

KWARTALNIK DLA MENEDŻERÓW W POZ

NR 06/2025

- **Jak wspierać rolę pielęgniarki w POZ?**
- **Profilaktyk w POZ - nowy zawód, nowe możliwości**
- **Czy nastąpi odrodzenie FEnIKS-a dla POZ?**
- **Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej - po pierwszych miesiącach realizacji**
- **Wywiad numeru: „Opieka koordynowana okiem koordynatora”**
- **Przygotowanie biznesu medycznego do sprzedaży: Kluczowe aspekty procesu M&A w sektorze POZ**



Tytuł: Kwartalnik dla menedżerów POZ

Numer: 6(2025)

Redaktor naczelny: dr n. med. Aleksander Biesiada

ISSN 3071-6721

Redakcja:

dr n. med. Aleksander Biesiada

Marta Machnik

mgr Wojciech Łątka

mgr Aleksandra Rutkowska

mgr inż. Izabela Rutkowska

lek. Daria Zawodnik

Oprawa graficzna:

mgr Aleksandra Rutkowska

mgr Jennifer Kłosek

Natalia Kłosek

Autorzy:

dr n. med. Aleksander Biesiada

dr n. med. Grzegorz Han

lek. Adam Boruch

lek. Magdalena Kędziora

mgr Katarzyna Żołnierowicz

mgr Anna Sowa-Jadczyk

mgr Kinga Wielewicka

adwokat Michał Karwacki

Sylwia Wojtusiak

Patronat merytoryczny:



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCYNY RODZINNEJ

Partner kwartalnika:



koordynowana.pl

Wydawca:

MEDU INVESTMENT SP. Z O. O.

KRS 0000483401

NIP 9452176067

REGON 122976287

Adres: Krupnicza 7/7,

31-123 Kraków, Polska

Redakcja:

MEDU INVESTMENT SP. Z O. O.

Adres: Krupnicza 7/7,

31-123 Kraków, Polska

Kontakt:

+48 791 367 602

kontakt@strefapoz.pl

Data wydania: październik 2025

Miejsce wydania: Kraków

Nakład: 1000 sztuk

Zakład wykonujący druk:

Drukarnia MISIURO Spółka z o.o.

ul. Gdańska 29, 80-518 Gdańsk

Spis treści:

Słowo od Redaktora	4
Jak wspierać rolę pielęgniarki w POZ?	6
Profilaktyk w POZ - nowy zawód, nowe możliwości	16
Czy nastąpi odrodzenie FenIKS-a dla POZ?	22
Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej - po pierwszych miesiącach realizacji	26
Wywiad numeru: „Opieka koordynowana okiem koordynatora”	30
Przygotowanie biznesu medycznego do sprzedaży: Kluczowe aspekty procesu M&A w sektorze POZ	34



StrefaPOZ.pl to serwis dedykowany menedżerom podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), oferujący aktualności, szkolenia oraz wsparcie w codziennych wyzwaniach. Celem platformy jest poszerzanie wiedzy i wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej POZ

ZESKANUJ KOD, ABY
PRZEJŚĆ DO STRONY



Słowo od Redaktora

8 lat. Tyle czasu wg WHO średnio trzeba, aby systemowe zmiany w opiece zdrowotnej miały rzeczywiście szansę na realne przełożenie się na praktykę kliniczną. Jesteśmy w trzecim roku wdrożenia reformy opieki koordynowanej w POZ. Pytanie, czy faktycznie odwracamy dalej piramidę świadczeń pozostaje zasadne.

Z jednej strony padają deklaracje dotyczące aktywnego działania na rzecz rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej, z drugiej strony brakuje jasnych i stanowczych działań, które by szły za tymi deklaracjami. Słyszymy o ograniczeniu dodatku dla koordynatora (negocjacje w toku, choć już dodatek faktycznie raz wycofano), choć padają zapewnienia, że to koordynacja jest kluczem do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Nie tylko w POZ. Widzimy ją także choćby w Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK). Kto będzie więc zatem z poziomu POZ-u spinał opiekę z KSK?

Co ze środkami unijnymi? Co ze szkoleniami w podstawowej opiece zdrowotnej, choćby właśnie koordynatorów? Co ze środkami z Funduszu FENIX na rozwój podstawowej opieki zdrowotnej? Przed nami jesień z kolejnym naborem. Czy okaże się równie trudny jak ten, który za nami?

Właśnie teraz, w trzecią rocznicę wprowadzenia opieki koordynowanej potrzeba dużego środowiskowego wsparcia na rzecz dalszego umocnienia podstawowej opieki zdrowotnej. Oddziaływania na lokalne społeczności, aby pacjenci rozumieli jak niezwykle istotny jest stały dostęp do usług w ramach POZ. Jednocześnie konieczne jest nieustanne działanie na rzecz poszukiwania i pokazywania dobrych praktyk. Z jednoczesnym wspieraniem tych placówek, które słabiej sobie radzą ze zmianami, a także takich, których przyszłość jest niepewna ze względu na wiek personelu medycznego.

Tym wszystkim problemom poświęcamy kolejny numer kwartalnika. Poza nimi znajdziecie Państwo w nim m.in. odpowiedź na pytanie kim jest profilaktyk, a także podsumowanie pierwszych miesięcy realizacji następcy profilaktyki 40+ czyli Programu "Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej" Oddajemy go w Państwa ręce przy okazji odbywającego się Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Coraz liczniej odwiedzanego. Już samo to jest znakiem, że warto wspólnie działać na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej.



Autor: **dr n. med. Aleksander Biesiada**

Lekarz specjalista medycyny rodzinnej, absolwent Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, członek Zespołu ds. wdrożenia opieki koordynowanej Ministra Zdrowia, prezes Wydawnictwa Interaktywnego Medutools - firmy z pogranicza nowych technologii informatycznych, edukacji i medycyny. Przewodniczący Sekcji Opieki Wspierającej i Leczenia Bólu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz redaktor naczelny StrefaPOZ.



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCyny RODZINNEJ

Razem dla zdrowia rodziny – dołącz do PTMR!

Śledź PTMR na Facebooku i bądź częścią społeczności! Odkrywaj najnowsze informacje, inspiracje i wydarzenia, które łączą ludzi z pasją do medycyny rodzinnej.



ZESKANUJ KOD, ABY
PRZEJŚĆ DO STRONY



Dołącz do newslettera!

Korzystaj z dostępu do najnowszej wiedzy potrzebnej w zarządzaniu POZ. Bez opłat.



ZESKANUJ KOD, ABY
PRZEJŚĆ DO STRONY

 strefaPOZ.pl



Jak wspierać rolę pielęgniarki w POZ?

Wprowadzenie

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) stoi dziś przed wieloma wyzwaniami: niedobór kadry lekarskiej, rosnące potrzeby pacjentów, coraz większy nacisk na jakość i koordynację opieki. Jednocześnie w naszych zespołach pracują pielęgniarki – samodzielni profesjonaliści, których kompetencje w dużej mierze pozostają niewykorzystane.

Praktyka pokazuje, że rola pielęgniarki w POZ bywa z różnych względów redukowana do zadań technicznych: pobierania krwi, wykonywania iniekcji i szczepień obojęznych, czasem praca w rejestracji. Tymczasem obecne przepisy i efekty kształcenia otwierają zupełnie nowe możliwości.

Ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych określa minimalne wymagane wykształcenie na danym stanowisku pracy. Kluczowe jest powiązanie posiadanych kompetencji z odpowiednim zaszeregowaniem - a to oznacza również dopasowanie zakresu obowiązków i poziomu odpowiedzialności. Sam tytuł zawodowy i wykształcenie nie zmieniają jakości opieki, jeśli nie przekładają się na realne działanie w pracy z pacjentami.

W niniejszym artykule przyjrzymy się obszarom, które mogą istotnie poprawić dostępność do świadczeń i podnieść jakość opieki poprzez wykorzystanie kompetencji pielęgniarek zgodnie z posiadanym wykształceniem.

1. Szczepienia ochronne

Kwalifikacja do szczepień

W wielu przychodniach rola pielęgniarki sprowadza się jedynie do podania preparatu szczepionkowego na zlecenie lekarza. Tymczasem zgodnie z art. 19 *Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*, pielęgniarka i położna uprawnione są do samodzielnej kwalifikacji do **szczepień zalecanych** u dorosłych oraz dzieci powyżej 9. roku życia.



Pandemia COVID-19 pokazała, że kluczowym elementem kwalifikacji jest prawidłowo zebrany wywiad - kompetencja, która jest nieodłączną cechą wykonywania zawodu pielęgniarki. Ekspertki zgodnie twierdzą, że to właśnie wywiad, a nie badanie fizykalne, jest krytycznym etapem kwalifikacji do szczepienia. W tamtym okresie nikt nie podnosił postulatu obowiązkowego posiadania kursu *Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych*, a położne kwalifikowały i szczepiły również mężczyzn. Trudno zatem obecnie przechodzić obojętnie wobec argumentów, które próbują ograniczać te uprawnienia - zwłaszcza, że doświadczenia z pandemii jednoznacznie potwierdziły skuteczność i bezpieczeństwo takiego rozwiązania. Obecnie w niektórych gremiach pojawia się postulat, by samodzielną kwalifikację do szczepień zalecanych mogły wykonywać tylko te pielęgniarki, które ukończyły wspomniany kurs specjalistyczny. Warto zaznaczyć, że zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 28*


lutego .2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, kurs badania fizykalnego nie dotyczy pielęgniarek, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa po 2001 r., lub ukończyły studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo (które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013), lub posiadają zaświadczenie o ukończeniu kursu *Advanced Physical Assessment*.

Ordynacja szczepień

Pielęgniarki od zawsze były filarem programów szczepień ochronnych – zarówno w zakresie wykonywania szczepień, jak i edukacji pacjentów. Dziś jednak rola ta zyskuje nowy wymiar, ponieważ aktualne przepisy umożliwiają im nie tylko podanie preparatu na zlecenie lekarza, ale również samodzielną ordynację szczepionek.

Zgodnie z art. 15a *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*, w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń, pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, a także pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, mają prawo ordynować leki – w tym preparaty szczepionkowe – jeśli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie. Co istotne, obowiązek ukończenia kursu nie dotyczy pielęgniarek, które rozpoczęły studia drugiego stopnia od roku akademickiego 2017/2018. Szczegółowe informacje znajdują się m.in. na stronie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku.





Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27.06.2025, w sprawie wykazu substancji (..), na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne*, samodzielna ordynacja dotyczy szczepionek – produktów immunologicznych do szczepień ochronnych dla dzieci powyżej 9. roku życia i dorosłych – we wszystkich dostępnych postaciach.

