

**Założenia do projektu ustawy  
o podstawowej opiece zdrowotnej**

Warszawa, 2016 r.

## **Część pierwsza**

### **1. Aktualny stan stosunków społecznych**

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) odgrywa kluczową rolę w każdym systemie ochrony zdrowia. Od jej sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność całego systemu opieki medycznej.

Od końca lat 70. ubiegłego stulecia, w wielu krajach coraz większa uwaga jest poświęcana podstawowej opiece zdrowotnej. Przełomowym wydarzeniem dla jej rozwoju była deklaracja przyjęta przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (Ałma-Ata, rok 1978). Podkreślono w niej znaczenie POZ jako integralnej części krajowych systemów opieki zdrowotnej, która wpływa nie tylko na stan zdrowia populacji, ale oddziałuje także szerzej na rozwój społeczny i gospodarczy danego społeczeństwa. W dużej części krajów rozwiniętych od kilkudziesięciu lat POZ jest oparta na instytucji lekarza rodzinnego. W jej ramach funkcjonują także inni profesjonaliści medyczni.

W 2000 r. przywódcy 189 państw na szczycie Organizacji Narodów Zjednoczonych przyjęli Milenijne Cele Rozwoju. Stanowią one swego rodzaju priorytety w działaniach międzynarodowych. Zadania w obszarze zdrowia skupiają się na problemach dotyczących głównie osób wymagających szczególnej troski lub pozostających w trudnej sytuacji (zdrowie dzieci, opieka nad matkami, choroby zakaźne). W licznych krajach w ich realizację zaangażowały się środowiska związane z POZ. Wzmacnianie jednostek (pacjentów) i całych rodzin oraz przyczynianie się poprzez działania prozdrowotne do lepszego rozwoju społeczności lokalnych miało w tym zakresie kluczowe znaczenie.

Rola POZ i medycyny rodzinnej nadal pozostaje silnie uzależniona od uwarunkowań o charakterze regionalnym i narodowym. Między innymi ta problematyka została poruszona w Raplocie Światowej Organizacji Zdrowia z 2008 r. pt.: „Podstawowa opieka zdrowotna – teraz bardziej niż kiedykolwiek” (Primary Health Care – Now more than ever). Niezależnie jednak od regionu świata zasadnicze znaczenie dla poprawy zdrowia ma zapewnienie nieograniczonego barierami finansowymi dostępu do sprawnie funkcjonującej POZ.

W 2011 r. Europejski Oddział Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych (WONCA Europe) szczegółowo opisał cechy medycyny rodzinnej, eksponując znaczenie praktyki lekarza

rodzinnego jako miejsca pierwszego i nieograniczonego kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia, niezależnie od jego wieku, płci i rodzaju problemu zdrowotnego. Ponadto w przygotowanym dokumencie opisano kluczowe kompetencje specjalistów medycyny rodzinnej, w tym sprawowanie opieki podstawowej i ukierunkowanie jej na pacjenta, specyfikę rozwiązywania problemów, podejście wszechstronne i holistyczne oraz orientację na społeczność lokalną. Podkreślono, że wszystkie kompetencje determinowane są przez kontekst profesjonalny, osobistą postawę i dowody naukowe<sup>1</sup>.

W Rzeczypospolitej Polskiej w pierwszych latach transformacji ustrojowej zaistniały korzystne warunki polityczne i społeczne, które umożliwiły reformy w POZ, w tym wprowadzenie nowej specjalizacji i rozpoczęcie szkolenia podyplomowego z zakresu medycyny rodzinnej. Przełomowe decyzje, wspierane programami pomocowymi Banku Światowego i Unii Europejskiej, były podejmowane w latach 1992 – 1995. Mimo korzystnych warunków dla rozwoju POZ w pierwszych latach jej funkcjonowania, jej znaczenie zmniejszyło się na korzyść leczenia specjalistycznego i szpitalnego. W tym miejscu należy zauważyć, iż w krajach z rozwiniętą i dobrze zorganizowaną POZ, jej struktury są w stanie zaspokoić ponad 90% potrzeb zdrowotnych populacji, ograniczając liczbę konsultacji specjalistycznych i hospitalizacji. Rozwój POZ, a nie sektora świadczeń specjalistycznych w większym stopniu przyczynia się do poprawy stanu zdrowia populacji, a nawet istotnego ograniczenia śmiertelności<sup>2</sup>.

