

*Anna Kieszowska-Grudny*

Minds of Hope w Warszawie – Klinika Psychiatrii,  
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

## **Pacjent, świadczeniodawca czy system – komu dziś potrzebna jest skoordynowana opieka zdrowotna?**

---

### **Streszczenie**

Starzenie się społeczeństwa, rosnące potrzeby medyczne i ograniczone zasoby, a także szybko postępujący rozwój technologii medycznych to wyzwania, przed którymi stają systemy opieki zdrowotnej na całym świecie. Skoordynowana opieka zdrowotna, funkcjonująca na świecie w ponad 100 różnych koncepcjach, to sposób zarządzania i realizacji świadczeń medycznych, zapewniający uzyskanie ciągłości i kompleksowości diagnostyki i leczenia, przy jednoczesnej poprawie efektywności i obniżeniu kosztów. W Polsce koordynacja usług medycznych dopiero od niedawna cieszy się zainteresowaniem, a ograniczone nakłady na służbę zdrowia czynią z niej ciekawą opcję poprawy dostępu do nowoczesnych form świadczeń medycznych przy lepszej kontroli i sprawniejszym zarządzaniu kosztami oraz optymalizacji nakładów.

**Słowa kluczowe:** starzenie się społeczeństwa, zdrowie, opieka zdrowotna, skoordynowana opieka zdrowotna, zintegrowana opieka zdrowotna

**Kody klasyfikacji JEL:** I00, I1, I18, I19

---

## 1. Wprowadzenie

Rosnąca i starzejąca się populacja, coraz większe potrzeby zdrowotne, wynikające m.in. z dłuższego życia, współwystępowania wielu chorób u tej samej osoby i lepszej wykrywalności chorób, a jednocześnie rozwijająca się prawie w logarytmicznym tempie technologia medyczna powodują ograniczenia w dostępie do szybkiej pomocy medycznej i wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia. Dodatkowo ze względu na ograniczone zasoby w opiece zdrowotnej (lekarze, pielęgniarki, opiekunowie medyczni i inne grupy) wydłużają się kolejki do specjalistów, a pacjent przechodzi z jednej konsultacji na drugą, próbując samodzielnie organizować należyte według swojego wyobrażenia diagnostykę i leczenie, co często skutkuje przypadkowymi poradami i duplikowaniem badań, zlecanych przez kolejnych specjalistów.

Rosnąca złożoność systemu opieki zdrowotnej i bieżący sposób finansowania medycyny sprawiają, że aktualny model opieki zdrowotnej utrudnia ruch pacjenta w systemie. Często brakuje osoby, która koordynowałaby opiekę nad pacjentem. Brak właściwego zaangażowania pacjentów i ich opiekunów w zdrowie i sposób leczenia, a także słaba komunikacja pomiędzy stronami skutkują duplikowaniem niektórych czynności, jak i pojawianiem się luk w ruchu pacjenta w systemie oraz brakiem holistycznego podejścia. To daje dużo gorsze rezultaty leczenia, jak również osłabia cały system przez nieoptymalne wykorzystanie istniejących zasobów [Goodwin, Alonso, 2014]. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) oraz opieka społeczna są słabsze i mniej wydolne od opieki specjalistycznej oraz szpitalnej. Dotychczasowe podejście do opieki zdrowotnej w wielu krajach, w tym w Polsce, głównie opierało się na formule opieki epizodycznej, obejmującej ostre epizody choroby, a praktycznie brakowało przygotowania, by sprostać wymaganiom efektywnej opieki długoterminowej i leczenia chorób przewlekłych. W systemie występuje duża fragmentacja usług, skutkująca złą koordynacją opieki osób z chorobami przewlekłymi lub współwystępującymi, a rezultaty leczenia są gorsze od możliwości nowoczesnej medycyny.

Potrzebne są praktyczne zastosowania w celu sprostania społeczno-medycznym determinantom stanu zdrowia i/lub choroby pacjenta o złożonych i przewlekłych problemach medycznych. W wielu krajach rozwiniętych rozwiązaniem jest zintegrowana lub koordynowana opieka zdrowotna, które stawiają pacjenta w centrum uwagi i usprawniają realizację usług medycznych, optymalnie wykorzystując zasoby, przy maksymalizacji efektu leczniczego. Istnieje wiele opracowań, w których opieka zintegrowana i skoordynowana są traktowane jako synonimy [Ouwens et al., 2005; Lemmens et al., 2009], jak również można znaleźć i takie, które próbują odróżnić opiekę skoordynowaną od zintegrowanej. Niemniej na potrzeby tego artykułu pojęcia te będziemy traktować zamiennie. Polski system opieki zdrowotnej jest na początku drogi do koordynacji. Rodzi się więc pytanie, jak zorganizować przepływ pacjenta i sposób finansowania poszczególnych świadczeń, by osiągnąć w stosunkowo krótkim czasie możliwie jak największy efekt.

Artykuł ma na celu przybliżenie kilku koncepcji opieki skoordynowanej dostępnych na świecie, a także przyjrzenie się opiece zdrowotnej w Polsce na tyle, by odpowiedzieć sobie na pytanie, czy mamy już w naszym kraju przykłady zarządzania problemami medycznymi pacjentów, które można nazwać koordynowaną opieką zdrowotną. Spróbujemy również odpowiedzieć na pytania, w których chorobach przewlekłych można by było taki model opieki zastosować oraz czy koordynacja jest aktualnie bardziej potrzebna pacjentowi, świadczeniodawcom czy systemowi. Opracowanie ma charakter wstępnego studium. W tym celu jakościowej analizie zostały poddane różnorodne światowe koncepcje opieki skoordynowanej. Wybrano kluczowe modele rekomendowane przez Bank Światowy, Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia dla polskiego systemu opieki zdrowotnej w trakcie dedykowanych warsztatów z udziałem reprezentantów płatnika, świadczeniodawców oraz organizacji pacjenckich [MZ, NFZ, Projekt pozakonkursowy; NFZ, Spotkanie otwierające].