Samodzielna ordynacja oraz kwalifikacja do szczepień zalecanych, znajomość zasad refundacji powinny być stałym elementem udzielania świadczeń przez pielęgniarkę POZ. Pełne wykorzystanie posiadanych kompetencji pozwala pielęgniarce działać zgodnie z wykształceniem, podkreśla profesjonalizm i odpowiedzialność oraz wzmacnia jej rolę jako pełnoprawnego członka zespołu medycznego, a nie jedynie wykonawcy szczepień. Dla pacjenta oznacza to krótszą i prostszą ścieżkę do uzyskania świadczenia. Wdrożenie tego rozwiązania w praktyce wymaga organizacji wewnętrznych szkoleń z zakresu ordynacji szczepionek, opracowania przejrzystej ścieżki pacjenta w celu uzyskania świadczenia, zapewnienia wsparcia pielęgniarek w pierwszych miesiącach wdrożenia, np. możliwości konsultacji z lekarzem.

Przykład z praktyki: w moim niedużym podmiocie w okresie wrzesień–grudzień 2024 r. Pielęgniarki samodzielnie zaordynowały i zakwalifikowały do szczepienia przeciw grypie około 400 osób. W praktyce oznaczało to około 10 osób dziennie mniej w gabinecie lekarza w celu ordynacji i kwalifikacji, co przełożyło się na dodatkowe 2–2,5 godziny dziennie dla pacjentów wymagających konsultacji lekarskiej.

2. Ordynacja leków

Samodzielna ordynacja leków przez pielęgniarki to jedno z najbardziej niedocenianych narzędzi w organizacji opieki zdrowotnej. Obecne przepisy umożliwiają pielęgniarkom i położnym, posiadającym odpowiednie kwalifikacje (ukończone studia drugiego stopnia lub tytuł specjalisty oraz kurs ordynacji leków), wystawianie recept na szeroką gamę produktów leczniczych, m.in. leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, antybiotyki, preparaty przeciw pasożytnicze. Pełna lista dostępnych leków znajduje się w aktualnym rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Lista leków obejmuje m.in. ondansetron, tietylperazynę, fosfomycynę, środki antykoncepcji awaryjnej, kwas foliowy, lidokainę, tramadol, mebendazol, cholekalcyferol, hydrolizaty białek mleka krowiego, amoksyicylinę, fenoksymetylopenicylinę, preparaty przeciwgrzybicze i przeciwbakteryjne w formie dopochwowej. To ogromny wachlarz możliwości terapii, pozwalający na skuteczne i szybkie zaopatrzenie pacjentów w sytuacjach, które nie wymagają interwencji lekarza. Dlaczego z tego nie korzystamy? W celu wdrożenia takiego rozwiązania w swojej praktyce warto rozpocząć od ordynacji witaminy D3 w trakcie porady patrolowej pielęgniarki POZ, wystawienia recepty na lidokainę przed cewnikowaniem kobiety/mężczyzny, inicjacji i intensyfikacji terapii przeciwbólowej zgodnie z drabiną analgetyczną, czy leczenia niepowikłanego ZUM u kobiet. To stany kliniczne, które zdarzają się w POZ codziennie. Dla pacjenta szybka interwencja oznacza mniej wizyt, krótszy czas choroby. Dla podmiotu – odciążenie lekarzy i wykorzystanie kompetencji pielęgniarek zgodnie z zaszeregowaniem.

Co zrobić, aby zacząć?

- Opracować w ramach podmiotu katalog dolegliwości i stanów, w których pielęgniarka podejmuje decyzję samodzielnie;
- Zapewnić wewnętrzne szkolenie z zakresu stosowania oraz refundacji leków dostępnych w ordynacji pielęgniarskiej;
- Ustalić procedury bezpieczeństwa, np. zasad konsultacji w razie wątpliwości.

Warto pamiętać, że to nie jest poszerzanie kompetencji - to realizacja uprawnień, które pielęgniarki już posiadają. Nie wykorzystujemy ich tylko dlatego, że nie zmieniliśmy sposobu organizacji pracy.

Kontynuacja recept

Zgodnie z art. 15b Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarki, które posiadają dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia lub tytuł specjalisty oraz ukończyły odpowiedni kurs, mają prawo wystawiać recepty na leki i wyroby medyczne w ramach kontynuacji leczenia (z wyłączeniem leków bardzo silnie działających, narkotycznych, psychotropowych).

Jednak kontynuacja recept to nie mechaniczne przepisywanie leków „z karteczki” czy „po trzy opakowania”. Taka praktyka nie wnosi wartości ani dla pacjenta, ani dla jakości opieki. To jedynie powielanie biurokracji.

Prawidłowa realizacja tej kompetencji oznacza, że pacjent pojawia się na wizycie kontrolnej u pielęgniarki, podczas której pielęgniarka:

- ocenia jego stan zdrowia,
- analizuje przyjmowane leki, efekty terapii i ewentualne działania niepożądane,
- decyduje o kontynuacji leczenia i wyznacza termin kolejnej wizyty – u siebie lub u lekarza.

Takie podejście:

- zwiększa bezpieczeństwo farmakoterapii,
- pozwala monitorować przestrzeganie zaleceń,
- włącza pielęgniarkę w realny proces opieki, zamiast czynić z niej „sekretariat” lekarza.

Warto pamiętać, że POZ nie jest sekretariatem do przedłużania recept od lekarzy innych specjalności z AOS czy gabinetów prywatnych. Zgodnie z obecnymi przepisami lekarze, niezależnie od miejsca pracy, mogą wystawić roczną receptę (w tym także z odpłatnością „S”, również z gabinetów prywatnych). Warto edukować pacjentów w zakresie przysługujących im praw, aby nie zgłaszali się do POZ „tylko po receptę”, gdyż tą otrzymać mogą u lekarza prowadzącego leczenie.

Dlatego kontynuacja recept powinna być elementem wizyty kontrolnej u pielęgniarki, a nie formalnością. To realne wsparcie pacjenta i odciążenie lekarzy – pod warunkiem, że jest dobrze zorganizowane i przemysłane w ramach procesu opieki.



3. Badania diagnostyczne

Zgodnie z art. 15a pkt. 6 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*, pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, mają prawo wystawiać skierowanie na wykonanie badań, określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne z 2018 roku, a także rozporządzeniach zmieniających z 2024 i 2025 r. Ale uwaga – zlecenie to dopiero początek. Równie ważna jest interpretacja wyniku, rozmowa z pacjentem i decyzja o dalszym postępowaniu.

Dlaczego to ważne?

Pielęgniarka w POZ może całkowicie samodzielnie realizować np. Program profilaktyki Chorób Układu Krążenia. W przypadku stwierdzenia odchyleń w badaniach, może skierować pacjenta np. na doustny test obciążenia glukozą (OGTT). Jeśli wynik okaże się prawidłowy, pielęgniarka może przeprowadzić edukację zdrowotną. W przypadku stwierdzenia stanu przedcukrzycowego lub cukrzycy, może umówić pacjenta na poradę kompleksową do lekarza rodzinnego, jeśli placówka realizuje opiekę koordynowaną.

Samodzielne zlecenie badań dotyczy również programu Moje Zdrowie. Tu jednak pojawiają się wyzwania - pielęgniarka musi znać nie tylko normy, ale także możliwe do podjęcia interwencje zdrowotne, oceniać ryzyko sercowo-naczyniowe zgodnie ze skalami (np. SCORE2, SCORE2-Diabetes), a także wiedzieć, kiedy tych skal się nie stosuje, bo pacjent z definicji jest w grupie bardzo wysokiego ryzyka.

Raport POZ

 strefaPOZ.pl

Nasz raport to narzędzie, które pokazuje, jakie skutki finansowe może przynieść realizacja opieki koordynowanej oraz profilaktyki Chorób Układu Krążenia w Twojej placówce POZ.



ZESKANUJ KOD PO
WIĘCEJ INFORMACJI



Interpretacja lipidogramu u młodego, zdrowego pacjenta jest prosta, ale u chorego z wielochorobowością może być skomplikowana - w mojej praktyce interpretacją badań diagnostycznych u pacjentów z wielochorobowością (de facto pacjentów z opieki koordynowanej) zajmuje się lekarz.

Wraz z usystematyzowaniem uprawnień do zlecenia badań diagnostycznych, można pójść o krok dalej i włączyć pielęgniarkę do udziału w wizytach kontrolnych w chorobach przewlekłych. Oprócz kontynuacji recept, pielęgniarka może zlecać np. oznaczenie HbA1c w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w skróconym profilu glikemii u pacjentów z cukrzycą. Pacjent trafia wtedy do lekarza rodzinnego w celu oceny i ewentualnej modyfikacji terapii z już zrealizowanym badaniem. Oczywiście, powyższy schemat jest uproszczeniem, ale ma na celu wskazanie nowych możliwości i perspektyw.

Samodzielne zlecenie badań diagnostycznych można rozważyć również w formule triage pacjentów infekcyjnych lub wstępnego przygotowania do badania lekarskiego poprzez wykonanie testu w kierunku grypy/SARS-CoV-2-RSV, Strep-testu lub oznaczenia CRP u dzieci do 6. roku życia.

Wyzwaniem jest ułożenie algorytmów postępowania wewnątrz podmiotu, szkolenia z interpretacji wyników i możliwych do podjęcia interwencji, ułożenie jasnych ścieżek komunikacji z lekarzem w przypadku wyników "trudnych". Jednak dobrze wykonana praca może przełożyć się na skrócenie ścieżki diagnostycznej pacjenta, odciążenie lekarza w zakresie prostych decyzji i wykorzystanie kompetencji pielęgniarek zgodnie z posiadanym wykształceniem.

4. Wyroby medyczne

Uprawnienia pielęgniarek do samodzielnej ordynacji wyrobów medycznych są tożsame z uprawnieniami do samodzielnej preskrypcji leków. Pielęgniarka, zgodnie z posiadanymi kompetencjami, ma szerokie uprawnienia nie tylko w zakresie kontynuacji, ale również samodzielnej ordynacji wyrobów medycznych. To nie tylko formalny zapis w przepisach – to praktyczna możliwość skrócenia czasu oczekiwania pacjenta na odpowiedni sprzęt i odciążenia lekarza w czynnościach administracyjnych.

Uprawnienia w tym zakresie są tożsame z prawem do samodzielnej preskrypcji leków. W praktyce oznacza to, że pielęgniarka może samodzielnie zaopatrzyć pacjenta w większość wyrobów niezbędnych w POZ, takich jak cewniki urologiczne, worki do zbiórki moczu, pieluchomajtki, podkłady, worki i akcesoria stomijne, poduszka przeciwoleżynowa, materac przeciwoleżynowy, trójnóg, czwórnóg, balkonik, peruka, czy paski do aparatu INR (w ramach kontynuacji). W przypadku pasków do INR warto pamiętać, że jest to badanie, na które pielęgniarka również może samodzielnie wystawić skierowanie, np. w przypadku podejrzenia błędów pomiarowych.

