

Opieka koordynowana w POZ

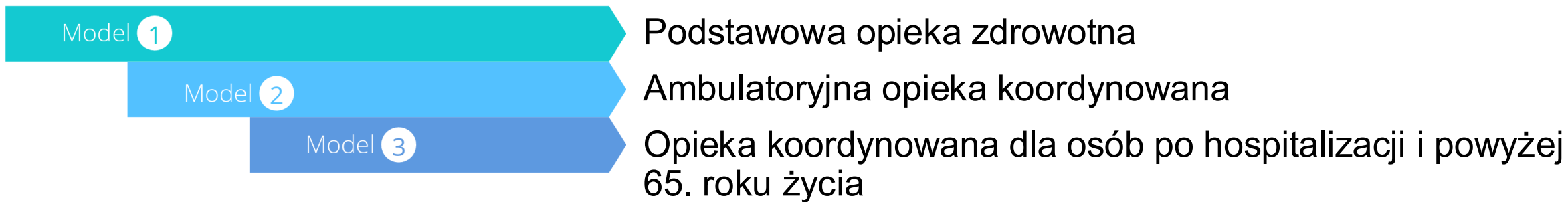
Czas na jakość

Czerwiec 2025

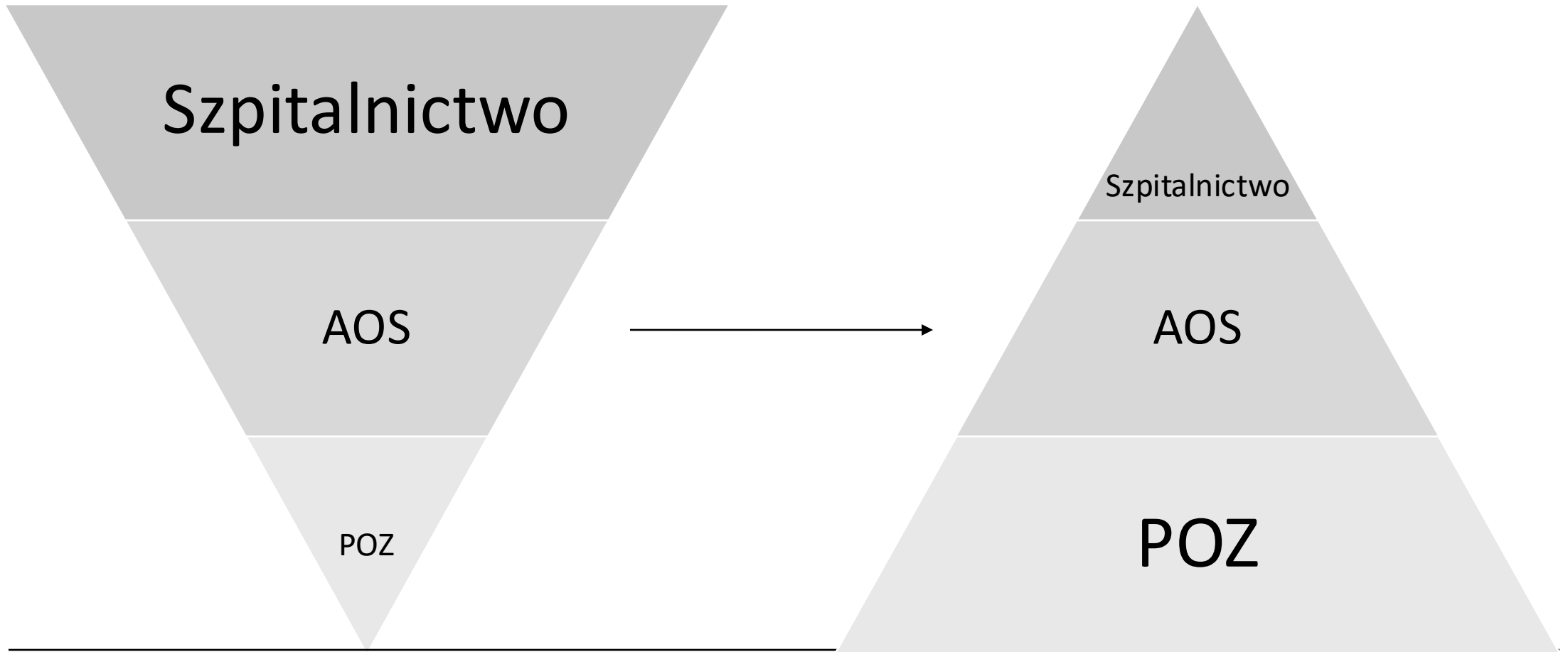
Dyskusje o opiece koordynowanej trwają w polskim systemie ochrony zdrowia od co najmniej 12 lat

2013: Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia zainicjowały dyskusję na temat opieki koordynowanej w reakcji na **problem rozdrobnienia realizacji świadczeń oraz w celu poprawy efektywności i wydajności** systemu opieki zdrowotnej

2017: Opracowanie Projektu modeli do programu wdrożeniowego – wypracowane 3 modele:

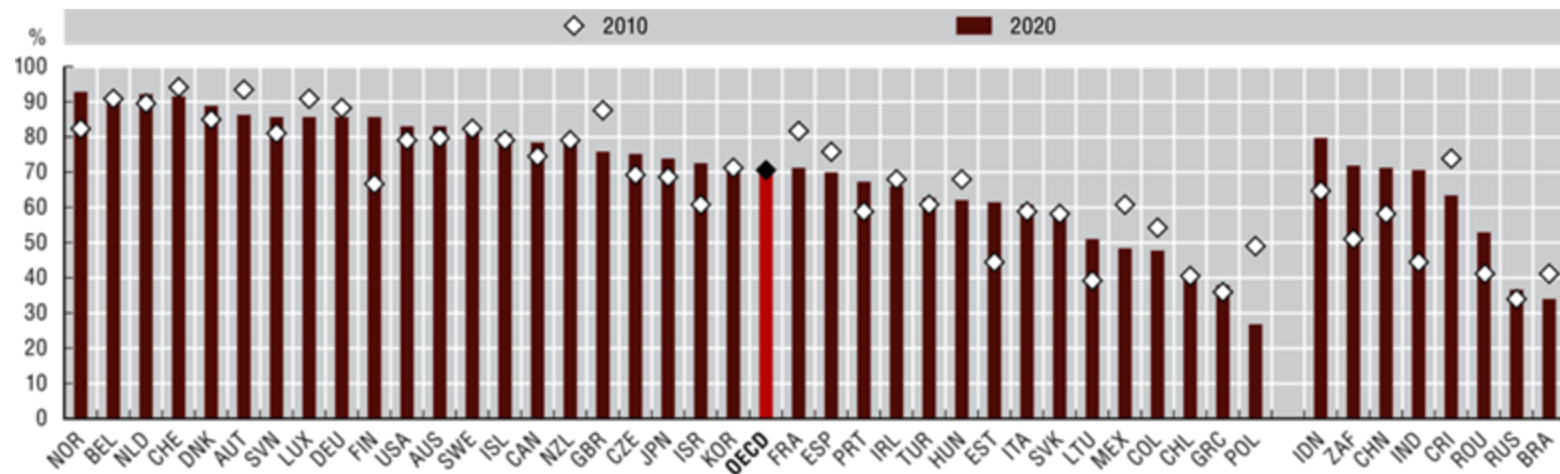


Wdrożenie opieki koordynowanej ma wesprzeć odwracanie piramidy świadczeń...