## 2. Rosnące potrzeby zdrowotne w Polsce i na świecie

Od 1950 r. liczba ludności na świecie wzrosła prawie trzykrotnie, a według prognoz w 2040 r. będzie nas ponad 9 mld, czyli prawie o 1/4 więcej niż dziś [United Nations, 2017]. W tym czasie liczba Europejczyków wzrosła o 35%, a jednocześnie średnia ich wieku jest wyższa niż pozostałych osób na świecie. W 1950 r. w wieku emerytalnym było 5,08% populacji świata (Europejczyków – 7,96%), w 2016 r. – 8,48% osób na świecie i 17,92% w Europie. Przewiduje się, że w 2040 r. 14,6% populacji świata będzie w wieku emerytalnym, w tym co 4. Europejczyk, będzie też prawie 400 tys. stulatków, co implikuje istotne obciążenie dla budżetów wielu państw.

Demografia polska nie odbiega znacząco od europejskiej. W 2016 r. było nas ok. 38,4 mln, czyli o ponad 50% więcej niż w 1950 r. Prognoza na 2040 r. wskazuje, że będzie nas o ok. 6% mniej, w tym 25,99% populacji będą stanowiły osoby w wieku 65+ i 1,02% stulatkowie (prawie 37 tys.). Aktualna mediana wieku Polaka wynosi 40,2 roku, długość życia kobiety urodzonej w 2016 r. prognozuje się na 81,9 roku, a mężczyzny – na 73,9 roku. Osoby urodzone w 2016 r. będą dłużej żyły od ludzi urodzonych w 1990 r. średnio o 6,7 roku w przypadku kobiet i 7,7 w przypadku mężczyzn [GUS, Rocznik Demograficzny 2017].

Zmiany demograficzne generują rosnące zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną. Im jesteśmy starsi, tym więcej chorujemy. U osób powyżej 60. r.ż. współwystępowanie nawet 8 schorzeń jednocześnie nie jest zjawiskiem odosobnionym [Barnett et al., 2012]. Nawet u osób młodszych liczba chorób współwystępujących jest duża – około 20% pięćdziesięciolatków ma dwie choroby jednocześnie lub więcej.

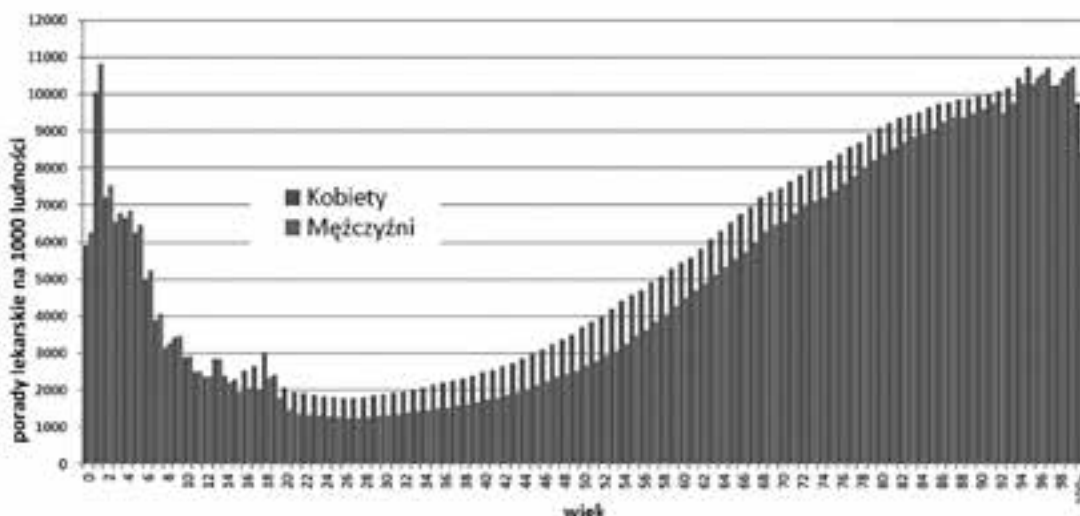
W 2014 r. w badaniu EHIS (The European Health Interview Survey) co drugi mieszkaniec Polski (52%) zgłaszał choroby przewlekłe trwające co najmniej 6 miesięcy. Częstość ich występowania rośnie z wiekiem. Wśród osób do 30. r.ż. długotrwałe choroby występują przeciętnie u co czwartej osoby, w grupie wiekowej po 60. r.ż. u 85%, a w populacji osób 80+ u ponad 90% [GUS, Zdrowie i zachowania]. Z wiekiem rośnie też liczba Polaków borykających

się z kilkoma chorobami naraz. Na 1 osobę z grupy wiekowej 60–69 lat przypada średnio 3,1 chorób przewlekłych, powyżej 70 lat – 4,1, a u najstarszych (ponad 80 lat) – średnio 4,5 dolegliwości chronicznych [GUS, Ludność w wieku 60+]. Wraz ze wzrostem chorób współwystępujących zwiększa się również zachorowalność na zaburzenia psychiczne, w tym na depresję i demencję. Tym samym wzrasta konieczność korzystania z opieki zdrowotnej.

W skali kraju w 2014 r. udzielono łącznie 147 954 519 świadczeń POZ 37 531 713 osobom. Średnia liczba świadczeń w przeliczeniu na 1 pacjenta POZ wynosi 3,94 (u kobiet – 4,3, a u mężczyzn – 3,3) [NFZ, Podstawowa opieka]. Liczba porad na 1000 osób wzrasta od 30. r.ż. (rys. 1).

