PRACA PRZEGLĄDOWA

Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu
www.monz.pl

BY-NC

Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce w latach 2021–2024: pierwsze doświadczenia

Coordinated care in primary health care in Poland in 2021–2024: first experiences

Przemysław Piotr Szetela[1,A–F]

[1] *Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Polska*
A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Szetela PP. Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce w latach 2021–2024: pierwsze doświadczenia. Med Og Nauk Zdr. doi: 10.26444/monz/206089

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) w Polsce formalnie pojawiła się stosunkowo niedawno, tj. 1 października 2021 roku. Od tego momentu coraz więcej świadczeniodawców POZ-u działających w tej części systemu ochrony zdrowia oferuje swoim pacjentom nowy model opieki. Poniżej zaprezentowane zostały dotychczasowe doświadczenia związane z wdrażaniem i funkcjonowaniem opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce w latach 2021–2024, ze szczególnym uwzględnieniem najistotniejszych barier w jej rozwoju.
Metody przeglądu. Artykuł przygotowano na bazie materiałów pozyskanych z elektronicznej bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) pt. „Przychodnie POZ realizujące opiekę koordynowaną" oraz przeglądu literatury dotyczącej opieki koordynowanej w polskim systemie ochrony zdrowia. Analizie poddano także obowiązujące regulacje prawne w powyższym zakresie w Polsce.
Opis stanu wiedzy. Wykorzystując dane z NFZ-u, przedstawiono aktualny stan rozwoju opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w poszczególnych województwach w Polsce. Skoncentrowano się przede wszystkim na liczbie dostępnych miejsc udzielania świadczeń dla pacjentów przez świadczeniodawców, którzy podpisali z NFZ-em umowę w zakresie udzielania świadczeń opieki koordynowanej z budżetu powierzonego w podstawowej opiece zdrowotnej.
Podsumowanie. Dotychczasowy stan wdrożenia i funkcjonowania opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce należy ocenić pozytywnie, zwłaszcza biorąc pod uwagę relatywnie niewielki czas od jej zaistnienia. Otrzymane wyniki wskazują na konieczność rozwiązania zidentyfikowanych barier w rozwoju opieki koordynowanej w Polsce.

Słowa kluczowe

podstawowa opieka zdrowotna, koordynator, opieka koordynowana, budżet powierzony

Abstract

Introduction and objective. Coordinated care in primary care in Poland formally emerged relatively recently, i.e. on 1st October 2021. Since then more and more Primary care providers (PCPs) operating in this part of the health care system have been offering the new care model to their patients. Presented below is the experience to date related to the implementation and operation of coordinated care in primary care in Poland in 2021–2024, with a special focus on the most significant barriers to its development.
Review methods. The article was prepared based on materials obtained from the National Health Fund (NFZ) electronic database of "Primary health care units providing coordinated care". Furthermore, a literature review was conducted of coordinated care in the Polish health care system. The applicable legal regulations in this field in Poland were also analyzed.
Abbreviated description of the state of knowledge. The current status of the development of coordinated care in primary care in each province in Poland is presented using data from the National Health Fund, NFZ. The focus was primarily on the number of places available to patients where such services are provided by providers who have signed a contract with the NFZ to provide coordinated care services financed from the budget entrusted in primary care.
Summary. The status to date of the implementation and operation of coordinated care in primary care in Poland should be assessed positively, especially given the relatively short time since its inception. The results obtained indicate the need to address the identified barriers to the development of coordinated care in Poland.

Key words

primary health care, coordinated care, coordinator, entrusted budget

✉ Adres do korespondencji: Przemysław Piotr Szetela, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków, Polska
E-mail: przemyslaw.szetela@uj.edu.pll

Nadesłano: 18.02.2025; zaakceptowano do publikacji: 9.06.2025; publikacja online: 25.06.2025

WSTĘP

Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) w Polsce pojawiła się stosunkowo niedawno, tj.

1 października 2021 roku [1]. Od początku istnienia ma ona charakter wyłącznie dobrowolny dla świadczeniodawców działających w podstawowej opiece zdrowotnej. Obecnie nie ma planów, aby ta forma sprawowania opieki nad pacjentem w tej części systemu ochrony zdrowia stała się dla świadczeniodawców POZ-u obligatoryjna. W ciągu zaledwie nieco ponad 3 lat od jej uruchomienia prawie 43% świadczeniodawców POZ-u w sposób dobrowolny zdecydowało się wdrożyć tego rodzaju opiekę dla swoich pacjentów (czyli podpisało z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy na świadczenie opieki koordynowanej we właściwych zakresach merytorycznych) [2]. Opieka koordynowana w POZ-ie obejmuje już niemal połowę dorosłej populacji w Polsce (48%) [3], tj. ponad 16 mln osób, co należy uznać za bardzo dobry wynik. Odsetek ten znacząco przekracza wstępne założenia Ministerstwa Zdrowia, co dowodzi, że opieka koordynowana w POZ-ie została doceniona nie tylko przez świadczeniodawców, ale i pacjentów oraz ich opiekunów. Ministerstwo Zdrowia szacowało, że po roku trwania programu opieki koordynowanej w POZ-ie ok. 10–15% świadczeniodawców będzie stosować nowy model opieki nad pacjentami [4].

GENEZA I ROZWÓJ OPIEKI KOORDYNOWANEJ W POZ-IE

Wdrożenie opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej na szeroką skalę w całej Polsce zostało poprzedzone zrealizowanym przez NFZ we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Bankiem Światowym pilotażem, trwającym od 1 sierpnia 2018 do 30 września 2021 roku (tzw. program POZ Plus, który był współfinansowany ze środków unijnych) [5]. Tuż po zakończeniu z sukcesem powyższego pilotażu zdecydowano się na wprowadzenie w całej Polsce nowego modelu świadczenia opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej. Proces wdrażania opieki koordynowanej w POZ-ie został zrealizowany w dwóch etapach i był dla świadczeniodawców POZ-u fakultatywny. Na etapie pierwszym („wąskim", profilaktycznym), realizowanym od 1 października 2021 roku, NFZ zaoferował świadczeniodawcom możliwość rozszerzenia ich istniejących umów z NFZ-em w rodzaju „podstawowa opieka zdrowotna" w sposób dobrowolny o usługi związane z opieką koordynowaną (tzw. „koordynacja opieki – zadania koordynatora") [1]. Rozszerzona umowa z płatnikiem przewidywała konieczność wyznaczenia tzw. koordynatora opieki (administracyjnego, profilaktycznego), którego działalność miała koncentrować się przede wszystkim na aktywnościach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Te placówki, które dotychczas zdecydowały się na uczestniczenie tylko w powyższym etapie rozwoju opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, nie oferują opieki koordynowanej w pełnym jej zakresie. Aby móc oferować opiekę koordynowaną w pełnym jej zakresie, należy zdecydować się – również dobrowolnie – na udział w kolejnym (drugim) etapie wdrażania opieki koordynowanej.

Na drugim etapie wdrażania opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, trwającym od 1 października 2022 roku, NFZ fakultatywnie zaoferował świadczeniodawcom POZ-u możliwość znacznego rozszerzenia zawartej z NFZ-em umowy dotyczącej „podstawowej opieki zdrowotnej" o dodatkowe usługi związane z opieką koordynowaną (tzw. „świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej", BPOK) [6]. Rozszerzenie powyższej umowy pozwala świadczeniodawcom POZ-u na realizowanie wyznaczonych przez NFZ świadczeń opieki koordynowanej, które są finansowane z przyznanego budżetu powierzonego. Pojawia się wówczas koordynator, którego obowiązkiem jest realizacja pełnego zakresu zadań przypisanych do tego rodzaju opieki. W istocie w opiece koordynowanej realizowanej w ramach POZ-u funkcjonować mogą więc dwa typy koordynatorów – w zależności od zakresu podpisanej z NFZ-em umowy na świadczenie opieki koordynowanej na rzecz pacjentów (koordynator profilaktyki oraz koordynator realizujący pełny zakres zadań opieki koordynowanej). NFZ wyodrębnił więc dwa odrębne przedmioty (zakresy merytoryczne) umów, odpowiednio: „koordynacja opieki – zadania koordynatora" oraz „świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej". Koordynacja opieki oraz świadczenia opieki koordynowanej stanowią zatem odrębne przedmioty umów w terminologii NFZ-u. Do zadań koordynatora opieki należy budowanie relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces profilaktyki, a w szczególności: a) promowanie profilaktyki, w tym wykonywania badań profilaktycznych przez świadczeniobiorców; b) ustalanie terminów realizacji badań profilaktycznych dla świadczeniobiorców z grupy osób w wieku powyżej 24. roku życia [1, 6].