... i poprawić satysfakcję pacjentów, która jest rekordowo niska

Obywatele zadowoleni z systemu ochrony zdrowia, 2020, %



Zadowolenie z ochrony zdrowia w Polsce w 2020 roku **najniższe w OECD**, 2x niższe niż średnia

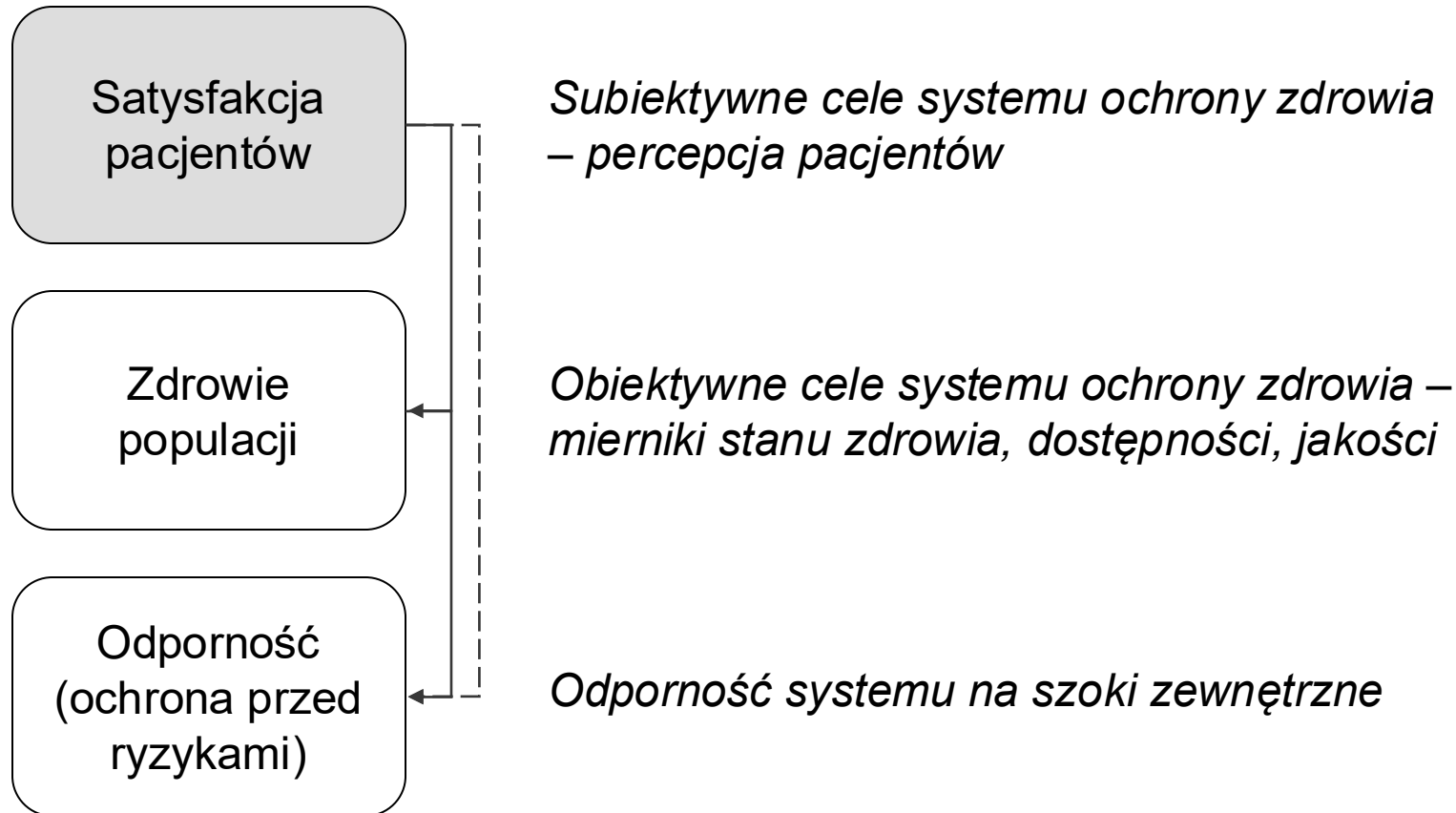
Satysfakcja to złożona miara, agregująca liczne czynniki pośrednie¹ i doświadczenia pacjentów na całej ich ścieżce

Bez poprawy satysfakcji brak potencjału do przeprowadzania głębszych reform systemu

1. W tym jakość, dostępność, koordynację i innowacyjność, ale także czynniki stricte obsługowe
Źródło: OECD

Satysfakcja pacjentów jest bowiem jednym z głównych celów systemu

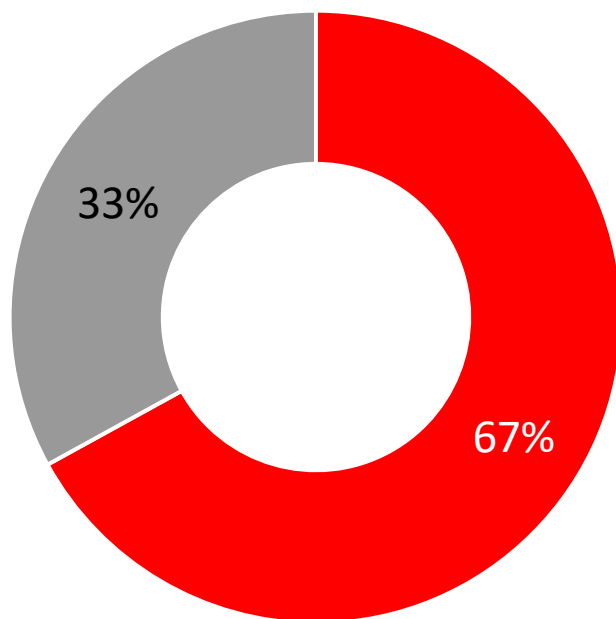
Cele systemu ochrony zdrowia



- **Poprawa satysfakcji pacjentów wpłynie pozytywnie na stan zdrowia populacji – zadowoleni pacjenci biorą odpowiedzialność za swoje zdrowie i przestrzegają zaleceń lekarskich**

Główną przyczyną niezadowolenia są kolejki...

Zgłoszenia do Rzecznika Praw Pacjenta, 2022

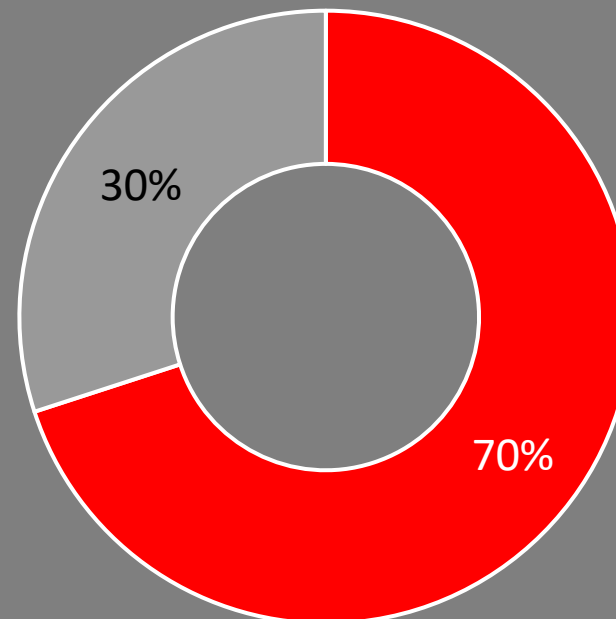


■ Kolejki (prawo do świadczeń zdrowotnych) ■ Pozostałe

Źródło: Rzecznik Praw Pacjenta (sygnały i zgłoszenia dotyczące prawa do świadczeń zdrowotnych w 2022 roku), analiza własna na podstawie ocen placówek ochrony zdrowia na Google Maps

... potęgowanego przez obsługę w placówkach

Negatywne opinie o placówkach, 2024



■ Obsługa - infolinia, rejestracja, itp. ■ Pozostałe

Opieka koordynowana w założeniu prowadzi do poprawy jakości, dostępności i efektywności ochrony zdrowia

Definicja opieki koordynowanej według WHO

„Koncepcja świadczeń związanych z diagnozowaniem, leczeniem, opieką, rehabilitacją i promocją zdrowia w wymiarze nakładów, realizacji i organizacji świadczeń oraz zarządzania”

Cele opieki koordynowanej w POZ zostały ogólnie określone przez NFZ

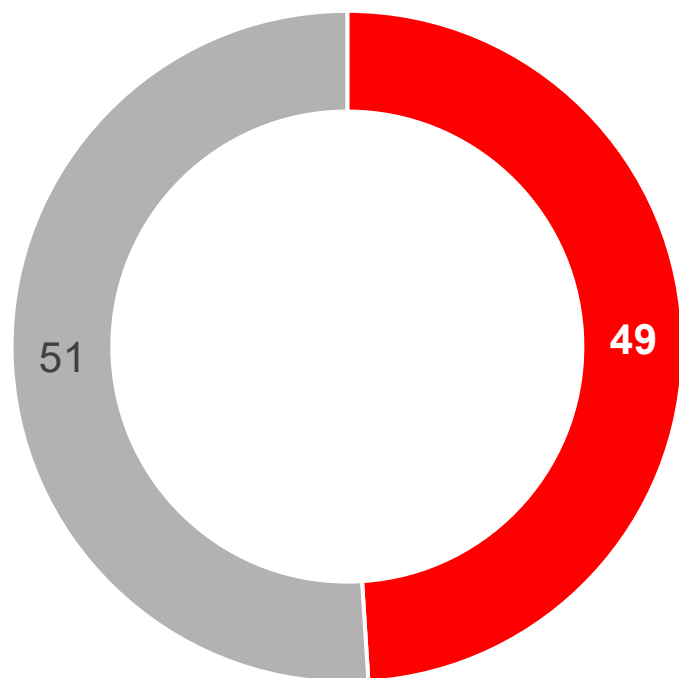
- Wzrost satysfakcji pacjenta;
- Lepsza jakość opieki;
- Wdrożenie opieki z pacjentem w centrum uwagi;
- Wzrost efektywności profilaktyki zdrowotnej: pierwotnej (I fazy), wtórnej (II fazy) i III fazy;
- Optymalizacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego, znajdująca wyraz w stosowaniu w diagnostyce i leczeniu chorób trafnych środków ukierunkowanych na osiągnięcie rezultatu;
- Współpraca personelu ochrony zdrowia podczas realizacji świadczeń;
- Poprawa efektywności kosztowej w zakresie diagnostyki i leczenia.