Osoby w podeszłym wieku w 2014 r. deklarowały stosunkowo częste korzystanie z podstawowych badań profilaktycznych. Blisko 84% z nich miało wykonane profesjonalne badanie ciśnienia krwi i poziomu cholesterolu, a 70% ogólnej populacji powyżej 65. r.ż. przynajmniej raz w roku zbadało poziom cukru we krwi [GUS, Ludność w wieku 60+]. Interwencje medyczne nie kończą się na poradach w POZ. W tym czasie leczeniu szpitalnemu<sup>1</sup> poddała się jedna na pięć osób w podeszłym wieku, a częstość hospitalizacji wzrastała z wiekiem. U sześćdziesięciolatek konieczność leczenia w szpitalu dotyczyła ok. 18% tej populacji, a w grupie osiemdziesięciolatek co czwarta osoba korzystała z tej formy opieki, co najczęściej było też poprzedzone intensywnym korzystaniem z pozaszpitalnej opieki zdrowotnej [GUS, Ludność w wieku 60+]. Część hospitalizacji wynikała z tego, że dostęp do POZ lub do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) był ograniczony. Lepsze zarządzanie ruchem pacjentów jest więc priorytetem w naprawie niewydolnego systemu opieki zdrowotnej.

Rysunek 1. Liczba porad lekarskich udzielonych przez POZ w 2014 r. na 1000 ludności



Źródło: NFZ, 2016.

<sup>1</sup> Leczenie szpitalne jest rozumiane jako pobyt w szpitalu połączony z przynajmniej jednym noclegiem.

### 3. Ograniczone zasoby

Zasoby w opiece zdrowotnej to: dostępność do technologii medycznej, nakłady finansowe i oczywiście ludzie.

W raporcie OECD za 2016 r. polska opieka zdrowotna pod wieloma względami wypada najsłabiej w porównaniu z innymi krajami. Państwa OECD wydawały średnio na opiekę zdrowotną 9% PKB. Liderem są Stany Zjednoczone, które wydają 17,2% PKB na służbę zdrowia, a powyżej 11% wydają Szwajcaria, Niemcy, Szwecja i Francja. W Polsce na zdrowie wydajemy 6,4% PKB (włączając wydatki publiczne i niepubliczne). Przeciętne wydatki na zdrowie Polaka wynoszą 1798 dol., podczas gdy średnia w 35 krajach OECD plasuje się na poziomie 4003 dol. W tym samym okresie w USA wydatki roczne na obywatela wynosiły 9892 dol., 7819 dol. w Szwajcarii, 3248 dol. w Hiszpanii, a nawet 2544 dol. w Czechach. Na profilaktykę wydajemy tylko 43 dol. na mieszkańca, gdy Norweg może liczyć na 190 dol., Szwed na 150 dol., Niemiec na 160 dol., a Kanadyjczyk nawet na 300 dol. [OECD, Health]. Jednocześnie w Polsce stosunkowo duża liczba świadczeń, które mogłyby, a nawet powinny być realizowane poza szpitalem, wykonywana jest w ramach hospitalizacji [OECD, Health]. Świadczy to o braku koordynacji w leczeniu.

Nowoczesny sprzęt diagnostyczny to kolejne złożone zagadnienie dotyczące zasobów polskich placówek medycznych. Można się zastanawiać, czy fakt, że na 1 mln potencjalnych pacjentów przypada 16 tomografów komputerowych (dla porównania Japończycy mają ich ponad 100) i niecałe 7 aparatów rezonansu magnetycznego (w USA współczynnik wynosi 40), stanowi wąskie gardło w procesie diagnostyczno-terapeutycznym [OECD, Health]. Jest kilka czynników, które w tym aspekcie warto wziąć pod uwagę. Z jednej strony liczba TK i MR w Polsce rośnie, z drugiej zaś – czas oczekiwania pacjenta na badania diagnostyczne się nie skraca. Jest to związane po części z polityką NFZ dotyczącą kontraktowania – dodatkowe punkty w konkursach zyskują placówki posiadające własną aparaturę, co powoduje nadmiarowe (jak na Polskę) inwestycje w sprzęt diagnostyczny (głównie w szpitalach) i jednocześnie rozdrobnienie budżetu przeznaczanego na ten rodzaj usług. Ponadto ograniczenie dostępności do usług diagnostycznych wynika z braku wystarczających zasobów ludzkich (lekarze radiolodzy i technicy rtg.), które aktualnie nie są w stanie obsłużyć w pełnym wymiarze wszystkich placówek posiadających pracownie diagnostyczne.

Zasoby ludzkie są znaczącym ograniczeniem polskiej opieki zdrowotnej. Na 1000 Polaków przypada 25 pracowników opieki zdrowotnej, w tym tylko 2,33 lekarza. Mniej jest tylko w Chile (22 osoby) i w Meksyku (13 osób). W Norwegii na jedną osobę przypada ponad stu pracowników medycznych, a na 1000 mieszkańców – 4,4, [OECD, Health]. Pod koniec września 2017 r. w Polsce było zarejestrowanych 189 460 lekarzy i lekarzy dentyistów, w tym 172 837 aktywnie wykonujących zawód, z czego prawie 50% to osoby powyżej 50 lat, a ponad 15% to zawodowo aktywni lekarze w wieku emerytalnym [Naczelna Izba Lekarska w Warszawie. Zestawienie]. Nie jest to optymistyczny prognostyk w zakresie dostępu do specjalistów.

Jeszcze gorzej sytuacja prezentuje się w przypadku pielęgniarek. Unijna średnia wynosi 9 pielęgniarek na 1000 osób, w Polsce na jednego obywatela przypada 5 pielęgniarek. W 2016 r. zarejestrowanych było ich 288 395 i mimo że liczba ta wzrosła w stosunku do 2015 r. o 3019 osób, to średnia wieku od 2008 do 2016 r. wzrosła z 44,19 roku do 50,79 roku [Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Raport].