Dlaczego to takie ważne?

W wielu podmiotach pacjent nadal musi czekać na wizytę lekarską tylko po to, by uzyskać zlecenie na wyrób medyczny, mimo że pielęgniarka posiada pełne kompetencje do jego wystawienia. To sztucznie wydłuża ścieżkę pacjenta. Wdrożenie standardu ordynacji wyrobów przez pielęgniarki w ramach podmiotu nie wymaga dodatkowych nakładów – jedynie dobrej organizacji i jasnych procedur.

To nie jest „uprzejmość” wobec pacjenta – to wykorzystanie prawa, kompetencji i profesjonalizmu pie-

lęgniarki, które realnie skracają czas dostępu do świadczenia i podnoszą jakość opieki.

5. Porady edukacyjne

Edukacja pacjenta w POZ powinna być procesem zaplanowanym i standaryzowanym, aby zapewnić wysoką jakość i spójność przekazu. Niestety, często kończy się na wypełnianiu tabelki "do szuflady". Warto to zmienić. Należy rozpocząć od zdefiniowania celów edukacyjnych – określenia, co pacjent ma wiedzieć, rozumieć i umieć po zakończeniu porady. Dla głównych jednostek chorobowych (np. cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, POChP, niewydolność serca, przewlekła choroba nerek) w ramach podmiotu warto przygotować gotowe pakiety edukacyjne i standard tematyczny porad, obejmujący minimalny zakres treści, czas trwania oraz strukturę spotkania (krótki wywiad, przekaz wiedzy, sprawdzenie zrozumienia, podsumowanie i pisemne zalecenia). Kluczowe jest stosowanie jednolitych materiałów edukacyjnych w całym podmiocie – broszur, checklist, schematów – zarówno w formie papierowej, jak i cyfrowej. Efektywność edukacji może być oceniana poprzez krótkie testy wiedzy, ankiety zrozumienia oraz analizę efektów w dłuższym okresie (np. poprawa kontroli glikemii, czy wartości ciśnienia tętniczego). Cały proces wymaga systematycznego dokumentowania porad i monitorowania jakości, a także szkoleń zespołu w zakresie komunikacji i metod dydaktycznych, aby uniknąć rozbieżności w przekazie. Warto uwzględnić również porady mniej oczywiste, takie jak np. wykonanie zapisu EKG z samodzielną oceną u pacjenta kardiologicznego, wykonanie testu CAT u pacjenta z POChP oraz omówienie techniki inhalacji w zależności od

posiadanego inhalatora, samodzielne wykonanie badania spirometrycznego z interpretacją jego wyniku (efekt kształcenia na studiach II stopnia), ułożenie indywidualnego kalendarza szczepień z samodzielną ordynacją, a także rekrutacja do programów profilaktycznych, np. raka jelita grubego, raka piersi, raka szyjki macicy. Tak zorganizowany system edukacji nie tylko wzmacnia rolę pielęgniarek w POZ, ale także podnosi satysfakcję pacjentów i wpływa na skuteczność leczenia.

6. Kompleksowa Opieka Pielęgniarska (KOP)

Jest to opieka przejściowa po wypisaniu pacjenta ze szpitala i dotyczy trzech obszarów:

- pacjenta z raną przewlekłą,
- pacjenta zacewnikowanego,
- pacjenta ze stomią.

W przypadku pacjenta z raną przewlekłą włączenie do opieki musi nastąpić w ciągu 60 dni po hospitalizacji, natomiast w przypadku stomii lub cewnika urologicznego w ciągu 14 dni. We wszystkich przypadkach pacjent może skorzystać z maksymalnie 10 porad, a kolejne finansowane są stawką kapitacyjną. Pielęgniarka, posiadająca odpowiednie uprawnienia, może realizować opiekę całkowicie samodzielnie - od ordynacji wyrobów medycznych i opatrunków specjalistycznych, poprzez preskrypcję leków (np. lidokainę w żelu), po samodzielne leczenie ran, wymianę cewnika, edukację rodziny oraz koordynację opieki po hospitalizacji.

Dlaczego to jest kluczowe?

Pacjent nie wraca z oddziału "w próżnię" – pielęgniarka zapewnia ciągłość opieki, wykorzystując swoje kompetencje nabyte w toku kształcenia (w tym prawo do samodzielnej ordynacji i preskrypcji).

PIEŁĘGNIARSKA PORADA UROLOGICZNA

Podręcznik dla pielęgniarek

ZESKANUJ KOD, ABY
PRZEJŚĆ DO STRONY



7. EKG

Absolwenci studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo posiadają umiejętność wykonania badania EKG i rozpoznawania zaburzeń zagrażających życiu. Niemniej, *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego*, § 3 pkt. 2 lit. b wskazuje, że wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania EKG i rozpoznawanie cech EKG stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, przysługuje pielęgniarce, która ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie. W Polsce wiele pielęgniarek ukończyło kurs specjalistyczny *Wykonanie i interpretacja zapisu EKG u dorosłych*, którego efekty obejmują m.in. ocenę zapisu EKG pod kątem stanów zagrożenia życia, rozpoznawanie bloku przedsionkowo-komorowego, wyznaczenie osi elektrycznej, wskazanie nieprawidłowości odcinka

ST, rozpoznawanie cech ostrego zespołu wieńcowego z uniesieniem ST i bez, rozpoznawanie arytmii pochodzenia komorowego i nadkomorowego, rozpoznawanie cech hipo- i hiper-kaliemii, rozpoznawanie cech pobudzeń pochodzących ze stymulatora. Mimo tak szerokiego zakresu wiedzy, w POZ kompetencje te są praktycznie niewykorzystane, nawet w minimalnym stopniu. Rola pielęgniarki w badaniu EKG ogranicza się najczęściej jedynie do podłączenia elektrod i wykonania zapisu na zlecenie lekarza - bez analizy i interpretacji.

Dlaczego to jest kluczowe?

Wykorzystanie kompetencji pielęgniarek do oceny EKG może być bardzo przydatne w procedurze triage oraz w samodzielnej interpretacji zapisu, np. w przypadku porady edukacyjnej pacjenta kardiologicznego w ramach opieki koordynowanej. Warto wesprzeć personel pielęgniarski, aby w ramach wykonywania badań EKG wspólnie z lekarzami włączał się w ocenę zapisu - zgodnie z posiadanymi kompetencjami.

Podsumowanie - rola managera

Nie wystarczy zaszeregowanie w siatce płac zgodnie z wykształceniem. Jeśli nie stworzymy warunków do realnego wykorzystania kompetencji, pielęgniarki pozostaną bierne. Organizacja pracy w POZ musi przewidywać jasne zakresy obowiązków zgodnie z posiadanymi kompetencjami i zaszeregowaniem.

Idea APN (Advanced Practice Nurse), promowana przez ICN (International Council of Nurses, 2020), zakłada m.in.:

- samodzielną ocenę stanu zdrowia pacjenta i wdrażanie działań diagnostyczno-terapeutycznych;
- kierowanie na badania i konsultacje;
- prowadzenie terapii farmakologicznej w swojej dziedzinie;
- wykonywanie specjalistycznych procedur;
- koordynowanie opieki i nadzór nad leczeniem pacjentów przewlekle chorych.

Obecnie pielęgniarki posiadają uprawnienia do wykonywania wielu czynności z zakresu APN. Dlaczego więc ich wiedza i umiejętności są w praktyce POZ tak rzadko wykorzystywane? Z jednej strony managerowie często nie tworzą sprzyjającego środowiska, z drugiej – pielęgniarki niechętnie sięgają po nabyte kompetencje, mimo zaszeregowania zgodnego z wykształceniem. To wymaga pilnej zmiany w sposobie myślenia i zarządzania praktykami POZ

Pamiętajmy, że **kwalifikacje nie są po to, aby je mieć, lecz po to, aby je wykorzystywać** – przez pielęgniarki w codziennej praktyce i przez managerów w organizacji pracy.



AUTOR: lek. Adam Boruch

Specjalista medycyny rodzinnej, MBA w ochronie zdrowia. Wiceprezes Podlaskiego Związku Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Przewodniczący Sekcji Opieki Koordynowanej Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku. Prowadzi poradnię lekarza rodzinnego na Podlasiu.

AUTOR: dr n. Med. Grzegorz Han, mgr Katarzyna Żołnierowicz

Akredytacje

Oferujemy indywidualnie dostosowane doradztwo w zakresie uzyskiwania akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. **Prowadzimy proces uzyskiwania akredytacji zarówno w dziedzinach lekarskich, jak i lekarsko-dentystycznych!**



ZESKANUJ KOD PO
WIĘCEJ INFORMACJI



BIBLIOGRAFIA:

- [1] <https://dziennikustaw.gov.pl/D2025000105401.pdf>
- [2] <https://www.mp.pl/szczepienia/praktyka/porocudury/70925,kwestionariusze-wywiadu-przesiewowego-przed-szczepieniem-dzieci-mlodziezy-i-doroslych>
- [3] <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20170000497>
- [4] <https://share.google/glcDPa8WISTnAH6LO>
- [5] <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=Wdu20250000858>
- [6] https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Profilaktyk w POZ - nowy zawód, nowe możliwości

Rosnące znaczenie profilaktyki w systemie ochrony zdrowia

Wzrost znaczenia profilaktyki znacząco przyczynił się do powstania nowego zawodu, którym jest **profilaktyk**. Jak wynika z ustawy wprowadzającej tę profesję, profilaktykiem nazywamy osobę po ukończeniu odpowiednich studiów, która wykonuje czynności zawodowe w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Pojawienie się profilaktyka jako nowego zawodu medycznego poprzedzone było analizami bieżącej sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia, co uzasadniło potrzebę jego uregulowania.

Według raportu OECD z 2023 r. prawie połowa zgonów wśród populacji polskiej jest następstwem prowadzonego stylu życia, czyli zachowań modyfikowalnych, na które mamy wpływ. W znaczącej mierze są to nieprawidłowe nawyki, takie jak palenie tytoniu, spożywanie alkoholu czy niewłaściwy sposób odżywiania, jednak czynnikiem o wysokim znaczeniu jest również niewielki udział w programach przesiewowych. Te elementy doprowadziły do stanu, w którym główną rolę w systemie opieki zdrowotnej stanowi leczenie chorób, a nie zapobieganie im. Głównym uzasadnieniem dla wprowadzenia zawodu profilaktyka było odciążenie innych profesjonalistów medycznych i zarazem dążenie do równego rozkładu obowiązków.