POZ jest częścią systemu opieki zdrowotnej, zapewniającą osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zamieszkałym lub przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kompleksowe i skoordynowane świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Świadczenia udzielane są w warunkach ambulatoryjnych oraz w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy (również w domu pomocy społecznej) i obejmują świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ. Ponadto w ramach POZ zapewniana jest profilaktyczna opieka nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

Funkcjonowanie POZ (z wyjątkiem świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

---

<sup>1</sup> Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje rozwiązań systemowych. Zespół do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ, Warszawa 2016.

<sup>2</sup> Baranowski J, Windak A. Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Warszawa, 2012.

w POZ) jest oparte na prawie do imiennego wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ<sup>3</sup>.

Obecnie spośród wszystkich lekarzy udzielających świadczeń w POZ zaledwie 1/3 posiada specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej, natomiast procent pielęgniarek posiadających specjalizację z pielęgniarstwa rodzinnego wynosi 4,6.

Problemy w funkcjonowaniu POZ:

- 1) niewystarczająca dostępność dla osób nieubezpieczonych;
- 2) system finansowania lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, skutkujący brakiem motywacji do skoordynowanej opieki nad pacjentem;
- 3) brak współpracy na poziomie świadczeniodawców realizujących świadczenia POZ;
- 4) brak przepływu informacji na temat leczenia pacjenta w pozostałych zakresach świadczeń;
- 5) niedobór kadr lekarskich i pielęgniarskich;
- 6) wysoka średnia wieku personelu medycznego w POZ;
- 7) brak kompleksowej i skoordynowanej POZ;
- 8) przyzwyczajanie pacjentów do leczenia specjalistycznego.

## 2. Aktualny stan prawny

Aktualnie, zagadnienia POZ są regulowane w wielu aktach prawnych o zróżnicowanej randze.

Wykaz aktów prawnych regulujących POZ:

- 1) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.);
- 2) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.);
- 3) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400, z późn. zm.);
- 4) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86);
- 5) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. poz. 1133);

---

<sup>3</sup> Podstawowa opieka zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie (zarys analizy). Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2016.

- 6) 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. poz. 1100);
- 7) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007).

### **Ratyfikowane umowy międzynarodowe i prawo Unii Europejskiej**

Przedmiot projektowanej regulacji jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej w części dotyczącej kwalifikacji lekarza udzielającego świadczeń POZ, jednak nie wprowadza nowych rozwiązań w stosunku do już przyjętych w obowiązującej ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W związku z faktem, iż prawo wspólnotowe nie przewiduje harmonizacji systemów opieki zdrowotnej i państwa członkowskie zachowują autonomię w stanowieniu prawa w tym zakresie, możliwe jest udzielanie świadczeń POZ przez lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii oraz lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych. W wyniku otwarcia tego segmentu świadczeń zdrowotnych dla lekarzy posiadających inne kwalifikacje niż tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej udzielanie świadczeń jest możliwe, z zastrzeżeniem posiadania kwalifikacji potwierdzonych odpowiednimi dokumentami. Wobec powyższego nie nastąpi naruszenie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2005/36/WE z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

W regulowanej dziedzinie nie obowiązują umowy międzynarodowe, którymi Rzeczpospolita Polska jest związana. Projekt reguluje kwestie pozostawione w gestii państw członkowskich i nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

### **3. Potrzeba i cel uchwalenia projektowanej ustawy**

Mimo, że POZ jest oceniana jako stosunkowo dobrze funkcjonująca część polskiego systemu ochrony zdrowia, dla jej dalszego rozwoju jest uzasadnione przygotowanie i wdrożenie

odpowiedniej ustawy, która zwiększy rolę POZ i zapewni skoordynowanie działań z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, zwiększy rolę profilaktyki i edukacji zdrowotnej i pozwoli na realizację kompleksowej i holistycznej POZ ukierunkowanej na pacjenta i społeczność lokalną, jak również zwiększy rolę personelu medycznego w POZ.