Polski pacjent czuje się tym bardziej niepewnie w systemie, im więcej chorób mu towarzyszy i im bardziej przewlekły mają charakter. Przechodzenie przez wszystkie nieskoordynowane z sobą etapy diagnostyki i leczenia chorób współistniejących wydłuża czas oczekiwania na świadczenia. W raporcie Najwyższej Izby Kontroli za 2016 r. czytamy, że spośród 20 analizowanych komórek czas oczekiwania wzrósł w 14 z nich z największą liczbą oczekujących, zaledwie w 3 się skrócił, a w kolejnych 3 nie zmienił [NIK, Realizacja]. Na wymianę stawu biodrowego czekamy 592 dni, rehabilitację – 404 dni, operację zaćmy – 601 dni, na wizytę u kardiologa czekamy 106 dni, a na leczenie w sanatorium ponad – 700 dni. Pacjent z rozpoznaniem mnogim będzie krążył po systemie dużo dłużej.

Chcąc zająć się odpowiednio problemami wynikającymi z rosnących potrzeb zdrowotnych występującymi w zderzeniu z malejącymi zasobami, potrzebna jest strategia komplementarna, wspierająca przede wszystkim lekarzy POZ, którzy zapewnią spersonalizowaną, kompleksową i ciągłą opiekę, zwłaszcza na obszarach o niekorzystnych warunkach społeczno-ekonomicznych.

## 4. Koncepcje koordynowanej opieki zdrowotnej

W 2014 r. Światowa Organizacja Zdrowia zaproponowała taką definicję opieki skoncentrowanej na osobie: „Koordynowana opieka zdrowotna to usługi medyczne zarządzane i dostarczane osobom w sposób zapewniający uzyskanie kontinuum promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, diagnozy, leczenia, zarządzania chorobami, rehabilitacji oraz paliatywnych usług medycznych, na różnych poziomach oraz w różnych miejscach systemu opieki zdrowotnej, zgodnie z zapotrzebowaniem, w okresie całego życia, i w formie stałej dyskusji z pacjentami” [WHO, Global Strategy, s. 12–13]. Koordynowana opieka zdrowotna w literaturze bywa również nazywana zintegrowaną opieką zdrowotną, a także wszechstronną, całościową i opieką współdzieloną. Jest to podejście do pacjenta przeciwstawne do obecnie popularnej formy opieki fragmentarycznej – skoncentrowanej na epizodycznym świadczeniu usług medycznych.

W koordynowanym modelu w pierwszej kolejności należy zidentyfikować zakres potrzeb pacjenta: zdrowotnych oraz związanych z codziennym funkcjonowaniem, a następnie zaplanować świadczenia ukierunkowane na ustrukturalizowane działania mające na celu zaspokojenie tych potrzeb. Opieka świadczona jest przez interdyscyplinarne zespoły świadczeniodawców w sposób, który pozwala na realizację celów medycznych i codziennych celów życiowych.

Systemy opieki zdrowotnej na świecie są tak różnorodne, że nie można zastosować jednego modelu zintegrowanej opieki zdrowotnej do wszystkich tych systemów, a nawet do jednego systemu w danym kraju, łączącego wszystkie problemy zdrowotne ludności. Istotne jest uwzględnienie punktów widzenia różnych stron uczestniczących w dostarczaniu świadczeń zdrowotnych, dzięki czemu zintegrowana opieka zdrowotna może się rozwijać. Dobrze jest też mieć na uwadze perspektywę polityki zdrowotnej państwa, płatnika i regulatora rynku, świadczeniodawców, profesjonalistów (lekarzy, pielęgniarek, diagnostów, psychologów i innych osób włączonych w realizację świadczeń lub pominiętych), organów nadzoru, no i przede wszystkim końcowego użytkownika usługi – pacjenta wraz z jego bliskimi i społecznością, w której żyją [Shaw, 1999].

Tworzenie skoordynowanej opieki zdrowotnej zwykle przebiega etapowo i zaczyna się od tworzenia naturalnych połączeń pomiędzy istniejącymi świadczeniodawcami w celu przekierowania pacjentów do właściwej placówki medycznej w odpowiednim czasie oraz ułatwiania komunikacji pomiędzy specjalistami zaangażowanymi w zapewnienie ciągłości opieki. Na tym etapie obowiązki są dostosowane do różnych grup bez zmiany kosztów. Kolejnym krokiem jest koordynacja, obejmująca działanie przez istniejące jednostki organizacyjne w celu skoordynowania różnych usług zdrowotnych wraz z przekazywaniem dozwolonej informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz zarządzanie ścieżką pacjenta pomiędzy tymi jednostkami. Efektem końcowym powyższego postępowania jest pełna integracja opieki zdrowotnej, w której następuje formalne łączenie zasobów, umożliwiające tworzenie nowej organizacji, a wraz z tym – rozwój kompleksowych usług dostosowanych do potrzeb określonych grup pacjentów [Leutz, 1999]. Celem koordynowanej opieki zdrowotnej jest zarówno poprawa zdrowia poszczególnych osób i całej populacji, jaki i wyższa jakość opieki medycznej, przy redukcji (lub przynajmniej zachowaniu) kosztów tej opieki.

