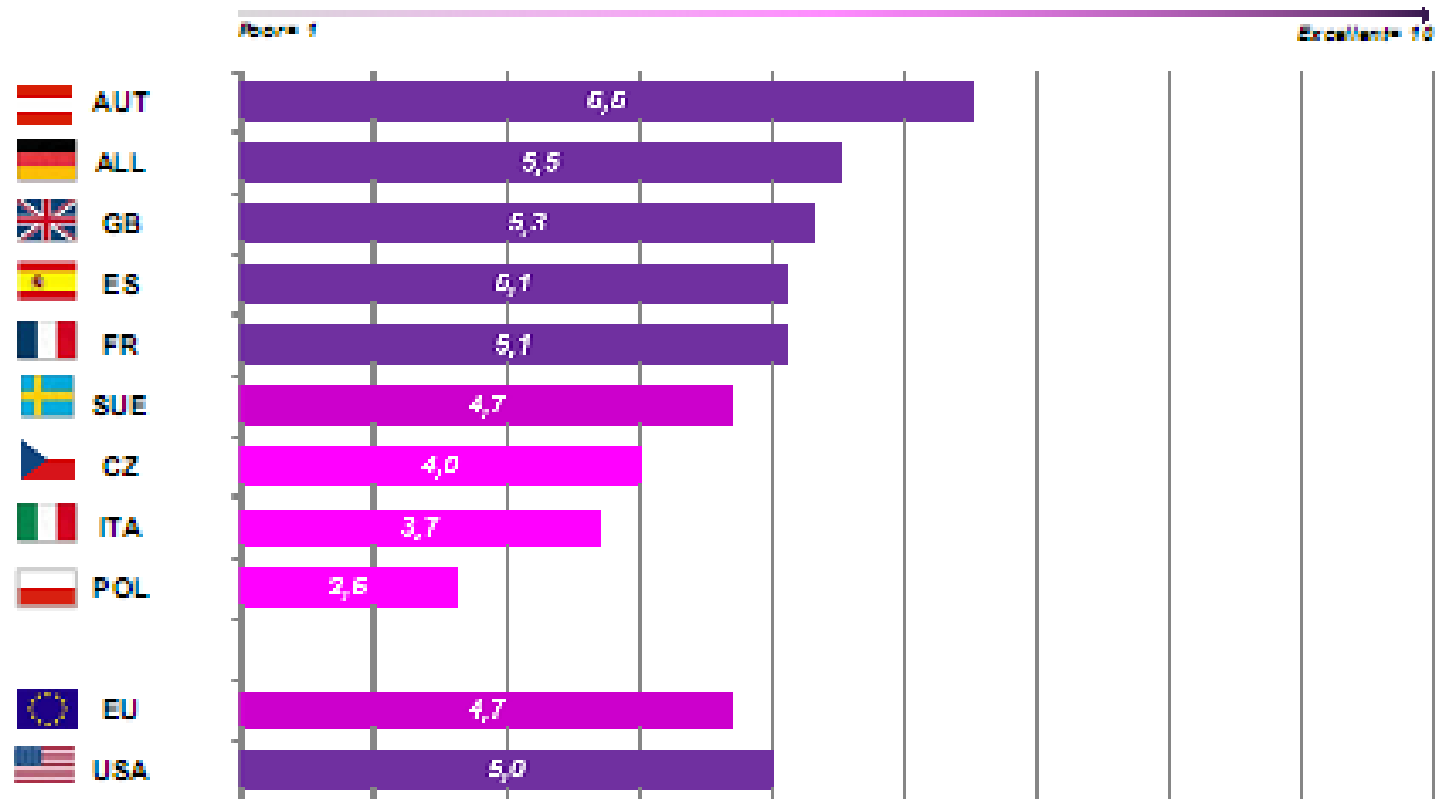
Improving the Health-Care System in Poland

Hervé Boulhol, Agnieszka Sowa,
Stanislawa Golinowska, Patrizio Sicari

Opinion on the health system

How would you evaluate the organization of the health system today?

