

# Ewaluacja wybranych aspektów wdrożenia i funkcjonowania systemu JGP

Raport  
dla Narodowego Funduszu Zdrowia

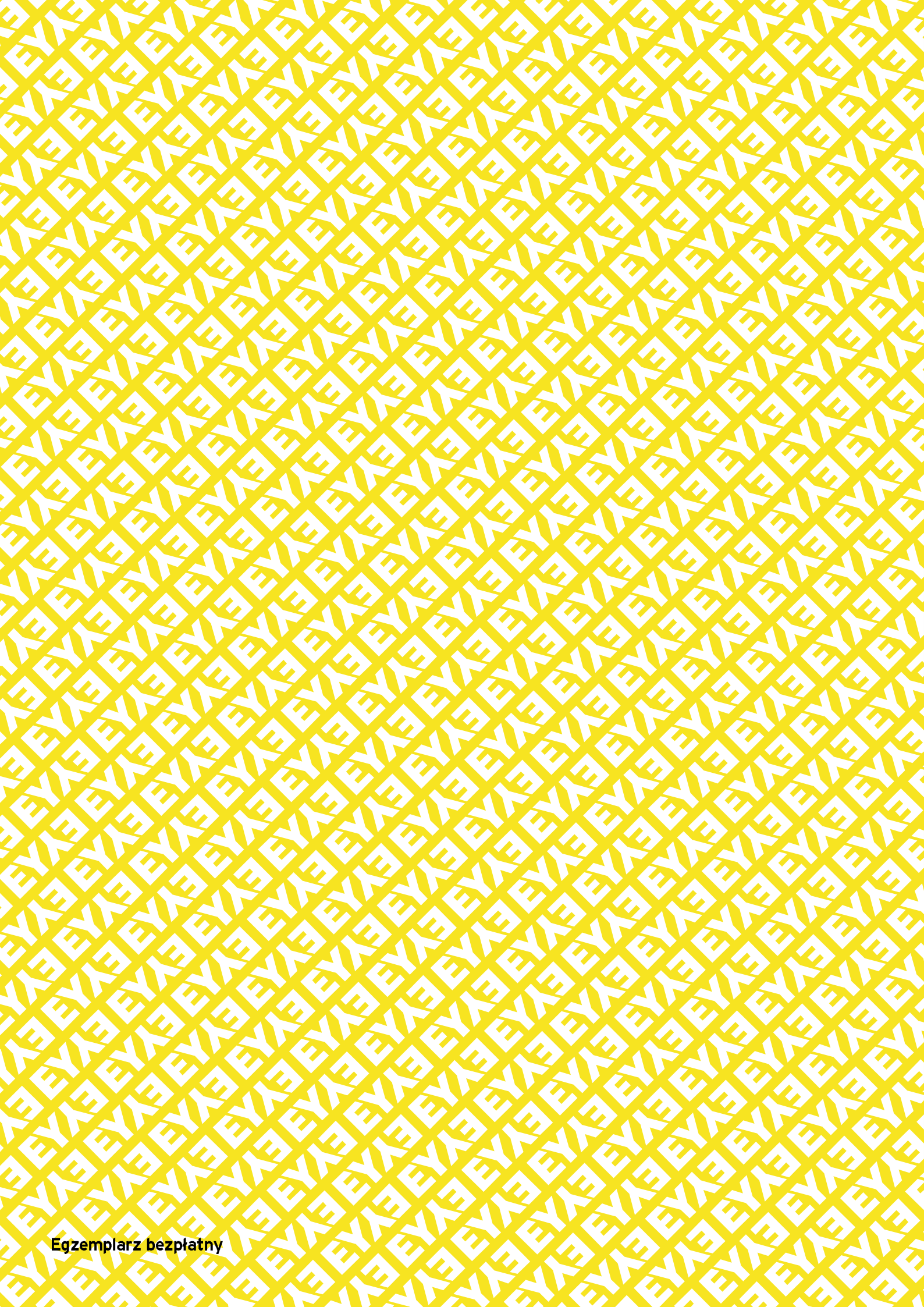


**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**NFZ**  
Narodowy Fundusz Zdrowia



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



**Ewaluacja wybranych aspektów  
wdrożenia i funkcjonowania  
systemu JGP**

Raport  
dla Narodowego Funduszu Zdrowia

Listopad 2015

W ramach niniejszego raportu dokonano ewaluacji wybranych aspektów wdrożenia i funkcjonowania systemu JGP w Polsce. Przeprowadzona ewaluacja została wykonana wyłącznie w celu udzielenia NFZ pomocy w ocenie procesów wdrożenia i funkcjonowania systemu JGP oraz wskazania kierunkowych rekomendacji dla dalszego rozwoju i utrzymania tego systemu.