Z dostępnych danych wynika, że do 2060 r. liczba seniorów w naszym kraju ulegnie podwojeniu. Znacznie zwiększy się również liczba pacjentów chorych przewlekle. Zachodzi zatem uzasadniona potrzeba usprawnienia POZ i zapewnienia zintegrowanej opieki – nie tylko dla seniorów, ale także dla całej populacji.

Celem projektowanej ustawy będzie zapewnienie kompleksowości i wysokiej jakości POZ na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz stworzenie warunków umożliwiających finansowe motywowanie świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do podnoszenia poziomu jakości udzielanych świadczeń poprzez rozwój zawodowy i współpracę zespołu. Natomiast cele strategiczne POZ to:

- 1) zachowanie i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa;
- 2) wysoki poziom bezpieczeństwa i zadowolenia ze świadczeń POZ;
- 3) ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności podopiecznych POZ.

Przygotowanie i wprowadzenie ustawy o POZ pozwoli na zdefiniowanie roli i miejsca POZ w systemie ochrony zdrowia oraz umożliwi poprawę jej organizacji i funkcjonowania. Ustawa wzmocni tę część systemu i co ważne, stworzy warunki do zwiększenia efektywności POZ. W jeszcze większym stopniu przyczyni się do zachowania i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa naszego kraju. Korzyści dla obywateli obejmują między innymi poprawę satysfakcji z uzyskiwanej opieki, łatwiejszy dostęp do lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, poprawę jakości i bezpieczeństwa świadczeń.

W szczególności bardzo istotna będzie poprawa koordynacji opieki i pracy zespołowej w zakresie odrębnych kompetencji lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, w tym również w przypadkach faktycznego oddzielenia strukturalnego, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy organizacji zarządzania opieką nad pacjentem. Elementami warunkującymi skuteczność i efektywność opieki nad pacjentami będzie codzienna i osobista współpraca, oparta na partnerskich relacjach, sprawnym przepływie informacji, uzupełniających się kompetencjach oraz wzajemnym wsparciu. Zapewniona będzie możliwość tworzenia

wspólnej listy pacjentów, jak i list odrębnych, przy powiązaniu funkcjonalnym lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ. . Wspólna lista pacjentów pozwoli na zarówno łączne, jak i oddzielne zawieranie umów na świadczenia POZ.

Planowany model opieki koordynowanej należy postrzegać jako strategię zmierzającą do stworzenia systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym kładzie się większy nacisk na działania zapobiegawcze. Wynikiem planowanej zmiany będzie określenie ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, integracja opieki i poprawa jej organizacji oraz zmiana sposobu finansowania, jak również zarządzanie jakością, co przyczyni się do zwiększenia satysfakcji pacjenta.

Obok bezpośredniego wpływu na POZ, nowe regulacje wpłyną także na funkcjonowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez zwiększenie możliwości diagnostycznych i terapeutycznych w POZ oraz wdrożenie rozwiązań motywujących do kompleksowej opieki nad pacjentem w POZ.

#### **4. Możliwości podjęcia alternatywnych środków umożliwiających osiągnięcie celu**

Aktualnie zagadnienia podstawowej opieki zdrowotnej są regulowane w wielu aktach prawnych o zróżnicowanej randze.

Zgodnie z obowiązującą w Rzeczypospolitej Polskiej hierarchią źródeł prawa, proponowane w niniejszym dokumencie rozwiązania muszą mieć rangę ustawową. Brak jest alternatywnych rozwiązań umożliwiających wzmocnienie tej części systemu ochrony zdrowia.