Kim jest profilaktyk? Rola i zakres obowiązków

Według *Ustawy o niektórych zawodach medycznych z 17 sierpnia 2023 r.* profilaktykiem jest osoba, która po **30 września 2012 r.** ukończyła studia na kierunku zdrowie publiczne i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata lub inżyniera lub rozpoczęła studia na kierunku zdrowie publiczne przed **1 października 2012** i uzyskała tytułu zawodowy co najmniej licencjat lub inżynier. Wspomniana ustawa wprowadza oraz reguluje w sumie 16 nowych zawodów medycznych.

Szczegółowy zakres obowiązków profilaktyka został przedstawiony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących

niektóre zawody medyczne.

Najważniejsze obowiązki obejmują czynności takie jak:

- Ocena sytuacji zdrowotnej i społecznej populacji oraz jej potrzeb zdrowotnych;
- Opracowywanie schematu interwencji zdrowia publicznego, w tym oszacowanie ryzyka interwencji i sposobów reagowania;
- Opracowywanie materiałów informacyjnych oraz edukacyjnych w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia;
- Współpraca z instytucjami państwowymi, administracją rządową i samorządową oraz organizacjami pozarządowymi w zakresie koordynowania działań dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia;
- Współpraca z podmiotami uczestniczącymi w edukacji zdrowotnej społeczeństwa (m.in. jednostki systemu oświaty, organizacje sportowe, organizacje pozarządowe lub pracodawcy);
- Planowanie i opracowywanie programów dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia na podstawie aktualnej oceny sytuacji zdrowotnej populacji;
- Planowanie i wdrażanie postępowania mającego na celu zintegrowanie działań profilaktycznych oraz pozyskanie wsparcia finansowego i merytorycznego programów dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia;
- Identyfikowanie barier we wdrażaniu edukacji zdrowotnej w populacji oraz stosowanie właściwych metod i umiejętności komunikacyjnych w procesie dydaktycznym;
- Monitorowanie, ewaluacja i ocena skuteczności programów dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia dla różnych grup społecznych;
- Sprawowanie opieki nad pacjentem (organizacja procesu realizacji badań przesiewowych, prowadzenie edukacji zdrowotnej).

Wymogiem obligatoryjnym do podjęcia pracy w zawodzie jest wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego. Oznacza to, że profil-

ChUK - realizacja

Program profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK)
Potrzebujesz wsparcia w realizacji tego projektu?
Wejdź na stronę, zapoznaj się z artykułem oraz naszą ofertą!

ZESKANUJ KOD, ABY
POBRAĆ OFERTĘ



aktycy powinni złożyć odpowiedni wniosek o wpis do rejestru przed rozpoczęciem pracy.

Zgodnie z ustawą profilaktyk ma również dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie koniecznym do udzielania świadczeń.

Co istotne, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek kształcenia ustawicznego i ta zasada dotyczy się również profilaktyków. Oznacza to, że od takiej osoby wymaga się doskonalenia zawodowego w 5-letnich okresach edukacyjnych, a za udział w poszczególnych formach kształcenia podyplomowego lub doskonalenia zawodowego profilaktycy otrzymują punkty edukacyjne. Osobami odpowiedzialnymi za weryfikację spełnienia tego obowiązku jest Wojewoda.

Korzyści z zatrudnienia profilaktyka dla POZ

Jedną z najistotniejszych korzyści dla placówek jest znaczne odciążenie zespołu POZ w dotychczasowych obowiązkach. Zgodnie z treścią rozporządzenia profilaktyk może częściowo udzielać świadczeń w ramach programu profilaktycznego Moje Zdrowie, równoległe z lekarzem i pielęgniarką. Profilaktyk nie jest uprawniony do przeprowadzania wizyty podsumowującej, jednak w jego kompetencjach leży weryfikacja danych w KBZOD (Kwestionariuszu Bilansu Zdrowia Osoby Dorosłej) oraz jego zatwierdzenie. Może on także przeprowadzić porady edukacyjne wynikające z Indywidualnego Planu Zdrowotnego (IPZ).

Zatrudnienie profilaktyka może znacząco wpłynąć na poprawę organizacji pracy w POZ, pozyskanie nowych pacjentów oraz budowanie pozytywnego wizerunku placówki. Ważną korzyścią jest także aspekt





finansowy. Działania profilaktyka związane są głównie z realizacją przez placówkę programu profilaktycznego *Moje Zdrowie* oraz z monitorowaniem, ocenianiem i raportowaniem efektów innych programów profilaktycznych, które przekładają się na dodatkowe środki finansowe dla podmiotu.

Korzyści, jakich można się spodziewać z perspektywy pacjenta, to wyższa satysfakcja oraz poprawa wyników zdrowotnych, a także lepsze poczucie zaopiekowania poprzez wykształcony w tym kierunku personel

Wyzwania i bariery we wdrażaniu zawodu profilaktyka

Pojawienie się w Polsce nowego zawodu medycznego niesie ze sobą nie tylko korzyści, ale też pewne wyzwania i potencjalne przeszkody. Obecnie największym problemem jest brak świadomości zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego, co do roli i znaczenia profilaktyka. Może to wpływać na brak chęci zatrudnienia nowego pracownika lub nawet braku wiedzy o takiej możliwości.

Jednym z kluczowych wyzwań pozostaje finansowanie zatrudnienia profilaktyków.

Dodatkowe środki finansowe dla placówki w związku z realizacją programów profilaktycznych są niewątpliwie czynnikiem motywującym. Jednak pomimo intensywniejszej realizacji programów profilaktycznych, dodatkowe wpływy mogą okazać się niewystarczające. Kwestie finansowe pozostają niewygodną kwestią, która może wpływać zarówno pozytywnie jak i negatywnie na proces zatrudniania profilaktyka i realizacji jego obowiązków.

Problemem może być także rozmycie odpowiedzialności za wdrożenie nowego pracownika w placówce. Kto

powinien być odpowiedzialny za cały proces organizacyjny, uwzględniając nikłe doświadczenie personelu we współpracy z profilaktykiem, który jest nowym, nieznanym dotąd zawodem?

Ostatnią ważną kwestią, która może stanowić barierę w zatrudnianiu profilaktyka, jest dostępność kadr. Zasadne wydaje się pytanie, ile osób obecnie jest uprawnionych do wykonywania tego zawodu?

Szacuje się, że absolwentów zdrowia publicznego w Polsce jest około 20 tysięcy osób, z których prawdopodobnie nie każdy zainteresowany jest pracą w przychodni. Kierownicy mogą mieć problem ze znalezieniem pracownika spełniającego wymogi formalne, taki jak np. wpis do rejestru, o którym była mowa wyżej.

Praktyczne wskazówki dla managerów - jak efektywnie wdrożyć profilaktyka?

Zadaniem menedżera jest m.in. bieżące identyfikowanie potrzeb placówki. Pod kątem zatrudniania profilaktyka ważne jest przeanalizowanie, czy nowy pracownik przyczyni się do odciążenia personelu i czy upłynni funkcjonowanie podmiotu. Podczas rekrutacji i rozmów kwalifikacyjnych warto przeanalizować, jakie cechy są wymagane od nowego pracownika i jakich kompetencji oczekujemy. Warto wziąć pod uwagę dynamikę zespołu i aktualną sytuację przychodni.

Nowy pracownik z pewnością poczuje się pewniej, jeżeli otrzyma zapewnienie o możliwości rozwoju. Nie jest to oczywiście wymóg formalny, natomiast perspektywa szkoleń czy dostępu do materiałów może działać dla nowego pracownika motywująco.

Początki pracy każdego nowego członka zespołu wiążą się często z niepewnością, wątpliwościami czy

niewiedzą. Warto zaproponować integrację z resztą personelu, aby każdy zrozumiał nową rolę, oczekiwania czy też, potencjalnie, nowy podział obowiązków.

Z uwagi na słabą rozpoznawalność tego zawodu wśród pacjentów, ważnym zadaniem zespołu medycznego jest budowanie roli profilaktyka w POZ. Ich autorytet może być jednym z czynników motywujących pacjentów do skorzystania z jego usług, co warto mieć na uwadze po zatrudnieniu tego członka zespołu.

Ostatnim, lecz nie mniej ważnym zadaniem menedżera przy zatrudnianiu profilaktyka, jest monitorowanie i ewaluacja jego wdrożenia. Przy ocenie efektów, przydatnymi mogą okazać się mierniki skuteczności jego działań, a także wpływu na placówkę. Przykładowe mierniki to zgłaszalność do programów przesiewowych, poprawa wyników zdrowotnych, satysfakcja pacjenta ze świadczeń profilaktyka, czy poziom odciążenia pozostałych członków personelu.

Finansowanie profilaktyka i jego przyszłość w POZ

Rozwój profilaktyki w Polsce i na świecie, a wraz z nim rozwój tego zawodu, może wiązać się ze zmianami w strukturach podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednak jak wiadomo, żadna zmiana nie będzie mieć miejsca bez odpowiedniego finansowania. Zwiększona rola profilaktyka musiałaby wiązać się ze zwiększonym wsparciem dla działań profilaktycznych, jednak na ten moment brakuje informacji o efektywności obecnego finansowania.

Obecne wynagrodzenie profilaktyków jest określane wspólnie z płacami większości pozostałych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Siatkę płac

określa ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Podsumowanie

Nie ulega wątpliwości, że wdrożenie zawodu profilaktyka jest inwestycją w zdrowie pacjentów i efektywność placówek. Na tym etapie pojawia się jednak wiele pytań. Brakuje jednolitych standardów w jego pracy i samym procesie wdrażania. Należy poczekać na wypracowanie dobrych praktyk, które zapewnią menedżerom pewność w decyzji dotyczącej zatrudnienia. Oczekiwania wobec roli profilaktyka są wysokie, lecz przy wypracowaniu i korzystaniu z dobrych praktyk można liczyć na znaczne odciążenie personelu i poprawę wydajności placówek. Każdy podmiot leczniczy, planując zatrudnienie profilaktyka, powinien indywidualnie przeanalizować własne cele i potrzeby. W obliczu przedstawionych faktów, do rozważenia pozostaje kwestia zatrudnienia profilaktyka i aktywnego włączenia go w struktury POZ.

AUTOR: Sylwia Wojtusiak

Absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum na kierunku zarządzanie w ochronie zdrowia. Studentka studiów magisterskich na kierunku zdrowie publiczne. Szczególnie zainteresowana interdyscyplinarnym podejściem do wyzwań, jakie obecnie stawia zdrowie publiczne w Polsce i na świecie. Skoncentrowana na edukacji zdrowotnej i profilaktyce chorób cywilizacyjnych rozumianych jako kluczowe narzędzia do budowania zdrowych społeczeństw.