Amerykańska Rada ds. Zdrowia Populacji i Zdrowia Publicznego (Board on Population Health and Public Health Practice) uważa, że wprowadzanie koordynacji do systemu przebiega w 6 fazach [Committee on Integrating Primary Care, 2012], takich jak: 1) f. fragmentacji; 2) f. budowania świadomości – świadomość istnienia innych jednostek i dostępnych profesjonalistów; 3) f. losowego współdziałania; 4) f. współpracy pomiędzy różnymi profesjonalistami medycznymi, bez powiązań osobistych; 5) f. pracy zespołowej oraz partnerstwa; 6) f. pełnej integracji wraz ze stworzeniem nowych organizacji, które zarządzają zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych różnych populacji.

Niektórzy autorzy [von Bertalanffy, 1969; Valentijn, 2013] dzielą koordynację w opiece zdrowotnej na kilka kategorii, m.in.: (a) k. poziomą, tj. strategię wiążącą podobne poziomy opieki, np. POZ; (b) k. pionową, czyli strategię wiążącą różne poziomy opieki, np. koordynacja diagnostyki i leczenia osób z wybraną chorobą przewlekłą; (c) k. w obrębie jednej dziedziny, np. zaburzenia natury psychicznej, które koordynowane są w obrębie interdyscyplinarnych zespołów lub sieci psychologiczno-psychiatrycznych; (d) k. kliniczną, np. pomiędzy profilaktyką pierwotną, wtórną, leczeniem i rehabilitacją; (e) k. opieki farmaceutycznej, służącej podniesieniu bezpieczeństwa pacjentów stosujących wiele leków; (f) k. pomiędzy samym

świadczeniodawcą usług a pacjentem – wspólne podejmowanie decyzji terapeutycznych, w tym o samoleczeniu; (g) k. świadczeń zdrowotnych i społecznych, np. osoby uzależnione lub osoby z zaburzeniami psychicznymi, które mogą mieć różnorodne potrzeby (nie tylko medyczne) i połączenie współdziałania różnych służb.

Pierwszym i jednym z ważniejszych produktów koordynowanej opieki zdrowotnej jest ciągłość opieki, którą można zaobserwować na podstawie ciągłości: relacji (wiodący pracownik opieki zdrowotnej dla danego pacjenta), leczenia (realizacja jednolitego planu leczenia przez współpracujących specjalistów), informacji (dostęp do danych pacjenta z różnych miejsc systemu opieki zdrowotnej) i ciągłości organizacyjnej (przekierowanie pacjenta do innego specjalisty nie wiąże się z wydłużeniem czasu oczekiwania na właściwą usługę medyczną) [Haggerty, 2003].

Przyjrzyjmy się dwóm najbardziej popularnym koncepcjom koordynacji, tj. koordynacji poziomej i pionowej, które dały początek różnym modelom opieki zintegrowanej na całym świecie, wraz z odniesieniem do przykładów w polskim systemie opieki zdrowotnej.

#### 4.1. Pozioma koordynowana opieka zdrowotna

Prawdopodobnie pierwszym centrum medycznym, które wykorzystało koncepcję koordynacji w opiece zdrowotnej, było Montefiore Medical Center w Bronksie (Nowy Jork). Centrum medyczne zostało otwarte w 1884 r. jako szpital dla pacjentów z dolegliwościami przewlekłymi, w tym szczególnie dla chorych na gruźlicę [Montefiore Medical Center]. W Europie Zachodniej i Ameryce Północnej koordynacja pozioma funkcjonuje w szerszym wymiarze od lat 50. XX w., kiedy to Huygen, Fry, a następnie Starfield zaproponowali w holenderskim, niemieckim, brytyjskim systemie opieki zdrowotnej świadczenia koordynowane oparte na POZ i lekarzu pierwszego kontaktu. Była to koncepcja opieki, w której zespół lekarzy był zorientowany na pacjenta, będącego częścią lokalnej społeczności, cechująca się kompleksowością i ciągłością leczenia.

Podstawą koordynacji poziomej jest praca zespołowa, a nieodłącznym elementem tego systemu jest stawka kapitacyjna, która miała motywować lekarza POZ – lekarza koordynującego – do optymalnego zarządzania ścieżką pacjenta w systemie oraz wykreowania stałej relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Mimo że po reformie służby zdrowia w Polsce pojawiła się specjalizacja z medycyny rodzinnej, która miała być podstawą pracy POZ, to jednak funkcja lekarza POZ daleka jest od roli rzeczywistego koordynatora ścieżki pacjenta z rozpoznaniem przewlekłym lub mnogim. Obecnie tylko w Wielkiej Brytanii i Danii lekarze POZ pełnią funkcję koordynatora w zakresie podstawowych chorób somatycznych.

Innym przykładem koordynowanej opieki zdrowotnej o charakterze poziomym jest opieka nad osobami, u których występują zarówno choroby somatyczne, jak i zaburzenia natury psychicznej. Zauważono bowiem, że wielu pacjentów POZ poza schorzeniami somatycznymi cierpi również na różnorodne zaburzenia psychiczne. Ponadto osoby, które miały



problemy natury psychologicznej, nie umiały ich zinterpretować, a do lekarza POZ zgłaszały się z objawami somatycznymi, takimi jak: zmęczenie, zaburzenia apetytu, kołatanie serca czy zaburzenia snu. W związku z tym w model został wpisany zespół – koordynator umiejscowiony w POZ współpracuje z lekarzami pierwszego kontaktu i innymi specjalistami. Zespoły POZ w Holandii od 2015 r. zatrudniają psychologów, pielęgniarki ze specjalizacją w psychiatrii oraz przeszkolonych pracowników społecznych. Holandia przetestowała ów model w latach 2012–2013 w formie pilotażu i dzięki temu sprawdziła zasadność kliniczną i ekonomiczną tego rozwiązania. Dodatkowo profesjonaliści pracują pod wspólną nazwą specjalisty zdrowia psychicznego i podlegają lekarzowi POZ. Z poziomu POZ zajmują się grupą osób z depresją, lękami lub objawami stresu, które nie spełniają kryteriów diagnostycznych wg DSM-5 lub ICD-10, a także pacjentami ze współistniejącymi przewlekłymi chorobami somatycznymi i powiązаныmi z nimi zaburzeniami psychicznymi (najczęściej z depresją). Podejście to zwiększa skuteczność oraz podnosi jakość opieki zdrowotnej.