Czy aktualny model i stopień wdrożenia OK POZ realizuje te cele w wystarczającym zakresie?

Stan obecny – opieka parakoordynowana

Około 50% placówek wdrożyło opiekę koordynowaną

Udział placówek POZ z OK, 04.2025, %



■ Wdrożyło OK ■ Nie wdrożyło OK

Na 1. kwietnia 2025

4269

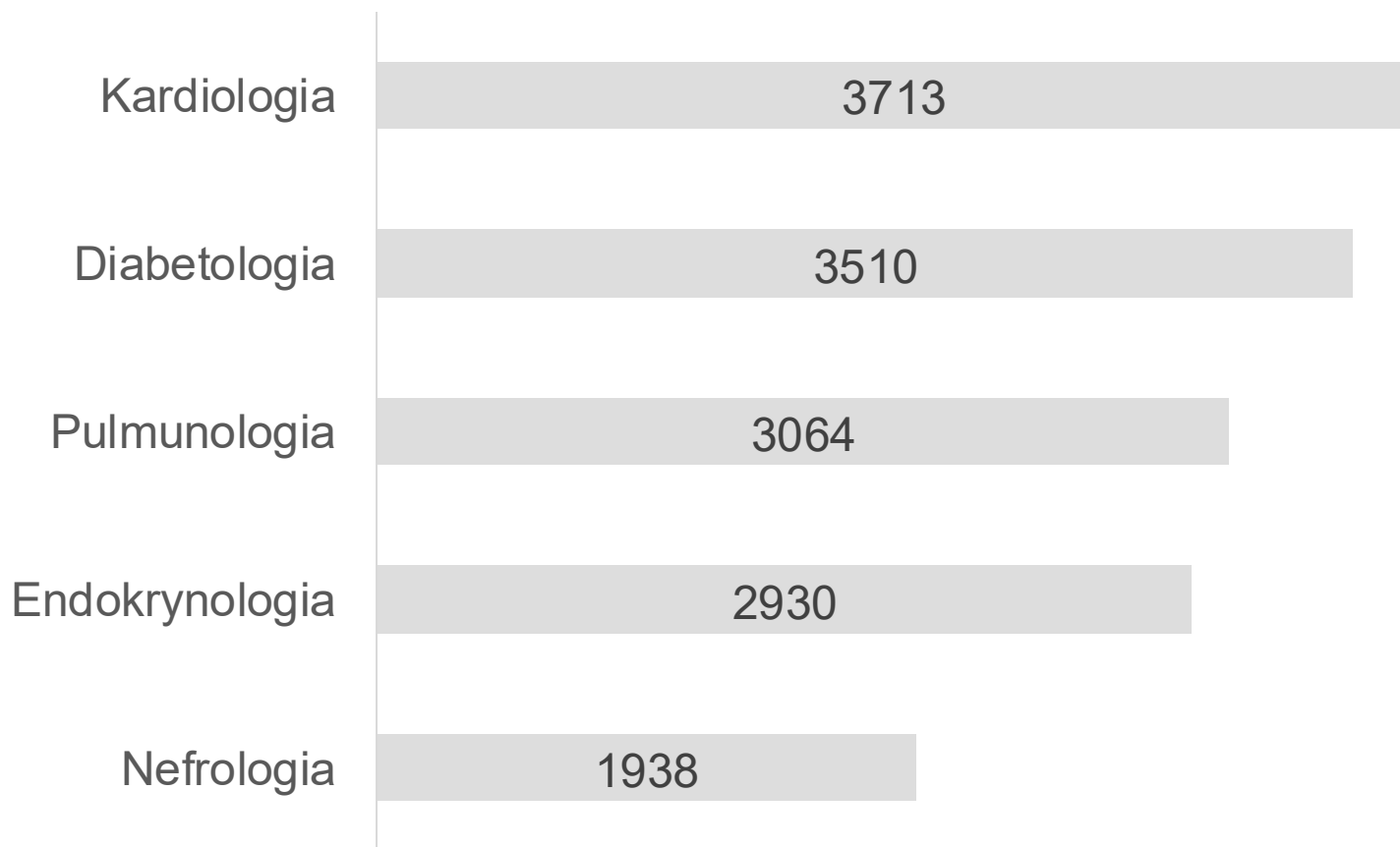
placówek POZ¹ realizuje opiekę koordynowaną w ramach kontraktu NFZ

Źródło: [Koordynowana.nfz.gov.pl](https://koordynowana.nfz.gov.pl), BASIW, analizy własne, materiały prasowe

1. Według miejsca realizacji świadczeń – zgodnie z metodologią danych dostępnych na stronie koordynowana.nfz.gov.pl – odmiennych od danych podawanych przez przedstawicieli MZ w wystąpieniach i oficjalnych dokumentach

Największą popularnością cieszy się ścieżka kardiologiczna

Liczba placówek realizujących poszczególne ścieżki



Spośród 4269 POZ realizujących opiekę koordynowaną aż

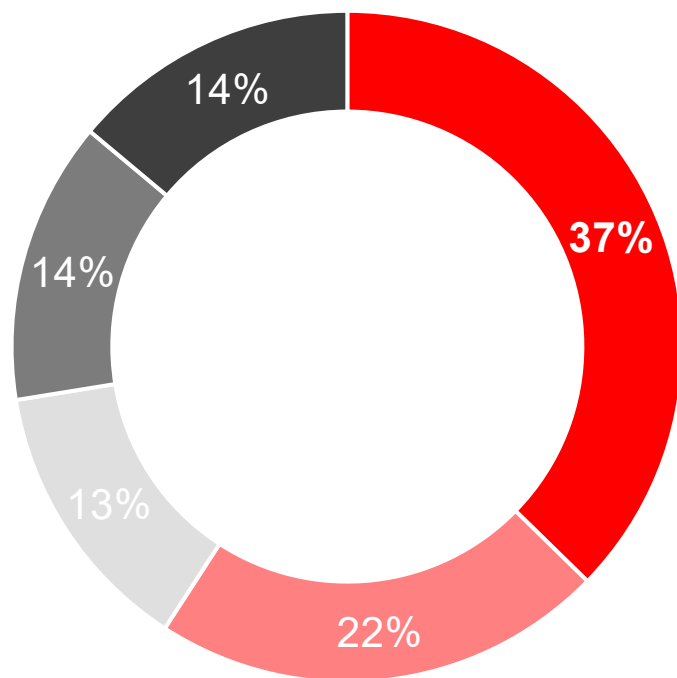
87%

realizuje ścieżkę kardiologiczną

Dla kontrastu nefrologię realizuje zaledwie 45%

Zaledwie co trzecia placówka realizuje wszystkie ścieżki

Udział placówek POZ z OK, 04.2025, %



■ 5 ścieżek ■ 4 ścieżki ■ 3 ścieżki ■ 2 ścieżki ■ 1 ścieżka

Jednak zaledwie

1593

placówki POZ z OK
realizują koordynację
we wszystkich pięciu
ścieżkach

Ilu pacjentów realnie objętych jest opieką koordynowaną?



- Jaka populacja pacjentów w tych POZ?
- Jaki odsetek z kwalifikującymi się jednostkami chorobowymi?
- Jaki odsetek kwalifikujących się rzeczywiście objęty koordynacją?