Score calculated with following values: poor = 1, average = 3.25, good = 5.5, very good = 7.75, Excellent = 10



37



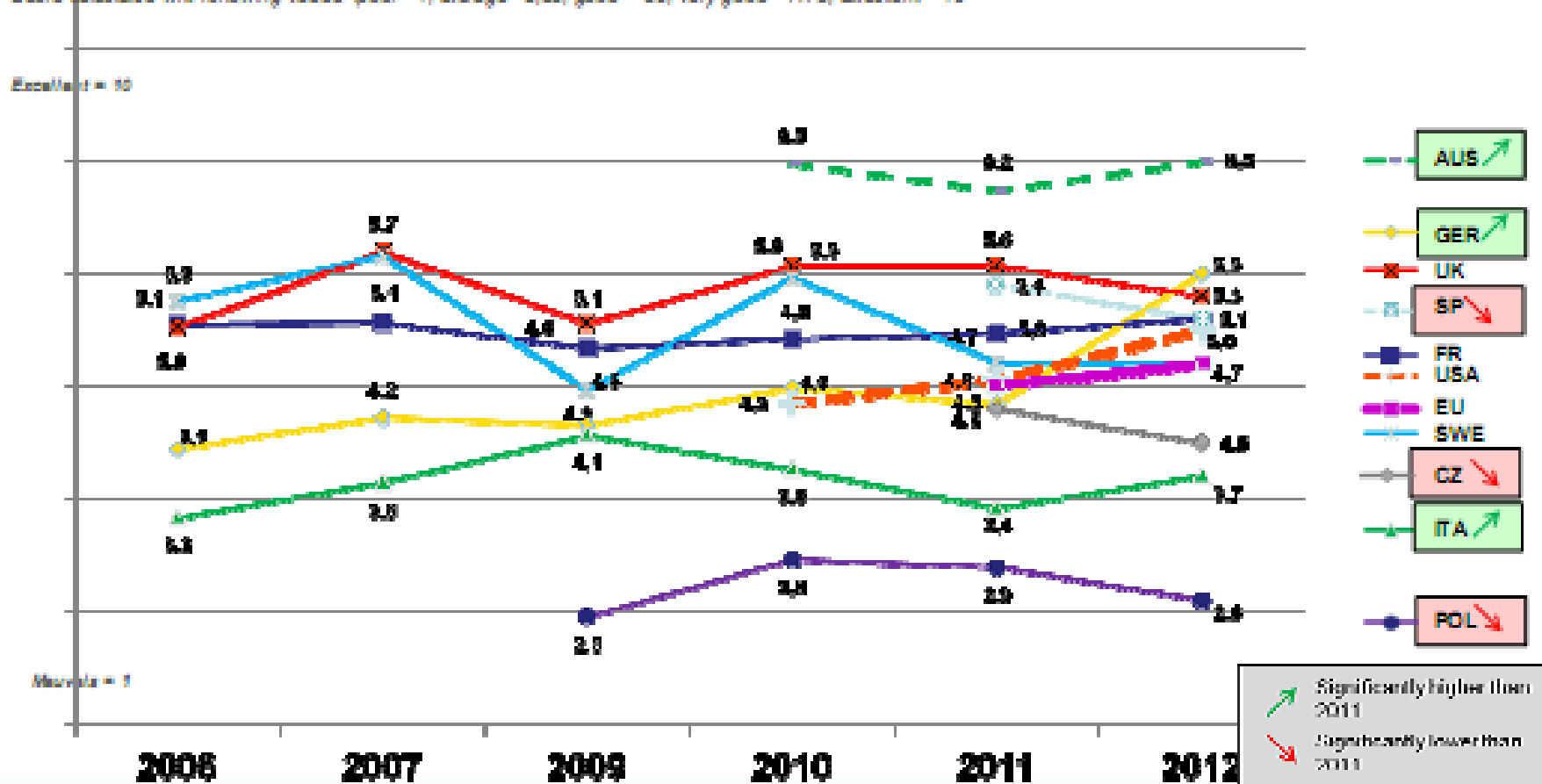
Baromètre
Cercle Santé