Świadczeniodawcy POZ-u decydujący się na świadczenie opieki koordynowanej na rzecz swoich pacjentów w pełnym jej zakresie otrzymują od NFZ-u dodatkowy tzw. budżet powierzony (zadaniowy) na realizację zadań związanych z opieką koordynowaną dla wybranych kategorii pacjentów, nad którymi placówka POZ-u sprawuje opiekę. Rozszerzona opieka koordynowana skupia się obecnie przede wszystkim na osobach cierpiących na choroby przewlekłe, które stanowią największe obciążenie dla społeczeństwa w Polsce. Umowa z NFZ-em w zakresie „świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej" obejmuje świadczenia, które mogą być realizowane w pięciu następujących obszarach terapeutycznych (tzw. ścieżkach, grupach dziedzinowych): kardiologia, diabetologia, pulmonologia, endokrynologia i nefrologia (od 1 listopada 2023 roku) [7].

Od 1 lipca 2023 roku zdecydowano się również rozszerzyć opiekę koordynowaną w ramach budżetu powierzonego na populację pacjentów poniżej 18. roku życia objętych opieką przez danego świadczeniodawcę, na podstawie złożonych deklaracji wyboru (wcześniej ten rodzaj opieki w POZ-ie przeznaczony był tylko dla osób pełnoletnich). Zdecydowano się więc na znaczące rozszerzenie tej formy sprawowania opieki, uznając, iż z oferowanych świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej w uzasadnionych medycznie przypadkach powinny korzystać także dzieci. Ustawodawca, wprowadzając opiekę koordynowaną w obszarze POZ-u, w istocie poszerzył istniejący koszyk świadczeń gwarantowanych o świadczenia opieki koordynowanej oraz wskazał warunki ich realizacji [8]. W perspektywie kolejnych 3–5 lat opieką koordynowaną w POZ-ie mają docelowo zostać objęci wszyscy pacjenci w Polsce. Ministerstwo Zdrowia planuje zachęcać kolejnych świadczeniodawców POZ-u do dobrowolnego wdrażania opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Resort zdrowia planuje także dalsze systematyczne wprowadzanie kolejnych „ścieżek" dla pacjentów objętych opieką koordynowaną, m.in. w zakresie leczenia otyłości, zespołu bólowego grzbietu i wsparcia onkologicznego (tj. włączenie się w istniejącą od 2015 roku szybką terapię onkologiczną). Wsparcie dotychczasowej ścieżki

onkologicznej przez lekarza POZ-u ma polegać m.in. na monitorowaniu stanu zdrowia pacjenta w celu potwierdzenia, iż nie ma wznowy nowotworu oraz konieczności konsultacji u onkologa. Wsparcie ścieżki onkologicznej w POZ-ie wymagałoby jednak przyznania szerszych uprawnień lekarzom rodzinnych, m.in. prawa do kierowania pacjentów na badania z wykorzystaniem tomografu komputerowego czy też rezonansu magnetycznego, oraz wspierania procesu ambulatoryjnej czy też jednodniowej chemioterapii [9]. W kolejnych latach należy spodziewać się zatem dynamicznego rozwoju tego modelu sprawowania opieki nad pacjentami, a zatem tego, że obejmie on kolejne obszary medycyny.

Opieka koordynowana w POZ-ie – organizacja i zasady funkcjonowania

Opieka koordynowana w POZ-ie polega przede wszystkim na **znaczącym poszerzeniu dotychczasowych możliwości diagnostyki i leczenia** realizowanych przez lekarza rodzinnego, którymi objęci są pacjenci cierpiący na najczęstsze choroby przewlekłe. Lekarz POZ-u w sytuacjach uzasadnionych medycznie może skierować pacjentów na badania, na które do tej pory kierowani byli wyłącznie przez lekarzy specjalistów, m.in. z zakresu diabetologii, endokrynologii, kardiologii, pulmonologii lub nefrologii. Co więcej, lekarz rodzinny w POZ-ie może także korzystać ze wsparcia doświadczonych lekarzy specjalistów z danej dziedziny medycyny, wysyłając do nich na konsultacje swoich pacjentów (**konsultacja lekarz specjalista – pacjent**), bądź też samodzielnie się z nimi konsultując (**konsultacja lekarz POZ-u – lekarz specjalista**) zamiast wysyłać swoich pacjentów bezpośrednio do poradni specjalistycznych w AOS (Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna). Konsultacja lekarza POZ-u z lekarzem specjalistą może odbyć się przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (teleporada) [6]. Poza dodatkowymi możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi opieka koordynowana w POZ-ie wprowadza również zasady dotyczące sposobu sprawowania opieki nad pacjentami, które sprawiają, że pacjent ma docelowo otrzymać opiekę kompleksową, ciągłą, spersonalizowaną, zaplanowaną, elastyczną, nowoczesną, bezpieczną, zarządzaną, zintegrowaną, „współdzieloną" oraz skuteczną klinicznie i efektywną kosztowo.

Głównym założeniem opieki koordynowanej jest stworzenie możliwości kompleksowego leczenia pacjenta, szczególnie takiego, który cierpi na choroby przewlekłe, już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej: od diagnostyki, po badania specjalistyczne, farmakoterapię i monitorowanie jego stanu zdrowia. Istotnym produktem opieki koordynowanej jest również ciągłość sprawowanej opieki, którą należy rozpatrywać w wielu wymiarach (leczenia, relacji, informacji oraz organizacji) [10, 11]. U pacjentów, u których zdiagnozowano chorobę przewlekłą sklasyfikowaną jako jedną z pięciu wyróżnionych grup dziedzinowych objętych opieką koordynowaną w POZ-ie (tzw. programy *disease management*), lekarz rodzinny ma obowiązek raz w roku wykonywać tzw. **wizytę kompleksową**. Podczas tej wizyty lekarz wraz z pacjentem tworzy indywidualny, obejmujący 12 miesięcy plan leczenia (tzw. **IPOM**, **indywidualny plan opieki medycznej**) [6], który jest dostosowany do potrzeb i możliwości pacjenta, ale również do jego oczekiwań, preferencji i wartości. Jednym z wyróżników opieki koordynowanej jest wspólne podejmowanie decyzji (WPD) przez lekarza i pacjenta co do planu opieki medycznej oraz celów zdrowotnych. Opieka koordynowana postuluje więc włączenie pacjenta jako współdecydenta w proces opieki zdrowotnej [11]. Pacjent ma być traktowany jako świadomy partner w procesie leczenia, podobnie jak jego rodzina, opiekunowie czy też inni świadczeniodawcy zaangażowani w jego proces diagnostyczno-terapeutyczny. Badacze zwracają uwagę na to, że chorzy, ich rodziny, opiekunowie oraz ich społeczność stanowią także oddzielny, pełnoprawny poziom, który należy uwzględnić w koordynacji i zmianie postaw [12]. Opieka koordynowana jest więc opieką współdzieloną między różnymi poziomami, podmiotami i sektorami. Realizacja opieki koordynowanej wskazuje także na konieczność poprawy działań międzyresortowych w sektorze zdrowia, pomocy społecznej i edukacji [13].

Istotną rolę w opiece koordynowanej pełni IPOM, który w istocie jest rozpisanym w szczegółach spersonalizowanym planem opieki przygotowanym dla danego pacjenta, w ramach którego poza jedną główną (kompleksową) wizytą pacjenta u lekarza POZ-u (raz w roku) planuje się wizyty kontrolne – uzupełniające u lekarza POZ-u i konsultacje u specjalistów oraz badania. Liczba wizyt kontrolnych u lekarza POZ-u jest ściśle uzależniona od stanu zdrowia danego pacjenta i intensywności sprawowanego nadzoru, jakiego ten chory potrzebuje. W ramach opieki koordynowanej pacjentowi przysługują – w zależności od jego indywidualnych potrzeb zdrowotnych – konsultacje z lekarzem POZ-u oraz lekarzami specjalistami. Konsultacje te są nielimitowane. Natomiast liczba **porad edukacyjnych i konsultacji dietetycznych** jest ograniczona dla pacjenta łącznie do 9 w jednym roku kalendarzowym, przy czym ich struktura powinna być dostosowana do potrzeb zdrowotnych danego pacjenta (od 1 stycznia 2025 roku). Do 31 grudnia 2024 roku NFZ finansował tylko 3 konsultacje dietetyczne i 6 porad edukacyjnych dla pacjenta w ciągu jednego roku kalendarzowego [14]. IPOM co prawda jest dokumentem generowanym w formie elektronicznej, dostępnym na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) jako część elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta (EDM), niemniej jednak dobra praktyka wskazuje na potrzebę jego wydrukowania w celu przekazania w formie papierowej pacjentowi w czasie jego wizyty. IPOM w opiece koordynowanej stanowi podstawowe narzędzie wspomagające komunikację i koordynację wszystkich osób zaangażowanych w opiekę nad pacjentem. Leczenie pacjenta w opiece koordynowanej jest więc zaplanowane i oparte na spersonalizowanym indywidualnym planie opieki medycznej. Plan ten w trakcie jego realizacji może się zmienić w zależności od zmieniających się potrzeb zdrowotnych danego pacjenta, opieka koordynowana jest więc w swoich założeniach elastyczna [15].