Efektywność tej formy skoordynowanej opieki zdrowotnej widoczna jest m.in. w redukcji liczby niepotrzebnych hospitalizacji w tych schorzeniach, a także wśród osób, które trafiają na szpitalne oddziały ratunkowe. Analizowane prace [van Loenen et al., 2014; Mercier et al., 2015] wskazują, że optymalna liczba lekarzy POZ oraz poprawa długoterminowej ciągłości leczenia przyczyniają się do zmniejszenia liczby zbytecznych hospitalizacji. Wysoka jakość świadczeń realizowanych przez POZ oraz efektywniejsza koordynacja korelują z lepszą efektywnością leczenia pacjentów z chorobami przewlekłymi [Hansen, 2015]. Z kolei van den Berg [2016] zauważył, że pacjenci POZ o dłuższych osobistych relacjach z lekarzem rodzinnym wykazywali mniejszą potrzebę korzystania z SOR. Holandia opracowała zintegrowany, wielospecjalistyczny system oceny zarówno dla lekarzy POZ, którzy realizują także świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, jak i SOR, ratowników medycznych oraz dyspozytorni. Zaobserwowano, że liczba wizyt na SOR się zmniejszyła.

Pozioma skoordynowana opieka zdrowotna sprawdza się także w zarządzaniu dostępem pacjentów do domów opieki, specjalistycznych świadczeń zdrowia psychicznego, a nawet świadczeń społecznych, jak również do specjalistycznej opieki onkologicznej. Interdyscyplinarne zespoły, składające się z lekarzy chirurgów, patologów, internistów, radiologów i wykwalifikowanych pielęgniarek, które powstały m.in. w Szkocji, choć jeszcze nie są kompleksowe, mogą istotnie wpływać na poprawę wyników leczenia. Podstawą ich pracy są interdyscyplinarne rekomendacje i standardy, przeprowadzają raz w tygodniu formalne spotkania, prowadzą swoje wewnętrzne audyty oraz współpracują z organami kontrolnymi w regionie, spełniając wymogi pracy zespołowej. Osoby włączone do takich zespołów powinny przestrzegać zasad współpracy, takich jak: 1) wspólne obowiązki, współdecydowanie, dzielenie się informacją, planowanie i interwencje; 2) szczere, konstruktywne partnerstwo oparte na koleżeństwie, zaufaniu i poszanowaniu; 3) współzależność i kolektywność, czyli brak autonomii; 4) relacje oparte na symetrii – wiedza i doświadczenie ważniejsze od funkcji i tytułów; 5) ciągły rozwój i modernizacja współpracy, przekraczanie granic między dziedzinami [D'Amour et al., 2005].

Model działający w Szkocji jest podobny do wstępnego modelu szybkiej terapii onkologicznej, wprowadzonego w styczniu 2015 r. w Polsce. Wydawać się może, że jest to przykład koordynacji pionowej, niemniej ważne jest to, że zasadnicza koncepcja opiera się na stawce kapitałowej oraz na współpracy zespołu specjalistów, z instytucją konsylium włącznie. Niestety w modelu polskim rola lekarza POZ rozmywa się wśród niejasnej linii podziału kompetencji i odpowiedzialności za efekty leczenia oraz sposobu rozliczeń poszczególnych świadczeń pomiędzy nim a lekarzem specjalistą, np. onkologiem, chirurgiem czy innymi specjalistami, którzy z Kartą Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DILo) weszli do ścieżki koordynacji pacjenta onkologicznego.