BIBLIOGRAFIA:

- [1] Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20230001972/U/D20231972Lj.pdf>
- [2] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2024), Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2023, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b12d3d03-pl>
- [3] Główny Urząd Statystyczny. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r. Warszawa, 2020 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2020-r-,2,7.html>
- [4] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 kwietnia 2025 w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20250000626/O/D20250626.pdf>
- [5] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej <https://dziennikustaw.gov.pl/D2025000058401.pdf>
- [6] Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170001473/U/D20171473Lj.pdf>



**KURS: Standardy ochrony małych dzieci
w placówkach podstawowej opieki
zdrowotnej**



ZESKANUJ KOD PO
WIĘCEJ INFORMACJI



Czy nastąpi odrodzenie FenIKS-a dla POZ?



Program FEniKS (Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027) to największy polski program krajowy w Unii Europejskiej, finansowany ze środków europejskich, mający na celu rozwój infrastruktury technicznej i społecznej zgodnie z zasadami zrównoważonego rozwoju. Cały program obejmuje rozwój sześciu obszarów tematycznych, tj.: adaptacja do zmian klimatu; kultura i ochrona dziedzictwa kulturowego; ochrona środowiska; rozwój odnawialnych źródeł energii; rozwój transportu; i najbardziej nas interesujący: rozwój ochrony zdrowia.

W dniu 6 sierpnia 2024 r. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) ogłosił pierwszy konkurs o nazwie „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej” (właśnie w ramach FEniKS) miał on być istotnym wsparciem dla podstawowej opieki zdrowotnej w całej Polsce. Prowadzący placówki (POZ) doskonale wiedzą jak jest to wymagające zadanie. Kolejki, sprzęt wymagający wymiany na nowocześniejszy t, ograniczone możliwości diagnostyczne czy pacjenci wymagający coraz szerszej diagnostyki, często kontaktujący się z POZ - wszystko to wywołuje frustrację wśród zarządzających placówkami POZ jak i personelu.

Ogłoszenie informacji o programie, który oferuje 100% dotacje na: pokrycie kosztów modernizacji lokali

w których prowadzona jest przychodnia, zakup nowoczesnego sprzętu/aparatury, wyposażenie gabinetów i recepcji w udogodnienia pozwalające lepiej, szybciej, wygodniej i nowocześniej obsługiwać pacjentów, zostało przyjęte z wielkim entuzjazmem wszystkich zainteresowanych.

20 sierpnia 2024 r. o godz. 10.00 wybiła godzina „0” i otwarto nabór, który nastęrczył zarówno aplikującym jak i organizatorom (NFZ) ogromnych trudności. Pomimo ich zaistnienia, w efekcie końcowym wsparcie otrzymało ponad 1 800 placówek – każda z nich otrzymała średnio około 370 tysięcy złotych, w formie bezzwrotnej dotacji – pamiętajmy, że program pokrywa 100% kosztów kwalifikowanych. Niestety w trakcie trwania naboru NFZ wprowadził warunek podpisania 8-letnich umów z NFZ (do 2033 r.), co wzbudziło wiele kontrowersji i w efekcie końcowym 50 podmiotów odmówiło zawarcia umowy o dotację.

Kluczową była tutaj zasada trwałości projektu. Na czym ona polega w przypadku omawianego Konkursu? Trwałość projektu to czas, w którym np. kupiony sprzęt/aparatura medyczna musi być dostępna w placówce POZ i służyć pacjentom w ramach realizacji świadczeń POZ, które są udzielane na podstawie umowy z Narodowym



Funduszem Zdrowia. Z naruszeniem zasady trwałości będziemy mieli do czynienia w sytuacji, gdy placówka POZ nie diagnozuje pacjentów sprzętem kupionym z dotacji, ponieważ nie posiada podpisanej umowy z NFZ na świadczenia w zakresie POZ.

Trudności podczas I naboru nie skończyły się wraz z zakończeniem naboru. Federacja Porozumienie Zielonogórskie (PZ) w piśmie do Minister Zdrowia wskazuje na następujące problemy:

- NFZ nie przestrzega ustalonego terminu 14 dni roboczych na weryfikację sprawozdań finansowych, przez co placówki POZ nie otrzymują odpowiedzi na czas. W wielu przypadkach odpowiedzi opóźniły się o ponad miesiąc, co jest sprzeczne z zapisami umowy;
- W trakcie weryfikacji NFZ zmienił zasady składania sprawozdań, co zmusiło Grantobiorców do poprawy dokumentów. NFZ uznał pierwotne sprawozdania za nieprawidłowe, mimo że zmiana zasad została wprowadzona przez Fundusz po ich złożeniu. Problemy te nie wynikły z błędów po stronie placówek, lecz z dzia-

łań NFZ;

- Wiele placówek, które wybrały rozliczenie w formie refundacji, zmagają się z zamrożonymi środkami, co wpływa na ich płynność finansową. Opóźnienia w refundacjach skutkują poważnymi trudnościami finansowymi dla tych podmiotów;
- Termin 15 września 2025 r., na który nałożono obowiązek poprawienia sprawozdań, nie był wcześniej zawarty w umowach. Pomimo tego, placówki zostały zmuszone do szybkiej reakcji na uwagi, które otrzymały ze znacznym opóźnieniem. Wymaganie poprawy w tak krótkim czasie wywołało niepotrzebną presję;
- Brak oficjalnej publikacji nagrania z webinaru, na którym poinformowano o konieczności złożenia korekt do 15 września, pogłębił zamieszanie i brak przejrzystości w procesie rozliczania grantów.

Jak będzie w tym roku? Czy jest złota rada jak placówka powinna się do przygotować do kolejnego planowanego naboru? Z uwagi na fakt, iż nie wiemy, jak będzie wyglądała dokumentacja konkursowa w nowym naborze, możemy dokonać małej analizy tego, z czym spotkaliśmy się

Szkolenie OK

 strefaPOZ.pl

Nasz zespół współtworzy materiały edukacyjne dla wszystkich grup zawodowych związanych z podstawową opieką zdrowotną, w tym w obszarze opieki koordynowanej. Wdrażamy opiekę koordynowaną i szkolimy w jej zakresie w licznych placówkach POZ na terenie całej Polski – w systemie 1:1 – nasz trener i Twój Zespół POZ. Pomożemy Ci!

ZESKANUJ KOD, ABY PRZEJŚĆ
DO SZKOLEŃ OK



ZESKANUJ KOD, ABY PRZEJŚĆ
DO ZŁOŻENIA WNIOSKU OK



w sierpniu 2024 roku.

Zacznijmy, że celem omawianego konkursu jest poprawa jakości i dostępności świadczonych usług medycznych poprzez wprowadzenie nowoczesnych rozwiązań technologicznych, organizacyjnych w szczególności w regionach słabiej rozwiniętych i na terenach wiejskich (niwelowanie różnic regionalnych w dostępie do usług zdrowotnych), a także rozwój opieki koordynowanej i zwiększenie efektywności systemu.

Tak więc przystępując do formułowania pomysłów na zakupy i/lub remonty ten cel powinien podmiotom leczniczym „przyświecać”. Wniosek musi być spójny z celami konkursu. Przychodnia nie musi inwestować własnych pieniędzy, ale musi pamiętać, że sprzęt jak i nowe usługi muszą być utrzymane przez minimum pięć lat. Pamiętajmy, że te 5 lat liczone jest od daty rozliczenia projektu przez NFZ z Ministerstwem Zdrowia, które jest planowane w drugiej połowie 2028 r. czyli realnie ten okres wynosi ok. 8 lat, czyli do połowy 2033 r.

W ubiegłorocznym konkursie środki można było wykorzystać na sfinansowanie takich m.in. działań jak:

- zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego (m.in. USG, EKG, holtery, aparaty spirometryczne);
- wyposażenie gabinetów w specjalistyczne meble, krzesła i inne meble medyczne;
- rozwój telemedycyny – np. zestawy do zdalnego monitorowania pacjentów;
- adaptację pomieszczeń przychodni tak, aby były bardziej przyjazne i funkcjonalne (nie zmieniamy kubatury budynku!);
- modernizację sprzętu i systemów informatycznych w przychodni (komputery, serwery, e-usługi, elektroniczna rejestracja);

- działania profilaktyczne i edukacyjne dla pacjentów,
- rozwój zespołów koordynowanej opieki zdrowotnej (KOZ);
- zwiększanie dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.

Jakie są rekomendacje dla przyszłych, a tegorocznych wnioskodawców:

- 1. Zrób analizę potrzeb** – co ułatwi pracę personelowi i przede wszystkim co jest najlepsze dla pacjentów. Wybierz te rozwiązania, które odpowiadają na potrzeby z terenu Twojej przychodni.
- 2. Wybiegaj w przyszłość.** W tyle głowy należy mieć pięcioletni wymóg trwałości projektu (opisany powyżej) – nie myślmy tylko tu i teraz, ale wybiegaj w przyszłość.
- 3. Zapoznaj się z dokumentacją konkursową.** To jeden z najważniejszych kroków - wnikliwe przeczytanie dokumentacji konkursowej (takimi jak: regulamin naboru, wzór wniosku, instrukcja wypełniania, kryteria oceny formalnej i merytorycznej), ułatwi potem pracę nad wnioskiem. Albowiem, aby przystąpić do programu placówki POZ muszą spełnić określone warunki oraz złożyć wniosek do właściwego oddziału NFZ. Wniosek powinien zawierać informacje na temat planowanych działań modernizacyjnych, zakładanych efektów oraz harmonogramu realizacji. Dobrą praktyką jest przygotowanie sobie wniosku w wersji np. word, co pozwoli przy jego wypełnianiu na stronie konkursu na szybkie kopiowanie (a nie wpisywanie ręczne) i wklejanie w odpowiednie miejsce stosownych informacji, co bardzo przyspiesza cały proces. Szybkość złożenia aplikacji może okazać się klu-

czowa dla powodzenia w aplikowaniu, w sytuacji gdy będzie obowiązywała zasada „kto pierwszy ten lepszy”. Należy zwrócić uwagę, iż w niektórych pozycjach zgód i oświadczeń wymagane są uzasadnienia (warto przygotować je wcześniej).