Każdemu pacjentowi w opiece koordynowanej zostaje przypisany **koordynator**, który pilnuje, aby chory realizował przyjęty IPOM. Według NFZ-u do zadań koordynatora należy budowanie relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces koordynacji, a w szczególności:

1. Koordynacja obiegu dokumentacji medycznej pacjenta, w tym nadzór nad jej kompletnością.
2. Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu z pacjentem i jego rodziną podczas procesu leczenia.
3. Ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej, w tym profilaktyki i leczenia.
4. Komunikacja pomiędzy personelem administracyjnym a personelem medycznym zarówno podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony, jak i innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń.

5. Udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.
6. Analiza i udział w kwalifikowaniu pacjentów objętych opieką do grup poddanych odpowiednim interwencjom zdrowotnym.
7. Monitorowanie realizacji indywidualnych planów opieki medycznej [6].

Wymienione powyżej enumeratywnie zadania przypisane koordynatorowi są więc bardzo zróżnicowane i nie ograniczają się tylko do zarządzania grafikiem i przypominania pacjentowi o terminach jego wizyt. Koordynatora nie można postrzegać jako rejestratora medycznego. Fakt, że koordynator jest na pierwszej linii kontaktu z pacjentem, powinien być przez niego wykorzystany do prawidłowej identyfikacji i oceny potrzeb zdrowotnych pacjenta, a następnie odpowiedniego zarządzania jego potrzebami zgodnie z zasadą stosowności i substytucji [13]. Koordynator odgrywa więc kluczową rolę w koordynowanej opiece zdrowotnej [13]. Ma on stanowić istotne wsparcie informacyjne, administracyjne i organizacyjne w świadczeniu opieki koordynowanej. Koordynator ma być użytecznym przewodnikiem pacjenta po systemie, zapewniającym mu szybkie i płynne przechodzenie pomiędzy kolejnymi etapami opieki, w tym pomiędzy różnymi świadczeniodawcami oraz szczeblami systemu ochrony zdrowia. Problemy pacjenta powinny stać się problemami koordynatora, który powinien przyczynić się do ich rozwiązania [15]. Osoba ta ma reagować w przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości, np. niezrealizowania przez pacjenta zaleceń lekarskich, nieprawidłowych wyników pomiarów lub badań diagnostycznych (w tym celu powinna mieć dostęp do IPOM-u). Co więcej, praca koordynatora nie polega na biernym czekaniu na pacjenta, lecz na aktywnym nawiązywaniu kontaktu z nim w celu wdrożenia planów opieki medycznej i przyznaniu pacjentowi świadczeń profilaktycznych (zgodnie z koncepcją opieki zarządzanej i podejściem populacyjnym) [13]. Istotna rola opieki koordynowanej i koordynatora uwidacznia się również w kształtowaniu współodpowiedzialności pacjenta, w tym jego postaw dotyczących zdrowego stylu życia [16]. Uwzględniając dotychczasowe opinie pracodawców, treści programów kształcenia na uczelniach medycznych oraz literaturę międzynarodową dotyczącą roli koordynatora, autorzy badania dotyczącego jego kompetencji w POZ-ie [16] w 2024 roku syntetycznie zdefiniowali koordynatora zintegrowanej podstawowej opieki zdrowotnej jako osobę otwartą na zmiany i innowacje, skuteczną w komunikacji, potrafiącą efektywnie pracować w zespole interdyscyplinarnym, pełniącą rolę przewodnika i skupioną na potrzebach pacjenta [13]. Biorąc pod uwagę wielość, zróżnicowanie i ważność ww. zadań, można pokusić się nawet o nazwanie koordynatora swoistym menedżerem zdrowia (a nie tylko menedżerem choroby).

Warto również wyraźnie zaznaczyć, iż opieka koordynowana w POZ-ie nie koncentruje się tylko na osobach chorych, pomimo że można wyróżnić 5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych dla osób cierpiących na wyróżnione choroby przewlekłe (tzw. **programy *disease management***). Opieka koordynowana w swoich założeniach skupia się także na osobach zdrowych. Priorytetem dla tej formy sprawowania opieki jest utrzymywanie ludzi w zdrowiu – przez jak najdłuższy okres i na jak najwyższym możliwym poziomie – co bardzo dobrze oddaje nazwa Organizacja Podtrzymująca Zdrowie, będąca polskim tłumaczeniem angielskiej nazwy sztandarowej formy organizacyjnej opieki koordynowanej w USA, tj. Health Maintenance Organization (HMO). W centrum zainteresowania opieki koordynowanej znajdują się więc zarówno osoby chore, jak i zdrowe. Opieka koordynowana ukierunkowana jest na redukcję rzeczywistych potrzeb zdrowotnych oraz potrzeb korzystania z intensywnych (droższych) form opieki uzyskiwanej na wyższych szczeblach systemu zdrowotnego. Celem opieki koordynowanej jest sprawowanie nad pacjentem opieki w trybie planowym i systematycznym, co w ostatecznym rozrachunku okazuje się znacznie skuteczniejsze i tańsze od opieki realizowanej w trybie nagłym i ostrym [17]. Opieka koordynowana dąży również do jednoczesnego zwiększenia popytu na zdrowie i zmniejszenia popytu na świadczenia zdrowotne z obszaru medycyny naprawczej. W tak rozumianej filozofii opieki koordynowanej misją płatnika w ochronie zdrowia powinno być „kupowanie zdrowia" dla osób objętych opieką zamiast „kupowania świadczeń". Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, za filary opieki koordynowanej należy uznać takie obszary jak: **promocja zdrowia**, **profilaktyka chorób** i **edukacja zdrowotna**. Warto więc podkreślić, iż wdrażana dotychczas opieka koordynowana w POZ-ie nie koncentruje się tylko na osobach chorych przydzielonych do wybranych grup dziedzinowych, ale również na tych, które nie są uprawnione do wzięcia udziału w dotychczas wyróżnionych 5 programach typu *disease management*. Takie osoby również są szczególnym przedmiotem zainteresowania opieki koordynowanej w POZ-ie, której celem jest utrzymanie i rozwój ich kapitału zdrowia poprzez działania mające na celu wyposażenie ich we właściwe kompetencje zdrowotne, tj. wiedzę, umiejętności oraz pewność siebie w działaniach pozytywnie wpływających na ich stan zdrowia. Warto więc zauważyć, że jedną z głównych zasad koordynowanej opieki zdrowotnej jest aktywne zaangażowanie i wzmocnienie roli pacjenta, co przekłada się na uzyskiwanie efektów w systemie ochrony zdrowia w postaci satysfakcji pacjenta, personelu i świadczeniodawcy oraz efektywności finansowej [16]. Zgodnie z założeniami opieki koordynowanej jej celem jest m.in. to, aby pacjenci wzięli odpowiedzialność za swoje zdrowie, wykazywali postawy proaktywne (działali wyprzedzająco, a nie tylko w reakcji na bodziec – chorobę), koncentrowali się na zapobieganiu wystąpieniu choroby, minimalizowaniu jej wpływu oraz opóźnianiu postępu. W tym celu lekarz POZ-u wraz z całym zespołem, jak również koordynatorem są zobowiązani do świadczenia usług z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społecznych, edukowania beneficjentów opieki na temat odpowiedzialności za własne zdrowie, oraz kształtowania świadomości zdrowotnej [16]. Co więcej, profesjonalny koordynator nie tylko zarządza grafikiem, umawia wizyty i przypomina o nich pacjentom, ale również, co zostało wskazane powyżej (pkt. 6), zajmuje się „analizą i udziałem w doborze populacji pacjentów objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych". Koordynator powinien zatem zajmować się również **dyspanseryzacją** oraz **stratyfikacją** pacjentów. Dyspanseryzacja polega na wyodrębnieniu z pewnej całości jednorodnych grup (subpopulacji) wymagających szczególnej opieki medycznej (tj. subpopulacji chorej lub zagrożonej danymi czynnikami ryzyka). Natomiast stratyfikacja polega na podziale tych grup na warstwy według ciężkości stanu klinicznego (tj. zidentyfikowanie i rozdzielenie grup) [11]. Takie postępowanie pozwala nie tylko poznać populację, którą się zarządza, ale również wdrożyć odpowiedni plan profilaktyczno-terapeutyczny, dobrze

dostosowany pod względem intensywności do rzeczywistych potrzeb klinicznych i socjalnych pacjentów, nad którymi sprawuje się opiekę. W opiece koordynowanej w POZ-ie powinno się więc wyróżnić nie tylko grupy pacjentów dotkniętych danymi jednostkami chorobowymi, ale również grupy osób zdrowych (np. bez czynników ryzyka, jak i z czynnikami ryzyka), a następnie podjąć w odniesieniu do każdej z wyróżnionych grup odpowiednie interwencje z zakresu medycyny naprawczej bądź profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Wprowadzenie nowego modelu opieki nad pacjentami w POZ-ie w sposób dobrowolny i ewolucyjny (a nie narzucony i rewolucyjny) wymaga od świadczeniodawców nowych standardów organizacyjnych i medycznych, które prowadzą do **integracji** i **koordynacji** poszczególnych etapów opieki nad pacjentem. Koordynacja i integracja w ochronie zdrowia są postrzegane jako rozwiązania systemowe w podejściu do organizowania i dostarczania opieki zdrowotnej, uznające prymat holistycznego spojrzenia na pacjenta i jego wyniki zdrowotne („pacjentocentryzm"). Zmiana organizacji działania wymaga od osób zarządzających oraz od personelu medycznego właściwego przygotowania oraz akceptacji wdrożonych zmian (nowych ról i obowiązków), a w niektórych przypadkach nawet zmiany dotychczasowego sposobu myślenia. Świadczeniodawcy w ramach opieki koordynowanej powinni tworzyć sieci, pracować w interdyscyplinarnych zespołach, wymieniać się informacjami i doświadczeniami, inwestować w systemy informacyjne i nowoczesne rozwiązania, m.in. z dziedziny IT i telemedycyny, oraz stosować się do narzuconych schematów postępowania w postaci ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych, co w niektórych przypadkach mogą odczytywać jako zamach na ich autonomię w podejmowaniu decyzji klinicznych, a nie narzędzie wykorzystywane w sposób świadomy przez instytucję opieki koordynowanej, aby zrealizować swoje cele (tzw. *triple aim*).

