

AKREDYTACJA W POZ

Zalety, zasady, praktyczne porady

redakcja Mateusz Kępa

Marta Bula, Mateusz Kępa
Sabina Łyczakowska, Marta Sobczyńska



Wolters Kluwer

AKREDYTACJA W POZ

Zalety, zasady, praktyczne porady

redakcja Mateusz Kępa

Marta Bula, Mateusz Kępa
Sabina Łyczakowska, Marta Sobczyńska



Wolters Kluwer

WARSZAWA 2025

Stan prawny na 1 lipca 2025 r.

Recenzent

Prof. dr hab. n. med. Bożena Walewska-Zielecka

Wydawca

Dagna Kordyasz

Redaktor prowadzący

Paulina Staniszevska-Chudzik

Opracowanie redakcyjne

Anna Kunz

Projekt okładek serii

Wojtek Janikowski, Przemek Dębski

prawolubni

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujemy prawo i własność

Więcej na www.legalnakultura.pl

Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2025

ISBN 978-83-8390-786-4

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Dział Zarządzania Prawami Autorskimi i Treściami

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. +48 692 477 076

e-mail: PL-ksiazki@wolterskluger.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIIS TREŚCI

Wykaz skrótów	7
Przedmowa	9
Wstęp	13
Rozdział I	
Opieka nad pacjentem (OP)	23
Rozdział II	
Kompleksowość opieki (KO)	77
Rozdział III	
Prawa i obowiązki pacjenta (PP)	105
Rozdział IV	
Poprawa jakości (PJ)	128
Rozdział V	
Bezpieczeństwo opieki (BO)	155
Rozdział VI	
Informacja medyczna (IM)	205
Rozdział VII	
Jakość zarządzania (JZ)	241

Podsumowanie	285
Załącznik. Tabela samooceny poziomu przygotowania placówki do spełnienia standardów akredytacyjnych POZ	287
O Autorach	309

WYKAZ SKRÓTÓW

- AOS** – ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- ChUK** – choroby układu krążenia
- CMJ** – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
- GIF** – Główny Inspektor Farmaceutyczny
- IKP** – Internetowe Konto Pacjenta
- POZ** – podstawowa opieka zdrowotna
- PSO** – program szczepień ochronnych
- SIMP** – System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki

PRZEDMOWA

W historii Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia mało jest publikacji odnoszących się w sposób całościowy do tematyki standardów akredytacyjnych, które miałyby charakter całościowy i były skierowane do czytelnika zainteresowanego praktycznymi aspektami procesu akredytacji. Niewątpliwie, co do zasady proces akredytacji ma charakter specjalistyczny i nawet dla wielu profesjonalistów zajmujących się opieką zdrowotną w ogólności stanowi obszar wymagający poznania. Dlatego myślę, że wszyscy zainteresowani, podobnie jak ja, z uznaniem przyjmują ukazanie się tej książki, która obejmuje jeszcze bardziej niszowe zagadnienie, jakim jest akredytacja w podstawowej opiece zdrowotnej.

Poradnik taki jest bardzo oczekiwany, ponieważ zmieniła się podstawa prawna akredytacji i otoczenie prawne systemu opieki zdrowotnej.

Przypomnijmy, że 8.09.2023 r. weszła w życie ustawa z 16.06.2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. poz. 1692), która zmieniła podejście do procesu akredytacji. Na przełomie września i października 2024 r. ukazały się akty wykonawcze do tej ustawy, z początkiem września 2024 r. wydano obwieszczenie Ministra Zdrowia z 6.09.2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz.Urz. MZ poz. 73), natomiast 30.12.2024 r. – obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.Urz. MZ poz. 145).

Zmiany te budzą zainteresowanie osób zaangażowanych w proces akredytacji, szczególnie w kontekście nowych zasad przygotowań. Dlatego odpowiedzią na nowości w prawie powinny być publikacje, które pozwolą na wychwycenie różnic pomiędzy tym co było, a tym, co jest obecnie, oraz wskazanie aktualnych trendów i praktycznych wskazówek pomocnych w przygotowaniu do certyfikacji. 20.01.2025 r. nakładem wydawnictwa Wolters Kluwer ukazała się publikacja pod moją redakcją *Akredytacja w ochronie zdrowia krok po kroku*, która dotyczyła przede wszystkim zasad akredytacji w szpitalach, a obecnie Wolters Kluwer wydaje kolejną praktyczną i stanowiącą niezwykle wsparcie w procesie akredytacji podstawowej opieki zdrowotnej publikację – niniejszą książkę. To dobry sygnał dla transparentności i otwartości podejścia do tych trudnych i szerzej nieznanych procesów pozwalających dążyć do podnoszenia jakości realizowanych świadczeń.

Podstawowa opieka zdrowotna, mimo że w procesie akredytacji funkcjonuje już od wielu lat, jest mniej rozpowszechniona od akredytacji szpitali i można wskazać, że nie jest popularna wśród jednostek POZ. Oznacza to, że przed fascynatami jakości w podstawowej opiece zdrowotnej jeszcze wiele pracy, aby przekonać zarządzających placówkami POZ do tego, że jest to proces o wysokiej wartości i generujący konkretne korzyści, także finansowe. Myślę, że niniejsza publikacja przyczyni się do tego, że proces akredytacji w podstawowej opiece zdrowotnej stanie się bardziej dostępny.