Europ Assistance



Opinion of health system organization – Evolution 2006-2012

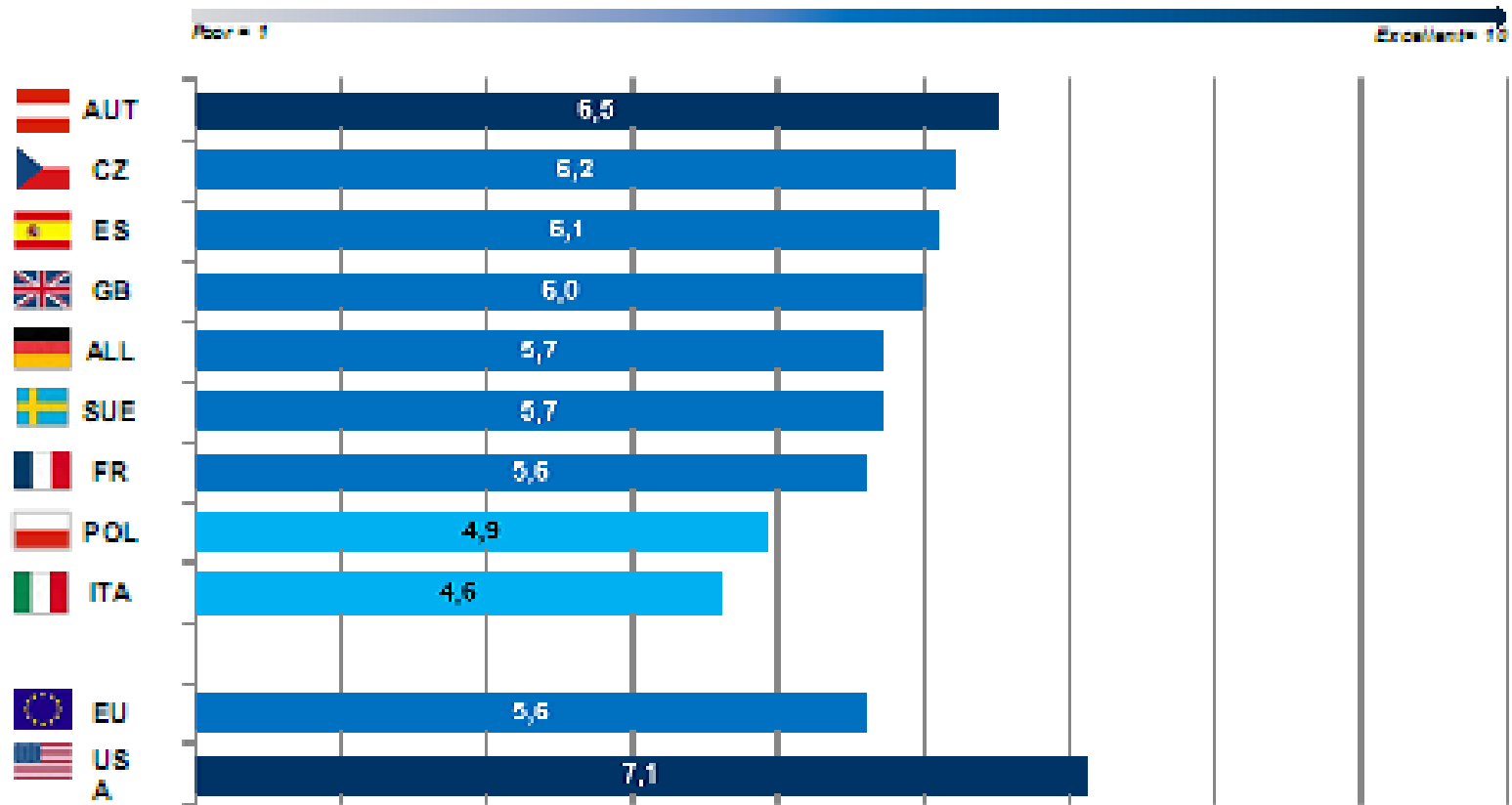
How would you evaluate the organization of the health system today?