Wskazane powyżej rozwiązania funkcjonujące w ramach opieki koordynowanej w POZ-ie, tj. m.in. instytucja koordynatora, wizyta kompleksowa, IPOM, dodatkowe narzędzia diagnostyczne, programy typu *disease management*, koncentracja na pacjentach i wynikach leczenia, wspieranie się konsultacjami z lekarzami specjalistami, stworzyły świadczeniodawcom POZ-u możliwość zaplanowania leczenia – w sposób kompleksowy i ciągły – tego „trudniejszego" pacjenta w POZ-ie i przekonania go, że nie ma żadnego medycznego uzasadnienia dla korzystania z opieki w ramach AOS, skoro może on uzyskać ją w sposób szybki i skuteczny już w ramach podstawowej opiece zdrowotnej. Powyższe zasady, narzędzia i rozwiązania stosowane w opiece koordynowanej w POZ-ie należy rozpatrywać w sposób całościowy, gdyż ich wdrożenie w sposób spójny, przemyślany i systemowy jest podstawowym wyróżnikiem opieki koordynowanej, w odróżnieniu od zastosowania poszczególnych elementów w sposób odrębny od siebie, bez tworzenia z nich przemyślanej całości i wykorzystania efektu synergii.

Finansowanie opieki koordynowanej w POZ-ie

Opieka koordynowana realizowana w węższym zakresie przez świadczeniodawców POZ-u, którzy zdecydowali się na podpisanie z NFZ-em umowy tylko w zakresie przedmiotowym „koordynacja opieki – zadania koordynatora", jest finansowana w ramach stawki kapitacyjnej ustanowionej dla koordynatora, który realizuje przypisane mu zadania. W chwili obecnej stawka kapitacyjna dla koordynatora wynosi 7,56 zł na rok, tj. 63 grosze na miesiąc. Zaleca się, aby czas pracy koordynatora profilaktyki kalkulować według zasady, aby 1/2 etatu przypadało na każde 5 tys. pacjentów (stawka wynosi zatem 3 150 zł miesięcznie na pół etatu przeliczeniowego na pracownika) [18]. Liczbę osób objętych opieką koordynatora oblicza się na podstawie deklaracji wyboru lekarza POZ-u z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 24. roku życia [6]. Warto zaznaczyć, iż ostateczną wysokość wynagrodzenia koordynatora ustala jego pracodawca.

Natomiast opieka koordynowana realizowana w szerszym zakresie przez świadczeniodawców POZ-u, którzy zdecydowali się na podpisanie z NFZ-em umowy w zakresie przedmiotowym „świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej", jest finansowana ze specjalnego, dodatkowego zadaniowego budżetu powierzonego, który podmiot wykonujący działalność leczniczą otrzymuje od NFZ-u („budżet powierzony opieki koordynowanej") [6]. W tym szerszym zakresie opieki koordynowanej również funkcjonuje koordynator, który jest finansowany w ramach nieco wyższej stawki kapitacyjnej niż koordynator profilaktyki. Wysokość stawki kapitacyjnej dla koordynatora opieki w budżecie powierzonym opieki koordynowanej korygowana jest współczynnikiem 1,25 dla świadczeniobiorców z grupy wiekowej osób powyżej 18. roku życia. W konsekwencji dla koordynatora realizującego pełny zakres usług ustalono stawkę kapitacyjną na poziomie 9,45 zł na rok, tj. 79 groszy na miesiąc. Zaleca się, aby na tego rodzaju koordynatora przypadało nie więcej niż 5 tys. pacjentów w ramach 1 pełnego etatu (tj. ok. 3 950 zł miesięcznie na cały etat przeliczeniowy na pracownika) [7, 18]. Warto podkreślić, iż mając w ramach umowy w POZ-ie koordynatora zajmującego się programami profilaktycznymi oraz koordynatora w ramach opieki koordynowanej w pełnym jej zakresie, nie można rozliczyć jednocześnie dwóch stawek kapitacyjnych. Rozliczenie stawki na koordynatora profilaktyki oraz stawki na koordynatora opieki jest alternatywne [19]. Budżet powierzony na opiekę koordynowaną (od 1 października 2022 roku) jest więc de facto już drugim budżetem powierzonym dla świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej, obok tzw. budżetu powierzonego diagnostycznego na badania laboratoryjne, który został wprowadzony 1 lipca 2022 roku (nowelizacja rozporządzenia „koszykowego") [7]. Środki finansowe dostępne w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego są określane dla każdego świadczeniodawcy indywidualnie i przeznaczane są na finansowanie badań diagnostycznych, które nie są finansowane przez NFZ w ramach stawki kapitacyjnej dla lekarza POZ-u; podobna formuła ma zastosowanie w przypadku budżetu powierzonego na zadania związane z opieką koordynowaną. Wprowadzenie rozszerzonego pakietu badań diagnostycznych, na które kierowali pacjentów dotąd lekarze specjaliści, oraz opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej jest dobrym przykładem „odwracania piramidy świadczeń" w ochronie zdrowia. Proces ten polega na tworzeniu warunków prawno-organizacyjnych sprzyjających przenoszeniu ciężaru realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego na ambulatoryjne (przede wszystkim w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej) bez negatywnych konsekwencji dla pacjentów. Powyższe działania przyczyniają się do zmiany struktury udzielanych świadczeń na korzyść trybu ambulatoryjnego oraz eliminują bodźce do udzielania świadczeń diagnostycznych i leczniczych na wyższych (droższych) szczeblach systemu ochrony zdrowia [20].

Co więcej, od 1 lipca 2023 roku poradnie POZ-u otrzymują specjalny dodatek kwotowy za tzw. wielochorobowość w grupach dziedzinowych, wynoszący od ponad 18 do 45 zł niezależnie od stawki kapitacyjnej (1 kwietnia 2025 roku dodatek ten został zwaloryzowany o 5,6%) [21, 22]. Rozwiązanie to ma docelowo wzmocnić opiekę nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, zastępując dotychczasowy wskaźnik korygujący 3,2 w tej szczególnej grupie pacjentów w POZ-ie. Dodatek za wielochorobowość przysługuje za każdą grupę chorobową z zakresu: diabetologii, kardiologii, endokrynologii, pulmunologii oraz nefrologii. Wysokość powyższego dodatku wypłacanego po każdym okresie sprawozdawczym jest uzależniona od liczby chorób przewlekłych, z którymi zmaga się dany pacjent [21]. Jego sumaryczna wysokość zależy zatem od liczby grup dziedzinowych, a nie od liczby chorób, na które cierpią poszczególni pacjenci. Co więcej, warunkiem jego otrzymania jest konieczność udzielania pacjentowi przez lekarza POZ-u porady z powodu choroby przewlekłej nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy. Ponadto przyznanie pacjentowi świadczenia z zakresu AOS z powodu danej choroby z grupy dziedzinowej powoduje wstrzymanie dodatku chorobowego w tej grupie na kolejny rok, licząc od daty udzielenia świadczenia w ramach AOS [23].

Warto również zaznaczyć, iż od 1 stycznia 2023 do 30 czerwca 2025 roku za „nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia", tj. realizację jednego z podstawowych zadań koordynatora (pkt 2), NFZ wypłaca świadczeniodawcy POZ-u dodatkowo miesięczny ryczałt. Zgodnie z następującymi zasadami rozliczenia:

1. Świadczeniodawca, u którego zadeklarowana populacja w grupie wiekowej powyżej 18. roku życia nie przekracza 5 tys. osób, otrzymuje ryczałt miesięczny w wysokości 7 292,86 zł (od 1 stycznia 2025 roku, wcześniej były to kwoty nieco niższe, odpowiednio 6 921,85 zł i 6 500 zł).
2. Świadczeniodawca, u którego zadeklarowana populacja w grupie wiekowej powyżej 18. roku życia przekracza 5 tys. osób, otrzymuje ryczałt miesięczny, o którym mowa powyżej, oraz dodatkowo za każdą osobę powyżej 5 tys. osób z grupy wiekowej powyżej 18. roku życia wartość stawki kapitacyjnej dla koordynatora („koordynacja opieki – zadania koordynatora"), która jest zwiększana o 25% [18, 24, 25].