Łączna liczba pacjentów objętych wysokiej jakości opieką koordynowaną POZ we wszystkich¹ ścieżkach - nieznana

Wszystkie POZ w Polsce (~8,6 tys.)

POZ z OK (min. 1 ścieżka)

POZ z 5 ścieżkami OK

POZ realizujące OK dla wszystkich kwalifikujących się pacjentów

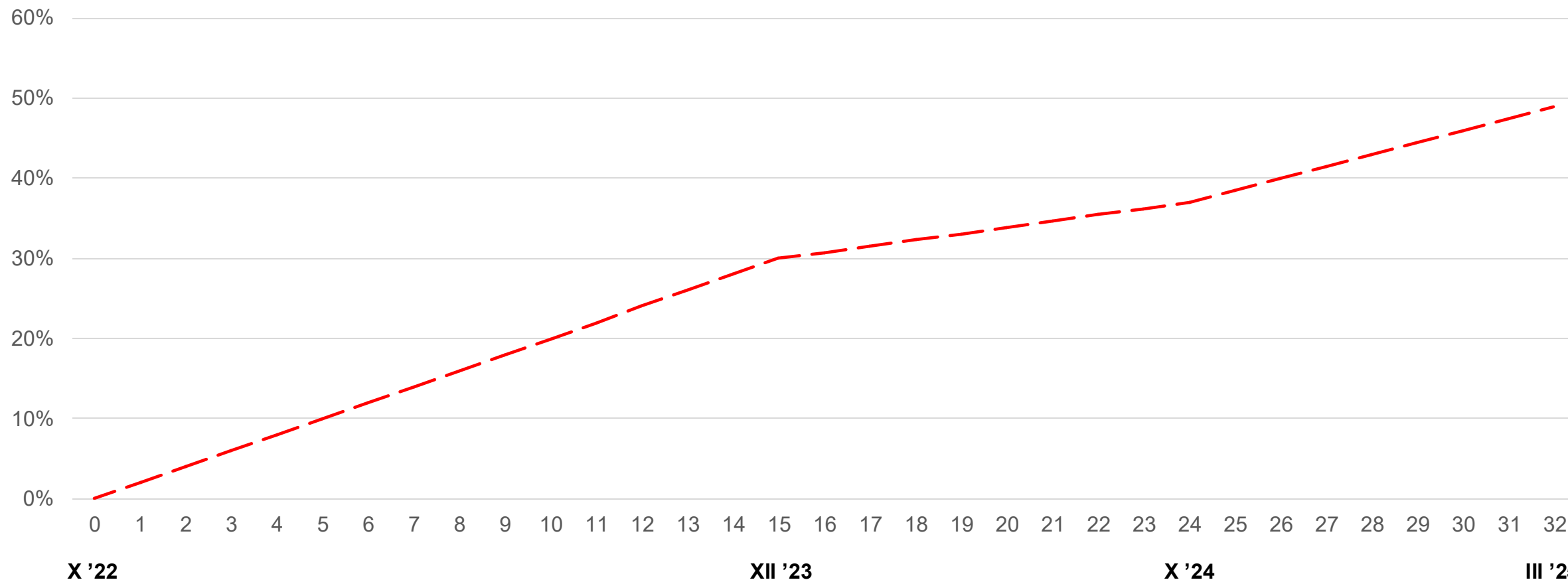
Realne wsparcie przeszkolonego koordynatora, pielęgniarki, etc.

1. Wszystkich, do których dany pacjent się kwalifikuje

Główne bariery dalszego rozwoju opieki koordynowanej w POZ

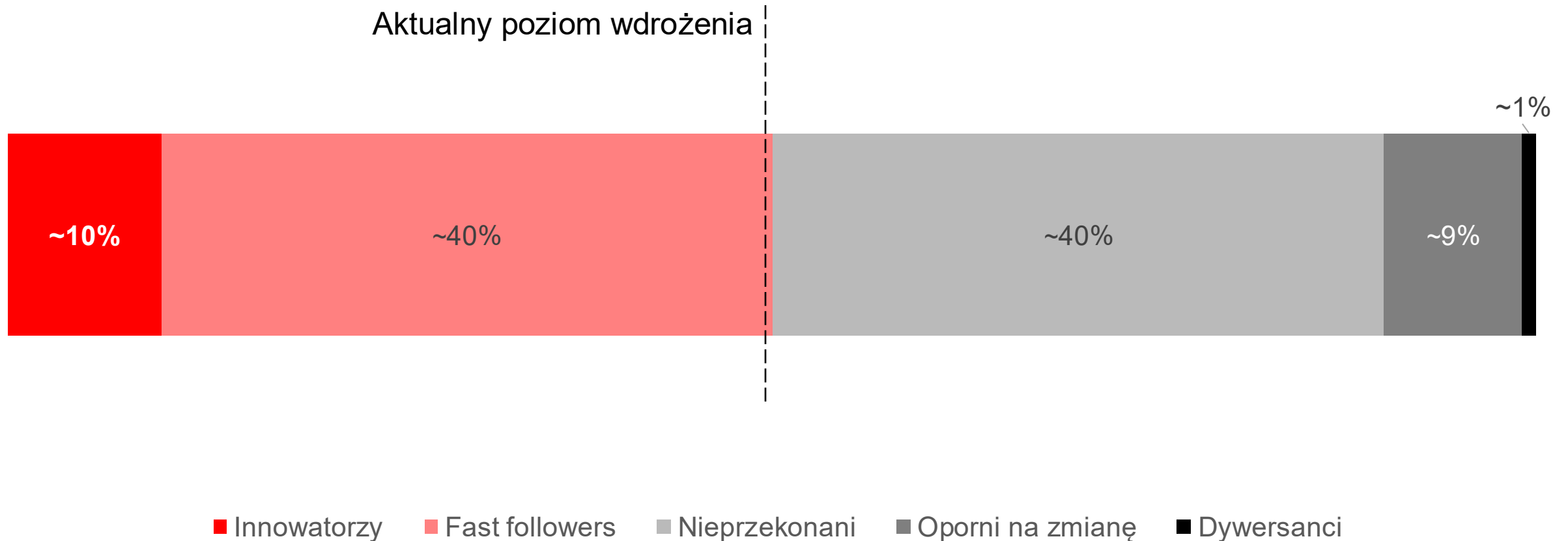
Po pierwszej, szybkiej fazie wdrożenia, opieka koordynowana w POZ spowolniła

Udział placówek z wdrożoną opieką koordynowaną w miesiącach od rozpoczęcia wdrożenia



Zgodnie z teorią zarządzania zmianą, pula „szybkich naśladowców” uległa już wyczerpaniu

Hipotetyczna struktura wdrażających innowacje



Brak jasno określonej ścieżki finalizacji

„Ministerstwo Zdrowia (oraz sami lekarze POZ) nie zakładają, by w nawet odległej przyszłości 100 proc. poradni POZ mogło świadczyć pacjentom opiekę koordynowaną. Niewątpliwie jednak celem jest stopniowe poszerzanie grona świadczeniodawców, którzy przystąpią do opieki koordynowanej.”