Score calculated with following values: poor = 1, average = 3,25, good = 5,5, very good = 7,75, Excellent = 10



Opinion of doctor's technical skills

How do you rate doctor's technical skills for diagnosis and treatments?
Score calculated with following values : poor = 1, average = 3.25, good = 5.5, very good = 7.75, Excellent = 10



39

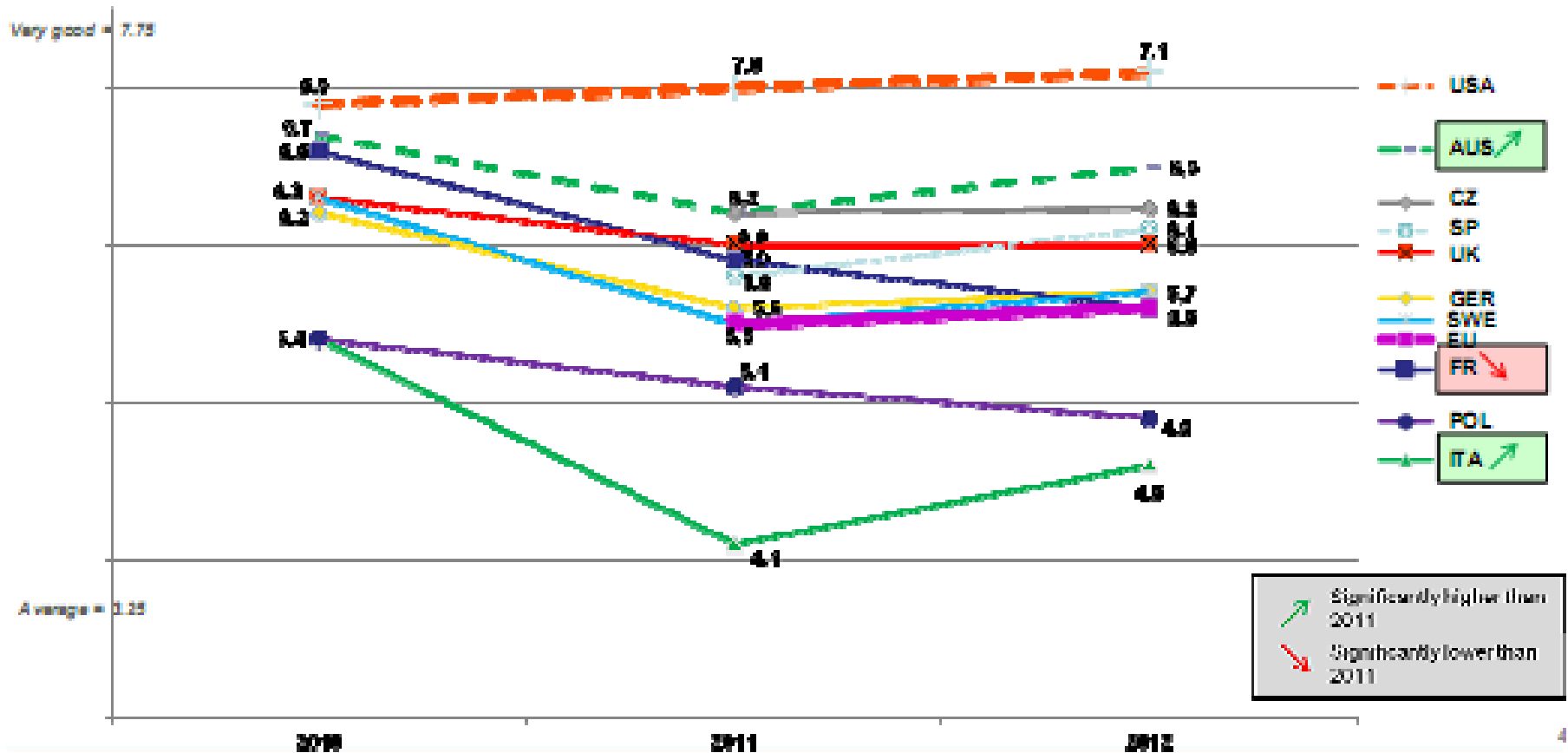


Baromètre
Cerde Santé
Europ Assistance
europ assistance
plus vite au cas

Evaluation of doctor's technical skills : evolution 2010-2012

How do you rate doctor's technical skills for diagnosis and treatments?