## 4.2. Pionowa koordynowana opieka zdrowotna

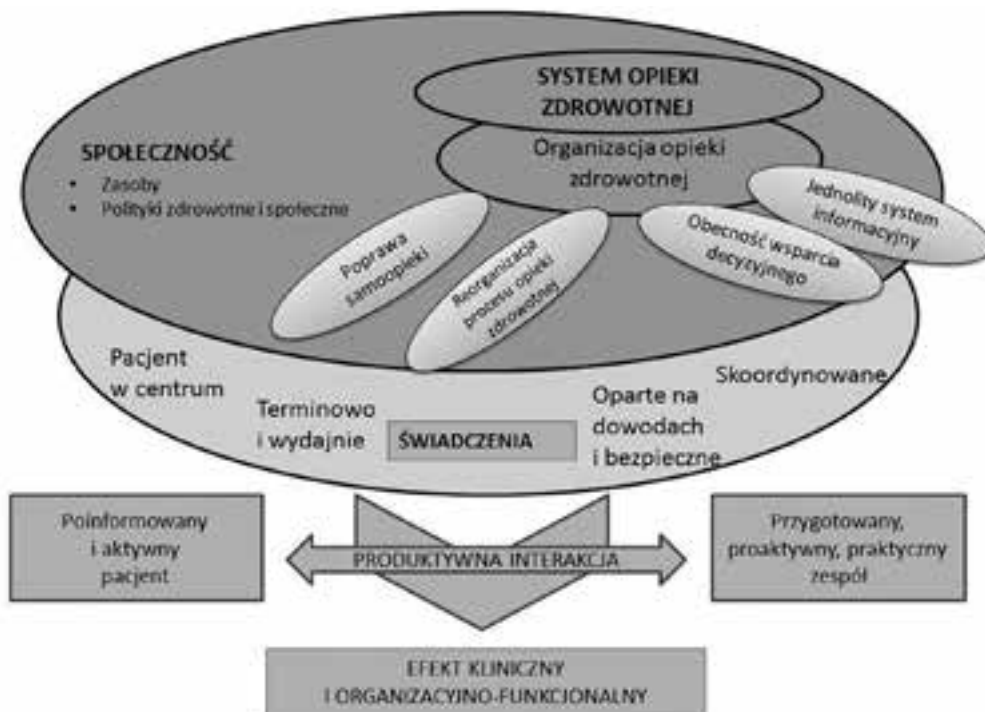
Celem pionowej koordynowanej zdrowotnej (inaczej nazywanej przejściową) jest zagwarantowanie ciągłości leczenia pacjentom z dolegliwościami przewlekłymi, którzy w trakcie diagnostyki, leczenia lub rehabilitacji będą przenoszeni z ośrodków POZ do ośrodków szpitalnych, ewentualnie kierowani do specjalistów opieki geriatrycznej oraz zdrowia psychicznego. Taki model może być realizowany przez: 1) lekarzy specjalistów udzielających świadczeń POZ, np. lekarzy ortopedów, którzy pracują wyłącznie w AOS, a niewykonujących samodzielnie operacji; 2) polikliniki, czyli centra medyczne zatrudniające jednocześnie lekarzy POZ oraz lekarzy specjalistów, zapewniające ogólne wsparcie diagnostyczne i terapeutyczne; 3) ścieżki diagnostyczne wspierające POZ w szybkiej diagnostyce chorób, np. Narodowy Instytut Zdrowia i Opieki (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) zalecił, aby lekarze POZ oraz pielęgniarki w przychodniach mieli szybki, bezpośredni dostęp do świadczeń w zakresie endoskopii, TK, MR w przypadku pacjentów z podejrzeniem nowotworu (w Polsce szybka terapia onkologiczna także zawiera elementy takiej koordynacji); 4) standaryzowane ścieżki wypisu pacjentów hospitalizowanych – mają na celu usprawnienie przejścia z opieki szpitalnej na domową oraz zmniejszenie liczby ponownych przyjęć do szpitala, szczególnie w krótkim czasie po wypisie; 5) punkty transferowe w szpitalach – zwykle w proporcji 10 stanowisk koordynatora transferowego na 400 łóżek szpitalnych, które obsługują przejście pacjentów do POZ lub do innych podmiotów realizujących dalszą opiekę. Punkty te są obsługiwane przez pielęgniarki ds. przejścia i pracowników społecznych. Opracowują programy opieki domowej, świadczeń społecznych oraz organizację przyjęć do domów opieki wraz z niezbędną dokumentacją dla płatników – firm ubezpieczeniowych.

Szczególnym rodzajem pionowej skoordynowanej opieki zdrowotnej jest opieka nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, co dotyczy przede wszystkim osób w podeszłym wieku. Jest to rodzaj opieki koordynowanej, którą niektórzy plasują gdzieś pomiędzy opieką opartą na świadczeniach POZ a specjalistyczną opieką zdrowotną przeznaczoną dla osób z chorobami somatycznymi. Za jej ojca uważany jest van der Linden [2001], który opisał jej podstawy i obszary rozwoju. Ten rodzaj opieki nazywany jest też opieką kompleksową lub

tw. programem opieki 1 i 1/2, co obrazuje jej umiejscowienie między POZ a AOS. Modele dotyczące koordynacji chorób przewlekłych są szczególnie ważne dla systemów opieki zdrowotnej, co można uzasadnić drastycznie rosnącymi nakładami w przypadku tych właśnie pacjentów. Badania przeprowadzone w populacji holenderskiej wykazały, że pacjent z chorobą przewlekłą kosztował rocznie podstawowy system ubezpieczenia nawet 5200 euro, a osoba bez chorób przewlekłych – 1300 euro [Vos et al., 2015].

Na przestrzeni lat w ramach pionowej skoordynowanej opieki zdrowotnej wypracowano kilka podstawowych modeli opieki przewlekle chorych realizowanej w sposób zintegrowany. Ponad 20 lat temu kalifornijska organizacja opieki zdrowotnej Kaiser Permanente opracowała trójkąt Kaisera [Ham et al., 2003]. Trójkąt składa się z trzech warstw. Jego podstawa ilustruje kategorię pacjentów z chorobami przewlekłymi, którzy korzystają ze świadczeń POZ. Pacjenci na drugim poziomie to osoby wysokiego ryzyka, którym potrzebne jest specjalistyczne zarządzanie procesem chorobowym, z kolei chorzy o złożonych potrzebach zdrowotnych (3 poziom) wymagają koordynatora opieki zdrowotnej, czyli zarządzania konkretnymi przypadkami i ścieżkami ruchów pacjentów w systemie.

Rysunek 2. Model opieki nad osobami z chorobami przewlekłymi wg Wagnera



Źródło: opracowanie własne na podstawie E.H. Wagner, B.T. Austin, M. von Korff, *Organizing care for patients with chronic illness*, „Milbank Q” 1996, 74(4), s. 511–544.

W 1996 r. Edward Wagner stworzył koncepcję opieki nad przewlekle chorymi (ang. *chronic care model*, CCM) (rys. 2). Model ten pokazuje, jak zmieniła się rola pielęgniarki w opiece

nad przewlekle chorym: nadano jej rolę koordynatora, a jednocześnie zdjęto ten obowiązek z lekarza. Wzrost świadomości pacjentów na temat choroby zwiększył udział samoleczenia, a zastosowanie min. 4 z 6 elementów modelu w placówce daje lepsze wyniki leczenia oraz wzrost zadowolenia chorych [Coleman et al., 2009].