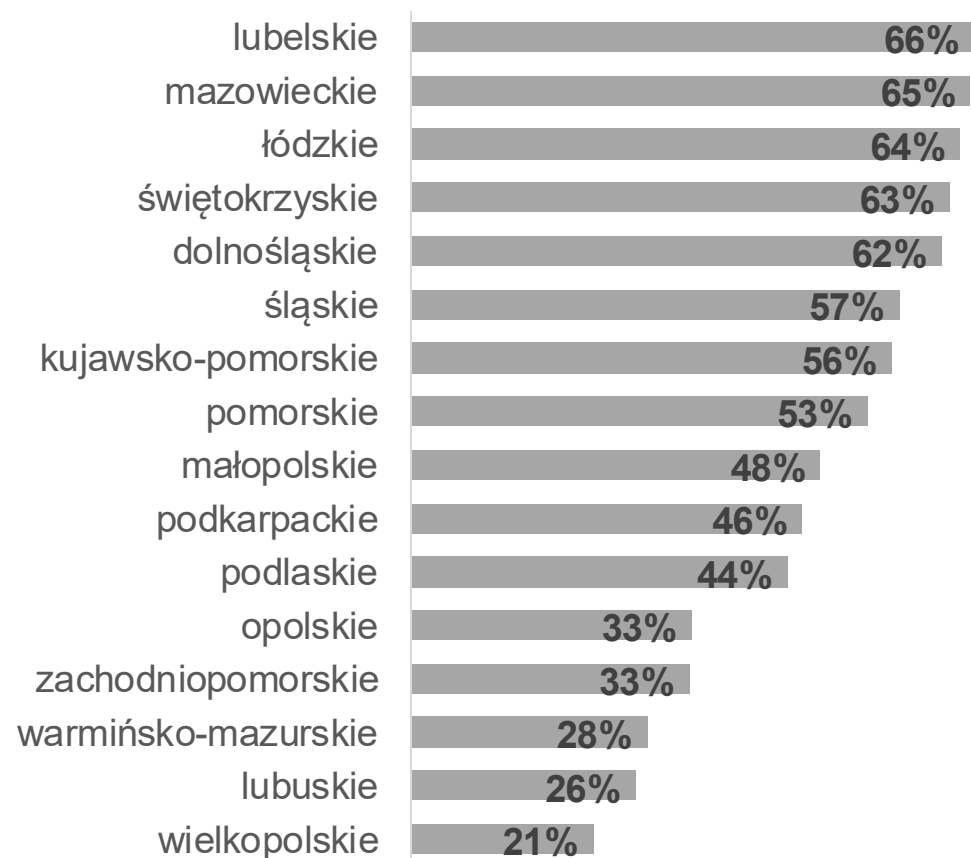
**- Dyrektor Departamentu
Lecznictwa MZ**

ZIDENTYFIKOWANE PROBLEMY

- Brak jasno określonego horyzontu czasowego pełnego wdrożenia
- Brak ścieżki dojścia do 100% (ze wskazaniem kamieni milowych np. wszystkie POZ z wyłączeniem prowadzonych przez lekarzy w wieku emerytalnym)
- Naturalne wygasanie zmiany ze względu na utratę pędu jej wdrażania

Istotne zróżnicowanie geograficzne...

Udział placówek POZ z OK¹, 04.2025, %



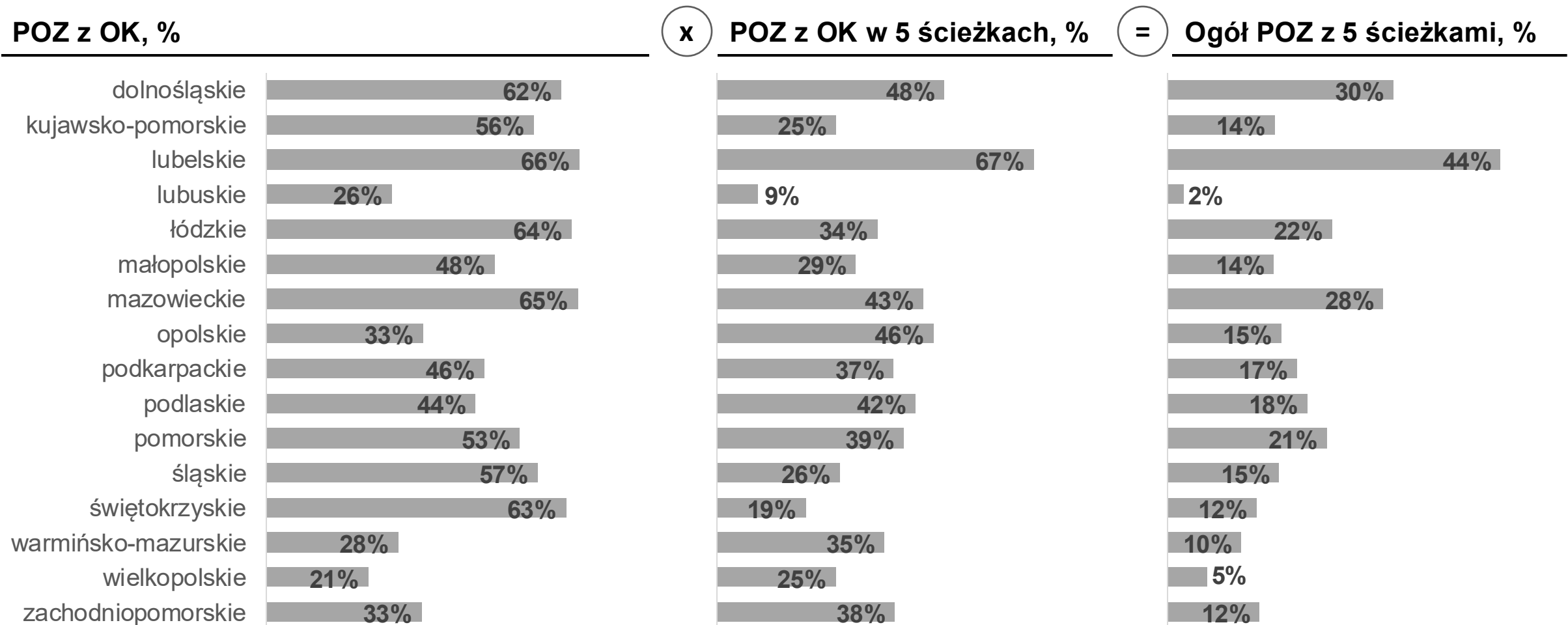
1. Szacowana wartość

... i brak planu na jego zniwelowanie

ZIDENTYFIKOWANE PROBLEMY

- Brak jasno zdefiniowanych celów na poziomie regionalnym
- Brak jasnej identyfikacji przyczyn zróżnicowania geograficznego
- Brak zdefiniowanych działań dla wyrównania różnic geograficznych
- Brak mechanizmów powielania mechanizmów z obszarów o najwyższej skali wdrożenia do pozostałych

Pełne wdrożenie 5 ścieżek zróżnicowane ponad 20-krotnie: od 2% w Lubuskim do >40% w Lubelskim



Nie pomaga także brak transparentności odnośnie efektów

„(...) mimo tego, że to nie jest publikowane, to gdy pracowałem w NFZ, to mierzyłem i robiłem takie prezentacje dotyczące tego, jakie są efekty tej opieki koordynowanej i sprawdzałem liczbę osób objętych opieką koordynowaną, liczbę osób, u których wykonano poradę kompleksową, liczbę o osób, które objęto edukacją lub poradami dietetycznymi, czas oczekiwania na te podstawowe badania jak holter, echo, który jest kilkakrotnie niższy w opiece koordynowanej niż w AOS-ie, odsetek pacjentów, którzy skorzystali z porad lekarzy specjalistów i liczbę konsultacji lekarz–lekarz. To było jeszcze rozdrobnione na kolejne, ile było badań itd. itd.

Kolejną rzeczą, którą chciałem, żeby NFZ zrobił, to jest sprawdzenie, jak pacjenci przyjmują leki. Czyli, żeby zajrzał troszeczkę głębiej, jak realizują recepty, bo to jest jedyny sposób, w jaki możemy to zmierzyć. Możemy zmierzyć ten *compliance*.

Dodatkowy element, który planujemy zrobić, to jest sprawdzenie, jak wygląda kierowanie z opieki koordynowanej do specjalistów. To też już było w zeszłym roku robione, ale na małej próbce. Generalnie już widać trend spadkowy, jeżeli chodzi o liczbę skierowań do specjalistów w opiece koordynowanej, u tych, którzy realizują opiekę, w stosunku do tych, którzy nie realizują. Chciałbym też jeszcze, pewnie w przyszłym półroczu, zlecić analizę ruchu chorych po hospitalizacji z poradni i odmeldowanie się na SOR-y,

- Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ

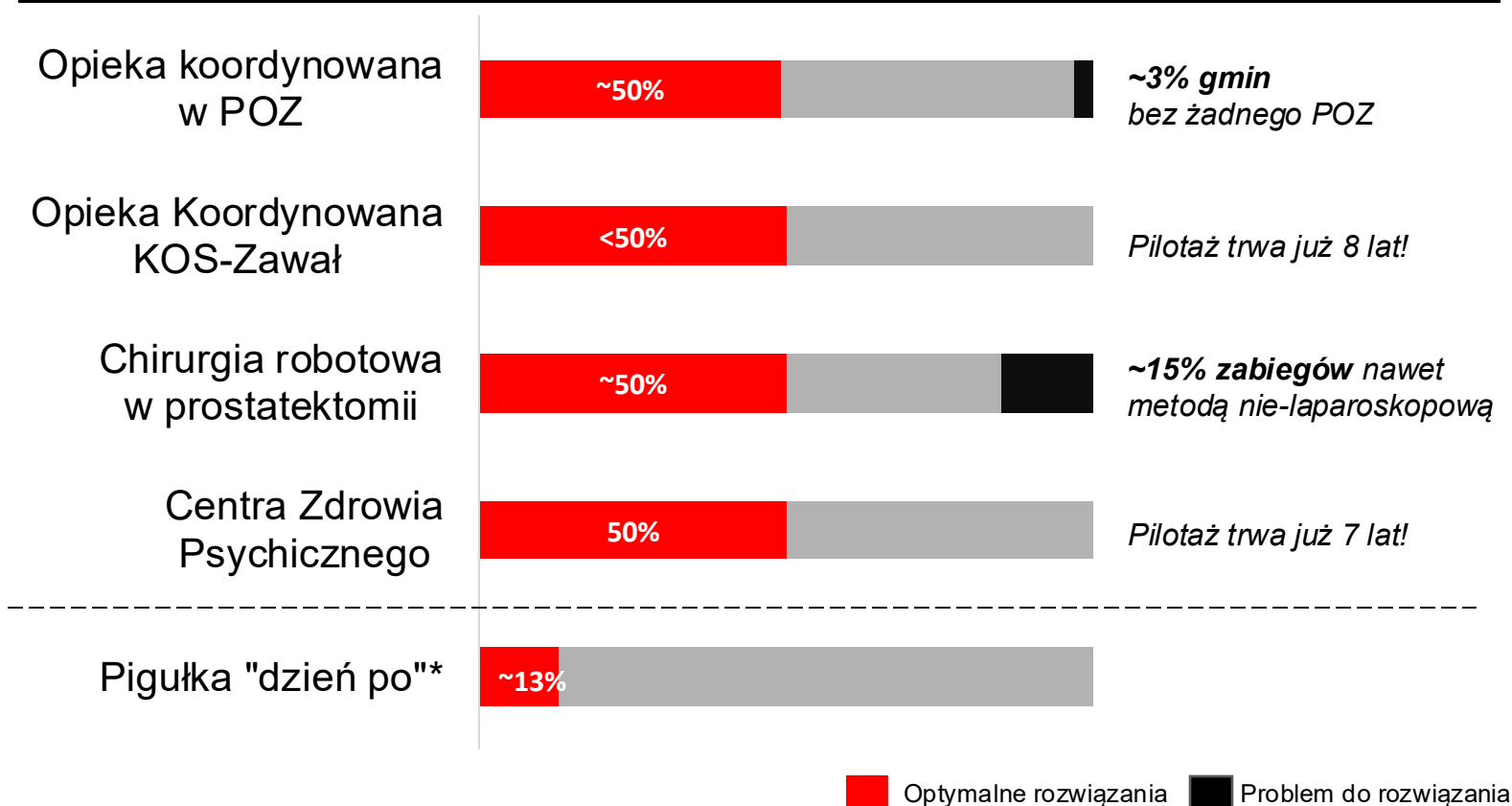
- Brak dostępności danych o efektach opieki koordynowanej w POZ
- W efekcie nie ma możliwości przekonania „nieprzekonanych”, że rozwiązania te przynoszą zamierzone efekty
- Niepełny przepływ informacji w ochronie zdrowia jednym z kluczowych problemów całego systemu

Dodatkowo interesariusze wskazują na szereg problemów, które nie sprzyjają dalszemu wdrażaniu OK POZ

- i. Brak specjalistów na terenie funkcjonowania POZ
- ii. Brak wsparcia ze strony NFZ w organizacji współpracy ze specjalistami
- iii. Brak business case dla poszczególnych POZ
- iv. Bariery biurokratyczne
- v. Niepewność i niestabilność finansowania
- vi. Niedostateczna edukacja świadczeniodawców

W efekcie istnieje ryzyko powielenia błędów wielu innych wdrożeń w OZ

Skala wdrożenia rozwiązań, % powiatów/ populacji objęte świadczeniem



- Wdrożenia nowych rozwiązań zazwyczaj realizowane w formie pilotażu
- Niejasne kryteria sukcesu pilotażów, blokują decyzje o pełnym wdrożeniu
- Brak kompetencji i mechanizmu zarządzania zmianą oraz skalowania do 100% systemu ochrony zdrowia

1. Tymczasem zgodnie z art. 68 Konstytucji wszyscy obywatele mają prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

* Pilotaż rozpoczęty w maju 2024, potencjalnie w trakcie pozyskiwania uczestników

Źródło: Informacje prasowe, raporty NFZ

Opieka pseudokoordynowana

W polskim systemie ochrony zdrowia istnieje aktualnie szereg rozwiązań szerokiej „opieki koordynowanej”

Brak holistycznej koordynacji ścieżki pacjenta

- **KOS-Zawał:** Kompleksowa opieka po zawale serca
- **KOSM:** program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe udzielane w koordynowanej opiece nad świadczeniobiorcą ze stwardnieniem rozsianym
- **KOWZS:** program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów
- **KORD:** program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie
- **KOS-BAR:** kompleksowa opieka specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej
- **KOC:** Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży
- Program pilotażowy w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami

Już w 2017 roku zdefiniowano szereg obszarów rekomendowanych do koordynacji

AmbulATORYJNA OPIEKA KOORDYNOWANA W OBSZARACH:

- **Diabetologia**
- **Endokrynologia**
- **Kardiologia**
- **Pulmonologia**
- Neurologia
- Ortopedia-chirurgia urazowa
- Alergologia
- Chirurgia ogólna
- Dermatologia
- Otolaryngologia
- Gastroenterologia
- Chirurgia naczyniowa
- Ginekologia i położnictwo
- Reumatologia
- Urologia

KOS-Zawał jest przykładem niedokończonej od 8 lat próby wdrożenia koordynacji opieki dla grupy pacjentów

Tylko 25% pacjentów objętych KOS-Zawał

Tabela 2.1: Liczba przypadków zawału serca w okresie X 2017 – XII 2022				
Rok	Liczba przypadków zawału serca (w tys.)	Liczba przypadków zawału serca w KOS-zawał (w tys.)	Udział przypadków zawału serca w KOS-zawał	Udział przypadków zawału serca w KOS-zawał z wyłączeniem zgonów wewnątrzszpitalnych
2017 (X–XII)	20,8	1,8	8,7%	9,3%
2018	78,8	9,1	11,5%	12,3%
2019	80,2	12,7	15,9%	17,0%
2020	66,4	11,9	17,9%	19,4%
2021	68,3	14,7	21,6%	23,4%
2022	70,8	17,7	25,0%	26,9%