Score calculated with following values : poor = 1, average = 3,25, good = 5,5, very good = 7,75, Excellent = 10







Evaluation of the management of dependent / elderly people

In your opinion, is the organization and the quality of the management of dependent / elderly people:

Score calculated with following values : poor=1, average=3,25, good=5,5, verygood= 7,75, Excellent= 10



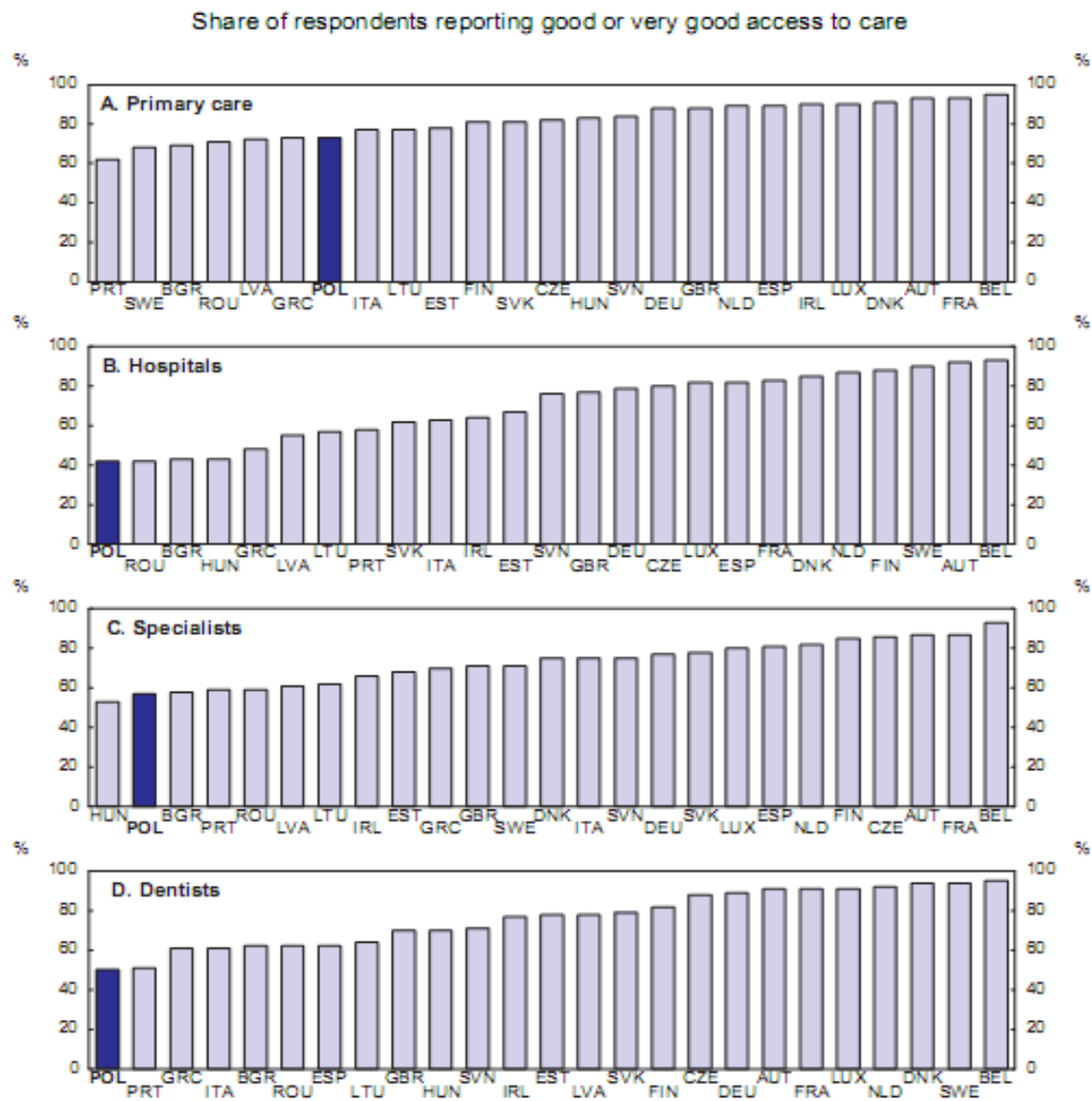
64



Baromètre
Cercle Santé
Europ Assistance



Figure 10. Quality of care in the EU27, 2007



Source: European Commission (2007), Health and long term care in the European Union Report, Special Eurobarometer 283.