Gwarancję tego stanowi zespół autorów, których wiedza i doświadczenie przelane na papier będą stanowiły oczywiste wsparcie:

Mateusz Kępa – prawnik, długoletni współpracownik Biura Rzecznika Praw Pacjenta, ekspert ds. prawa medycznego i entuzjasta jakości, redaktor niniejszej publikacji;

Marta Bula – menedżerka z wieloletnim doświadczeniem w sektorze ochrony zdrowia, która zawodowo koncentruje się na usprawnianiu procesów działania placówek medycznych, wdrażaniu standardów i podnoszeniu jakości świadczonych usług;

Sabina Łyczakowska – psycholożka, długoletni pracownik Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, opiekunka merytoryczna projektu APOZ 2.0 w CMJ;

Marta Sobczyńska – lekarka, dr n. med., wykładowca akademicki, menedżer w ochronie zdrowia od lat zajmująca się opracowaniem i wdrażaniem standardów medycznych podnoszących jakość kliniczną i bezpieczeństwo pacjentów.

Polecam Państwu tę książkę, ponieważ podejście autorów jest bardzo rzetelne i praktyczne, a skład zespołu autorów pozwala na różnorodne spojrzenie na temat akredytacji w podstawowej opiece zdrowotnej i rzeczywistą pomoc w jej przygotowaniu.

Agnieszka Pietraszewska-Macheta

WSTĘP

Z dniem 31.12.2024 r. weszły w życie zaktualizowane standardy akredytacyjne dla podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), opracowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Stanowią one istotne narzędzie wspierające rozwój systemowego podejścia do jakości i bezpieczeństwa opieki ambulatoryjnej. Nowa wersja standardów to efekt ewaluacji dotychczasowych doświadczeń oraz dostosowania wymagań do aktualnych realiów funkcjonowania placówek POZ, uwzględniających m.in. zmiany organizacyjne, technologiczne i prawne.

Celem niniejszego poradnika jest wsparcie placówek POZ w praktycznym wdrażaniu i interpretacji wymagań akredytacyjnych. Opracowanie to kierujemy zarówno do kadry zarządzającej, jak i pracowników medycznych oraz personelu administracyjnego, który jest zaangażowany w przygotowanie jednostki do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego. Poradnik ma charakter praktyczny – zawiera omówienia standardów, przykłady rozwiązań, interpretacje zapisów oraz wskazówki dotyczące dokumentowania zgodności z wymaganiami.

Naszą intencją jest, aby poradnik nie był jedynie narzędziem pomocnym w przygotowaniu do wizyty akredytacyjnej, ale stanowił również inspirację do trwałego podnoszenia jakości i kultury bezpieczeństwa w podstawowej opiece zdrowotnej. Akredytacja – właściwie rozumiana i wdrażana – nie jest celem samym w sobie, lecz procesem ciągłego doskonalenia organizacji, w której najważniejszą wartością pozostaje pacjent i jego potrzeby zdrowotne.

Pytania dotyczące standardów możliwych do wyłączenia

Pytanie: Czy jeśli jednostka nie zdecyduje się na realizację standardu z uwagą „standard może być wyłączony na wniosek jednostki” i zdecyduje go wyłączyć z oceny, to czy jest to dla niej rozwiązanie niekorzystne, które obniża jej punktację wymaganą do uzyskania akredytacji?

Odpowiedź: Ostateczna ocena punktowa jest wyrażona w formie procentowej. Wymagane do uzyskania akredytacji 75% i 50% w poszczególnych działach standardów obliczane jest na podstawie maksymalnej możliwej punktacji do uzyskania przy ocenie standardów branych pod uwagę. Zatem wyłączony standard nie jest wliczany do puli punktów, na podstawie których wyliczana jest ocena. Warto też pamiętać, że jeżeli jednostka zdecyduje się na niezgłoszenie wyłączenia standardu i włączenie go do oceny akredytacyjnej, a standard ten nie zostanie uznany przez wizytatorów za spełniony (ocena 1 pkt) lub zostanie oceniony jako częściowo spełniony (ocena 3 pkt), wówczas taka ocena w zależności od wagi niespełnionego standardu będzie odpowiednio obniżać ostateczną punktację jednostki. Dlatego ważne jest, aby decydując się na poddanie danego standardu ocenie, mieć pewność, że jednostka w pełni spełnia wymagania standardu.

Pytanie: Ile ze standardów i w jaki sposób może wyłączyć jednostka na swój wniosek spośród standardów, które dopuszczają taką możliwość (tj. OP 6.6. Jednostka prowadzi inny, wybrany program profilaktyczny, KO 4.2. Jednostka realizuje poszerzone działania w zakresie diagnostycznym, KO 9.3. Jednostka współpracuje ze szpitalami, JZ 1.3. Jednostka dba o stałe podnoszenie kwalifikacji zespołu lekarskiego oraz standardu) lub częściowo dopuszczają taką możliwość (KO 4.3. Jednostka analizuje skuteczność działań w zakresie opieki koordynowanej i poszerzonego zakresu diagnostyki)?

Odpowiedź: Jednostka może wnioskować o wyłączenie z oceny wszystkich standardów, które dopuszczają taką możliwość (tj. standardów OP 6.6, KO 4.2, KO 9.3, JZ 1.3). Jeżeli jednostka zdecyduje o wyłączeniu z oceny standardu KO 4.2, to automatycznie z oceny

będzie wyłączona część standardu KO 4.3 w zakresie, który dotyczy poszerzonych badań diagnostycznych.

Pytanie: Jak praktycznie ma wyglądać chęć wyłączenia oceny standardu? W jaki sposób jednostka powinna to zgłosić?