Powyższa zachęta dla świadczeniodawców POZ-u do wejścia w opiekę koordynowaną jest wynikiem kompromisu zawartego w 2022 roku między NFZ-em a poradniami POZ-u zrzeszonymi w Federacji Porozumienie Zielonogórskie.

Należy również zwrócić uwagę, iż NFZ realizuje projekt mający na celu dalszy rozwój opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej pt. „Opieka koordynowana w POZ", współfinansowany przez Unię Europejską. Projekt ten skierowany jest do placówek medycznych, które zawarły umowę na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach budżetu powierzonego lub planują podpisanie takiej umowy w trakcie trwania projektu. Projekt „Opieka koordynowana w POZ" będzie realizowany do 31 grudnia 2027 roku. Jego budżet wynosi 121,63 mln zł i pochodzi z dwóch źródeł: z funduszy europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (100,37 mln zł) oraz z dotacji celowej z budżetu państwa (21,26 mln zł). Celem projektu jest poprawa zarządzania świadczeniami zdrowotnymi w zakresie organizacji opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Projekt koncentruje się na: (1) podniesieniu kompetencji personelu medycznego w obszarze opieki koordynowanej (planuje się przeszkolenie personelu z ok. 1500 placówek POZ-u); (2) zintegrowaniu różnych form opieki zdrowotnej; (3) poprawie dostępu pacjentów do kompleksowych usług medycznych. Dzięki projektowi jego uczestnicy zyskają nową wiedzę, umiejętności i kompetencje, które pomogą im skutecznie wprowadzać model opieki koordynowanej. Powyższe wsparcie jest kierowane przede wszystkim do małych placówek z ograniczonym personelem, znajdujących się na obszarach wiejskich lub w regionach, gdzie dostęp do lekarzy specjalistów jest utrudniony [26].

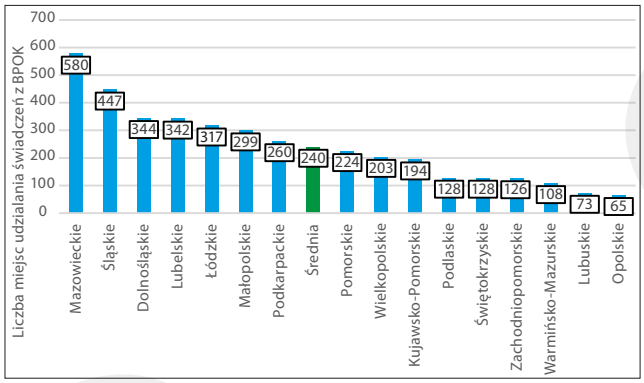
Opieka koordynowana w POZ-ie – statystyki

Lata 2023 i 2024 były pierwszymi pełnymi latami kalendarzowymi, w których obowiązywała w Polsce opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej w pełnym, rozszerzonym zakresie (tj. „świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej", a nie tylko w ramach produktu NFZ-u „koordynacja opieki – zadania koordynatora"). Spośród wszystkich świadczeniodawców wykonujących działalność leczniczą w podstawowej opiece zdrowotnej ok. 43% zdecydowało się w sposób dobrowolny podpisać z NFZ-em umowę na realizację opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Dotychczasową liczbę świadczeniodawców POZ-u, którzy oferują swoim pacjentom opiekę koordynowaną, należy ocenić pozytywnie, gdyż wstępne szacunki ekspertów wskazywały na znacznie mniejszy odsetek świadczeniodawców POZ-u zainteresowanych rozszerzeniem dotychczas realizowanego przez nich zakresu usług w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Poniżej przedstawiono statystyki dotyczące liczby miejsc, w których udzielane są pacjentom świadczenia przez świadczeniodawców POZ-u, którzy podpisali z NFZ-em umowy w zakresie udzielania świadczeń opieki koordynowanej z budżetu powierzonego w podstawowej opiece zdrowotnej. Dane te lepiej oddają zakres funkcjonowania opieki koordynowanej w poszczególnych województwach oraz całym kraju aniżeli liczba świadczeniodawców, gdyż jeden świadczeniodawca może zarejestrować kilka miejsc udzielania świadczeń w Polsce. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w POZ-ie w Polsce to ok. 6200, natomiast liczba miejsc udzielania przez nich świadczeń to ok. 9 tys. [2].

Najwięcej miejsc udzielania świadczeń (ponad 300) z budżetu powierzonego opieki koordynowanej przez świadczeniodawców POZ-u występuje w woj. mazowieckim – 580, śląskim – 447, dolnośląskim – 344 oraz lubelskim i łódzkim, odpowiednio 342 i 317. W całym kraju jest 3838 miejsc udzielania świadczeń z budżetu powierzonego opieki koordynowanej, zaś liczba wszystkich miejsc w Polsce, w których świadczeniodawcy POZ-u oferują pacjentom podstawową opiekę zdrowotną finansowaną przez NFZ, to 8962 (rys. 1).

Nie każdy świadczeniodawca POZ-u, który realizuje opiekę koordynowaną, oferuje swoim pacjentom pełny pakiet świadczeń zawierający wszystkie dostępne ścieżki dziedzinowe. Informację na ten temat można pozyskać, np. korzystając z portalu koordynowana.nfz.gov.pl [2].

W ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej w 2023 roku rozliczono 2 168 361 świadczeń o wartości 220 434 784 zł. Większości spośród prawie 600 tys. pacjentów zakwalifikowanych do danej grupy dziedzinowej w 2023 roku udzielono porady edukacyjnej (64%), natomiast poradę



Rysunek 1. Liczba miejsc udzielania przez świadczeniodawców POZ-u świadczeń w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w poszczególnych województwach w Polsce (stan na 1.01.2025)
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ-u, [2]

dietetyczną zrealizowano u 21% populacji włączonej do grup dziedzinowych [27].

Tabela 1 przedstawia świadczenia udzielane przez świadczeniodawców POZ-u w 2023 roku z budżetu powierzonego opieki koordynowanej przeznaczonego na wykonywanie badań (tzw. top 10 badań); w 2024 roku ich struktura nie uległa znaczącej zmianie.

Tabela 1. Liczba świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w 2023 roku w Polsce

Lp.	Badanie	Liczba badań
1.	Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)	88 301
2.	Echo serca przezklatkowe	68 036
3.	Holter EKG 24 (24-godzinna rejestracja EKG)	41 806
4.	UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu)	39 563
5.	BNP (NT-pro-BNP)	21 176
6.	Anty-TPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)	19 217
7.	Anty-TG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie)	15 407
8.	USG Doppler tętnic szyjnych	12 917
9.	Albuminuria (stężenie albumin w moczu)	11 219
10.	Anty-TSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)	6 811

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ, [27].

Świadczeniodawcy POZ-u w ramach opieki koordynowanej dobrowolnie mogą zdecydować się na realizację od jednej do nawet 5 dostępnych „ścieżek" opieki dla pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe w ramach wyróżnionych obszarów terapeutycznych (tzw. grup dziedzinowych). Okazuje się, iż największy odsetek świadczeniodawców realizujących opiekę koordynowaną w POZ-ie (tj. 35%) zdecydował się na zaoferowanie swoim pacjentom pięć grup dziedzinowych jednocześnie, kolejne miejsce w tak skonstruowanym rankingu zajęli świadczeniodawcy POZ-u oferujący swoim pacjentom jednocześnie cztery grupy dziedzinowe (tj. 24%). Świadczeniodawcy POZ-u dążą więc do poszerzenia spektrum dotychczas oferowanych usług, podniesienia ich jakości oraz zapewnienia kompleksowości ich realizacji bez względu na jednostkę chorobową, na którą cierpią osoby w populacji, nad którą sprawują opiekę. Natomiast odsetek świadczeniodawców POZ-u, którzy zdecydowali się wybrać jedną (13,9%), dwie (13,5%) lub trzy grupy dziedzinowe (13,9%) dla swoich pacjentów, wynosił po ok. 14%. Zdecydowana większość z tych świadczeniodawców POZ-u będzie dążyła w kolejnych miesiącach do rozszerzenia swojej oferty dla pacjentów o kolejne już dostępne „ścieżki" opieki. Wdrażanie opieki koordynowanej w POZ-ie odbywa się więc najczęściej w sposób ewolucyjny („krok po kroku") (tab. 2).