Pożądane rozwiązanie powinno z jednej strony obligować świadczeniodawców do podjęcia określonych działań, wskazywać obiektywne kryteria oceny tych działań, z drugiej zaś – przewidywać ustanowienie systemu motywowania świadczeniodawców do wypełniania założonych celów.

#### **5. Podmioty objęte regulacją**

Ustawa będzie oddziaływać na prawa i obowiązki świadczeniodawców i świadczeniobiorców, Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, oraz ministra właściwego do spraw zdrowia.

## **6. Przewidywane skutki finansowe projektowanej regulacji i źródła ich pokrycia**

Z planu finansowego Funduszu na 2017 r. wynika, że na POZ zaplanowano 9 924 407 tys. zł, co stanowi 13,5% planowanych nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. Zakłada się sukcesywny, coroczny, wzrost wydatków na POZ tak aby w perspektywie 10 lat osiągnęły 20% wydatków Funduszu na świadczenia opieki zdrowotnej (wzrost o 50%). Z budżetu państwa jest przekazywana dotacja na zadania, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym na koszty świadczeń dla osób nieubezpieczonych oraz udzielanych poza granicami kraju na podstawie zgody Prezesa Funduszu.

Natomiast nie ma danych do oszacowania ewentualnych nakładów na POZ ze strony jednostek samorządu terytorialnego, które mogą finansować programy polityki zdrowotnej, inwestycje, szkolenia personelu oraz świadczenia opieki zdrowotnej w podmiotach leczniczych, dla których są podmiotem tworzącym.



## Część druga

Proponowana systematyka projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej

### 1. Zakres przedmiotowy i podmiotowy ustawy

Zakłada się, że projektowana ustawa będzie określać:

- 1) zadania, organizację i finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) zasady współdziałania podstawowej opieki zdrowotnej z innymi częściami systemu ochrony zdrowia;
- 3) kwalifikacje i rozwój zawodowy osób udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) zasady zapewnienia jakości w podstawowej opiece zdrowotnej.

Przyjmuje się, że prawo do korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej będzie przysługiwało zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z rozszerzeniem prawa do świadczeń na osoby posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

### 2. Objasnienie podstawowych określeń, które będą używane w projektowanej ustawie

- 1) **lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** – lekarz, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej:
  - a) posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
  - b) odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej
  - c) posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
  - d) posiadający inną specjalizację lub tytuł specjalisty i udzielał nieprzerwanie, przez okres nie krótszy niż 5 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ.

Lekarz nieposiadający specjalizacji lub lekarz inny niż wskazany w lit. a-c posiadający nieprzerwany staż pracy w POZ poniżej 5 lat, jest lekarzem POZ do dnia 31 grudnia 2022 r., a po tym okresie jeśli rozpocznie specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej;

- 2) **nocna i świąteczna opieka zdrowotna** – świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami

pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym;

- 3) **pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej** – pielęgniarkę, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarka, które nie posiada specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, jest pielęgniarką POZ do dnia 31 grudnia 2022 r., a po tym okresie jeśli rozpocznie szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego;
- 4) **pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania** – pielęgniarka, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej;

- 5) **podstawowa opieka zdrowotna** – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
- 6) **położna podstawowej opieki zdrowotnej** – położną, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskoro-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej udzielającej świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

### 3. Rozdziały przewidziane w ustawie

#### 1) zadania podstawowej opieki zdrowotnej:

- a) zapewnienie równego dostępu do wszechstronnej i ogólnej opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom,
- b) podejmowanie działań zmierzających do ochrony zdrowia i życia, w odniesieniu do wszystkich potrzeb i problemów zdrowotnych niezależnie od wieku i płci, z uwzględnieniem nie tylko biomedycznego wymiaru zdrowia, ale także wymiaru psychospołecznego, kulturowego i egzystencjalnego,
- c) zwiększenie roli edukacji zdrowotnej i profilaktyki, w tym prowadzonej w ramach programów wczesnego wykrywania chorób,
- d) udzielanie bez zbędnej zwłoki pomocy medycznej w stanach ostrych i przewlekłych oraz wielochorobowości zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i możliwościami istniejącymi w POZ,
- e) zapewnienie opieki skoncentrowanej na pacjencie, a także współpraca i koordynacja działań z innymi częściami systemu ochrony zdrowia,