Odpowiedź: Można przypuszczać, że fakt wyłączenia z oceny standardu można będzie zgłosić do Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia odpowiednio wcześniej przed ustalonym terminem wizyty akredytacyjnej. CMJ kontaktuje się wcześniej z podmiotem, m.in. przysyłając harmonogram wizyty, upoważnienia dla wizytatorów i przekazując inne ważne informacje dotyczące przebiegu wizyty. Najprawdopodobniej na tym etapie ustaleń będzie można zgłosić standardy do wyłączenia z oceny.

Uwaga do standardów obligatoryjnych

Wśród standardów akredytacyjnych stosowanych w podstawowej opiece zdrowotnej wyróżnia się **standardy obligatoryjne**, których spełnienie jest warunkiem koniecznym do uzyskania akredytacji. Obejmują one te obszary działalności jednostki, które mają kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa pacjenta, ciągłości opieki oraz zgodności z obowiązującymi przepisami prawa. Niespełnienie któregokolwiek ze standardów obligatoryjnych skutkuje negatywnym wynikiem oceny, niezależnie od łącznej liczby uzyskanych punktów. W publikacji zaznaczono, które ze standardów należą do tej grupy.

Standardami obligatoryjnymi są:

- PJ 3.2 Jednostka systematycznie bada opinie pacjentów
- OP 5.2 Jednostka realizuje szczepienia obowiązkowe zgodnie z PSO
- PJ 1.1 Jednostka posiada i realizuje program ciągłej poprawy jakości
- BO 6 Jednostka wdrożyła zasady postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania
- BO 8.1 Jednostka wdrożyła politykę bezpieczeństwa pacjenta
- PJ 3.1 Jednostka przeprowadza samoocenę spełniania standardów akredytacyjnych
- BO 1 Personel jest szkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy

Standardy akredytacyjne są dokumentem, który będzie podlegał ewaluacji i zmianom. Rada Akredytacyjna zapewne wkrótce podejmie działania mające na celu ich modyfikację. Zgodnie z rekomendacjami Ministerstwa Zdrowia w przypadku standardów obligatoryjnych należy stosować wyłącznie skalę dwustopniową (spełnia/nie spełnia), co zwiększa jednoznaczność oceny. Można więc spodziewać się, że najbliższa aktualizacja standardów akredytacyjnych będzie uwzględniać właśnie takie zmiany.

Uwaga do standardów zawierających kamienie milowe

Kamienie milowe, w rozumieniu zestawu standardów akredytacyjnych, nie są tożsame z ich klasycznym znaczeniem, znanym chociażby z teorii zarządzania, gdzie stanowią one kluczowe, niezbędne etapy w procesie, warunkujące możliwość przejścia do kolejnych faz działania. W tym kontekście nie pełnią one funkcji absolutnych punktów kontrolnych, lecz raczej można je określić mianem „ułatwiaczy” – elementów wspierających częściowe spełnienie danego standardu.

Każdy standard, który zawiera kamienie milowe, precyzuje liczbę tych elementów, które muszą zostać zrealizowane przez jednostkę, aby możliwe było uzyskanie oceny na poziomie 3 pkt. Warto jednak podkreślić, że spełnienie wymaganej minimalnej liczby kamieni milowych nie zawsze jest równoznaczne z częściowym spełnieniem standardu. Może się bowiem zdarzyć, że mimo spełnienia wymaganej minimalnej liczby kamieni w danym standardzie, jednostka nie realizuje innego istotnego warunku, którego niespełnienie jednoznacznie narzuca ocenę 1 pkt. Informacja o takim braku może być zawarta *per se* w ocenie na poziomie 1 pkt, jak np. w standardach: OP 4, BO 2.6.

Na co warto zwrócić uwagę w zakresie ankietyzacji?

Badanie opinii i doświadczeń pacjentów jest elementem wewnętrznego systemu zapobiegania zdarzeniom niepożądanym, którego prowadzenie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą określa ustawa z 16.06.2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeń-

stwie pacjenta (Dz.U. poz. 1692 ze zm.). Warto pamiętać o ankietach dostępnych na stronie Ministerstwa Zdrowia (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/ankiety-badania-doswiadczen-i-opinii-pacjenta>).

Ankiety, które dotyczą jednostek POZ, to:

- ankieta_badania_opinii_i_doświadczeń_pacjenta_dla_POZ_-_wizyta_(osoba_dorosa).pdf;
- ankieta_badania_opinii_i_doświadczeń_pacjenta_dla_POZ_-_wizyta_(dziecko).pdf;
- ankieta_badania_opinii_i_doświadczeń_pacjenta_dla_POZ_i_AOS_-_wizyta_domowa (1).pdf;
- ankieta_badania_opinii_i_doświadczeń_pacjenta_dla_POZ_-_teleporada.pdf.

Standardy akredytacyjne nakładają na jednostki POZ, ubiegające się o przyznanie certyfikatu akredytacyjnego, obowiązek stworzenia własnej ankiety, która pozwoli na uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące spełnienia standardów:

- PP 1: Pacjent traktowany jest życzliwie i z szacunkiem;
- PP 2: Pacjent uzyskuje zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia;
- PP 5: Pacjent uczestniczy w podejmowaniu decyzji medycznych i w procesie leczenia;
- PP 8: Dzieci leczone w jednostce traktowane są z troską i poszanowaniem ich praw;
- PJ 3.2: Jednostka systematycznie bada opinie pacjentów (standard obligatoryjny);
- PJ 3.3: Jednostka ocenia dostępność do świadczeń.