Ewaluacja została przeprowadzona w oparciu o opracowany na potrzeby niniejszego projektu system ewaluacji. Nie obejmowała ona oceny poprawności wdrożenia systemu JGP w kontekście jej zgodności z przepisami prawa. Gdybyśmy wykonali dodatkowe procedury ewaluacyjne, mogłoby się okazać, że inne kwestie zwróciłyby naszą uwagę i tym samym zostałyby uwzględnione w raporcie.

Niniejszy raport został sporządzony wyłącznie w celu określonym powyżej i dla potrzeb informacyjnych NFZ. Dokument należy czytać w całości, ponieważ jakakolwiek oddzielna analiza poszczególnych jego części może prowadzić do błędnych wniosków. Zgadzamy się na ujawnienie przez NFZ wyłącznie całego raportu, przyjmując jednocześnie, że nie ponosimy jakiegokolwiek odpowiedzialności lub zobowiązań wobec podmiotów trzecich.

# 1. Wstęp

Systemy ochrony zdrowia podlegają nieustannym zmianom, zarówno w Polsce, jak i w wielu krajach. Reformy dotyczą między innymi zakresu i form dostępnych terapii, sposobu zorganizowania opieki zdrowotnej czy też modelu finansowania świadczeń zdrowotnych.

Wśród kluczowych transformacji obszaru ochrony zdrowia w Polsce można wymienić:

- ▶ powołanie w 1999 roku regionalnych kas chorych jako publicznych instytucji ubezpieczeniowych,
- ▶ zastąpienie w 2003 roku systemu kas chorych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), który pełni funkcję płatnika finansującego świadczenia zdrowotne i refundującego leki ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego.

Jednym z istotnych wyzwań, które napotkał NFZ, było wprowadzenie efektywnego, zarządzalnego systemu rozliczania świadczeń, w szczególności dla lecznictwa szpitalnego. Stosowane początkowo finansowanie oparte o Katalog Świadczeń Szpitalnych powodowało wiele problemów, na przykład:

- ▶ nie wiązało rozliczanych świadczeń z oceną stanu zdrowia pacjenta,
- ▶ zmieniające się co roku definicje w katalogu świadczeń utrudniały prowadzenie analiz działalności szpitali w dłuższym horyzoncie czasowym,
- ▶ rosnąca liczba produktów w Katalogu Świadczeń Szpitalnych uniemożliwiała zachowanie przejrzystości rozliczeń,
- ▶ powodowało eskalację kosztów, a także pogorszenie jakości opieki medycznej oraz znaczne wydłużenie czasu oczekiwania na realizację świadczeń.

Ze względu na problemy wynikające z niedoskonałości obowiązującego ówczesnie systemu w 2007 roku rozpoczęto prace nad wprowadzeniem nowych zasad rozliczeń. Podjęto decyzję o wprowadzeniu sprawdzonego w innych krajach systemu rozliczeń typu DRG (ang. Diagnosis Related Groups). Bazując na doświadczeniach innych państw oraz na projektach pilotażowych realizowanych w Polsce, zdecydowano<sup>1</sup> o wdrożeniu od 1 lipca 2008 roku systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP).

W wyniku zrealizowanego przedsięwzięcia polskie szpitale rozliczają zdecydowaną większość realizowanych świadczeń zdrowotnych na podstawie systemu JGP. Od tamtego czasu nastąpił duży postęp w polskim systemie ochrony zdrowia. Konstrukcja wdrożonego rozwiązania zapewnia solidne podstawy dla utrzymania stabilności i spójności systemu rozliczania świadczeń. Co do zasady, system funkcjonuje poprawnie i należy uznać to za sukces zespołu zaangażowanego we wdrożenie. Ponadto należy podkreślić, że transformacja ta została zrealizowana w bardzo krótkim czasie i przy wykorzystaniu ograniczonych zasobów. Skutkowało to potrzebą wprowadzania istotnej ilości korekt. Ponadto ze względu na zmieniające się uwarunkowania system JGP wymaga wprowadzania modyfikacji (np. ze względu na zmiany kosztów, pojawiające się nowe technologie, zmiany w koszyku świadczeń gwarantowanych).

---

<sup>1</sup> Zarządzenia Prezesa NFZ nr 32/2008/DSOZ z 11 czerwca 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Ciągła potrzeba poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia będzie implikować wprowadzanie różnego rodzaju zmian w wielu obszarach. Kluczowe jest zatem wyciągnięcie wniosków na przyszłość z przeprowadzanego przedsięwzięcia i zapewnienie jak najlepszego przygotowania, a także wprowadzenie konsekwentnego i spójnego podejścia zarządczego dla kolejnych transformacji, które będzie przechodził system ochrony zdrowia.

Celem niniejszego raportu jest podsumowanie przeprowadzonego wdrożenia, a w szczególności jego ewaluacja, która koncentruje się na ocenie wdrożenia systemu JGP w zakresie rozliczeń leczenia szpitalnego. Równie istotne jest wskazanie kierunków działań na przyszłość.