- f) zapewnienie pacjentom fachowej porady i wsparcia w podejmowaniu decyzji dotyczącej ochrony i poprawy zdrowia oraz korzystania ze świadczeń zdrowotnych,
- g) ocena potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych wszystkich osób oraz populacji objętej podstawową opieką zdrowotną, oraz na ich podstawie systemowe wdrażanie działań zapobiegawczych;

## **2) organizacja podstawowej opieki zdrowotnej:**

Podstawowa opieka zdrowotna jest częścią systemu ochrony zdrowia, zapewniającą powszechny dostęp do podstawowych świadczeń zdrowotnych zmierzających do utrzymania i poprawy stanu zdrowia. Stanowi pierwsze i podstawowe miejsce kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia i jest zapewniana w środowisku zamieszkania pacjenta, w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Obejmuje w szczególności świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne, a także orzekanie, kwalifikowanie i kierowanie do innych świadczeniodawców. Uwzględnia potrzeby rodziny i społeczności lokalnej oraz współdziałanie z innymi częściami systemu ochrony zdrowia oraz specjalistami w obszarze zdrowia publicznego (np. dietetykiem, psychologiem), jak również organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz zdrowia.

Projektowana ustawa utrzyma możliwość działalności w ramach POZ różnych podmiotów leczniczych (przedsiębiorcy: osoby fizyczne lub prawne, organizacje pozarządowe, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej) oraz praktyk zawodowych (indywidualne i grupowe; lekarskie, pielęgniarские lub położnych). Zagwarantowana będzie zasada równego traktowania i równych praw tych podmiotów.

Każdy pacjent będzie objęty podstawową opieką zdrowotną zapewnianą przez lekarza POZ współpracującego z pielęgniarkami POZ i położnymi POZ w ramach zespołu. Zespół POZ, niezależnie od formy organizacyjno-prawnej, będzie pracował w oparciu o zasadę niezależności zawodowej swoich członków, ze wskazaniem podziału środków na ich działania i wynagrodzenia.

Podstawowa opieka zdrowotna będzie sprawowana całodobowo siedem dni w tygodniu, z uwzględnieniem wyodrębnienia świadczeniodawców realizujących świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ będą obowiązani do zapewnienia dostępności i ciągłości opieki osobom znajdującym się na ich listach obejmujących osoby, które złożyły deklaracje wyboru do danego świadczeniodawcy POZ lub lekarza POZ lub pielęgniarki POZ lub położnej POZ. Programy profilaktyki chorób przewlekłych będą dedykowane określonym grupom

pacjentów oraz realizowane zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach (Evidence Based Medicine). Projektowana ustawa umożliwi pielęgniarkom POZ, położnym POZ i pielęgniarkom środowiska nauczania i wychowania samodzielną i kompleksową realizację zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, w tym przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym, ograniczania używania alkoholu, wyrobów tytoniowych i innych substancji psychoaktywnych oraz zapobieganiem uzależnieniom behawioralnym;

**3) finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej:**

Źródłami finansowania POZ będą:

- 1) Fundusz;
- 2) jednostki samorządu terytorialnego;
- 3) budżet państwa.

Podstawą finansowania POZ będzie stawka kapitacyjna. Obok stawki kapitacyjnej pojawi się komponent motywacyjny za osiągnięcie kryteriów jakości opieki, dodatek za opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi oraz dodatki za wyniki leczenia pacjentów z niektórymi chorobami przewlekłymi.