Jak widać, obowiązkiem POZ jest przeprowadzanie pięciu różnych ankiet, z których jedną musi skonstruować samodzielnie. Istotną trudnością w przeprowadzaniu tych wszystkich ankiet, jak też konstrukcji własnej ankiety, są rozbieżności metodologiczne pomiędzy nimi. Ankiety opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia oparto na metodologii badań konsumenckich (uśmiechnięte buźki na dziesięciostopniowej skali). Natomiast ankieta, którą zobligowany jest skonstruować podmiot i posługiwać się nią (mówi o tym

obligatoryjny standard PJ 3.2. Jednostka systematycznie bada opinie pacjentów), musi zostać opracowana zgodnie z poprawną metodologią badań opinii pacjentów, a nie metodologią badań konsumenckich.

Zastanawiający jest zatem fakt, że Ministerstwo Zdrowia zamieszcza na swojej stronie obowiązujące wzory ankiet, oparte na metodologii konsumenckiej, jednocześnie wymagając od podmiotów, które starają się o uzyskanie akredytacji, skonstruowania ankiet, które będą oparte na „poprawnej” metodologii badań opinii pacjentów, a nie – w domyśle – nieprawidłowej metodologii konsumenckiej.

Jest to trudne zadanie do spełnienia dla podmiotów leczniczych. Niemniej jednak pewnym ułatwieniem dla tych jednostek, które jeszcze nie rozpoczęły przygotowań do akredytacji, jest fakt, że od 1.07.2025 r. zadanie połączenia wszystkich ankiet i stworzenia jednej, opartej na metodologii badania opinii, spoczywa na barkach Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, zgodnie z zapisami w części standardów „Terminy i określenia” – ankietyzacja. Ankieta ta została udostępniona podmiotom na stronie CMJ: <https://cmj.gov.pl/nasza-oferta/badania-i-analizy/pasat-apoz/>, a korzystanie z niej jest dobrowolne dla podmiotów przygotowujących się do akredytacji. Niemniej od 2026 r. ankieta ta już będzie wymagana, a wizyty akredytacyjne realizowane od lipca 2026 r. będą sprawdzały wyniki zgromadzone za pomocą właśnie tej ankiety. Podmioty chcące skorzystać z narzędzia dostarczonego przez CMJ muszą wypełnić formularz zgłoszeniowy. Po przystąpieniu do programu PASAT APOZ podmiot może zbierać ankiety w formie elektronicznej, udostępniając pacjentom link do ankiety, lub w formie papierowej (po przystąpieniu podmiotu do badania PASAT APOZ jest możliwość pobrania ankiety w formacie pdf).

Realizując badania ankietowe, należy pamiętać, że aby były one wiarygodne, podmiot musi mieć pewność, że ankiety zostały wypełnione przez osoby będące pacjentami POZ (lub przez opiekunów dzieci będących pacjentami). Zamieszczenie ogólnodostępnego linku do ankiety na stronie internetowej jednostki nie zapewnia spełnienia tego

warunku i zostanie uznane za błąd metodologiczny, podważający rzetelność zebranych wyników.

Istotną kwestią jest również odpowiednia liczba zgromadzonych ankiet, tj. co najmniej 5% zadeklarowanej populacji i nie mniej niż 100 ankiet w przypadku małych jednostek, gdzie 5% oznaczałoby mniej niż 100 ankiet. Bez spełniania tego wymogu wszystkie standardy, które są oceniane na podstawie ankietyzacji, zostaną uznane za niespełnione.

Mój wynik – narzędzie wspierające placówkę w samoocenie wdrożenia poszczególnych standardów

Niniejsza publikacja przy opisie każdego standardu zawiera tabelę z najważniejszymi informacjami dotyczącymi danego standardu. Ostatni wiersz tabeli zawiera możliwość zaznaczania przez czytelnika (podmiot POZ) samooceny poziomu wdrożenia danego standardu.

Opcję wykorzystania tabeli prezentują poniższe przykłady.

Po zapoznaniu się z treścią standardu oraz opisem szczegółowym, np. standardu OP 1.1, czytelnik, analizując sytuację w danym podmiocie POZ, ma możliwość wybrania (np. poprzez zaznaczenie kółkiem) jednej z trzech wartości punktowych:

Waga standardu:	0,5		
Mój wynik¹:	(2,5)	1,5	0,5

Jeśli czytelnik uznał, że jednostka samoaudytowana w pełni spełnia zapisy standardu, tj. możliwe jest osiągnięcie 5 pkt w wierszu **Mój wynik**, zaznacza najwyższą wartość = 2,5 (waga tego standardu została określona na 0,5, natomiast możliwy do osiągnięcia wynik punktowy

¹ Proszę zakreślić swój prognozowany wynik. Wynik możesz wprowadzić do tabeli, która znajduje się na końcu publikacji. Suma uzyskanych w ten sposób wpisów pomoże w określeniu poziomu przygotowania jednostki do spełnienia standardów akredytacyjnych.

jest iloczynem maksymalnej liczby punktów (5) oraz wagi oznaczonej dla tego standardu – 0,5).