## 2. Streszczenie

Celem niniejszego raportu jest przeprowadzenie ewaluacji wybranych aspektów wdrożenia i funkcjonowania systemu JGP w Polsce. Ewaluacja ta została przeprowadzona na podstawie analiz materiałów dostarczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), a także w oparciu o wnioski wypływające z serii wywiadów przeprowadzonych w ramach prac projektowych z wybranymi osobami zaangażowanymi we wdrożenie tego rozwiązania i przedstawicielami świadczeniodawców. Przeprowadzona ewaluacja koncentruje się na systemie JGP w zakresie leczenia szpitalnego, które jako pierwsze zostało poddane zmianie systemu rozliczania świadczeń i jednocześnie ma największy udział w wartości wszystkich świadczeń medycznych. System JGP obejmuje również ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i rehabilitację leczniczą, jednak obszary te nie wchodzą w zakres ewaluacji przeprowadzonej w niniejszym dokumencie.

### Powody wdrożenia systemu JGP

Pierwszym krokiem istotnym dla przeprowadzenia oceny jest zrozumienie powodów wdrożenia systemu JGP w Polsce. Do połowy 2008 roku obowiązującym w Polsce systemem rozliczania świadczeń medycznych był system oparty na Katalogu Świadczeń Szpitalnych. System ten cechowały pewne ograniczenia, w tym brak wystarczającej przejrzystości, ograniczone możliwości analizy działalności szpitali. Ponadto system ten powodował eskalację kosztów świadczeń, co utrudniało prawidłowe zarządzanie systemem ochrony zdrowia.

### Doświadczenia międzynarodowe jako punkt wyjścia dla polskiego rozwiązania

W tym czasie w innych krajach wprowadzono i stosowano systemy rozliczania świadczeń oparte na modelu „Diagnosis Related Groups” (DRG), który klasyfikuje epizody leczenia i jest narzędziem wykorzystywanym do rozliczania usług zdrowotnych przez płatników. W ramach tego systemu indywidualne przypadki leczenia zgrupowane są w jednorodne pod względem medycznym i ekonomicznym grupy pacjentów.

Założenia do systemu DRG zostały opracowane w latach 70 XX wieku przez profesora Roberta Fettera z Uniwersytetu Yale. Wśród kluczowych wytycznych znajdują się<sup>2</sup>:

- ▶ spójne znaczenie kliniczne grup,
- ▶ zbliżona kosztowość wyrażona zużyciem zasobów,
- ▶ zdefiniowanie grup w oparciu o ogólnodostępne dane pozyskane z dokumentacji szpitali.

Zaproponowane rozwiązanie sprawdziło się w praktyce, co zostało potwierdzone w latach 80 i 90 XX wieku przez kolejne kraje, które rozpoczynały przygotowanie, a następnie wdrażały systemy DRG. W połowie pierwszego dziesięciolecia XXI wieku wiele systemów zostało poddanych rewizjom i wynikającym z nich modyfikacjom. Koncept systemu DRG był już zatem dobrze opisany, a wnioski wyciągnięte z procesów implementacji

---

<sup>2</sup> Por. A. Koziarkiewicz, Jednородne Grupy Pacjentów. Przewodnik po systemie, Narodowy Fundusz Zdrowia, 2009, s. 22.



przeprowadzonych w innych krajach mogły wspierać wdrożenie systemu DRG w Polsce. Państwa, które wdrożyły taki system, opracowały swoje podejście, bazując na następujących elementach:

- ▶ klasyfikacja grup poprzez ustalenie odpowiednich charakterystyk,
- ▶ zapewnienie zorientowania na koszty poprzez odpowiednią wycenę grup,
- ▶ zarządzanie systemem poprzez ustanowienie procesu zarządzania zmianą,
- ▶ zapewnienie jakości poprzez narzędzia wpierające utrzymanie systemu.