Ponadto pojawi się część budżetu powierzonego na dwa podstawowe zadania realizowane przez POZ: badania diagnostyczne i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. W obu przypadkach będą to środki wypłacane za zrealizowane badania i wizyty u lekarzy specjalistów, które nie będą mogły być wykorzystane na inny cel. Planowane jest poprzedzenie proponowanego sposobu finansowania rocznym programem pilotażowym. Jednostki samorządu terytorialnego mają możliwość finansowania programów polityki zdrowotnej, inwestycji, szkoleń personelu, świadczeń dla podmiotów, dla których są podmiotem tworzącym, natomiast z budżetu państwa przekazywana jest dotacja na zadania, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

**4) zasady współdziałania podstawowej opieki zdrowotnej z innymi częściami systemu ochrony zdrowia:**

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ, pielęgniarka POZ, położna POZ i pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania współpracować będą ze sobą, w ramach zespołu POZ, z zachowaniem samodzielności zawodowej, w szczególności przez wzajemne konsultacje i wymianę informacji o pacjencie oraz

współdziałanie w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz usprawnienia pacjenta.

W ramach koordynacji leczenia pacjenta przez POZ konieczne będzie uzyskiwanie informacji 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 w innych zakresach świadczeń (ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne). W konsekwencji powyższego konieczna będzie wymiana informacji o pacjencie oraz współdziałanie w procesie leczenia.

Ponadto lekarz POZ, pielęgniarka POZ, położna POZ i pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania współpracują z innymi specjalistami w obszarze zdrowia publicznego (np. dietetykiem, psychologiem) oraz przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia, dyrektorami szkół oraz innych jednostek (np. młodzieżowych ośrodków wychowawczych, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych dla dzieci i młodzieży wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy i wychowania) w zakresie zachowania zdrowia i profilaktyki chorób na poziomie populacji, w tym edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych;

#### **5) kwalifikacje i rozwój zawodowy w podstawowej opiece zdrowotnej:**

Zakłada się, że lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania będą mieli prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego i rozwoju oraz realizacji działań na rzecz poprawy jakości opieki. Zakłada się, że działania z zakresu rozwoju zawodowego powinny obejmować realizację programów badawczych, edukacyjnych i wdrożeniowych o kluczowym znaczeniu dla POZ. W tym celu jest planowana reorganizacja Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, polegająca na poszerzeniu zakresu zadań o zagadnienia dotyczące medycyny rodzinnej, co pozwoli na inicjowanie i prowadzenie prac badawczo-rozwojowych, działalności leczniczej oraz kształcenia personelu medycznego w zakresie medycyny rodzinnej.

Niezależnie od planowanych rozwiązań ustawowych planowana jest zmiana systemu kształcenia w dziedzinie medycyny rodzinnej. Zakłada się, że proces ten przebiegałby dwukierunkowo. Pierwszy zapewni właściwy poziom rekrutacji do szkolenia podyplomowego wśród absolwentów wydziałów lekarskich i pielęgniarskich, drugi zaś

umożliwi uzyskanie właściwych kompetencji lekarzom, pielęgniarkom i położnym pracującym obecnie w POZ. Opracowane zostaną programy kształcenia umożliwiające dostęp do szkoleń dla praktykujących lekarzy, wykorzystujące nowoczesne techniki edukacyjne i komunikacyjne, w tym kształcenie na odległość. Stworzone zostaną lepsze warunki rozwoju akademickiej medycyny rodzinnej. Odpowiednim katedrom lub zakładom w uniwersytetach medycznych powierzona zostanie funkcja wojewódzkich ośrodków kształcenia w medycynie rodzinnej. Wspierana będzie również działalność badawcza grantami naukowymi Narodowego Centrum Nauki i Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.