W przypadku gdy standard zawiera możliwość albo spełnienia go w pełni, albo niespełniania, np. standard OP 5.1, czytelnik, analizując sytuację w swoim podmiocie POZ, ma możliwość wybrania (np. poprzez zaznaczenie kółkiem) jednej z dwóch wartości punktowych:

Waga standardu:	0,25		
Mój wynik:	1,25	-----	0,25

Jeśli czytelnik uznał, że jednostka samoaudytowana całkowicie spełnia zapisy standardu, tj. możliwe jest osiągnięcie 5 pkt w wierszu **Mój wynik**, zaznacza najwyższą wartość = 1,25 (waga tego standardu została określona na 0,25, natomiast możliwy do osiągnięcia wynik punktowy jest iloczynem maksymalnej liczby punktów (5) oraz wagi oznaczonej dla tego standardu – 0,25).

Następnie czytelnik ma możliwość przepisania uzyskanego wyniku do tabeli zamieszczonej na końcu publikacji, która dla przedstawionych wyżej przykładów – prawidłowo wypełniona – powinna wyglądać zgodnie z poniższym:

OPIEKA NAD PACJENTEM				
numer i nazwa standardu	waga	maks. liczba punktów z uwzględnieniem wagi	min. liczba punktów z uwzględnieniem wagi	punkty mojej placówki – po uwzględnieniu wagi (przepisane z tabel zamieszczonych przy każdym standardzie)
OP 1 Jednostka zapewnia opiekę pielęgniarce POZ.	–	–	–	–
OP 1.1 Świadczenia pielęgniarce POZ są dostępne w jednostce.	0,50	2,50	0,50	2,5
OP 1.2 Jednostka zapewnia opiekę pielęgniarce POZ w miejscu zamieszkania pacjenta.	0,50	2,50	0,50	

OPIEKA NAD PACJENTEM					
numer i nazwa standardu	waga	maks. liczba punktów z uwzględnieniem wagi	min. liczba punktów z uwzględnieniem wagi	punkty mojej placówki – po uwzględnieniu wagi (przepisane z tabel zamieszczonych przy każdym standardzie)	
OP 1.3 Jednostka analizuje realizację opieki w miejscu zamieszkania.	0,25	1,25	0,25		
OP 2 Jednostka zapewnia opiekę położnej POZ.	–	–	–	–	
OP 2.1 Jednostka zapewnia pacjentkom opiekę położnej POZ.	0,50	2,50	0,50		
OP 2.2 Jednostka zapewnia opiekę okołoporodową realizowaną przez położną POZ.	0,50	2,50	0,50		
OP 3 Jednostka prowadzi racjonalną antybiotykoterapię.	–	–	–	–	
OP 3.1 Jednostka przyjęła i wdrożyła schemat empirycznego stosowania antybiotyków.	0,50	2,50	0,50		
OP 3.2 Jednostka monitoruje stosowanie antybiotyków.	0,50	2,50	0,50		
OP 4 Jednostka wdrożyła wytyczne postępowania klinicznego.	0,50	2,50	0,50		
OP 5 Szczepienia ochronne.	–	–	–	–	
OP 5.1 Jednostka posiada plan szczepień i harmonogram prowadzonych szczepień.	0,25	1,25	0,25	1,25	
suma sekcji: OPIEKA NAD PACJENTEM	–	58,75	11,75	3,75	← suma punktów placówki
do uzyskania zaliczenia sekcji konieczne jest otrzymanie min. 50% z możliwej do uzyskania wartości punktów, tj. min.:				29,38	

Wpisanie punktów przyznanych według samooceny podmiotu do tabeli końcowej pozwala także podmiotowi na zobrazowanie, czy osiąga minimalną liczbę punktów możliwą do uzyskania w danej sekcji standardów oraz minimalną liczbę punktów konieczną do uzyskania ze wszystkich standardów.

Tabela jest narzędziem poglądowym i nie uwzględnia sytuacji, w której placówka nie poddaje ocenie wszystkich standardów.

W przypadku, w którym placówka wyłącza z oceny dany standard należy samodzielnie przeliczyć sumę możliwych do uzyskania punktów w danej grupie standardów oraz punktów końcowych – a także związane z tym konieczne do uzyskania progi 50% punktacji w danej grupie oraz 75% całości standardów.

Rozdział I

OPIEKA NAD PACJENTEM (OP)

Standardy z działu OP opisują obszary kluczowe dla zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej oraz jej dostępności dla pacjentów. Podstawą prawidłowego funkcjonowania podmiotu jest zapewnienie odpowiedniej organizacji opieki zdrowotnej, uwzględniającej rolę pielęgniarek i położnych POZ, możliwość uzyskania porad podczas wizyt domowych oraz w trybie zdalnym, łatwy i wygodny dostęp do wiedzy o możliwych do uzyskania świadczeniach, komfortowy system rejestracji i uzyskiwania świadczeń. Kolejnym ważnym elementem opieki nad pacjentami POZ jest możliwość realizacji szczepień, zarówno obowiązkowych, jak i zalecanych, czy skorzystanie z programów profilaktyki chorób cywilizacyjnych i nowotworowych. Nie mniej istotne jest stosowanie się do wytycznych postępowania klinicznego oraz prowadzenie racjonalnej antybiotykoterapii.

Dział OP zawiera **dziesięć standardów**, w tym **jeden obligatoryjny OP 5.2** dotyczący realizacji szczepień obowiązkowych zgodnie z PSO. Jeden standard może zostać wyłączony: OP 6.6 – wyłączenie dotyczą dodatkowego, wybranego programu profilaktycznego, poza programami umieszczonymi w pozostałych standardach.

OP 1 Jednostka zapewnia opiekę pielęgniarki POZ.