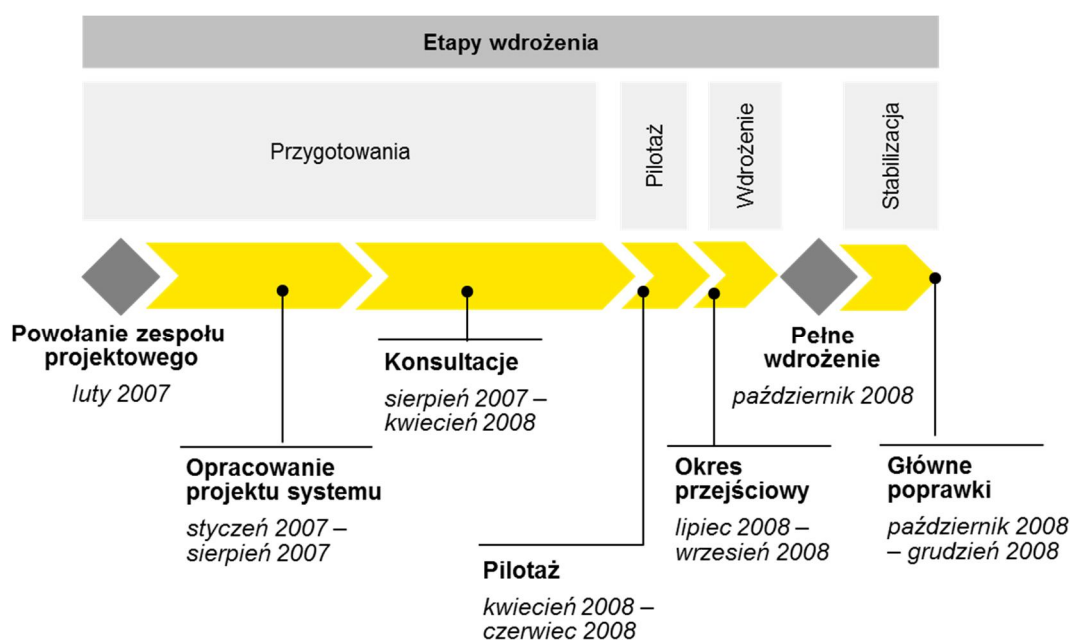
### Przebieg i ewaluacja procesu wdrożenia systemu JGP

Wnioski wyciągnięte z międzynarodowych projektów, a także doświadczenia z projektów pilotażowych przeprowadzonych w Polsce:

- ▶ opracowanie w Łódzkiej Kasie Chorych pierwszej klasyfikacji typu DRG w obszarze ginekologii i położnictwa (1999),
- ▶ przeprowadzenie w Dolnośląskiej Kasie Chorych projektu finansowanego przez Bank Światowy, w ramach którego opracowano polską klasyfikację jednorodnych grup pacjentów (2000 – 2002),
- ▶ przeprowadzenie projektu VITAPOL współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej, w ramach którego przygotowano procedury oraz instrumenty wewnętrzne polskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, a także zapoznano się z modelami rozliczania świadczeń szpitalnych stosowanymi przez inne kraje (2004 – 2007),

doprowadziły do podjęcia decyzji o przygotowaniu i wdrożeniu polskiej wersji systemu DRG. W lutym 2007 roku w NFZ powstał zespół, w którego skład weszli pracownicy Centrali NFZ oraz przedstawiciele Oddziałów Wojewódzkich. Prace zespołu nadzorował Wiceprezes NFZ ds. Medycznych.

Rysunek 1. Wdrożenie JGP w Polsce



Źródło: opracowanie własne EY.



Kluczową decyzją był wybór modelu, jaki zostanie zaimplementowany w Polsce. W wyniku przeprowadzonych analiz wskazano na model HRG 3.5, stosowany w tym czasie w Anglii. Był to system, który ze względu na swoją historię posiadał wieloletnią bazę danych statystycznych i był sprawdzony w obszarze rozliczeń.

Zespół zadaniowy wykonał szereg działań w ramach procesu wdrożenia, a w szczególności:

- ▶ przygotowano polską wersję klasyfikacji rozpoznań ICD-10 oraz procedur medycznych ICD-9PL,
- ▶ przeprowadzono kilka symulacji eksperckich weryfikujących, czy wyznaczone grupy są jednorodne pod względem medycznym i kosztowym,
- ▶ określono wartości punktowe grup,
- ▶ określono progi długości pobytu i wyznaczono liczbę dni, w odniesieniu do których obliczane są płatności na rzecz szpitali w oparciu o grupy JGP,
- ▶ przeprowadzono oszacowanie zmiany wpływu finansowania na budżety szpitalne, posługując się opracowanymi stawkami JGP oraz danymi dotyczącymi przychodów i kosztów szpitali.