Wyjątkową czujność należy zachować przy odznaczaniu oświadczeń i zgód. Należy także zaznajomić się z Planami transformacji zarówno na szczeblu krajowym jak i wojewódzkim, co ułatwi napisanie uzasadnień. Warto przygotować takie załączniki m.in. jak:

- oświadczenia o dysponowaniu nieruchomością (na jakiej podstawie);
- oświadczenie dot. dofinansowania z innych źródeł;
- oświadczenie dot. zgodności z przepisami pomocy publicznej;
- informacja na temat działań, które Wnioskodawca realizuje/przewiduje do realizacji, a które są komplementarne do innych projektów finansowanych ze środków UE (również realizowanych we wcześniejszych okresach programowania), ze środków krajowych lub innych źródeł;
- plan działań edukacyjnych i informacyjnych w zakresie działań antydyskryminacyjnych.

5. Pamiętajmy, co jest celem całego Programu.

Pisząc wnioski, należy wskazać, co jest ważne dla pacjentów i dlatego chcemy dokonać takich, a nie innych zakupów – musimy udowodnić, że projekt przełoży się na realne korzyści społeczne.

Wysokość dofinansowania, o jaką można się starać determinowana była, w pierwszym naborze, liczbą pacjentów zapisanych w placówce tj.:

mały podmiot (do 5000 zapisanych pacjentów na liście aktywnej) – mógł starać się o 300 000 zł, średni podmiot (od 5001 do 10 000 zapisanych pacjentów na liście aktywnej) o 450 000 zł, a duży podmiot (powyżej 10 000 zapisanych pacjentów na liście aktywnej) – 600 000 zł.

Czy Program FENIKS dla podstawowej opieki zdrowotnej odrodzi się niczym Feniks z popiołów w 2025r.? Okaże się przy najbliższym naborze, wszyscy wierzą, że tak z korzyścią dla samych podmiotów leczniczych, a przede wszystkim pacjentów, którzy będą mieli dostęp do nowoczesnej i efektywnej opieki zdrowotnej. Czas pokaże. Z pewnością program to wyjątkowa okazja, by bez obciążeń finansowych zainwestować w rozwój swojej przychodni.

Warto śledzić informacje na temat ogłoszenia tegorocznego konkursu na stronach Narodowego Funduszu Zdrowia jak i dedykowanej konkursowi stronie (feniks.nfz.gov.pl/).

AUTOR: mgr Anna Sowa-Jadczyk

Prawnik, menadżer, Ekspert IPR Taiex Komisji Europejskiej, posiada 20-letnie doświadczenie w realizacji i zarządzaniu projektami współfinansowanymi ze środków europejskich (również międzynarodowymi), od 15 lat kieruje funduszem załączkowym wspierającym startupy.

Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej - po pierwszych miesiącach realizacji

„Moje Zdrowie” to ogólnopolski, bezpłatny dla pacjentów bilans zdrowia dla dorosłych od 20. roku życia. Udział zaczyna się od wypełnienia ankiety (IKP/mojeIKP lub w poradni), następnie wykonywany jest zestaw badań (zakres podstawowy + ewentualnie rozszerzony według wieku/ryzyka), a całość kończy wizyta podsumowująca z opracowaniem Indywidualnego Planu Zdrowotnego (IPZ) - konieczny element dla omówienia wyników i ankiety, a także rozliczenia. Możliwa do zrealizowania jest też porada edukacyjna i/lub dalsze zalecenia, w tym test FIT-OC. Bilans można powtarzać: co 5 lat (20–49 lat) i co 3 lata (50+). Program finansuje NFZ, a realizują go poradnie POZ.

Finansowanie

NFZ rozlicza nowe produkty w POZ. Wśród nich znajdują się: „Bilans 20–59”, „Bilans 60+”, „Porada edukacyjna”. Dodatkowe pozycje obejmują m.in. badanie ogólne moczu, AIAT/ASPAT/GGTP, anty-HCV, PSA, Lp(a), FIT-OC – w zależności od wskazań.

W opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) koszty w 1. roku programu oszacowano na ok. 336,5 mln zł. W czasie konferencji prasowej w maju 2025 roku ówczesna Minister Zdrowia Izabela Leszczyńska wskazała środki zabezpieczone na realizację bilansów zdrowia. Mówiła wówczas, iż „Na ten cel zabezpieczyliśmy w tym roku 193 mln zł.”

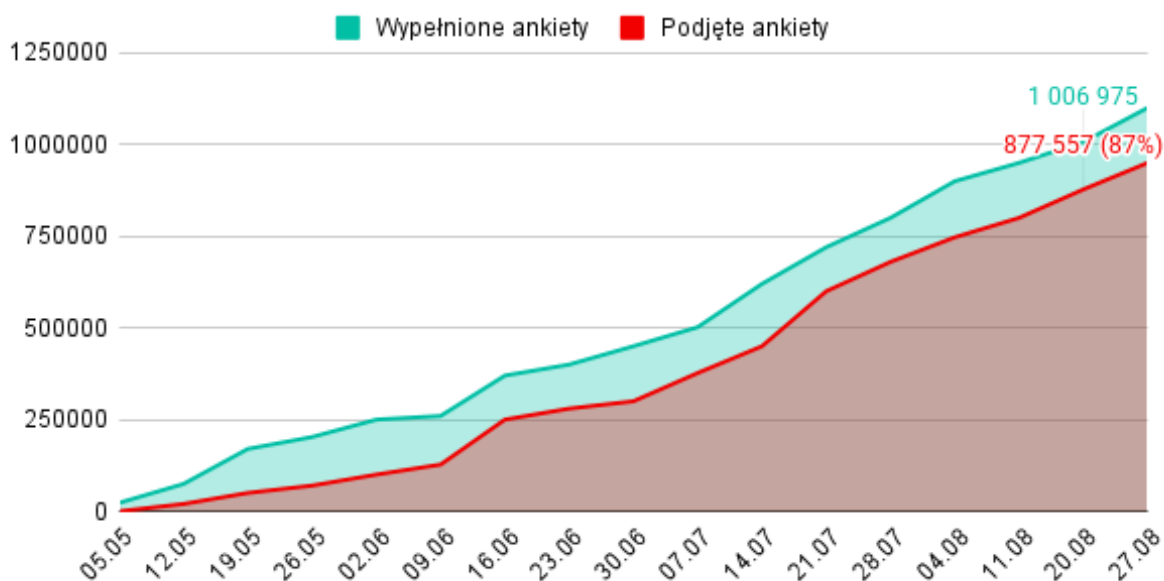
Czy ta kwota wystarczy? Realne zainteresowanie jest wyższe niż wstępnie przewidywano. AOTMiT szacował uczestnictwo około 750 tys. osób, liczba ta już została przekroczona. Mamy do czynienia ze świadczeniem gwarantowanym, w praktyce NFZ może korygować plan finansowy i zwiększyć przeznaczone na realizację programu środki. „Przy obecnej dynamice realizacji ryzyko niedoszacowania puli na 2025 r. jest realne.”. Jednocześnie sytuacja finansowa płatnika nie sprzyja zwiększaniu środków.

Przebieg wdrożenia

Start nastąpił 5 maja 2025 r. i już po miesiącu odnotowano ponad 0,23–0,26 mln wypełnionych ankiet; do połowy lipca ponad 0,5–0,64 mln; 20 sierpnia przekroczono 1 000 000 ankiet, istotne, iż zdecydowana większość z nich (ponad 870 tys. podjętych do realizacji). Zainteresowanie więc szybko przewyższyło ostrożne początkowo prognozy.



Moje Zdrowie - Liczba wypełnionych i podjętych ankiet



Wykres sporządzony na podstawie danych publikowanych przez Centrum e-Zdrowia w okresie 05.2025-08.2025

Najczęściej trudności w realizacji

Od czasu wdrożenia programu zespoły POZ zgłaszały i wciąż zgłaszają szereg trudności w jego optymalnej realizacji. Wśród najważniejszych znajdują się kłopoty z KBZOD i integracją z gabinet.gov.pl, różna (zwykle słaba) integracja z programami gabinetowymi (co wymaga znacznych nakładów pracy przy przenoszeniu danych oraz zwiększa ryzyko pomyłek), potrzeba osobnego raportowania do SWIAD, problemy z nieaktualnymi deklaracjami pacjentów w POZ. Przedstawiciele pracodawców POZ zwracają także uwagę na niedobory kadrowe i postulują szersze wykorzystanie np. położnych w realizacji „Mojego Zdrowia”. To z kolei nie zawsze jest akceptowane przez pacjentów, którzy często domagają się od razu konsultacji lekarskiej. Menedżerowie placówek POZ zwracają także uwagę na problem braku zgłaszania się pacjentów na wizyty podsumo-

wujące, mimo wykonanych badań. Skutkiem są niemożliwe do sprawozdania świadczenia (sprawozdanie i rozliczenie możliwe jest dopiero po wykonaniu IPZ podczas wizyty podsumowującej). Przed nami także sezon infekcyjny, pozostaje otwartym pytaniem jak poradnie POZ poradzi sobie z realizacją profilaktyki w okresie wzmożonych zachorowań infekcyjnych.

Promocja i edukacja


Istotnym wyzwaniem pozostaje także promocja programu oraz edukacja pacjentów. Ministerstwo Zdrowia realizuje te zadania przez serwis www, zaś NFZ przez swoje kanały komunikacji oraz w kioskach profilaktycznych. Jednocześnie jednak pacjenci zgłaszający się do badań nie mają pełnej wiedzy o programie, co gorsza, jak już wcześniej wspomniano, nie zgłaszają się na wizyty podsumowujące.

Kluczowe dla zapewnienia dalszego rozwoju profilaktyki pacjentów w ramach programu będzie intensywne monitorowanie „Mojego Zdrowia”. Kluczowe jest ustalenie, jakie grupy pacjentów korzystają samodzielnie z programu, a jakie wymagają wsparcia w dostępie. Równie istotna będzie dalsza cyfryzacja programu, w tym samego Indywidualnego Planu Zdrowotnego - tak, by stał się dokumentem cyfrowym dostępnym dla pacjenta w IKP. Dotychczasową edukację w zakresie elementów projektu prowadzono ponadto głównie siłami towarzystw naukowych, istotne byłoby, aby w podnoszenie jakości świadczeń włączył się aktywnie także NFZ i MZ.

AUTOR: dr n. med. Aleksander Biesiada

Lekarz specjalista medycyny rodzinnej, absolwent Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, członek Zespołu ds. wdrożenia opieki koordynowanej Ministra Zdrowia, prezes Wydawnictwa Interaktywnego Medutools - firmy z pogranicza nowych technologii informatycznych, edukacji i medycyny. Przewodniczący Sekcji Opieki Wspierającej i Leczenia Bólu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz redaktor naczelny StrefaPOZ.

lek. Magdalena Kędziora

 [strefaPOZ.pl](https://strefapoz.pl)

Moje Zdrowie - wsparcie realizacji programu profilaktycznego

Od maja 2025 roku w POZ rusza program Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej. W odpowiedzi na wyzwania organizacyjne i szkoleniowe oferujemy, praktyczne szkolenie wspierające wdrożenie programu w placówce.