Tabela 2. Liczba miejsc udzielania pacjentom świadczeń przez świadczeniodawców POZ-u w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce (stan na 1.01.2025)

	Liczba miejsc udzielania świadczeń w BPOK w POZ-ach realizujących	%
5 grup dziedzinowych	1342	35,0
4 grupy dziedzinowe	910	23,7
3 grupy dziedzinowe	532	13,9
2 grupy dziedzinowe	519	13,5
1 grupa dziedzinowa	535	13,9
Ogółem	3 838	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ, [2]

Odsetek świadczeniodawców POZ-u (35%), którzy oferują pełny zakres opieki koordynowanej we wszystkich dotychczas wyróżnionych obszarach terapeutycznych, należy uznać za relatywnie wysoki, biorąc pod uwagę, iż piąta grupa dziedzinowa (nefrologia) została uruchomiona stosunkowo niedawno, tj. 1 listopada 2023 roku [28]. Świadczeniodawcy POZ-u w ramach opieki koordynowanej mają możliwość objęcia opieką nefrologiczną swoich pacjentów od nieco ponad roku. Spośród wszystkich miejsc udzielania świadczeń przez świadczeniodawców POZ-u w ramach BPOK, w których realizowano tylko jedną grupę dziedzinową (535), najczęściej wybierana była ścieżka kardiologiczna (49%) oraz diabetologiczna (26%), natomiast najrzadziej podmioty wykonujące działalność leczniczą w tym zakresie decydowały się realizować świadczenia w obszarze endokrynologii (6%) i nefrologii (2%) (tab. 3).

Tabela 3. Liczba miejsc udzielania pacjentom świadczeń przez świadczeniodawców POZ-u z realizacją 1 grupy dziedzinowej w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce (stan na 1.01.2025)

	Liczba miejsc udzielania świadczeń w BPOK w ramach 1 grupy dziedzinowej w POZ-ie	%
Grupa dziedzinowa kardiologia	264	49,3
Grupa dziedzinowa diabetologia	138	25,8
Grupa dziedzinowa endokrynologia	33	6,2
Grupa dziedzinowa pulmonologia	91	17,0
Grupa dziedzinowa nefrologia	9	1,7
Ogółem	535	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ, [2]

Biorąc pod uwagę wszystkie miejsca udzielania świadczeń w ramach BPOK dla pacjentów przez świadczeniodawców POZ-u i wszystkie wyróżnione dotychczas obszary terapeutyczne, należy wskazać, iż największą popularnością (ponad 80%) cieszą się kardiologia oraz diabetologia. W ponad 80% miejsc, w których oferowane są pacjentom świadczenia w BPOK, realizowane są właśnie te grupy dziedzinowe, odpowiednio 87% i 82% (tab. 4).

Tabela 4. Liczba miejsc udzielania świadczeń dla pacjentów przez POZ-y, które zawarły umowę z NFZ-em w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej w podziale na grupy dziedzinowe w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce (stan na 1.01.2025)

Grupa dziedzinowa	Liczba miejsc udzielania świadczeń w BPOK w POZ-ie	%
Kardiologia	3 345	87,2
Diabetologia	3 146	82,0
Pulmonologia	2 754	71,8
Endokrynologia	2 635	68,7
Nefrologia	1 639	42,7
Ogółem	3 838	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ, [2]

Bariery w rozwoju opieki koordynowanej w POZ-ie

Dotychczasowe doświadczenia z wdrażaniem i funkcjonowaniem opieki koordynowanej w POZ-ie pozwalają na zidentyfikowanie następujących najważniejszych problemów, które wymagają pilnego rozwiązania:

- Najważniejszą barierą, która zniechęca świadczeniodawców do wdrażania opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, są **trudności w pozyskiwaniu podwykonawców/ partnerów medycznych (specjalistów medycznych)**, którzy w sprawowaniu opieki nad osobami chorymi przewlekle są niezbędni. W niektórych regionach w Polsce trudno zaleźć podwykonawców medycznych, którzy zdecydują się na wykonywanie badań czy konsultacji za kwoty, jakie oferuje obecnie NFZ w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej. Bez spełnienia tego obowiązku nie jest możliwe podpisanie umowy z NFZ-em oraz realizowanie opieki koordynowanej w pełnym jej zakresie. Problem ten dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które nie posiadają w swoich zasobach kadrowych wymaganych specjalistów z określonych dziedzin medycznych. Opieka koordynowana obliguje ich do zapewnienia pacjentom opieki kompleksowej poprzez właściwą koordynację opieki. Wskazuje się często na brak wystarczającego wsparcia ze strony NFZ-u i Ministerstwa Zdrowia w zakresie organizacji współpracy z wymaganymi specjalistami medycznymi. Pewnym rozwiązaniem powyższego problemu, oprócz znacznie większego zaangażowania NFZ-u i Ministerstwa Zdrowia w organizację procesu nawiązywania współpracy świadczeniodawców POZ-u z potencjalnymi podwykonawcami, byłaby również możliwość pozyskania takiego podwykonawcy (partnera) w większym zakresie w formule zdalnej. Warto rozważyć także możliwość wykorzystania w szerszym zakresie w uzasadnionych przypadkach tzw. e-konsylium.
- Świadczeniodawcy często nie decydują się na podpisanie umów na realizację opieki koordynowanej w POZ-ie, ponieważ nie chcą brać na siebie **nowych dodatkowych obowiązków** związanych z opieką koordynowaną (przede wszystkim tych o charakterze administracyjnym), uznając, iż są już wystarczająco obciążeni dotychczasowymi obowiązkami. Zasadne byłoby więc przeprowadzenie odpowiednich szkoleń, które uświadomiłyby świadczeniodawcom POZ-u, że opieka koordynowana przewiduje pojawienie się koordynatora administracyjnego (organizacyjnego), który ma w istocie odciążyć lekarzy m.in. w obowiązkach biurokratycznych, co pozwoli im skupić się w większym stopniu na diagnozowaniu i leczeniu pacjentów. Poszerzenie wiedzy, kompetencji i umiejętności personelu POZ-u w zakresie organizacji i funkcjonowania opieki koordynowanej oraz upowszechnienie dobrych praktyk w tym zakresie wydaje się więc niezbędne.
- Istotnym problemem jest także relatywnie **niski poziom finansowania** opieki koordynowanej w POZ-ie przez NFZ. Dotyczy to nie tylko niskiej wyceny badań, konsultacji i porad, ale również wyznaczonego poziomu stawki kapitacyjnej dla koordynatora (7,56 zł na rok, tj. 63 groszy na miesiąc dla koordynatora opieki oraz 9,45 zł, tj. ok. 79 groszy na miesiąc dla koordynatora realizującego pełny zakres zadań opieki koordynowanej) [18, 22]. W praktyce bardzo trudno pozyskać profesjonalnych koordynatorów za oferowane przez NFZ stawki, co skutkuje tym, iż ta prestiżowa i odpowiedzialna rola zostaje zwykle przydzielona jako dodatkowe zadanie osobom już zatrudnionym w danym podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, należy stwierdzić, iż NFZ nie powinien oszczędzać na opiece koordynowanej w POZ-ie, bowiem środki finansowe przeznaczone (zainwestowane) w opiekę koordynowaną na tym szczeblu opieki nad pacjentami to oszczędność środków finansowych na innych (wyższych) piętrach systemu zdrowotnego. Tańsze jest udzielenie skutecznej pomocy pacjentowi w POZ-ie niż skierowanie go w tym celu do AOS lub szpitala. Wstępne oceny dotyczące funkcjonowania opieki koordynowanej w POZ-ie wskazują na występowanie trendu spadkowego polegającego na tym, iż pacjenci objęci opieką koordynowaną rzadziej korzystają z AOS. Dane NFZ-u wskazują także na to, że opieka koordynowana hamuje zjawisko transferu pacjentów z sektora publicznego do prywatnego. Publiczny płatnik nie ma jeszcze danych, na ile jej wdrożenie przełożyło się na zmniejszenie liczby hospitalizacji [29]. W konsekwencji zasadne byłoby znaczące zwiększenie poziomu finansowania opieki koordynowanej w POZ-ie oraz postrzeganie wydatków na ten cel jako inwestycji.
- **Brak odpowiedniego sprzętu i dostępności badań w przypadku niektórych świadczeniodawców POZ-u**, które pozwoliłyby zaoferować opiekę koordynowaną. Ten problem dotyczy zwłaszcza małych świadczeniodawców POZ-u, działających na obszarach słabiej rozwiniętych gospodarczo, obszarach wiejskich i terenach o mniejszej gęstości zaludnienia. Rozwiązaniem powyższego problemu oraz jednocześnie zachętą do oferowania opieki koordynowanej w POZ-ie dla ww. świadczeniodawców jest udzielenie im znaczącego wsparcia finansowego w postaci grantów inwestycyjnych na ich rozwój. Bardzo dobrym przykładem takiego wsparcia jest realizowany od sierpnia 2024 roku przez NFZ projekt pt. „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)", którego wartość określona została na 1,250 mld zł (996 mln zł z funduszy europejskich FEnIKS i 254 mln zł z dotacji celowej budżetu państwa). Jest to jak dotąd największy projekt grantowy dla świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej. Udział w programie może wziąć każdy podmiot prowadzący działalność leczniczą, który zawarł z NFZ-em umowę o udzielanie świadczeń w ramach POZ-u, ale dodatkowe punkty można uzyskać za obecność w opiece koordynowanej. Wysokość dotacji jest uzależniona od wielkości POZ-u i obejmuje następujące kwoty: (1) mały podmiot (do 5 tys. zapisanych pacjentów na liście aktywnej) – 300 tys. zł; (2) średni podmiot (od 5 001 do 10 tys. zapisanych pacjentów na liście aktywnej) – 450 tys. zł; (3) duży podmiot (powyżej 10 tys. zapisanych pacjentów na liście aktywnej) – 600 000 zł. Warto również