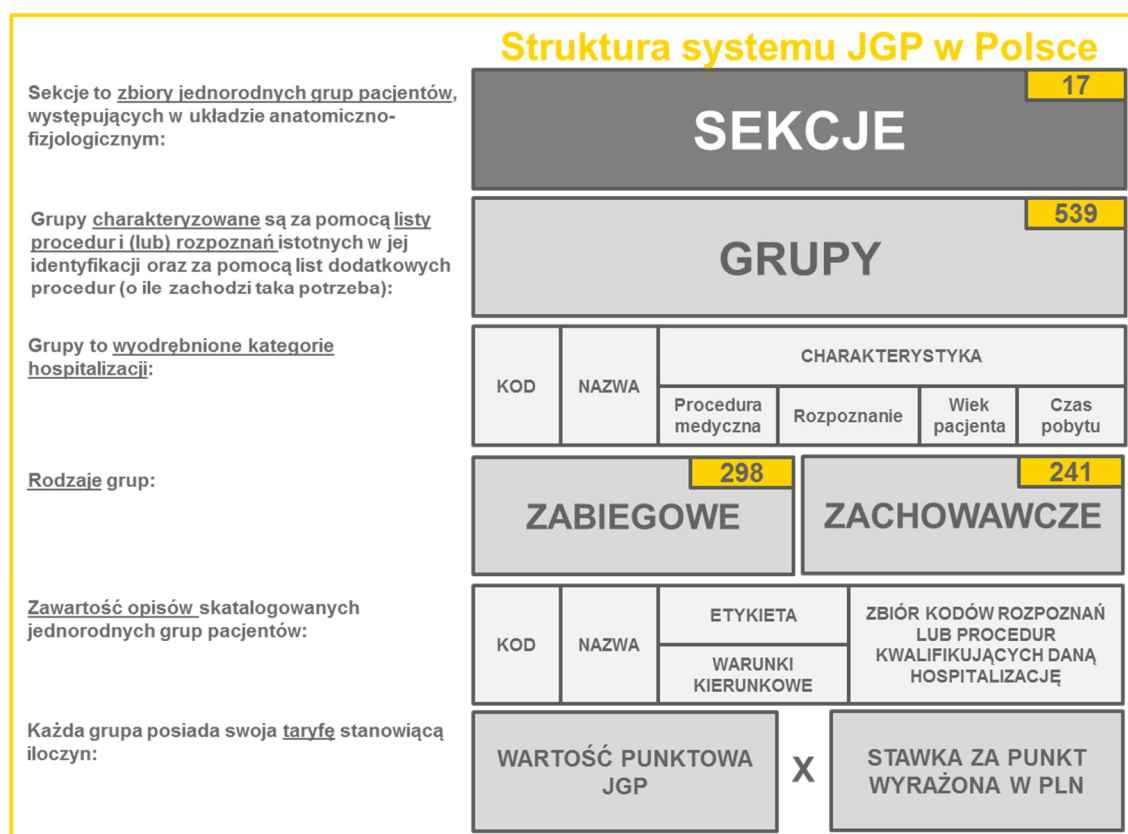
Projekt systemu JGP opublikowano w sierpniu 2007 roku, a następnie przeprowadzono konsultacje ze środowiskiem sektora ochrony zdrowia, w tym z konsultantami krajowymi, osobami zarządzającymi szpitalami, środowiskiem lekarskim.

Równolegle do trwających konsultacji, od kwietnia do czerwca 2008 roku, przeprowadzono wdrożenie pilotażowe, do którego zaproszono 47 szpitali. Jego celem była praktyczna weryfikacja zaprojektowanego rozwiązania, wykrycie nieprawidłowości i wprowadzenie ewentualnych korekt przed faktycznym wdrożeniem.

W oparciu o uwagi zgłaszane przez świadczeniodawców uczestniczących w pilotażu, uwagi konsultantów krajowych, a także w wyników analiz NFZ, prowadzono prace korygujące implementowanego rozwiązania.

W efekcie prowadzonego przedsięwzięcia 11 czerwca 2008 roku Prezes NFZ wydał zarządzenie nr 32/2008/DSOZ wprowadzające od 1 lipca 2008 roku system JGP w Polsce. Zarządzenie podlegało w późniejszym czasie modyfikacjom merytorycznym, a także zmianom technicznym. W zarządzeniu zdefiniowano system JGP jako sposób finansowania świadczeń szpitalnych w oparciu o porównywalne kosztowo i pod względem postępowania medycznego hospitalizacje. Do roku 2015 system JGP poddawany był licznym modyfikacjom, w tym okresie wprowadzono 42 zmiany do pierwotnego zarządzenia nr 32/2008/DSOZ. Kluczowe elementy systemu JGP, a także jego obecną (2015) strukturę przedstawiono na poniższym rysunku.

Rysunek 2. Struktura systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w Polsce wraz z liczbą grup i sekcji (stan na wrzesień 2015 r.)



Źródło: opracowanie własne EY na podstawie D. Gilewski, Jednorodne Grupy Pacjentów. Podstawy Systemu, Narodowy Fundusz Zdrowia, marzec 2010 oraz na podstawie Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, z późniejszymi zmianami.

Proces wdrożenia systemu JGP wprowadził zmianę w systemie ochrony zdrowia. Tego rodzaju przedsięwzięcie powinno być co do zasady realizowane z wykorzystaniem sprawdzonego podejścia zarządczego, które:

- ▶ wspiera zachowanie stabilności systemu rozliczania świadczeń w okresie wprowadzania zmiany,
- ▶ minimalizuje ryzyka i błędy,
- ▶ a przede wszystkim zapewnia osiągnięcie wyznaczonych celów.