**6) zasady zapewnienia jakości w podstawowej opiece zdrowotnej:**

Zakłada się, że działania na rzecz poprawy jakości i skuteczności opieki będą realizowane systematycznie przez wspieranie podnoszenia jakości opieki sprawowanej w POZ, w tym w ramach ogólnopolskiego programu poprawy jakości (m. in. akredytacja). Świadczenia POZ będą realizowane z uwzględnieniem wytycznych lub zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, jak również mierników i wskaźników jakości opieki. Jednocześnie zostanie wdrożony zestaw działań monitorująco-oceniających, co wpisuje się w koncepcję projakościowego podejścia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Monitorowanie jakości opieki będzie dotyczyło w szczególności odsetka pacjentów uczestniczących w zaplanowanych działaniach, liczby wykonanych świadczeń (profilaktycznych, edukacyjnych, diagnostyczno-leczniczych) oraz kluczowych parametrów klinicznych u pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Nowe regulacje pośrednio będą promować rozwijanie wewnętrznych systemów poprawy jakości. Działania realizowane w tym zakresie będą miały charakter systematyczny, zaplanowany, zintegrowany z codziennymi czynnościami w praktyce, a ich celem będzie zaspokajanie potrzeb pacjenta. Wspierane będzie opracowywanie i wdrażanie wytycznych klinicznych w podmiotach POZ, systematyczne organizowanie konsyliów lekarsko-pielęgniarskich. Projektowana ustawa umożliwi także monitorowanie satysfakcji pacjentów ze świadczeń POZ.

**4. Przepisy dostosowujące, przejściowe i końcowe**

Dostosowanie do projektowanej ustawy przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia

5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Planowane jest wejście w życie proponowanych rozwiązań z dniem 1 lipca 2017 r., z wyjątkiem przepisów dotyczących budżetu powierzonego, które weszłyby w życie z dniem 1 stycznia 2019 r. (od dnia 1 stycznia 2018 r. prowadzony byłby w tym zakresie program pilotażowy).

**5. Przepisy upoważniające do wydania aktów wykonawczych:**

- 1) rozporządzenie w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania;
- 2) rozporządzenie w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą;
- 3) rozporządzenie w sprawie zasad współpracy podstawowej opieki zdrowotnej z ambulatoryjną opieką specjalistyczną i leczeniem szpitalnym.



## **Część trzecia**

### **Ocena skutków projektowanej regulacji**

#### **1. Analiza wpływu projektowanej ustawy na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.**

Z planu finansowego Funduszu na 2017 r. wynika, że na podstawową opiekę zdrowotną zaplanowano 9 924 407 tys. zł, co stanowi 13,5% planowanych nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. Zakłada się sukcesywny, coroczny, wzrost wydatków na POZ, tak aby w perspektywie 10 lat osiągnęły 20% wydatków Funduszu na świadczenia opieki zdrowotnej (wzrost o 50%).

Z budżetu państwa przekazywana jest dotacja na zadania, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, natomiast nie ma danych do oszacowania ewentualnych nakładów na POZ ze strony jednostek samorządu terytorialnego, które mogą finansować programy polityki zdrowotnej, inwestycje, szkolenia personelu oraz świadczenia dla podmiotów leczniczych, dla których są podmiotem tworzącym.

#### **2. Analiza wpływu projektowanej ustawy na rynek pracy**

Projektowana regulacja będzie miała wpływ na rynek pracy. Zmiana organizacji opieki oraz reorganizacja Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie polegająca na poszerzeniu zakresu zadań o zagadnienia dotyczące medycyny rodzinnej wpłyną na wzrost zainteresowania przyszłego personelu medycznego kształceniem z zakresu medycyny rodzinnej oraz zwiększenie liczby podmiotów udzielających świadczeń z zakresu POZ.

#### **3. Analiza wpływu projektowanej ustawy na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw**

Przewiduje się, że projektowana regulacja będzie miała wpływ na funkcjonowanie przedsiębiorstw, wynikający z przewidywanych komponentów motywacyjnych za profilaktykę i promocję zdrowia, opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi oraz wyniki leczenia pacjentów z niektórymi chorobami przewlekłymi.

