Ogólnopolska Izba Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (projekt)
www.oizpp.pl e-mail: biuro@oizpp.pl

Warszawa, dn. 19.10.2025

PHU EBEN-HEZER Dariusz Popiński ul. Wasilkowska 12c 04-938 Warszawa NIP: 9521642875

Minister Zdrowia
Pani Jolanta Sobierańska-Grenda

ROLA PIELĘGNIAREK ZAAWANSOWANEJ PRAKTYKI (APN) W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ
jako element strategii wzmocnienia publicznej ochrony zdrowia w latach 2025–2027

---

1. Kontekst systemowy

Pani Minister wskazała w swoich planach na lata 2025-2027, że **podstawowa opieka zdrowotna (POZ)** ma być fundamentem systemu ochrony zdrowia. Celem strategicznym jest wzmocnienie opieki publicznej, poprawa dostępności i jakości świadczeń oraz zapewnienie stabilności systemu.

Porozumienie Zielonogórskie słusznie podkreśla, że rola lekarza rodzinnego w tym modelu jest kluczowa - jako koordynatora opieki i eksperta klinicznego. Jednakże, aby ten model mógł być utrzymany w warunkach rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, **konieczne jest wsparcie zespołów POZ przez pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN)**, które w wielu krajach przejęły część zadań diagnostyczno-terapeutycznych, szczególnie w grupach pacjentów o niskim i umiarkowanym ryzyku zdrowotnym.

---

2. Doświadczenia międzynarodowe i dane empiryczne

W krajach takich jak **Stany Zjednoczone, Kanada, Wielka Brytania, Holandia czy kraje skandynawskie**, pielęgniarki APN są integralną częścią zespołów POZ i realizują następujące zadania:

- samodzielne prowadzenie pacjentów z chorobami przewlekłymi o stabilnym przebiegu (np. nadciśnienie, cukrzyca typu 2, POChP, depresja, otyłość),
- ordynowanie leków według protokołów klinicznych,
- zlecanie badań diagnostycznych,
- kierowanie do specjalistów w uzasadnionych przypadkach,
- prowadzenie wizyt kontrolnych i bilansów zdrowia,
- edukacja zdrowotna i działania profilaktyczne,
- wstępna ocena stanu zdrowia pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy.

Model ten nie tylko poprawił dostępność do świadczeń, ale również **zmniejszył presję kadrową na lekarzy rodzinnych**, umożliwiając im skoncentrowanie się na pacjentach wysokiego ryzyka oraz na koordynacji bardziej złożonych procesów terapeutycznych.

---

3. Dowody ekonomiczne - analiza Razavi i wsp. (2021)

Badanie Razavi, O'Reilly-Jacob, Perloff i Buerhaus (2021) opublikowane w *Medical Care* dostarcza jednoznacznych dowodów na korzyści kosztowe związane z wykorzystaniem pielęgniarek APN w podstawowej opiece zdrowotnej:

- w populacjach **niskiego ryzyka** średni koszt opieki był **o 34% niższy** w przypadku pacjentów prowadzonych przez APN w porównaniu do lekarzy (PCNP vs. PCMD),
- w grupach **średniego ryzyka** różnica wynosiła **28%**,
- nawet w przypadkach **wysokiego ryzyka** koszty były o **21% niższe**, przy porównywalnych wynikach zdrowotnych.

Niższe koszty wynikały głównie z mniejszej liczby zlecanych badań i procedur oraz bardziej racjonalnego wykorzystania zasobów diagnostycznych. Co istotne, **jakość i wyniki leczenia były co najmniej równoważne**, a w niektórych obszarach - lepsze niż w grupach prowadzonych przez lekarzy.

Wnioski z tej analizy są spójne z wcześniejszymi metaanalizami, które wskazują, że **opieka realizowana przez pielęgniarki APN jest nie tylko tańsza, ale również skuteczna klinicznie i satysfakcjonująca dla pacjentów**.