Należy mieć świadomość, że NFZ przy realizacji wdrożenia systemu JGP nie był zobligowany do stosowania sformalizowanej metodyki prowadzenia tego przedsięwzięcia. Oznacza to, że nie istniały formalne wymagania co do formy i metody prowadzenia wdrożenia. Przeprowadzona ocena procesu wdrożenia systemu JGP odnosi się zatem do dobrych praktyk stosowanych w zarządzaniu zmianą systemową i została rozdzielona na dwa aspekty:

- ▶ weryfikację zapewnienia odpowiednich funkcjonalności w kontekście zarządzania przedsięwzięciem o charakterze zmiany systemowej,
- ▶ weryfikację istnienia ustrukturyzowanego, formalnie udokumentowanego podejścia do zarządzania wdrażaniem zmiany systemowej.

Główną konkluzją wynikającą z przeprowadzonej ewaluacji jest osiągnięcie celu, jakim było oparcie rozliczania świadczeń szpitalnych o system JGP. W wyniku tego polskie szpitale rozliczają zasadniczą część świadczeń (ok. 83% całości kosztów) na podstawie nowych zasad, analogicznych do stosowanych w Europie.

Realizacja dużego przedsięwzięcia o wysokim stopniu złożoności została wykonana przy dostępności bardzo szczupłych zasobów (mały zespół) bez należytego wsparcia w obszarze przygotowania i przeprowadzenia wdrożenia. Cel zrealizowano, chociaż w ramach ewaluacji zidentyfikowano wiele nieefektywności w trakcie procesu wdrożenia. Należy mieć świadomość, że nie istniały formalne wymagania w zakresie prowadzenia przedsięwzięcia dotyczącego tej zmiany systemowej. Mimo tego pewne elementy zarządzania przedsięwzięciem wprowadzającym zmianę systemową zostały zrealizowane i zapewniono częściową funkcjonalność procesową wdrożenia.

Przebieg i ewaluacja procesu komunikacji wdrożenia oraz utrzymania systemu JGP

Zmiana wprowadzona w 2008 roku przez NFZ wspierana była procesem komunikacji, obejmując swym zasięgiem grupy głównych interesariuszy. Wśród kluczowych działań podjętych przez NFZ w ramach procesu komunikacji można wymienić:

- ▶ komunikaty stanu prawnego,
- ▶ działania komunikacyjne na poziomie Oddziałów Wojewódzkich NFZ, w tym szkolenia, serwisy informacyjne, konferencje, konsultacje telefoniczne,
- ▶ Projekt JGP – realizowany od 31 lipca 2008 roku do 31 grudnia 2010 roku obejmujący cykl szkoleń, konferencji i publikacji,
- ▶ Projekt Akademia NFZ – realizowany od 2011 roku w celu poprawy polityki informacyjnej NFZ w stosunku do świadczeniodawców i świadczeniobiorców. W odniesieniu do systemu Jednorodnych Grup Pacjentów, Akademia NFZ jest kontynuacją projektu JGP.

Projekt JGP stanowił podstawę procesu komunikacji na poziomie ogólnokrajowym. W ramach tego projektu przeszkolono ponad 1500 osób z kluczowych grup docelowych (kadry zarządzającej NFZ, dyrektorów szpitali, kierowników zespołów kodujących) oraz zorganizowano kilka konferencji poświęconych JGP. Ponadto wydano kilka obszernych publikacji stanowiących przewodniki po systemie i źródło wiedzy dla świadczeniodawców.

Analiza procesu komunikacji została przeprowadzona w oparciu o metodykę uwzględniającą kluczowe elementy efektywnego i skutecznego procesu komunikacji zmiany o charakterze transformacji systemowej. W szczególności wzięto pod uwagę takie elementy, jak zdefiniowanie celu komunikacji, określenie grup docelowych, zdefiniowanie planu, określenie wskaźników (KPI), zapewnienie zrozumiałości oraz trwałości komunikatu.

Cel główny komunikacji, polegający na poinformowaniu interesariuszy o wprowadzanej zmianie, został osiągnięty. Jednocześnie należy podkreślić, że komunikacja została zrealizowana z opóźnieniem w stosunku do formalnego momentu wprowadzenia nowego systemu rozliczeń. Analiza ewaluacyjna procesu komunikacji prowadzi do wniosków o braku sformalizowanego i ustrukturyzowanego podejścia do tego procesu. Należy mieć jednak świadomość, że nie istniały formalne wymagania w zakresie prowadzenia procesu komunikacji, a mimo tego istotne działania w tym obszarze zostały zrealizowane.

## Efekty implementacji i ich ewaluacja

System rozliczeń świadczeń medycznych, wprowadzony w 2008 roku, działa co do zasady poprawnie. Analiza tendencji europejskich w zakresie opieki zdrowotnej potwierdza, że wdrożone w Polsce rozwiązanie wspiera zaspokajanie potrzeb zdrowotnych obywateli.

Średni czas pobytu w szpitalu od 2005 roku sukcesywnie ulega skróceniu we wszystkich analizowanych krajach europejskich, co świadczy o zwiększeniu efektywności systemu opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego.