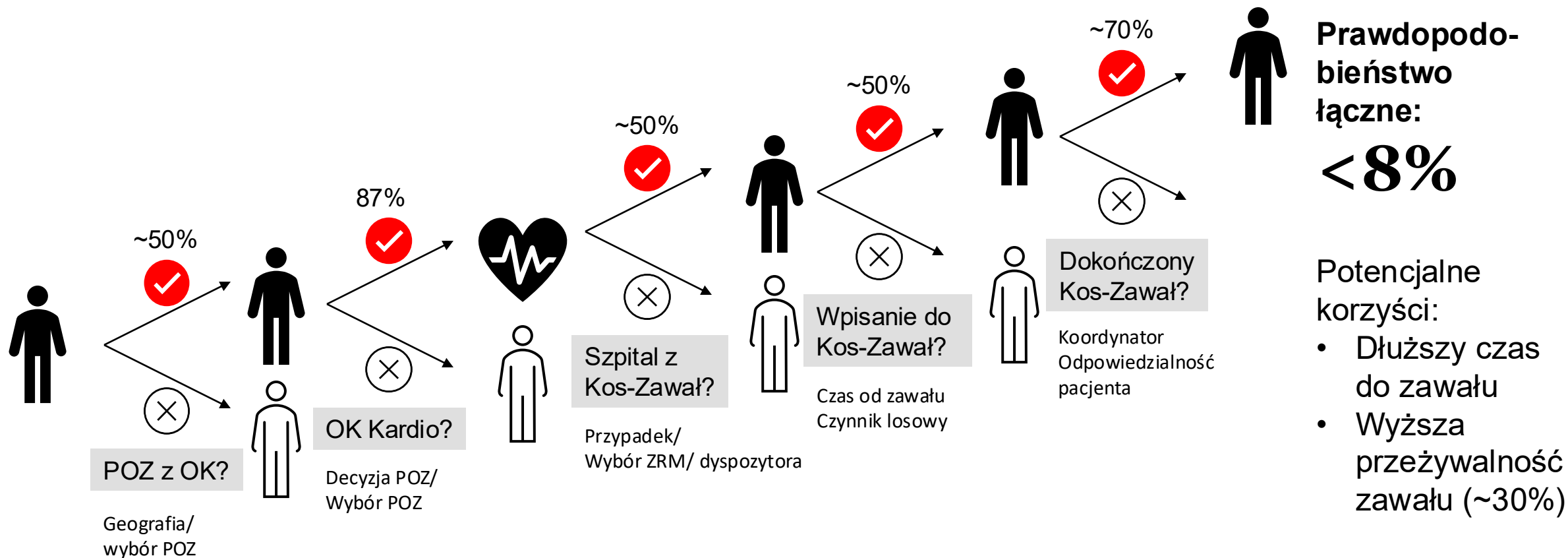
Tylko 70% pacjentów dokończyło ścieżkę

Etap opieki	Odsetek pacjentów				
	2018	2019	2020	2021	2022*
Leczenie ostrej fazy zawału	98%	99%	98%	99%	99%
Monitorowanie—wizyta kontrolna	95%	94%	91%	92%	88%
w tym: w ciągu 14 dni od wypisu**	91%	92%	92%	92%	94%
Rehabilitacja kardiologiczna	76%	76%	63%	69%	66%
w tym: w ciągu 14 dni od wypisu**	74%	71%	62%	62%	66%
Monitorowanie—AOS	67%	71%	68%	73%	—
Elektroterapia	2%	2%	3%	3%	2%
Wydanie zaśw. o zdolności do pracy	7%	8%	6%	8%	5%
w tym: w ciągu 4-mcy od wypisu**	81%	83%	82%	83%	81%
Zakończenie leczenia	67%	69%	66%	70%	—

Źródło: Funkcjonowanie programu KOS-zawał; NFZ, 2023

Pacjenci muszą mieć szczęście, żeby otrzymać opiekę koordynowaną na całej swojej ścieżce

Brak dobrze zdefiniowanych punktów styku między programami



Efekty i jakość OK POZ

Dla zdefiniowanych celów powinny zostać określone (1) mierniki i (2) wartości docelowe

Cele opieki koordynowanej w POZ zdefiniowane wysokopoziomowo przez NFZ:

- Wzrost satysfakcji pacjenta;
- Lepsza jakość opieki;
- Wdrożenie opieki z pacjentem w centrum uwagi;
- Wzrost efektywności profilaktyki zdrowotnej: pierwotnej (I fazy), wtórnej (II fazy) i III fazy;
- Optymalizacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego, znajdująca wyraz w stosowaniu w diagnostyce i leczeniu chorób trafnych środków ukierunkowanych na osiągnięcie rezultatu;
- Współpraca personelu ochrony zdrowia podczas realizacji świadczeń;
- Poprawa efektywności kosztowej w zakresie diagnostyki i leczenia.

Dwie podstawowe grupy mierników mają zastosowanie

Mierniki procesowe	Mierniki wynikowe
Skoncentrowane na wkładzie do systemu i ewentualnie jego poszczególnych elementach Pozwalają zrozumieć skalę zjawisk, ale nie efekty Pokazują pozorny sukces rozwiązań	Skoncentrowane na wynikach końcowych osiągniętych przez system Pozwalają zrozumieć osiągnięte efekty na próbie objętej badaniem, ale niekoniecznie skalę Pokazują realny sukces wdrażanych rozwiązań
• Liczba POZ w OK • Liczba POZ ze wszystkimi ścieżkami • Liczba pacjentów objętych OK w POZ	• Skrócenie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne • Wydłużony czas życia pacjentów • Redukcja stanów ostrych w chorobach przewlekłych

Decydenci kładą nadmiernie duży nacisk na mierniki procesowe, nie wynikowe

Mierniki powinny pokrywać trzy obszary z ustawy o jakości, a zarazem pokazywać perspektywę pacjenta i płatnika

	Kliniczne	Zarządcze	Konsumenckie
Perspektywa pacjenta	• Poprawa stanu zdrowia pacjentów (wg ustrukturyzowanej skali, np. dla danej choroby przewlekłej) • Redukcja liczby hospitalizacji z powodu choroby przewlekłej	• n/d	• Skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę • Skrócenie czasu od problemu do ustalenia leczenia • Poprawa compliance i adherence • Satysfakcja pacjentów
Perspektywa płatnika i świadczeniodawcy	• Redukcja liczby stanów ostrych/ hospitalizacji u chorych przewlekłe	• Redukcja liczby wizyt AOS u objętych OK w POZ • Redukcja liczby wizyt na SOR pacjentów objętych OK w POZ • Redukcja kosztów per pacjent objęty OK POZ	• Redukcja skarg do RPP na dostępność do świadczeń • Poprawa wskaźników satysfakcji pacjentów w POZ

Tymczasem mierniki w ustawie o jakości nie nadążają za innowacjami w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

- Liczba porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na pacjenta
- Odsetek teleporad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ogólnej liczbie porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
- Odsetek porad związanych z wystawieniem recepty w ogólnej liczbie porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej
- Zgłaszalność do programu profilaktyki raka piersi
- Zgłaszalność do programu profilaktyki raka szyjki macicy
- Zgłaszalność do programu profilaktyki chorób układu krążenia
- Zgłaszalność do programu profilaktyki raka jelita grubego

Czy profilaktyka uległa poprawie w placówkach realizujących OK POZ?

Finalizacja wdrożenia – możliwości i wyzwania

W pierwszej kolejności należałoby wskazać termin pełnego¹ wdrożenia OK POZ – nie dłuższy niż 18 miesięcy

Harmonogram finalizacji

- Wskazanie docelowego poziomu wdrożenia
- Zdefiniowanie horyzontu czasowego
- Zdefiniowanie ścieżki dojścia do finalnego celu
- Zdefiniowanie sposobu: szerokość vs głębia
 - priorytet dla 100% placówek z chociaż jedną ścieżką vs 85% z wszystkimi ścieżkami?
 - Dodawanie ścieżek w trakcie czy później?

Wyznaczenie odpowiedzialnych

- Jasne przypisanie odpowiedzialności
- Kaskadowanie celów i odpowiedzialności do poziomu województwa/powiatu
- „Task force” odpowiedzialny za wdrożenie zgodne z harmonogramem i celem – kreatywny, sprawnie komunikujący, korzystający z doświadczeń najbardziej zaawansowanych obszarów

Mechanizmy przekonywania i wsparcia

- Zdefiniowanie mechanizmów wywierania wpływu i przekonywania
- Zbudowanie transparentności i udowodnienie, że OK w POZ wszystkim się opłaca
- Wsparcie centralne dla wahających się, mniejszych placówek

Należy zadbać o pełniejszą koordynację całej ścieżki pacjenta, zwłaszcza z wielochorobowością

- NFZ powinien przyjąć „mindset ubezpieczyciela”
- W jego interesie jest proaktywne sterowanie ścieżką pacjentów i redukcja „leakage” oraz nieefektywności w ścieżce pacjenta
- NFZ może pełnić szerszą rolę w procesie koordynacji
 - Przejęcie przez centralnych/ wojewódzkich koordynatorów najcięższych pacjentów z największym potencjałem generowania nadmiarowych kosztów dla systemu (np. 1000 per województwo)
 - Zatrudnienie w OW NFZ koordynatorów, którzy mogliby obsługiwać zdalnie po kilka małych POZ (shared service center)
 - Proaktywne pośredniczenie między POZ a specjalistami, zwłaszcza w dziedzinach deficytowych
 - Identyfikacja i promocja (także finansowa) centrów doskonałości – POZ, które z sukcesem wdrożyły OK i chcą dzielić się swoimi doświadczeniami z kolejnymi zainteresowanymi

Równocześnie kluczowe zadbanie o realne efekty wdrażanego rozwiązania

Feedback loop: max kwartał

Zbudowanie transparentności

Regularna publikacja pełnych mierników procesowych i wynikowych OK POZ
Rewizja vs założenia i cele

Wypracowanie mechanizmów naprawczych

Identyfikacja obszarów wymagających poprawy
Wypracowanie ulepszonych rozwiązań we współpracy z praktykami

Wdrożenie zmian

Wdrożenie usprawnień (do decyzji: na małą skalę lub na 100% podmiotów)
Monitorowanie szybkich efektów na kluczowych parametrach

Zmiany systemowe muszą być wdrażane...