---

4. Model integracji APN w POZ w Polsce - rekomendacje

Aby realizować priorytet Ministerstwa Zdrowia dotyczący wzmocnienia POZ i poprawy efektywności systemu, postulowane jest:

a) Utworzenie dualnego modelu opieki POZ:

- **Lekarze POZ** - koncentrują się na pacjentach złożonych, wielochorobowych, wysokiego ryzyka, wymagających koordynacji między specjalistami;
- **Pielęgniarki APN** - obejmują pacjentów niskiego i umiarkowanego ryzyka, prowadzą profilaktykę, monitorują leczenie chorób przewlekłych, realizują wizyty kontrolne i edukację.

b) Kontraktowanie świadczeń APN w POZ przez NFZ

Wprowadzenie odrębnego finansowania dla świadczeń realizowanych przez APN w ramach zespołu POZ. W USA i Wielkiej Brytanii takie świadczenia są wyceniane osobno, co pozwala na racjonalne planowanie i rozliczanie pracy zespołu.

c) Włączenie APN do programów opieki koordynowanej

Pielęgniarki zaawansowanej praktyki mogą być liderkami opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą (care manager), współpracując z lekarzem w zakresie decyzji klinicznych.

d) Rozwój kompetencji i rejestru APN

Niezbędne jest wprowadzenie ustawowego zawodu APN, rejestru praktykujących, standaryzacji programów kształcenia i jasnego zakresu odpowiedzialności.

---

5. Kontrargumenty i odpowiedź

Argument na rzecz wzmacniania lekarzy	Kontrargument - optymalizacja przez APN
Lekarz rodzinny ma pełną wiedzę kliniczną i powinien być centralną postacią POZ.	Zgoda - lecz nie oznacza to konieczności wykonywania przez lekarza wszystkich czynności klinicznych. Delegowanie zadań do APN umożliwia lekarzowi skupienie się na przypadkach złożonych i decyzjach strategicznych.
Rozszerzenie kompetencji APN może osłabić autorytet lekarza.	Doświadczenia z USA, Kanady i UK pokazują odwrotny efekt - poprawia się spójność zespołów i satysfakcja pacjentów, a autorytet lekarzy rośnie dzięki skoncentrowaniu na bardziej wymagających aspektach medycyny.
Zwiększenie liczby APN może wprowadzić chaos kompetencyjny.	Wręcz przeciwnie - jasne określenie kompetencji APN w ustawie i kontraktach NFZ uporządkuje zakres odpowiedzialności, zmniejszając nieporozumienia i ryzyko błędów.
Lekarze są lepiej przygotowani do oceny klinicznej.	W populacjach niskiego i umiarkowanego ryzyka różnice w wynikach klinicznych między lekarzami a APN są statystycznie nieistotne. Jakość opieki pozostaje porównywalna przy znacznie niższych kosztach.

6. Wnioski i postulaty

1. **Integracja APN w strukturach POZ** jest niezbędna dla osiągnięcia celów strategii MZ 2025–2027 w zakresie dostępności, efektywności i stabilności systemu.
2. **Koszty świadczeń POZ mogą zostać zredukowane o 28–34%**, przy zachowaniu jakości opieki i wysokiego poziomu satysfakcji pacjentów.
3. **Model APN-POZ** zwiększy liczbę dostępnych konsultacji, skróci czas oczekiwania, odciąży lekarzy i poprawi profilaktykę.
4. **Polska powinna przyjąć model dualny (lekarz + APN)**, stosowany w krajach OECD, który łączy profesjonalizm, dostępność i efektywność kosztową.

Z poważaniem,

Dariusz Popiński
Kierownik Projektu

Zespół Inicjatywy na rzecz Ustawowej Regulacji Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej w Polsce

Do wiadomości:

- **Prezydent Rzeczypospolitej Polski**
- **Prezes Rady Ministrów**