Istota standardu świadczeń pielęgniarskich w ramach podstawowej opieki zdrowotnej polega nie tylko na zapewnieniu obecności pielęgniarki w strukturach podmiotu leczniczego, ale przede wszystkim

na konieczności jej bezpośredniego zatrudnienia przez ten podmiot. Oznacza to, że świadczeniodawca nie może zlecać realizacji świadczeń pielęgniarских innym współpracującym firmom czy organizacjom – musi zatrudniać personel we własnym zakresie, co zapewnia większą odpowiedzialność i jakość opieki.

Aby standard został uznany za spełniony, konieczne jest również, by w każdej lokalizacji, w której realizowane są świadczenia POZ, znajdował się gabinet zabiegowy. Innymi słowy, jeśli placówka posiada kilka adresów udzielania świadczeń, każdy z nich powinien być wyposażony w odpowiednie pomieszczenie i sprzęt do realizacji procedur medycznych. Taka struktura umożliwia sprawną, bezpieczną i bezpośrednią opiekę nad pacjentami oraz zapewnia zgodność z obowiązującymi przepisami.

OP 1.1 Świadczenia pielęgniarки POZ są dostępne w jednostce.

Cel standardu:	Zapewnienie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarки POZ skoordynowanych z pozostałymi świadczeniami w każdej lokalizacji, w której realizowane są świadczenia.		
Obligatoryjność standardu:	NIE		
Standard zawiera kamienie milowe:	NIE		
Waga standardu:	0,5		
Mój wynik²:	2,5	1,5	0,5

Ocena spełnienia standardu

5 punktów – jednostka zapewnia we własnym zakresie realizację świadczeń pielęgniarки POZ w każdym gabinecie zabiegowym w każdej lokalizacji.

² Proszę zakreślić swój prognozowany wynik. Wynik możesz wprowadzić do tabeli, która znajduje się na końcu publikacji. Suma uzyskanych w ten sposób wpisów pomoże w określeniu poziomu przygotowania jednostki do spełnienia standardów akredytacyjnych.

3 punkty – jednostka zapewnia we własnym zakresie realizację świadczeń pielęgniarki POZ w gabinecie zabiegowym w niektórych lokalizacjach.

1 punkt – jednostka nie zapewnia we własnym zakresie realizacji świadczeń pielęgniarki POZ w gabinecie zabiegowym.

Dla uzyskania całościowego spełnienia standardu konieczne jest: zapewnienie usług pielęgniarskich bezpośrednio w placówce POZ w ramach godzin jej funkcjonowania i zgodnie z potrzebami chorych. Kluczowa dla realizacji standardu jest współpraca między pielęgniarką a lekarzem, pozwalająca na efektywne planowanie opieki i szybkie reagowanie na zmiany w stanie zdrowia pacjenta. Dokumentacja medyczna prowadzona przez pielęgniarkę powinna zawierać dokładne zapisy dotyczące stanu zdrowia pacjenta i wykonanych czynności pielęgniarskich, co pomaga w zapewnieniu ciągłości opieki. Podstawą oceny spełnienia standardu jest wywiad z personelem, obserwacja bezpośrednia oraz przegląd dokumentacji.

Pytanie: Dlaczego tak ważna jest dostępność świadczeń pielęgniarki zatrudnionej w jednostce i dostępnej w każdej lokalizacji?

Odpowiedź: Dzięki stałej obecności pielęgniarki POZ w każdej lokalizacji skraca się czas uzyskania świadczenia i reakcji na potrzeby zdrowotne pacjentów. Pielęgniarki POZ mogą regularnie monitorować stan ich zdrowia, dostosowując plan opieki do indywidualnych potrzeb. Bezpośredni i regularny kontakt z pielęgniarką w placówce POZ wspiera ciągłość opieki, zwłaszcza w przypadku pacjentów przewlekłe chorych. Pielęgniarki POZ odgrywają kluczową rolę w edukacji na temat zdrowego stylu życia, zapobiegania chorobom czy prawidłowego stosowania leków, co przekłada się na lepsze wyniki zdrowotne. Obecność wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego zapewnia większą kontrolę nad procesem leczenia, podnosi poziom bezpieczeństwa pacjentów i tworzy zaufanie, które jest kluczowe dla zwiększenia zaangażowania pacjenta w dbałość o swoje zdrowie.

Pytanie: Jak rozumieć sformułowanie, że jednostka zapewnia we własnym zakresie świadczenia pielęgniarki?

Odpowiedź: Zapis „we własnym zakresie” odnosi się do formy współpracy z pielęgniarką, która jest bezpośrednio związana z jednostką medyczną. Istotą świadczeń w tym przypadku jest ich realizacja przez konkretną osobę, która jest znana pozostałemu personelowi i pacjentom z imienia i nazwiska. Oznacza to, że pielęgniarka powinna być integralną częścią zespołu medycznego jednostki, co zapewnia ciągłość opieki i lepszą komunikację między personelem a pacjentami.

Pielęgniarka może być zatrudniona na podstawie różnych form umów, takich jak umowa o pracę, umowa zlecenie czy kontrakt (umowa z pielęgniarką prowadzącą własną działalność gospodarczą). Ważne jest, aby pielęgniarka była bezpośrednio związana z jednostką, a nie zatrudniona przez zewnętrzny podmiot, który realizuje świadczenia pielęgniarskie na rzecz jednostki. Umowa z podmiotem zewnętrznym, który samodzielnie zatrudnia pielęgniarki i przyjmuje deklaracje wyboru, nie spełnia tego warunku, ponieważ nie zapewnia bezpośredniej współpracy i integracji pielęgniarki z zespołem medycznym jednostki.