zaznaczyć, iż otrzymywana w ramach powyższego projektu dotacja bezzwrotna pokrywa 100% kosztów planowanych inwestycji. Oznacza to, że świadczeniodawcy POZ-u nie muszą dokładać żadnych własnych środków finansowych. Program daje więc istotne wsparcie finansowe, stwarzając możliwość rozwoju podmiotom POZ-u, które uczestniczą w opiece koordynowanej, oraz tym, które dopiero aspirują do wdrożenia tego nowego modelu sprawowania opieki nad pacjentami. Zgodnie z założeniami projektu otrzymana przez świadczeniodawców POZ-u kwota wsparcia finansowego może zostać przeznaczona na zakupu sprzętu medycznego i wyposażenia wspomagającego udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz sprzętu i oprogramowania teleinformatycznego, a także wykonania robót budowlanych w celu dostosowania podmiotów do świadczenia nowych funkcji zdrowotnych, takich jak podstawowa opieka fizjoterapeutyczna, rozszerzony zakres diagnostyki, opieka koordynowana, opieka dietetyka i edukacja zdrowotna [30]. Jeśli więc relatywnie niewielkie podmioty POZ-u będą miały możliwość pozyskania sprzętu i w konsekwencji przeprowadzania określonej diagnostyki z zakresu opieki koordynowanej na miejscu, a następnie przekazywania jej do interpretacji współpracującym z nimi specjalistom, dostęp do takich badań zdecydowanie się zwiększy. Natomiast świadczeniodawcy POZ-u, którzy już realizują opiekę koordynowaną, będą mieli sposobność rozszerzać dotychczasową ofertę dla pacjentów o nowe ścieżki w ramach opieki koordynowanej. Zatem wszelkie projekty służące wzmacnianiu opieki koordynowanej w POZ-ie są ze wszech miar słusznym rozwiązaniem. Pierwszy nabór wniosków w ramach powyższego projektu NFZ uruchomił na początku sierpnia 2024 roku, przy czym wnioski można było składać do 23 września 2024 roku. Złożono 2499 wniosków i w efekcie 1862 świadczeniodawców POZ-u z całej Polski otrzymało środki finansowe na rozwój (łącznie 694,66 mln zł). Na wrzesień 2025 zaplanowano uruchomienie kolejnego, drugiego już naboru w ramach realizowanego projektu. Środki grantowe dla POZ-u w ramach Funduszy Europejskich FEnIKS będą dostępne do czerwca 2028 roku [31].

- **Problemy z płaceniem przez NFZ za nadwykonania**, które zniechęcają świadczeniodawców do oferowania tej formy opieki w POZ-ie. W praktyce świadczeniodawcy POZ-u najczęściej przyjmują więcej pacjentów w ramach opieki koordynowanej, niż wynika to z podpisanych z NFZ-em umów. Ta sytuacja wbrew pozorom jest korzystna dla NFZ-u, ponieważ koszt badania i leczenia w ramach opieki koordynowanej POZ-u jest niższy niż w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Dlatego też, pomimo obecnego kryzysu finansowego NFZ-u, priorytetem powinno być zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach której pacjent uzyskuje opiekę szybciej i taniej oraz bliżej miejsca zamieszkania. Jeszcze raz należy podkreślić, iż środki finansowe zainwestowane w opiekę koordynowaną w POZ-ie to oszczędność na wyższych (droższych) piętrach systemu zdrowotnego. Dlatego też finansowanie przez NFZ tzw. nadwykonań świadczeniodawcom POZ-u jest słusznym rozwiązaniem.
- **Skomplikowany system kontraktowania a następnie rozliczania świadczeń** zniechęca niektórych świadczeniodawców POZ-u do oferowania opieki koordynowanej, zwłaszcza tych mniejszych, którzy działają na obszarach wiejskich. Należy więc maksymalnie uprościć zainteresowanym podmiotom proces przystępowania do programu opieki koordynowanej w POZ-ie oraz zlikwidować niepotrzebne bariery biurokratyczne w tym zakresie. Co więcej, NFZ powinien również zadbać o terminowe realizowanie należnych płatności na rzecz świadczeniodawców POZ-u, którzy w ramach opieki koordynowanej muszą opłacać podwykonawców medycznych (m.in. lekarzy specjalistów), z którymi zawarli umowy. Wszelkie opóźnienia w płatnościach ze strony publicznego płatnika powodują bowiem istotne trudności w regulowaniu zobowiązań finansowych przez świadczeniodawców POZ-u wobec swoich podwykonawców, co może prowadzić do niepotrzebnych dodatkowych kosztów związanych z odsetkami za zobowiązania wymagalne, postępowaniami windykacyjnymi i komorniczymi a nawet przyczynić się do zerwania umowy przez partnerów medycznych.
- **Lęk przed nieznanym oraz niewłaściwe rozumienie idei, zasad oraz instrumentów opieki koordynowanej** (co może prowadzić do sporów kompetencyjnych pomiędzy świadczeniodawcami, zwłaszcza w sytuacji obowiązywania nieprecyzyjnych zasad współpracy pomiędzy nimi i/lub różnymi poziomami systemu ochrony zdrowia). Aby spopularyzować ten model opieki w POZ-ie, wciąż wiele pozostaje do zrobienia w zakresie edukacji samych świadczeniodawców oraz pacjentów objętych opieką koordynowaną w zakresie chorób, które ich dotknęły. Ministerstwo Zdrowia oraz NFZ powinny bardziej zaangażować się – merytorycznie, organizacyjnie i finansowo – w szkolenia z powyższego zakresu. Pewną odpowiedzią na powyższy problem jest realizacja przez NFZ do 31 grudnia 2027 roku projektu pt. „Opieka koordynowana w POZ", którego celem jest m.in. wyposażenie w odpowiednie kompetencje i wiedzę wszystkich uczestników realizujących opiekę koordynowaną w POZ-ie. Jest to zasadne, gdyż opieka koordynowana wciąż jest traktowana przez świadczeniodawców POZ-u i pacjentów jako zagadnienie relatywnie nowe i nieznane.
- **Brak wskaźników jakości**. Mimo że dostępne są dane statystyczne dotyczące tego, ile podmiotów świadczy opiekę koordynowaną w POZ-ie, w ramach ilu ścieżek opieki, jakie badania, porady i konsultacje są realizowane, to wciąż nie wiadomo, jak realizacja opieki koordynowanej w POZ-ie przekłada się na wynik zdrowotny i jakość opieki. Należałoby więc stworzyć wskaźniki służące do oceny opieki koordynowanej w POZ-ie, aby lepiej zrozumieć potencjalne korzyści z funkcjonowania opieki koordynowanej dla pacjentów, świadczeniodawców i płatnika a w konsekwencji dla całego systemu ochrony zdrowia. Jeśli nie ocenia się należycie procesu diagnostyczno-terapeutycznego za pomocą właściwych wskaźników, to nie pozyskuje się informacji zwrotnej, która pozwala nie tylko doskonalić (zmieniać, dostosowywać) funkcjonujący model opieki w POZ-ie, ale również reagować w sytuacji, gdy jest to konieczne. Pewną odpowiedzią na powyższe wyzwanie jest wejście w życie w dniu 12 września 2024 roku Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 roku w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej oraz realizacja przez NFZ do 31 grudnia 2027 roku projektu pt. „Opieka koordynowana w POZ", którego jednym z celów będzie rozbudowanie platform nfz.gov.pl oraz Health Knowledge Transfer Hub, co ma umożliwić pozyskanie informacji o jakości usług świadczonych w placówkach zdrowotnych [26].

- **Zagrożenie dla interesów niektórych grup świadczeniodawców**. Opieka koordynowana zakłada realokacje zasobów z opieki zamkniętej na mniej kosztochłonny poziom ambulatoryjnej opieki podstawowej sprawowanej nad pacjentem. To powoduje, iż opieka koordynowana stanowi zagrożenie dla interesów podmiotów działających na wyższych, droższych szczeblach opieki w systemie, tj. przede wszystkim dla specjalistycznej zamkniętej opieki zdrowotnej, skupiającej się na leczeniu nagłych i/lub ostrych przypadków. Część świadczeniodawców działających w ramach AOS zapewne wolałaby zostawić u siebie stabilnych pacjentów, bo ich obsługa najczęściej sprowadza się do wypisania skierowania na badanie i przedłużania recept. Co więcej, świadczeniodawcy oferujący opiekę koordynowaną – bez względu na szczebel ich usytuowania w systemie – stanowią bezpośrednią konkurencję dla wszystkich innych świadczeniodawców, którzy oferują opiekę tradycyjną, tzw. *non-managed care*. Realizacja modelu opieki koordynowanej w POZ-ie może doprowadzić więc do zmiany ustalonego „porządku" i układu sił w sektorze opieki zdrowotnej oraz zmiany priorytetów w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych i leków, za sprawą szybszego wzrostu nakładów na POZ, kosztem niższej dynamiki wzrostu nakładów na leczenie szpitalne [32]. Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, należy zawsze mieć na uwadze, kto jest źródłem informacji (zwłaszcza tych negatywnych) o opiece koordynowanej.