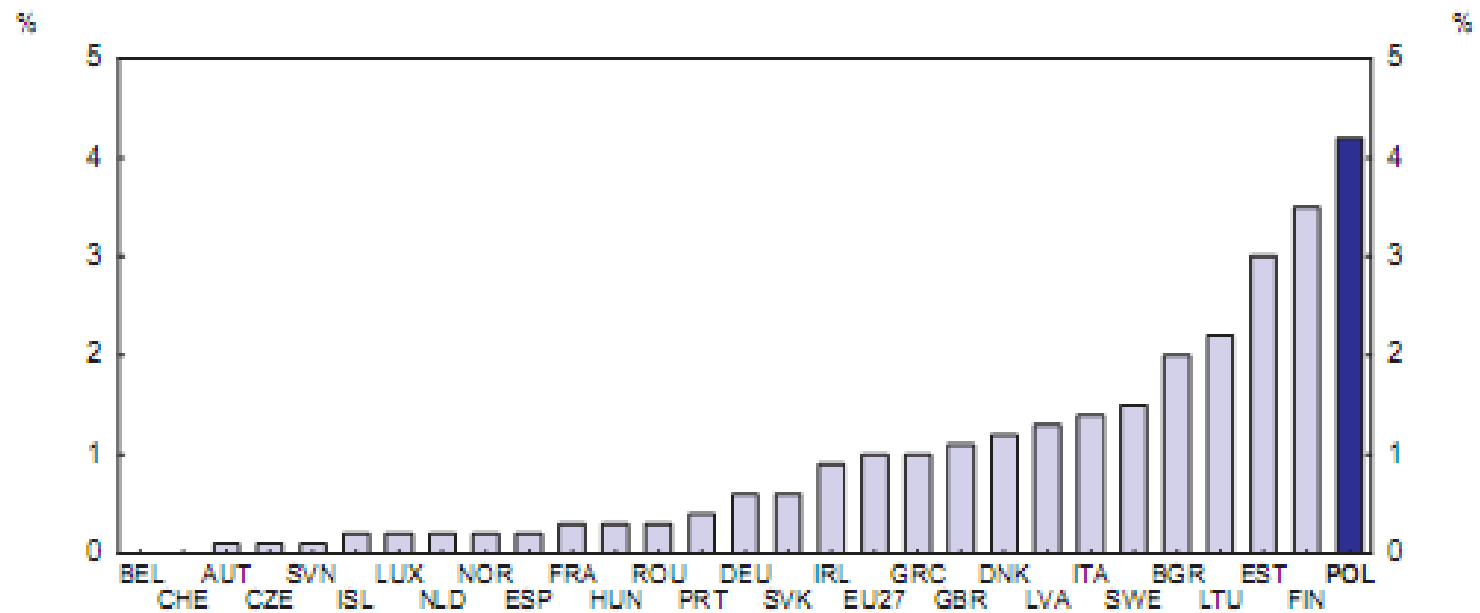
Table 3. Poland: unmet care needs by income quintile

Per cent of population

	2004	2009
First quintile		
Too expensive	12.3	5.8
Waiting list	1.6	3.5
Too far to travel	0.3	1.5
Fifth quintile		
Too expensive	2.5	0.8
Waiting list	3.7	4.4
Too far to travel	0.1	0.2

Source: Eurostat, SILC database.

Figure 13. Waiting times restrict access to medical care in Poland¹



1. Unmet needs in medical care due to excess waiting, as a percentage of population aged 16 and over.

Source: Eurostat, SILC database.

Zalecenia Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w celu poprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce w zakresie POZ

Zalecenia Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w celu poprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce w zakresie POZ

- Zapewnić **wystarczający poziom finansowania**, lepiej alokować zasoby i rozwinąć je w razie potrzeby
- **Poprawić efektywność wydatków** przez: przesunięcie środków ze szpitali do opieki podstawowej i długoterminowej,
- **Zintegrować służbę zdrowia** poprzez wzmocnienia roli Lekarza Rodzinnego jako strażnika systemu w tym poprawić kształcenie Lekarzy Rodzinnych w celu ograniczenia skierowań do specjalistów
- **Wprowadzić motywujące systemy wynagradzania** lekarzy POZ przez system hybrydowy z kapitacją i opłata za usługę.
- **Poprawa wydajności praktyk pielęgniarek i asystentów lekarzy**, w szczególności poprzez powiązanie płacy z wydajnością
- **Integracja długoterminowej opieki z opieką społeczną.**
- **Rozwój specjalizacji w opiece geriatrycznej.**