Sposób na szybkie i trwałe efekty

- I** **Bezwzględna priorytetyzacja** działań i szybkie realne wdrożenie efektów rozpoczętych inicjatyw ...
- II** Współpraca z uczestnikami systemu „ramię w ramię”, na zasadzie **“Center of Excellence”** ...
- III** **Efektywna komunikacja** i dialog z uczestnikami systemu ...
- IV** Działanie **w oparciu o dane**, cele zdefiniowane konkretnie (ale unikając “paraliżu analitycznego”) ...
- V** Koncentracja nie tylko na efektach, ale także na **percepcji**, celem szybkiego odzyskania zaufania uczestników systemu i zachęcenia do działania ...

... przy wykorzystaniu najlepszych praktyk

- vs** ... prowadzenie równoległe działań na wielu frontach, porzucając na etapie wprowadzenia zmian w prawie
- vs** ... wyłącznie określanie i egzekwowanie wymogów oraz karanie świadczeniodawców
- vs** ... uznawanie, że komunikat nadany oficjalnymi kanałami jest przez wszystkich odebrany i zrozumiany
- vs** ... podejmowanie decyzji wyłącznie w oparciu o wiedzę ekspercką i definiowanie celów “kierunkowo”
- vs** ... koncentracja na poprawie skomplikowanych wskaźników pośrednich i oczekiwanie, że ludzie sami zauważą

Podsumowanie

Pełne wdrożenie OK w POZ jest współzależne z szeregiem innych działań

- **Reforma szpitalnictwa** – nie uda się bez OK POZ
- **Jakość** w ochronie zdrowia – mish-mash mierników, niekoniecznie uwzględniających OK w POZ
- **Digitalizacja** – niepełny przepływ danych pacjentów (Platforma P1)
- **Ograniczenie finansowania** ochrony zdrowia relatywnie do potrzeb – zagrożenie czy szansa?

Na problemy OK nakładają się trzy równoczesne kryzysy trawiące polski system ochrony zdrowia

Kryzys finansowania

Bieżące niedobory finansowania powodujące:

- Problemy z płynnością finansową podmiotów w systemie ochrony zdrowia
- Zaburzenie ciągłości codziennej działalności systemu
- Procedura nadmiernego deficytu ogranicza szanse na poprawę tej sytuacji

Kryzys efektywności

Niepodejmowanie działań proefektywnościowych przynoszących efekty już od 2025 roku

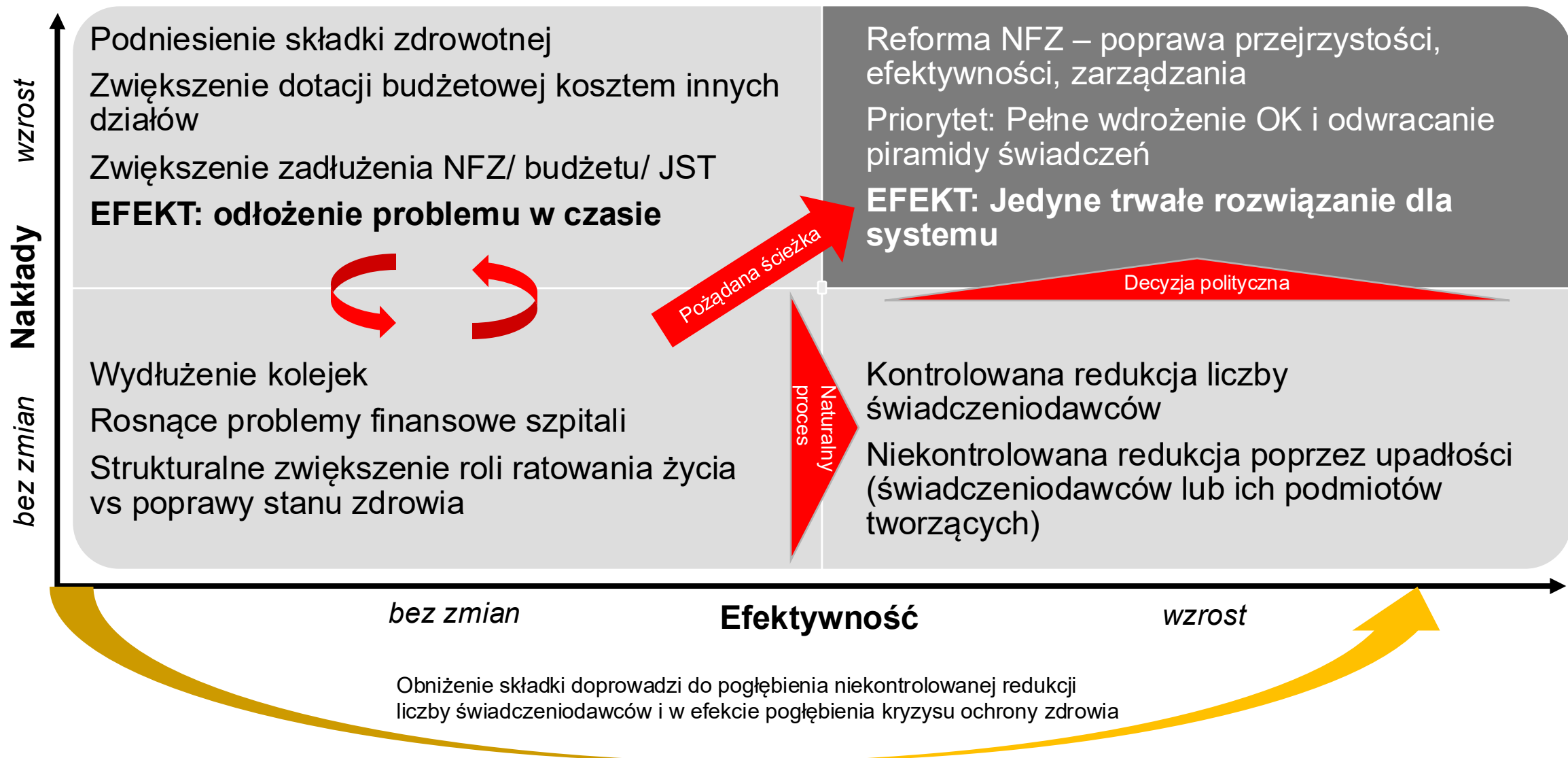
- Odbiurokratyzowanie
- Proaktywne sterowanie ścieżką pacjenta
- Przegląd i decyzja odnośnie programów pilotażowych
- Skokowa poprawa satysfakcji pacjenta

Kryzys przywództwa/ zaufania

Brak zaufania do decydentów skutkuje brakiem możliwości wywierania wpływu na system – skumulowany efekt:

- Braku niezbędnej jakości i głębi analiz poprzedzających działania
- Braku wykorzystania dobrych praktyk transformacji i zarządzania zmianą
- Braku jasności w komunikacji

Decydenci muszą równocześnie zoptymalizować nakłady i efektywność systemu – priorytetyzując pełne wdrożenie OK



O autorze



Krzysztof Zdobyłak

Ekspert ds. transformacji
i strategii rozwoju
systemu ochrony zdrowia

10 lat doświadczenia w sektorze usług doradztwa zarządczego dla polskich, europejskich i globalnych instytucji i przedsiębiorstw z **obszaru ochrony zdrowia, farmacji, nowych technologii medycznych oraz ubezpieczeń zdrowotnych**

Pracował m. in. w **McKinsey&Company** oraz **PwC** (obecnie Strategy&)

Realizował projekty transformacji i strategii rozwoju dla podmiotów o skali działalności zbliżonej do skalę polskiego systemu ochrony zdrowia (pod względem przychodów, liczby pracowników i podwykonawców oraz złożoności struktury organizacyjnej)

Kierował pracami nad raportem o sytuacji gospodarczej i społecznej w Polsce oraz strategii rozwoju państwa ("[Jak unieść ambicje Polski? U progu nowej ery](#)" - publikacja w Forbes Polska 06/2023)

Od 2024 roku **ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej** ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce – autor m. in. [modelu kadrowego lekarzy do roku 2048](#)

Absolwent studiów wyższych w obszarze **finansów oraz prawa**; ukończył także studia podyplomowe z obszaru **biologii molekularnej**