Pytanie: Jaką dokumentację mogą przeglądać wizytatorzy, aby ocenić spełnienie tego standardu?

Odpowiedź: Wizytatorzy mogą przejrzeć dokumentację kadrową i umowy cywilnoprawne, by zweryfikować formę zatrudnienia pielęgniarek. Dane te mogą zestawiać np. z informacjami z programu do rejestracji (do jakich pielęgniarek mogą umawiać się pacjenci), z nazwiskami pielęgniarek zamieszczonymi w miejscach dostępnych dla pacjentów oraz z nazwiskami osób dokonujących wpisów w dokumentacji medycznej.

OP 1.2 Jednostka zapewnia opiekę pielęgniarki POZ w miejscu zamieszkania pacjenta.

Cel standardu:	Zapewnienie pacjentom możliwości korzystania z opieki pielęgniarki POZ w miejscu zamieszkania pacjenta w sposób skoordynowany i dostosowany do liczby osób zadeklarowanych w danym podmiocie.
-----------------------	---

Obligatoryjność standardu:	NIE		
Standard zawiera kamienie milowe:	NIE		
Waga standardu:	0,5		
Mój wynik:	2,5	1,5	0,5

Ocena spełnienia standardu

5 punktów – jednostka zapewnia we własnym zakresie opiekę pielęgniarki POZ w miejscu zamieszkania pacjenta. Prowadzona dokumentacja medyczna pacjenta jest dostępna dla poszczególnych członków zespołu POZ zgodnie z ich kompetencjami.

3 punkty – opieka lekarza POZ i opieka pielęgniarki POZ są sprawowane przez odrębne podmioty. Zapewniony jest bieżący przepływ informacji między tymi podmiotami.

1 punkt – jednostka nie zapewnia opieki pielęgniarki POZ w miejscu zamieszkania pacjenta lub nie ma bieżącego przepływu informacji o pacjentach między podmiotami

Dla uzyskania całościowego spełnienia standardu konieczne jest: zapewnienie opieki pielęgniarki POZ we własnym zakresie lub na podstawie umowy z podmiotem udzielającym tych świadczeń. Pielęgniarka i lekarz POZ powinni na bieżąco przekazywać sobie informacje, a organizacja współpracy musi umożliwiać wzajemny dostęp do dokumentacji pacjenta, co wpływa na spójność terapii. Podstawą oceny spełnienia standardu jest przegląd dokumentacji jednostki, przegląd dokumentacji medycznej, wywiad z kierownikiem i wywiad z personelem POZ.

Pytanie: Jakie wyzwania mogą się pojawić w związku z realizacją tego standardu?

Odpowiedź: Zapewnienie opieki pielęgniarki POZ w miejscu zamieszkania pacjenta niesie za sobą wiele korzyści, ale wiąże się również z różnymi wyzwaniami. Realizacja standardu wymaga odpowiedniej organizacji pracy, inwestycji w zasoby i szkolenia personelu oraz skutecznej koordynacji działań. Zarządzanie harmonogramem

wizyt domowych może być trudne, zwłaszcza w przypadku dużej liczby pacjentów wymagających takiej opieki. Wiele placówek POZ boryka się z niedoborem pielęgniarek, co może utrudniać realizację wizyt domowych bez uszczerbku dla świadczeń stacjonarnych w placówce. Dojazdy do pacjentów mogą generować dodatkowe koszty i wymagać więcej czasu oraz uwzględnienia w budżecie placówki. Najważniejszym zadaniem w związku z realizacją standardu jest utrzymanie skutecznej komunikacji między pielęgniarką a pozostałym personelem POZ, zwłaszcza lekarzem, w celu zapewnienia ciągłości opieki.

Pytanie: Jak praktycznie wdrożyć opiekę pielęgniarską w miejscu zamieszkania?

Odpowiedź: Aby praktycznie wdrożyć opiekę pielęgniarską w miejscu zamieszkania, jednostka musi zapewnić odpowiednią liczbę pielęgniarek POZ proporcjonalnie do liczby pacjentów objętych opieką (możliwość zatrudnienia pielęgniarek w ramach własnej jednostki lub zawarcie umowy z podmiotem zewnętrznym świadczącym takie usługi). System organizacyjny musi umożliwiać pielęgniarkom łatwy dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów. Wszystkie informacje o stanie zdrowia pacjenta powinny być aktualizowane i udostępniane w systemie informatycznym POZ.

OP 1.3 Jednostka analizuje realizację opieki w miejscu zamieszkania.

Cel standardu:	Zapewnienie wysokiego standardu opieki pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania pacjenta poprzez systematyczną analizę, odpowiednie wykorzystanie jej wyników oraz wdrożenie optymalizacji.		
Obligatoryjność standardu:	NIE		
Standard zawiera kamienie milowe:	NIE		
Waga standardu:	0,25		
Mój wynik:	1,25	0,75	0,25

Ocena spełnienia standardu

5 punktów – jednostka posiada odpowiednią dokumentację z opieki w miejscu zamieszkania oraz co najmniej raz w roku dokonuje okresowej analizy realizacji opieki środowiskowej w miejscu zamieszkania, a wnioski z analizy wykorzystuje w praktyce do poprawy organizacji opieki nad pacjentami.