Zwiększy się liczba podmiotów realizujących świadczenia POZ, co wpłynie na zwiększoną konkurencyjność podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

#### **4. Analiza wpływu projektowanej ustawy na sytuację i rozwój regionalny**

Przewiduje się, że projektowana regulacja będzie miała wpływ na sytuację i rozwój regionalny przez zwiększenie liczby podmiotów udzielających świadczeń z zakresu POZ, a tym samym potencjału i liczby miejsc pracy z uwagi na zmianę organizacji opieki i zwiększenie roli POZ.

#### **5. Wpływ na obszar zdrowia**

Projektowana regulacja w znaczący sposób wpłynie na zachowanie i poprawę stanu zdrowia społeczeństwa. Korzyści dla obywateli obejmują między innymi poprawę satysfakcji z uzyskiwanej opieki oraz poprawę jakości udzielanych świadczeń, jak również ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności podopiecznych POZ.

#### **6. Przeprowadzone konsultacje**

Zarówno projektowane założenia, jak i projekt ustawy będą szeroko konsultowane z właściwymi podmiotami.

Projekt założeń zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. poz. 1414, z późn. zm.).

Projekt założeń zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny” zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979, z 2015 r. poz. 1063 oraz 2016 r. poz. 494).

W ramach opiniowania i konsultacji publicznych projekt założeń zostanie skonsultowany m. in. z:

- 1) konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny: alergologii, anestezjologii i intensywnej terapii, angiologii, audiologii i foniatry, balneologii i medycyny fizykalnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chorób płuc, chorób płuc dzieci, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, dermatologii i wenerologii, diabetologii, diagnostyki laboratoryjnej, endokrynologii, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, fizjoterapii, gastroenterologii, gastroenterologii dziecięcej, geriatry, ginekologii onkologicznej, hematologii, hipertensjologii, immunologii klinicznej, kardiologii, kardiologii dziecięcej, medycyny paliatywnej, medycyny rodzinnej, medycyny ratunkowej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neurologii, neurologii dziecięcej, okulistyki, onkologii i hematologii dziecięcej, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dziecięcej, pediatrii,

- pediatrii metabolicznej, perinatologii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, psychologii klinicznej, radiologii i diagnostyki obrazowej, rehabilitacji medycznej, reumatologii, stomatologii dziecięcej, urologii, urologii dziecięcej, pielęgniarstwa, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, pielęgniarstwa pediatrycznego, pielęgniarstwa psychiatrycznego, pielęgniarstwa onkologicznego, pielęgniarstwa diabetologicznego oraz pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego;
- 2) samorządami zawodów medycznych: Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Aptekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych;
  - 3) związkami zawodowymi i organizacjami pracodawców: Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Business Centre Club, Unia Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federacja Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Gdański Związek Pracodawców, Konfederacja Lewiatan, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia – Medycyna Prywatna, Ogólnopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców, Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia, Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Polska Unia Szpitali Klinicznych, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Biuro Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
  - 4) stowarzyszeniami w ochronie zdrowia, w tym z tymi działającymi na rzecz pacjentów, tj. Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Primum Non Nocere;

- 5) towarzystwami naukowymi, tj. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Pediatriczne, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Polskie Towarzystwo Położnych, Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 6) uczelniami medycznymi i instytutami, tj.: Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Gdański Uniwersytet Medyczny, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Śląski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego, Wydział Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Żywności i Żywienia im. Prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. Prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Narodowy Instytut Leków;
- 7) Radą Działalności Pożytku Publicznego, Radą Dialogu Społecznego i Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Przedmiot projektowanej regulacji jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej w części dotyczącej kwalifikacji lekarza udzielającego świadczeń w POZ.

2016-09-23  
Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU

*Piotr Warczyński*

20

**KOORDYNATOR**  
ds. Działań Antykorupcyjnych  
*Wejciech Kosiński*

**DYREKTOR**

Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia  
*Beata Rorant*

**DYREKTOR**  
Departamentu Prawnego

*Anna Miszczak*  
radca prawny

*Anna Brzyszczyńska-Malik*  
22.09.2016

*W3lew*