ZESKANUJ KOD, ABY POBRAĆ OFERTĘ W PDF

ZESKANUJ KOD, ABY ABY PRZEJŚĆ NA STRONĘ



strefapoz.pl/moje-zdrowie-oferta



BIBLIOGRAFIA:

- [1] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/moje-zdrowie-bilans-zdrowia-osoby-doroslej/> "Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej"
- [2] <https://pacjent.gov.pl/program-moje-zdrowie> "Program Moje Zdrowie"
- [3] <https://ezdrowie.gov.pl/portal/arttykul/moje-zdrowie-bilans-zdrowia-dla-doroslych-w-poz> "Moje Zdrowie – bilans zdrowia dla dorosłych w POZ"
- [4] <https://mbrk.pl/wp-content/uploads/2025/05/ZARZADZENIE-NR-342025DSOZ.pdf> "Zarządzenie Nr 34/2025/DSOZ Prezesa NFZ"
- [5] https://mojezdrowiewpoz.pl/wp-content/uploads/2025/05/NFZ_moje-zdrowie.pdf "Zarządzenie nr 34/2025/dsoz"
- [6] <https://www.mp.pl/medycynarodzinnna/prawo/379307%2Cbadania-w-poz-zmiany-w-przepisach%2C1> "Badania w POZ – zmiany w przepisach - strona 2"
- [7] <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/moje-zdrowie-juz-milion-osob-w-programie> "Moje Zdrowie – już milion osób w programie"
- [8] <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Moje-zdrowie-po-miesiacu-cwierz-miliona-wypelnionych-ankiet-Zbadac-sie-chca-te-grupy-wiekowe%2C272178%2C14.html> "Moje zdrowie po miesiącu: ćwierć miliona wypełnionych ..."
- [9] <https://www.cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/ponad-pol-miliona-ankiet-w-programie-moje-zdrowie-mlodzi-chca-sie-badac> "Ponad pół miliona ankiet w programie Moje Zdrowie. ..."
- [10] <https://tvn24.pl/zdrowie/problemy-z-programem-moje-zdrowie-chodzi-o-deklaracje-cez-odpowiada-st8516417> "Problemy z programem Moje Zdrowie, chodzi o deklaracje. ..."
- [11] <https://forumpps.pl/index.php> "Program Moje zdrowie"
- [12] <https://www.mp.pl/medycynarodzinnna/aktualnosci/382168%2Cproblemy-z-wdrazaniem-programu-moje-zdrowie> "Problemy z wdrażaniem programu Moje Zdrowie"
- [13] <https://pulsmedycyny.pl/system-ochrony-zdrowia/poz/ppoz-alarmuje-sa-problemy-z-wdrazaniem-programu-moje-zdrowie> "są problemy z wdrażaniem programu „Moje Zdrowie”"
- [14] <https://www.medexpress.pl/zawody-medyczne/polozne-poz-wykluczone-z-programu-moje-zdrowie-apel-do-nfz/> "Położne POZ wykluczone z programu „Moje Zdrowie”? ..."
- [15] <https://www.termedia.pl/mz/-Moje-zdrowie-nie-taki-sukces-jak-go-maluja-%2C63054.html> "„Moje zdrowie” – nie taki sukces, jak go malują?"
- [16] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rusza-program-moje-zdrowie-bilans-zdrowia-osoby-doroslej> "Rusza program Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej"
- [17] <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/nie-czekaj-na-objawy-sprawdz-swoje-zdrowie-w-programie-moje-zdrowie%2C8775.html> "Sprawdź swoje zdrowie w programie „Moje Zdrowie”"
- [18] <https://www.nfz-rzeszow.pl/informacje-ogolne/aktualnosci/informacje-ogolne/materialy-graficzne-dotyczace-programu-moje-zdrowie%2Cart2818/> "Materiały graficzne dotyczące programu „Moje Zdrowie”"
- [19] https://www.nfz-szczecin.pl/swiadczeniodawcy_news_5310_materiały_graficzne_dla_poz_dotyczace_programu_bdquo_moje_zdrowie_rquo.htm?PHPSESSID=8496b06d15c1e8692e8935f168434490 "Materiały graficzne dla POZ dotyczące programu „Moje Zdrowie”"



Wywiad numeru: „Opieka koordynowana okiem koordynatora”

mgr Kinga Wielewicka

Absolwentka Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na kierunku zdrowie publiczne. Od sześciu lat związana z podstawową opieką zdrowotną, gdzie zajmuje się codzienną pracą z pacjentami oraz realizacją zadań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki. Szczególną satysfakcję czerpie z bezpośredniego kontaktu z ludźmi, traktując go jako fundament skutecznej opieki i współpracy.

Rola koordynatora dla wielu osób nadal pozostaje niejasna - w wielu miejscach rola ta sprowadza się do rejestrowania pacjentów na wizyty czy zaplanowane badania. Jaką rolę Pani pełni Pani w swojej przychodni?

Pełnię funkcję koordynatora w opiece koordynowanej (OK). U nas rejestracją pacjentów zajmuje się osobny zespół. W naszej przychodni każdy pacjent włączony do opieki koordynowanej po wyjściu z gabinetu lekarskiego każdorazowo otrzymuje drukowane zalecenia lekarskie. Ja mam dostęp do tych zaleceń w systemie – zarówno w formie notatki zostawionej przez lekarza, jak i w formie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM), który stanowi dla mnie główne źródło informacji. Po wizycie pacjent trafia do rejestracji, gdzie umawiane są kolejne wizyty.

Moim zadaniem jest kontrolowanie całego procesu. W naszej placówce wielu pacjentów jest już włączonych do OK, a moim zadaniem jest pilnowanie realizacji IPOM, co może wiązać się np. z ustalaniem nowych terminów wizyt czy badań w przypadku ich odwołania czy niestawienia się na umówiony termin. Jedną z najważniejszych kwestii jest nadzór nad

wykonywaniem badań, bo brak kontroli powoduje komplikacje zarówno dla pacjenta, jak i dla placówki - pacjenci nie zgłaszają się na badania (lub rezygnują z nich w ostatniej chwili), ale jednocześnie nie odwołują zaplanowanej wizyty kontrolnej.

Czyli mamy kontrolę, ale nie mamy wyników.

Dokładnie. Oczywiście zdarza się również tak, że pacjent nie wykona zleconych badań i nie odwoła wizyty, albo po prostu się na nią nie stawi - termin nam przepada. To są problemy, z którymi najczęściej się mierzymy. Wysyłamy pacjentom SMS-y z przypomnieniem o wizycie. Jeśli nie chcą przyjść, wystarczy, że odpiszą "nie", a informacja trafi do mnie i ponownie umawiam pacjenta. Niestety wielu pacjentów tego nie robi.

Gdy taki pacjent zgłosi się ponownie, każdorazowo informuję go, że jest już włączony w cały proces, więc kolejna kontrola i tak się odbędzie. Staram się jednak przy tym edukować, mówiąc: "Otrzymał pan SMS-a z przypomnieniem, następnym razem proszę na niego odpo-

wiedzieć”. Zwykle wtedy pacjenci deklarują: „Dobrze, będę odpisywał” i wierzę, że w dłuższej perspektywie to faktycznie przyniesie efekty.

Ale umawianie i pilnowanie wizyt to nie są Pani jedyne obowiązki?

Oprócz pilnowania, czy pacjent jest umówiony na badania laboratoryjne, zajmuję się również ich rozliczaniem. Całą dokumentację prowadzę w Excelu, gdzie zapisuję badania wraz z datami i na tej podstawie sprawozdaję miesięcznie świadczenia. Na koniec każdego miesiąca oraz na początku kolejnego sprawdzam, czy pacjenci przyszli na wizyty kontrolne w poprzednim miesiącu, a także weryfikuję, kiedy mają zaplanowane kolejne wizyty. Czasami zdarza się, że pacjent mówi, iż grafik w pracy będzie miał dopiero za miesiąc - osoby pracujące w rejestracji w naszej placówce są już na to wyczulone. Wtedy sugerujemy, aby zaplanować jakąś konkretną datę, a w razie potrzeby prosimy o kontakt w celu przełożenia wizyty. Z doświadczenia wynika, że jeśli nie umówimy wizyty od razu, pacjenci sami się nie zapisują. Myślę, że 80% pacjentów w ogóle by się nie umówiło, dlatego proponujemy jakąkolwiek datę z możliwością jej przełożenia. Oprócz wcześniej wspomnianych zadań, jako koordynator pełnię przede wszystkim rolę łącznika pomiędzy pacjentami, a personelem medycznym. To do mnie kierowane są wszelkie problemy oraz kwestie wymagające wyjaśnienia”

„Oprócz pilnowania, czy pacjent jest umówiony na badania laboratoryjne, zajmuję się również ich rozliczaniem”

W zapanowaniu nad tym ruchem pacjentów system informatyczny mógłby być bardziej wspierający, prawda?

Zdecydowanie tak. Na co dzień prowadzę kilka plików Excel – jeden z badaniami laboratoryjnymi, drugi z poradami kompleksowymi, które są powtarzane co roku. Mam tabelki, w których zaznaczone są daty, aby w razie potrzeby móc łatwo wyłapać pacjenta, który nie miał zaplanowanej kontroli. Co miesiąc robię dokładny przegląd tych danych, aby upewnić się, że wszystko zostało zrealizowane, a porady były właściwie sprawozdane.

Choć udało mi się wypracować system, w którym staram się wszystko uporządkować, brak jest jednego, kompleksowego narzędzia, które by to wspierało. Każdy koordynator ma swoje metody pracy, ale w obliczu dużej liczby pacjentów i różnych zadań, uważam, że bardziej zintegrowany system informatyczny na pewno by pomógł.

Czy profilaktyka ChUK też wchodzi w zakres Pani obowiązków?

U nas profilaktyką ChUK zajmuje się inna osoba. Ale bardzo często po zakończonym procesie pacjenci są „wysyłani” do mnie celem włączenia do OK. Po przekazaniu ich danych dzwonię do pacjentów i umawiam na porady kompleksowe, bo większość pacjentów, którzy zgłosili się do programu ChUK (i potwierdzono u nich rozpoznanie), są chętni, aby kontynuować diagnostykę i leczenie.

Dołącz do naszej społeczności na LinkedIn!

Bądź na czasie z naszymi działaniami.



Zeskanuj i bądź na bieżąco!