3 punkty – jednostka posiada odpowiednią dokumentację z opieki środowiskowej w miejscu zamieszkania, lecz nie prowadzi analizy tej dokumentacji lub nie wyciąga wniosków z tej analizy albo nie wykorzystuje wniosków do poprawy opieki.

1 punkt – jednostka nie posiada odpowiedniej dokumentacji z opieki środowiskowej w miejscu zamieszkania.

Dla uzyskania całościowego spełnienia standardu konieczne jest: dokonanie co najmniej raz w roku przeglądu efektywności opieki w miejscu zamieszkania i wykorzystanie wniosków do jej udoskonalenia. Analiza skuteczności działań powinna skutkować wdrażaniem ulepszeń. Podstawą oceny spełnienia standardu jest przegląd dokumentacji jednostki, przegląd dokumentacji medycznej, wywiad z kierownikiem i wywiad z personelem.

Pytanie: Co powinna zawierać analiza realizacji opieki pielęgniariskiej w miejscu zamieszkania?

Odpowiedź: Analiza realizacji opieki powinna uwzględniać następujące aspekty:

- efektywność współpracy między pielęgniarką POZ, lekarzem POZ, położną POZ oraz opiekunem społecznym;
- stopień zapewnienia ciągłości opieki oraz sprawność przepływu informacji między członkami zespołu POZ;
- wskaźniki jakościowe dotyczące stanu zdrowia pacjentów objętych opieką pielęgniariską w miejscu zamieszkania.

Pytanie: Jakie działania mogą zostać wdrożone po przeprowadzeniu analizy realizacji opieki w miejscu zamieszkania?

Odpowiedź: Po przeprowadzeniu analizy wnioski powinny być wdrażane w praktyce w celu poprawy organizacji opieki pielęgniarstwiej. Możliwe działania obejmują:

- wprowadzenie nowych procedur w zakresie współpracy między pielęgniarką POZ a lekarzem POZ;
- szkolenia dla personelu medycznego w zakresie skuteczniejszej komunikacji i dokumentowania przebiegu leczenia;
- optymalizację harmonogramu wizyt pielęgniarstwiej w środowisku pacjenta, tak aby lepiej odpowiadały na jego potrzeby.

OP 2 Jednostka zapewnia opiekę położnej POZ.

Jednostka zapewnia **skoordynowaną opiekę położnej POZ**, dostępność świadczeń zarówno w gabinecie, jak i w miejscu zamieszkania pacjentki oraz sprawny **przepływ informacji** między lekarzem a położną POZ. Dokumentacja medyczna musi być dostępna dla zespołu POZ, co gwarantuje ciągłość leczenia. Dzięki temu standardowi poprawia się **jakość opieki zdrowotnej** i bezpieczeństwo pacjentek.

OP 2.1 Jednostka zapewnia pacjentkom opiekę położnej POZ.

Cel standardu:	Zapewnienie pacjentkom kompleksowej opieki położniczej, obejmującej profilaktykę, leczenie i wsparcie zarówno w gabinecie, jak i w miejscu zamieszkania. Dzięki skoordynowanej współpracy lekarza POZ i położnej POZ oraz sprawnemu przepływowi informacji opieka ta gwarantuje ciągłość leczenia i wysoką jakość świadczeń.		
Obligatoryjność standardu:	NIE		
Standard zawiera kamienie milowe:	NIE		
Waga standardu:	0,5		
Mój wynik:	2,5	1,5	0,5

Ocena spełnienia standardu

5 punktów – jednostka zapewnia we własnym zakresie kompleksową opiekę położnej POZ zarówno w ambulatorium, jak i w miejscu zamieszkania pacjentki oraz prowadzi wspólną dokumentację medyczną pacjentki – lekarską i położną, dostępną dla poszczególnych członków zespołu POZ, zgodnie z ich kompetencjami.

3 punkty – opieka lekarska i opieka położnej POZ, zarówno w ambulatorium, jak i w miejscu zamieszkania pacjentki, jest realizowana przez odrębne podmioty i zapewniony jest bieżący przepływ informacji między podmiotami.

1 punkt – jednostka nie zapewnia kompleksowej opieki położnej POZ lub nie ma bieżącego przepływu informacji o pacjentkach.

Dla uzyskania całościowego spełnienia standardu konieczne jest: dwutorowe świadczenie usług, zarówno w placówce medycznej, gdzie pacjentka może zgłaszać się na wizyty kontrolne, konsultacje, edukację przedporodową itp., jak i w miejscu zamieszkania pacjentki. Położna odwiedza pacjentkę w domu, co jest szczególnie ważne w okresie porodu, przy trudnościach z poruszaniem się lub w przypadku noworodka wymagającego szczególnej opieki. Kolejny warunek to dokumentacja medyczna prowadzona w sposób zintegrowany przez lekarza POZ i położną. Ponadto każdy członek zespołu POZ ma dostęp do informacji zgodnie ze swoimi kompetencjami.

Podstawą oceny spełnienia standardu jest przegląd dokumentacji jednostki, przegląd dokumentacji medycznej, wywiad z kierownikiem i wywiad z personelem.

Pytanie: Jak będzie oceniony standard, jeśli podmiot w większości lokalizacji udzielania świadczeń (różne przychodnie) realizuje świadczenia położnej?

Odpowiedź: Według treści standardu podmiot ma zapewnić wszystkim pacjentkom opiekę położniczą adekwatną do liczby podopiecznych, zarówno w miejscu zamieszkania, jak i w gabinecie, czyli we wszystkich lokalizacjach udzielania świadczeń.