OECD Economics Department Working Papers o. 957 2012

Box 3. Recommendations to improve the health-care system

Secure an adequate level of financing, better allocate resources and expand them as needed

- Increase the contribution of farmers much further, and remove the health insurance premium that the central government pays for farmers' health insurance. Extend the social insurance contribution base to uncovered earnings. To avoid discouraging the labour force participation of second earners, remove the free co-insurance of spouses.
- Improve spending efficiency by: reallocating resources from hospitals to primary and long-term care, potentially by integrated health-care delivery models; strengthening the gate-keeping role played by generalists; promoting primary medicine; and boosting training efforts to avoid unnecessary specialist consultations. Introduce an activity-based element into generalists' remuneration through a hybrid system of capitation and fee-for-service payments.
- Avoid labour shortages in the health-care sector by: training more staff; improving retention, particularly through better management policies and delaying retirement; enhancing re-integration in the health workforce of those who have left it; adopting a more efficient skill mix by enhancing the role of advanced practice nurses and physicians' assistants; improving productivity, in particular by linking pay to performance; and developing targeted immigration policies.
- To expand financial resources and make the system more responsive, carefully design a system of complementary and supplementary private insurance (i.e. covering cost-sharing and items not included in the basic public package, respectively) in a way that does not exclude low-income households.

Ensure broader access and reduce inequality

- Make some hospital resources conditional on the specific delivery of extra activity that reduces waiting times, including by linking pay to this objective.
- Extend dental services covered by public insurance, introduce co-payments on medical services and limit out-of-pocket expenditures by introducing a ceiling for such payments in terms of annual income.

- Assess the relevance of introducing a separate public financing scheme to cover long-term care risks. Integrate long-term-care-related activities of the social and health-care systems. Make the social services offered to the elderly dependent on their incapacities rather than their incomes, and consider introducing alternative methods of funding through co-payments for home-based social services. Promote the development of physician specialisation in geriatric care.

Improve efficiency and transparency

- At a minimum, promote the transparency of dual employment in the public and private sectors. Define standards and conditions for the use of public resources by private providers, and monitor their application. Consider whether more stringent restrictions are justified, including outright prohibition of dual practices.
- Improve hospital efficiency by providing clear incentives to rationalise the use of financial resources. In particular, enhance incentives by rewarding (punishing) providers who respect (fail to respect) their financial commitments. Assess the efficiency of the DRG system in overcoming potential weaknesses. Regularly adjust the reimbursement rate to the level of the most efficient hospitals while ensuring adequate quality.
- Promote the development of hospital management skills, including through linking remuneration to performance, with a special emphasis on university hospitals by strengthening financial controls. Adjust the DRG system to better account for the severity of cases dealt with by university hospitals so as to compensate them. Implement the planned corporatisation (or "commercialisation") of hospitals carefully in a way that does not threaten equal access to care, especially across regions.
- Improve consistency by streamlining responsibilities between the NFZ and central and local governments and promoting coordination. Carry out a thorough study of those investments that would correspond to the most pressing needs of the population across the country to ensure that ageing hospital infrastructure is modernised. Extend the coordination role of the regional NFZ branches, in particular concerning investment decisions.
- Develop a simple information system to ensure that providers can clearly identify who is covered by public insurance. Enhance computerisation to generate efficiency gains and shorten waiting lists.