WNIOSKI

Dotychczasowe wdrażanie i funkcjonowanie opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce należy ocenić pozytywnie, zwłaszcza biorąc pod uwagę relatywnie krótki czas od jej zaistnienia. Należy stwierdzić, iż od momentu pojawienia się opieki koordynowanej w POZ-ie udało się już wiele osiągnąć, ale wciąż jest wiele do zrobienia. Opiekę koordynowaną, w różnym zakresie, realizuje już niemal co drugi świadczeniodawca POZ-u. To jeszcze za mało, aby uzyskać efekt systemowy, który byłby wyraźnie zauważalny w całym kraju, niemniej jednak lokalnie można już dostrzec występowanie pewnych pozytywnych jej efektów (np. zmniejszanie się kolejek do lekarzy specjalistów). Proces rozwoju i doskonalenia nowego modelu opieki nad pacjentami w POZ-ie postępuje bardzo dynamicznie. W perspektywie kilku najbliższych lat większość pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej zapewne będzie objęta analizowanym sposobem sprawowania opieki w tej części systemu zdrowotnego. Obecnie można pokusić się o stwierdzenie, że w ochronie zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej mamy do czynienia z opieką tzw. dwóch prędkości – tą tradycyjną, realizowaną na zasadach ogólnych, i tą „lepszą", świadczoną w formule opieki koordynowanej (tzw. *managed care*).

Funkcjonowanie opieki koordynowanej w POZ-ie idealnie wpisuje się w zapowiadany i realizowany proces odwracania piramidy świadczeń zdrowotnych, której podstawę stanowi właśnie podstawowa opieka zdrowotna. Opieka koordynowana w POZ-ie wyraźnie wzmacnia ten proces. Pozwala ona „wyciągnąć" część pacjentów z AOS i sprawować nad nimi skuteczną (i tańszą) opiekę w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Chodzi oczywiście o stabilnych pacjentów, którzy z powodzeniem mogą być leczeni w ramach POZ-u i tym samym zwolnić miejsce pacjentom wymagającym uzasadnionej pomocy na wyższych (droższych) piętrach systemu zdrowotnego.

Według niemal wszystkich głównych „aktorów" funkcjonujących w polskim systemie ochrony zdrowia, tj. Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawców oraz przede wszystkim pacjentów, decyzja o wdrożeniu opieki koordynowanej w POZ-ie 1 października 2021 roku i jej rozszerzeniu 1 października 2022 roku była właściwym krokiem w kierunku poprawy skuteczności, efektywności, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, zarówno dla osób zdrowych, jak i chorych. Na koniec warto również zwrócić uwagę, iż w przedsięwzięciach związanych z opieką koordynowaną ważna jest dogłębna analiza sytuacji i potrzeb lokalnych oraz oddolne (wspólnie z właściwymi podmiotami wdrażającymi) tworzenie modelu opieki koordynowanej [12]. Punktem wyjścia powinno być więc ulepszanie już świadczonej opieki, a nie wprowadzanie nowego, sztywnego jej modelu. Rozwój systemów opieki koordynowanej i dojście do fazy dojrzałości systemu jest procesem wymagającym czasu. Istotnym elementem zmian powinna być również świadomość konieczności dostosowywania modeli opieki koordynowanej do zmieniającej się rzeczywistości [12].

PIŚMIENNICTWO

1. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 160/2021/DSOZ z dnia 30 września 2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Narodowy Fundusz Zdrowia. Przychodnie POZ realizujące opiekę koordynowaną. https://koordynowana.nfz.gov.pl (access: 2025.02.17).
3. Janik K. Będzie więcej ścieżek w opiece koordynowanej? Menedżer Zdrowia https://www.termedia.pl/mz/Bedzie-wiecej-sciezek-w-opiece-koordynowanej,58784.html (access: 2025.04.16).
4. Rzecznik Praw Obywatelskich. Funkcjonowanie Podstawowej Opieki Zdrowotnej i opieki koordynowanej oraz system ratownictwa medycznego. Posiedzenie Komisji Ekspertów ds. Zdrowia w dn. 8 grudzień 2022, Biuletyn Informacji Publicznej RPO, https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-komisja-ekspert%C3%B3w-zdrowie-poz-opieka-koordynowana-system-ratownictwa (access: 2025.04.16).
5. Bank Światowy. Rozwój podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce – ocena POZ Plus, Warszawa (PL) World Bank Group, 2021.
6. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 124/2022/DSOZ z dnia 29 września 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
7. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 79/2022/DSOZ z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
8. Rozporządzenie MZ z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
9. Stelmach M. Ministerstwo Zdrowia zapowiada szereg zmian w opiece koordynowanej, https://www.prawo.pl/zdrowie/zmiany-w-opiece-koordynowanej-plany-resortu-zdrowia,529728.html (access: 2025.04.16).
10. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK et. al. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2023; 7425(327): 1219–21. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219
11. Bogdan M, Karczmarz S, Owczarczyk A, Prusaczyk A, Żuk P. Koordynowana opieka zdrowotna w praktyce od POZ do POZ+. 1st ed. Warszawa (PL): Wolters Kluwer; 2023.
12. Kozieł A, Kononiuk A, Wiktorzak K. Opieka koordynowana, definicja, międzynarodowe doświadczenia jako inspiracja dla Polski. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. 2017;15(3):251–257. https://doi.org/10.4467/20842627OZ.17.028.7808
13. Pędziński B, Owczarczyk A, Badora-Musiał K, Bogdan M, Gałązka-Sobotka M, Kowalska-Bobko I. Coordinator of integrated primary care – competences of a new healthcare worker. Fam Med Prim Care Rev. 2024;26(2):221–227. https://doi.org/10.5114/fmpcr.2024.139031
14. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 122/2024/DSOZ z dnia 19 grudnia 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
15. Zawalski W. Opieka koordynowana, czyli produkt szyty na miarę. Menedżer Zdrowia. 2016;(8):46–50.
16. Karczmarz S, Bogdan M, Nitsch-Osuch A, Owczarczyk A, Żuk P, Burma S, Warsz L, Cołoś KK. Patient co-responsibility in the treatment process in the light of coordinated care – Polish experiences. Fam Med Prim Care Rev. 2024;26(4):524–528, https://doi.org/10.5114/fmpcr.2024.144924
17. Bank Światowy. Opieka koordynowana: Projekt modeli do programu pilotażowego. Strategia wdrożenia. Washington (USA): World Bank Group; 2017.
18. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 61/2024/DSOZ z dnia 28 czerwca 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
19. Narodowy Fundusz Zdrowia, Koordynowana opieka zdrowotna. https://koordynowana.nfz.gov.pl/pytania-i-odpowiedzi/ (access: 2025.04.16).
20. Ministerstwo Zdrowia. Odwrócona Piramida Świadczeń. MZ Online. https://www.gov.pl/web/zdrowie/odwrocona-piramida-swiadczen (access: 2025.02.17).
21. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 104/2023/DSOZ z dnia 5 lipca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
22. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 22/2025/DSOZ z dnia 31 marca 2025 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
23. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 163/2022/DSOZ z dnia 14 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowa opieka zdrowotna.
24. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 162/2022/DSOZ z dnia 13 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
25. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 172/2023/DSOZ z dnia 29 listopada 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
26. Narodowy Fundusz Zdrowia. Opieka koordynowana w POZ. NFZ Online https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/programy-i-projekty/projekty/opieka-koordynowana-w-poz/ (access: 2025.02.17).
27. Narodowy Fundusz Zdrowia. Koordynacja w ochronie zdrowia. Klucz do sukcesu? Materiały z IX Kongresu Wyzwań Zdrowotnych; 2024 Mar 7–8; Katowice, Poland. Warszawa: Grupa PTWP; 2024.
28. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 156/2023/DSOZ z dnia 2 listopada 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
29. Komisja Zdrowia. Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 10) z dnia 7 listopada 2024 roku. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 2024.
30. Janik K. FEnIKS. 1,25 mld doda skrzydeł opiece koordynowanej w POZ? Menedżer Zdrowia. https://www.termedia.pl/mz/FEnIKS-1–25-mld--doda-skrzydel-opiece-koordynowanej-w-POZ-,57481.html (access: 2025.02.17).
31. Ministerstwo Zdrowia. Gigantyczne środki unijne dla Podstawowej Opieki Zdrowotnej. https://www.gov.pl/web/zdrowie/gigantyczne-srodki-unijne-dla-podstawowej-opieki-zdrowotnej (access: 2025.04.16).
32. Hermanowski T, Rutkowski J. Zintegrowana opieka zdrowotna. Zarys problematyki. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. 2015;1941(83):225–233.

ONLINE FIRST