Wydatki NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej systematycznie rosną od 2005 roku. Udział poszczególnych kategorii świadczeń w całości wydatków jest w miarę stabilny w czasie. Znaczący wzrost budżetu NFZ przeznaczanego na realizację świadczeń opieki zdrowotnej nastąpił w roku 2008, co wynikało z przyrostu składki zdrowotnej. Był to zatem dobry czas na wdrożenie nowego systemu rozliczeń świadczeń, w przypadku gdyby wprowadzany system powodował zaburzenia w finansowaniu szpitali. Uznano, iż posiadano wystarczające środki dla minimalizacji wpływu zidentyfikowanego ryzyka.

Obecnie w systemie JGP rozliczanych jest 83% świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

Aby system działał poprawnie, powinny być spełnione następujące kryteria:

1. Każda grupa powinna posiadać znaczenie kliniczne, na które składają się: podobne rozpoznania i sposoby terapii, określona charakterystyka pacjentów, czas pobytu w szpitalu, rodzaj wykonywanych procedur.
2. Poszczególne grupy powinny obejmować pacjentów o zbliżonej kosztocłonności, wyrażonej zużyciem zasobów szpitala.
3. Grupy są definiowane na podstawie danych pozyskanych z dokumentacji szpitala, odnoszących się do stanu pacjenta lub stosowanej terapii.
4. W systemie JGP liczba przypadków w grupie powinna:
  - ▶ wynosić minimum 300 rocznie
  - lub
  - ▶ łączna wartość rozliczonych świadczeń powinna przekraczać 1,5 mln PLN.

W ramach prac analitycznych oceniono, że powyższe kryteria nie są w pełni spełnione w systemie JGP wdrożonym w Polsce. W związku z tym, a także w kontekście zmieniającego się otoczenia, konieczne jest wprowadzenie narzędzi, które będą wspierać rozwój systemu JGP.

Kraje, które wdrożyły system DRG stosują system monitoringu oparty na regularnych przeglądach katalogu grup pod kątem adekwatności charakterystyk, wycen oraz struktury grup do zmieniającej się sytuacji na rynku ochrony zdrowia. Podobne narzędzie powinno zostać zaimplementowane w polskim systemie JGP. Istotnymi obszarami monitoringu, które pozwolą na zwiększenie jakości systemu JGP oraz bardziej efektywne nim zarządzanie, są:

- ▶ jednorodność kliniczna grup,
- ▶ faktyczne koszty wykonania świadczeń,
- ▶ istotność ilościowa i wartościowa grupy,
- ▶ struktura rozliczeń JGP w poszczególnych OW NFZ,
- ▶ średnia wartość hospitalizacji w stosunku do średniej wartości rozliczanej w ramach JGP w poszczególnych OW NFZ,
- ▶ jakość kodowania,
- ▶ dokumentacja medyczna,
- ▶ adekwatność stosowanych terapii do przypadków medycznych,

- ▶ sprawdzenie, czy nie występuje zjawisko up-codingu lub nadmiernego dosumowania świadczeń do grupy JGP.

#### Rekomendowane kierunki działań

Obserwacje poczynione w ramach przeprowadzonej ewaluacji oraz wskazane dobre praktyki stanowiły podstawę do sformułowania rekomendacji dla podmiotów odpowiedzialnych za utrzymanie i rozwój systemu JGP w Polsce. Wypracowane rekomendacje mają charakter kierunkowy i wskazują inicjatywy, które mogą wspierać funkcjonowanie systemu JGP oraz prowadzenie innych działań o charakterze zmiany systemowej.