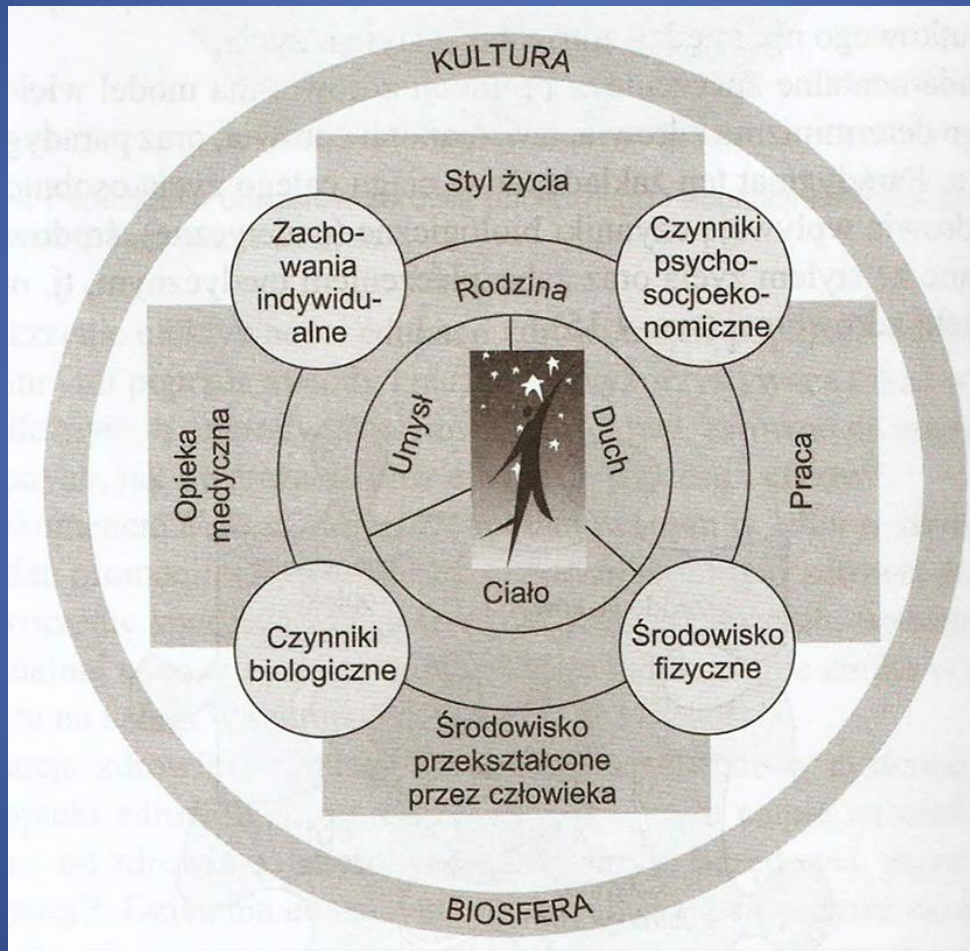
Problemy

- Niedostateczna liczba specjalistów z medycyny rodzinnej
- Opinia „*Prosta opieka dla biednych ludzi w krajach rozwijających się*”!!!
- Stopniowe ograniczanie kompetencji lekarzy rodzinnych na skutek presji różnych środowisk i grup interesu.
- Demotywuujące zasady rozliczeń (kapitacja)

Problemy

- Niedostateczna współpraca z innymi podmiotami ochrony zdrowia
 - jakość konsultacji,
 - kolejki,
 - jakość skierowań
- Brak współpracy z opieką społeczną
- Niedostateczna opieka nad ludźmi w wieku podeszłym i w stanach terminalnych.

CEL



Cel

- Wzmocnienie roli POZ w systemie.
 - Zakres świadczeń
 - Zmiana systemu finansowania (nie tylko kapitała, ale także fee for service, fund holding.)
 - Motywacyjne systemy finansowania w oparciu o wyniki pracy
- Kształcenie lekarzy rodzinnych w celu
 - zwiększenia liczby Lekarzy Rodzinnych
 - Przeszkolenie już zatrudnionych w POZ innych specjalistów do 2017r.

Cel

- Zwiększenie nakładów na POZ w tym alokacja środków kosztem pozostałych sektorów opieki pod warunkiem
 - większego zakresu świadczeń w POZ (w tym dostępu do większego zakresu badań laboratoryjnych i obrazowych (USG tarczycy, USG dopler naczyń, Holter RR i Holter EKG, Echo serca, Spirometria, TK, hormony tarczycy).
 - kompleksowości usług
 - zmniejszenia rejonów do 1200-1500 pacjentów
- Integracja opieki POZ z Opieką Społeczną
- Jasne zdefiniowanie roli POZ w nowym systemie opieki zdrowotnej w tym w Zdrowiu Publicznym

Spodziewane efekty

- Zwiększenie ilości świadczeń w POZ
- Poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym i w stanach terminalnych
- Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego
- Ograniczenie liczby skierowań do specjalistów i szpitali
- Poprawa jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych
- Poprawa oceny funkcjonowania ochrony zdrowia
- Efektywniejsze wydawanie środków na ochronę zdrowia