Wydaje się, że wiele placówek nie docenia jeszcze roli koordynatora. Próbuje wprowadzać opiekę koordynowaną, ale często w taki sposób, że koordynator jest częścią etatu innego pracownika, który ma już określony zakres obowiązków. Czy Pani zdaniem takie połączenie roli koordynatora z innymi zadaniami jest wykonalne?

Tylko częściowo. Patrząc na to, co robię na co dzień, nie wyobrażam sobie pełnienia tej roli w ramach innych obowiązków. Nasza praca opiera się na współpracy z rejestracją, pielęgniarkami edukacyjnymi i lekarzami, a także na bezpośrednim kontakcie z pacjentami. To bardzo wymagająca rola, która nie może być wykonywana tylko częściowo. Jeśli koordynator pełniłby dodatkowe obowiązki, nie mogłoby to być robione dokładnie.

Jako perfekcjonistka, lubię mieć wszystko dokładnie zaplanowane i kontrolowane. Często kontaktuję się z pacjentami, przypominam o wizytach i tłumaczę im, na czym polega opieka koordynowana. Dzięki temu pacjenci, którzy nie wiedzą, co ich czeka w ramach tego procesu, często wyrażają wdzięczność za nasze przypomnienia i motywację do wykonania badań.

Jakie doświadczenie pomogło Pani w pracy koordynatora?

Jestem absolwentką zdrowia publicznego na Uniwersytecie Medycznym w Gdańsku. Na początku studiów pracowałam jako rejestratorka w przychodni, łącząc studia z pracą na część etatu. Moja obrona dyplomu zbiegła się w czasie z rozpoczęciem realizacji opieki koordynowanej w naszej placówce i wtedy rozpoczęłam pracę jako koordynator. Choć wykształcenie w tym zakresie jest pomocne, to w mojej ocenie bardziej liczą się kompetencje miękkie – kontakt z pacjen-

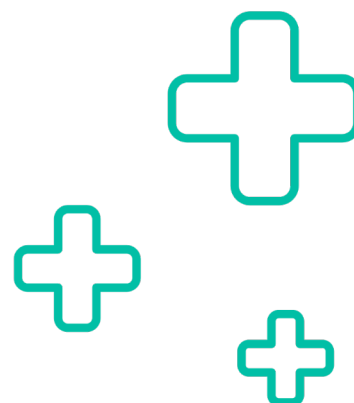
tem, współpraca z personelem medycznym i niemedycznym oraz organizacja pracy. Na początku mojej pracy w tej roli, wiele rzeczy było robionych metodą "prób i błędów". Tak jak wcześniej wspominałam - nie ma gotowych narzędzi, które można by wykorzystać, więc wszystko trzeba było tworzyć samodzielnie, dostosowując je do specyfiki pracy.

Jakie rady, wskazówki ma Pani dla osób pełniących funkcję koordynatora?

Uważam, że każdy koordynator powinien wypracować swoje narzędzie pracy- coś, co pomoże mu sprawnie organizować codzienne obowiązki i porządkować proces opieki. Ważne jest, aby trzymać się ustalonych procesów i schematów, ale jednocześnie pamiętać, że to przede wszystkim praca z ludźmi. Każdy pacjent ma swoją historię, potrzeby i emocje, dlatego indywidualne podejście jest kluczowe.

Pacjenci bardzo często gubią się w całym procesie leczenia i to właśnie my koordynatorzy, jesteśmy po to, by być ich przewodnikami i "tłumaczem" systemu ochrony zdrowia. Dzięki temu mogą czuć się bezpieczniej i mieć pewność, że ktoś czuwa nad ciągłością ich opieki.

Praca koordynatora jest niezwykle satysfakcjonująca- daje poczucie realnego wpływu na poprawę jakości życia pacjentów i umożliwia im płynne przechodzenie przez kolejne etapy leczenia. Dla mnie osobiście to zajęcie okazało się nie tylko źródłem satysfakcji, ale też szansą na własny rozwój i zdobywanie nowych doświadczeń.





koordynowana.pl



Koordinowana.pl to portal łączący specjalistów dziedzin objętych koordynacją i inne osoby zaangażowane w opiekę koordynowaną. Znajdziesz tutaj wiele przydatnych materiałów wspomagających realizację OK: schematy rozliczeń, checklisty, webinary czy kursy.



ZESKANUJ KOD, ABY PRZEJŚĆ DO STRONY

OPIEKA KOORDYNOWANA KROK PO KROKU



POLSKIE TOWARZYSTWO MEDYCyny RODZINNEJ

Praktyczny przewodnik dla zespołów POZ



ZESKANUJ KOD, ABY PRZEJŚĆ DO STRONY





Przygotowanie biznesu medycznego do sprzedaży: Kluczowe aspekty procesu M&A w sektorze POZ

W cyklu webinarów przeprowadzonych dla Strefy POZ w maju i czerwcu 2025 roku staraliśmy się przybliżyć tematykę związaną z przygotowaniem biznesu medycznego do sprzedaży. Jak to powiedział Benjamin Franklin „Zaniedbując przygotowania, przygotowujesz się na porażkę”. Ta maksyma ma bezpośrednie zastosowanie także do procesu sprzedaży firm.

Sektor medyczny w Polsce jest bardzo aktywny w kontekście M&A (sprzedaży i połączeń spółek), gdyż zapewnia bardzo atrakcyjne ścieżki wyjścia dla inwestorów. Na rynku działa cała grupa konsolidatorów branży POZ, od największych skupionych na dużych aglomeracjach (jak Medicover, Luxmed i inni) po mniejszych skoncentrowanych na niewielkich miejscowościach. Mnożniki stosowane – zasadniczo od 4 razy do 15 razy EBITDA (czyli zysku, przed odliczeniem podatków, amortyzacji i odsetek) w zależności od skali biznesu – zależą także od tego jak dobrze spółka jest przygotowana do sprzedaży oraz jak profesjonalnych ma doradców po swojej stronie, którzy wiedzą, który inwestor jest stanie zaoferować najlepsze warunki oraz o jakie maksymalnie bezpieczne zapisy można wynegocjować.

Poprawnie przeprowadzony okres przygotowawczy sprowadza się do analizy podatkowej i prawnej biznesu medycznego, aby usunąć wady, które obniżyłyby cenę sprzedaży oraz wdrożyć optymalną strukturę podatkową (np. fundacje rodzinne jako właściciele udziałów). Nawiasem mówiąc, analiza podatkowa jest zalecana niezależnie od przygotowania do sprzedaży, gdyż część podmiotów działa nieefektywnie podatkowo nie stosując rozwiązań, które są na stole (np. estoński CIT, spółki komandytowe, podatkowe grupy kapitałowe), wskutek tego miliony złotych trafiają do Skarbu Państwa w podatkach. Przykładowo podczas analizy finansowej na jednym z projektów okazało się, że spółka stanowiąca przedmiot transakcji będzie przynosić przez kilka lat straty. W związku z czym, z dodatkowego opracowania okazało się, że optymalne będzie utworzenie podatkowej grupy kapitałowej, w ramach której straty jednego podmiotu mogą zostać odliczone od zysków innego podmiotu tworzącego grupę.

Z kolei w innym projekcie inwestor nie był zainteresowany nabyciem udziałów w placówce POZ posiadającej nieruchomości. A zatem przeprowadzona została restruktu-

ryzacja nabywanego biznesu, w ramach której nieruchomości zostały przeniesione do prywatnego majątku założycieli, a następnie została zawarta długoterminowa umowa najmu lokalu placówki POZ.

Bardzo istotna część procesu to przygotowanie przez doradcę finansowego wiarygodnego memorandum informacyjnego dotyczącego sprzedawanej spółki oraz perspektyw wzrostu na najbliższe pięć lat. W zależności od tychże perspektyw oraz nastawienia założycieli, doradcy pomagają w dobraniu optymalnego inwestora:

1. branżowego, jeżeli właściciel chce sprzedaż 100% udziałów
2. finansowego, jeżeli założyciel chce sprzedać tylko część udziałów, a następnie pozostały pakiet sprzedać inwestorowi finalnemu przyłączając się do sprzedaży inwestora finansowego.

W tym drugim przypadku może być to opłacalne dla założycieli, którzy

z jednej strony otrzymają zabezpieczenie na wstępie za sprzedaż swojego pakietu udziałów (np. po mnożniku 8 razy EBITDA za 2025), aby zachować jak największy pakiet mniejszościowy, którego wartość może wielokrotnie wzrosnąć w czasie oraz zostać sprzedana po wyższym mnożniku (np. 12 razy EBITDA za 2030), czyli po wycenie, po jakiej inwestor finansowy sprzeda swój pakiet inwestorowi docelowemu.

W tym kontekście wręcz kluczowe jest przygotowanie mentalne właściciela do procesu sprzedaży, bo proces związany ze sprzedażą z reguły trwa od 6 do 18 miesięcy, a po drugiej stronie są zawodnicy, którzy grali w tę grę więcej razy niż właściciel sprzedawanego biznesu. Wachlarz taktyk negocjacyjnych i zagrywek psychologicznych, jakie stosują nabywcy jest niewyczerpany, a zatem właściciel musi mieć najlepszych doradców, którzy pomogą mu mieć silne karty i szerokie opcje manewru.

AUTOR: adwokat Michał Karwacki

Uznany ekspert w obsłudze transakcji fuzji i przejęć (M&A), venture capital, private equity oraz inwestycji bezpośrednich greenfield. Od ponad dwudziestu lat doradza stronom, zarówno polskim, jak i zagranicznym klientom, na wszystkich etapach procesu transakcyjnego, w tym prowadzi analizy due diligence oraz przygotowuje i negocjuje dokumentację transakcyjną. Jego bogate doświadczenie zawodowe obejmuje zarówno transakcje realizowane w formule asset deal (w tym nieruchomościowe), jak i share deal.

Doradzał przy wielu projektach obejmujących różne sektory gospodarki, takie jak m.in. przemysł chemiczny, ochrona zdrowia, IT oraz konkretne branże: medycynę estetyczną, kosmetyczną, spożywczą, media, produkcję opakowań czy automotive.

Reprezentował zarówno sprzedających, jak i kupujących, w tym fundusze private equity, venture capital oraz założycieli.

Jego bogate profesjonalne portfolio obejmuje między innymi pracę jako counsel i partner w międzynarodowych kancelariach, takich jak: Baker McKenzie, Clifford Chance, Dentons, Squire Patton Boggs czy Eversheds Sutherland. Jako jeden z członków działu prawnego Cornerstone Investment Management wspierał tego inwestora w kwestiach prawnych.

Absolwent Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego oraz Szkoły Prawa Amerykańskiego, Levin College of Law, University of Florida.



strefaPOZ.pl

Wydawca:
MEDU INVESTMENT Sp. z o.o.