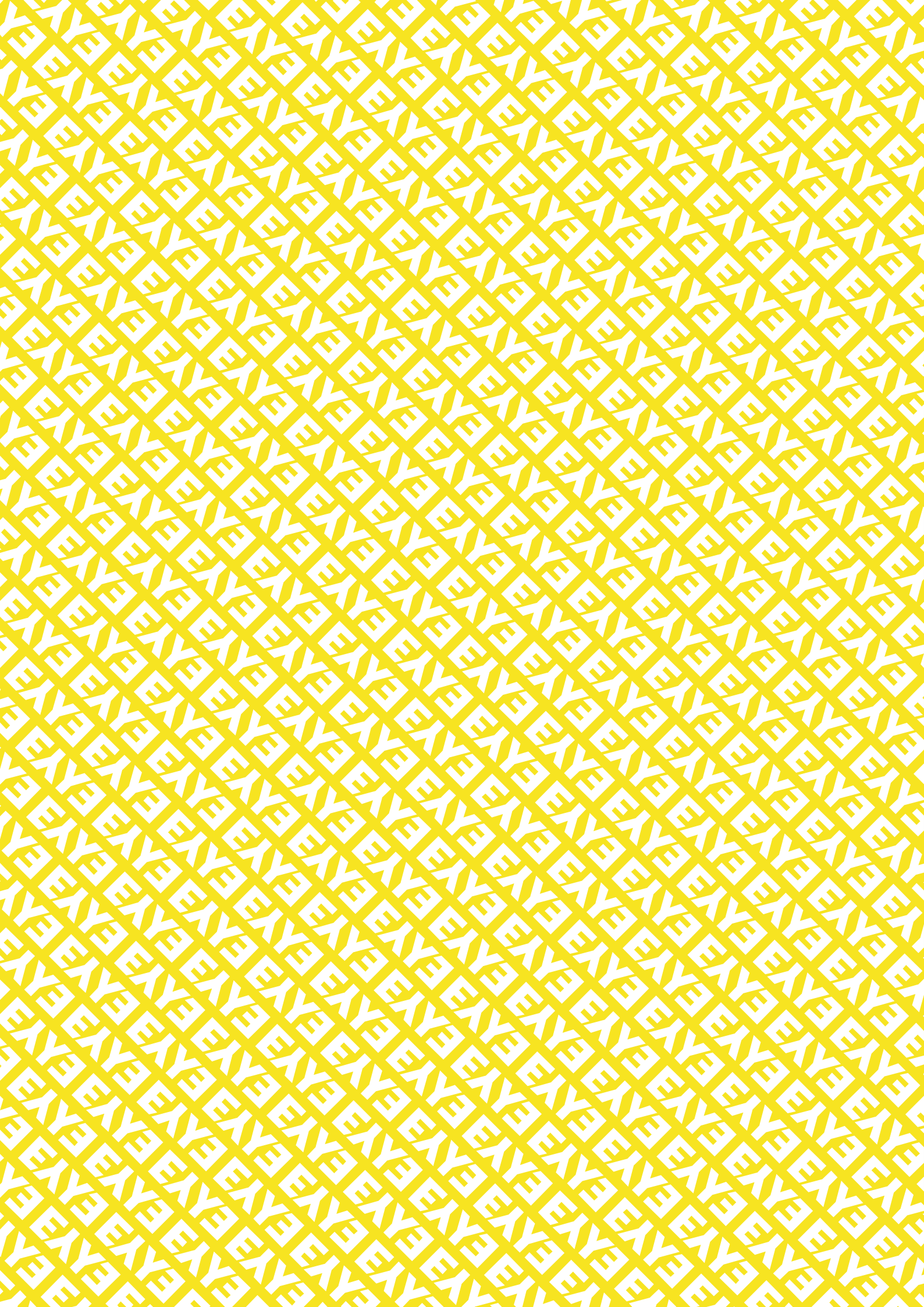
Wskazano następujące kierunki działań:

1. Wdrażanie kompleksowych zmian, niosących za sobą transformację systemową, należy przeprowadzać zgodnie z wybraną i konsekwentnie stosowaną metodyką.
2. Należy zapewnić i wspierać spójność oraz stabilność systemu JGP poprzez właściwe umocowanie w polskim porządku prawnym i wprowadzenie delegacji ustawowej do tworzenia oraz zarządzania zasadami rozliczania świadczeń, w szczególności w obszarze świadczeń szpitalnych.
3. Należy wprowadzić i stosować efektywny system zarządzania systemem JGP.
4. Należy wprowadzić mechanizm wspierający poprawę funkcjonowania (efektywności) systemu JGP, w tym mechanizmy wspierające zapewnienie lepszej dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej.
5. Należy wprowadzić mechanizm wspierający stosowanie innowacji w systemie ochrony zdrowia.

Każda z powyższych rekomendacji została w szczególności przedstawiona w rozdziale 8, gdzie wskazano jej kontekst oraz wytyczne i narzędzia implementacji.









#### O firmie EY

EY jest światowym liderem rynku usług profesjonalnych obejmujących usługi audytorskie, doradztwo podatkowe, doradztwo biznesowe i doradztwo transakcyjne. Nasza wiedza oraz świadczone przez nas najwyższej jakości usługi przyczyniają się do budowy zaufania na rynkach kapitałowych i w gospodarkach całego świata. W szeregach EY rozwijają się utalentowani liderzy zarządzający zgranymi zespołami, których celem jest spełnianie obietnic składanych przez markę EY. W ten sposób przyczyniamy się do budowy sprawniej funkcjonującego świata. Robimy to dla naszych klientów, społeczności, w których żyjemy i dla nas samych.

Nazwa EY odnosi się do firm członkowskich Ernst & Young Global Limited, z których każda stanowi osobny podmiot prawny. Ernst & Young Global Limited, brytyjska spółka z odpowiedzialnością ograniczoną do wysokości gwarancji (company limited by guarantee) nie świadczy usług na rzecz klientów. Aby uzyskać więcej informacji, wejdź na [www.ey.com/pl](http://www.ey.com/pl)

EY, Rondo ONZ 1, 00-124 Warszawa

© 2015 EYGM Limited.  
Wszelkie prawa zastrzeżone.  
SCORE: 005.11.15

[ey.com/pl](http://ey.com/pl)