Wprowadzenie do koordynacji pojęcia zarządzania procesem chorobowym (ang. *disease management*), czyli kompleksowego i ciągłego prowadzenia pacjenta z jedną lub kilkoma chorobami, stworzyło możliwość koordynacji w złożonych chorobach przewlekłych, wymagających interwencji wielu specjalistów różnych dziedzin. Przykładem choroby, której diagnostyka i leczenie prowadzone w taki sposób dają wymierne rezultaty, jest stwardnienie rozsiane. Twórcy powyższego modelu wyodrębnili 10 elementów, które mogą uczynić go wzorcowym: 1) precyzyjnie zdefiniowana grupa docelowa; 2) edukacja pacjentów; 3) profilaktyka, leczenie i współpraca w tym zakresie; 4) wypracowane konsensusy i wytyczne; 5) tworzenie ścieżek opieki i drzew decyzyjnych; 6) przeniesienie zadań w obrębie grup zawodowych, np. z lekarza na pielęgniarkę, z pielęgniarki na opiekuna; 7) korzystanie z technologii IT; 8) kultura organizacyjna oparta na informacji zwrotnej; 9) optymalna struktura organizacyjna; 10) finansowanie oparte na stałej stawce za pacjenta (ryczałt).

W polskim systemie opieki zdrowotnej trudno doszukać się pełnego zastosowania modelu pionowej koordynowanej opieki zdrowotnej. Jednostką chorobową, która najprawdopodobniej jest koordynowana w sposób zbliżony do ideału, jest cukrzyca. Poradnie cukrzycowe, które stanowią swoiste centra dowodzenia procesem chorobowym, mogą być identyfikowane jako miejsce, gdzie zaczyna się i kończy zarządzanie procesem tej choroby. Dzięki temu, że w centrach diabetologicznych współpracują ze sobą różni profesjonaliści (diabetolog, endokrynolog, pielęgniarka, dietetyk, fizjoterapeuta i inni), kooperacja przynosi coraz bardziej zauważalne efekty. Innym przykładem próby wprowadzenia koordynacji pionowej do polskiego systemu opieki zdrowotnej jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, którego pierwsza edycja została ogłoszona w 2011 r. Niestety mimo dobrych podstaw teoretycznych i przygotowania merytorycznego programu jak dotąd nie powstały jego kluczowe projekty – tzw. centra zdrowia psychicznego. Liczba pobyków w szpitalu nie zmniejszyła się na korzyść zwiększenia liczby wizyt w POZ, AOS oraz innych inicjatyw społecznych w obrębie miejsca zamieszkania chorych. Nie stworzono lokalnych programów ochrony zdrowia psychicznego w gminach, zabrakło też ze strony NFZ spójnej strategii finansowania. W konsekwencji nie powstał spójny system skutecznej prewencji i leczenia zaburzeń psychicznych, a liczba samobójstw w czasie pierwszej edycji programu zwiększyła się o ok. 60% [Komenda Główna Policji, Wybrane statystyki]. NFZ i Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji od kilkunastu miesięcy przygotowują pilotażowy projekt opieki skoordynowanej w diagnostyce i leczeniu osób chorujących na stwardnienie rozsiane. Z kolei w zakresie psychiatrii Ministerstwo Przedsiębiorczości i Technologii uruchamia projekt współfinansowany przez UE w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, który pozwoli stworzyć trzy tzw. środowiskowe centra zdrowia psychicznego. Będzie to pierwsza oficjalna i międzyinstytucjonalna próba połączenia opieki medycznej z opieką społeczną, jednak dopiero za kilka lat będziemy

mogli ocenić zasadność wprowadzenia tych rozwiązań. Są to pierwsze jaskółki zapowiadające, że w polskim systemie opieki zdrowotnej pojawia się miejsce na koordynację, która jest szansą dla pacjentów i finansów.

## 5. Podsumowanie

Koordynowana opieka zdrowotna na świecie jest ważną i efektywną formą strategii reformy systemu. Może przybierać wiele różnorodnych form, a także być realizowana za pomocą różnorodnych modeli organizacyjnych i finansowych. Koordynowana opieka zdrowotna jest etapem ewolucji systemów opieki zwrotnej, służącym poprawie efektywności leczenia i jakości życia pacjentów, szczególnie z chorobami przewlekłymi i/lub współtowarzyszącymi. Wdrażanie tej formy zarządzania zdrowiem pacjentów w poszczególnych systemach wymaga integracji polityki zdrowotnej i społecznej, współpracy między regulatorem rynku, płatnikiem i realizatorami świadczeń medycznych, a także zaangażowania pacjentów. Wiele przykładów potwierdza słuszność wdrażania koncepcji koordynacji także w warunkach polskich, przy zachowaniu pierwotnego, potrójnego jej celu w systemie opieki zdrowotnej: poprawy zdrowia populacji, poprawy jakości opieki oraz obniżenia kosztów.

Warto pamiętać, że tak długo, jak koordynowana opieka zdrowotna w poszczególnych krajowych systemach będzie funkcjonowała na małą skalę i będzie ukierunkowana wyłącznie na skąpo wyselekcjonowaną grupę pacjentów, tak jej wpływ na wydajność całego systemu opieki zdrowotnej będzie niewielki i niesprzyjający rozwijaniu tejsze formy zarządzania procesami chorobowymi. Potrzebna jest większa wiedza na temat tego, jak skutecznie rozwijać, wspierać i rozpowszechniać inicjatywy związane z koordynowaną opieką zdrowotną w polskim systemie opieki zdrowotnej oraz – w dłuższej perspektywie – zwrócenie uwagi na inicjatywy, które pozwolą tworzyć coraz lepsze rozwiązania techniczne i organizacyjne (co włączać w koordynację?) oraz zmienić zachowania pacjentów i świadczeniodawców poprzez m.in. odpowiednie systemy motywacyjne (jak poszczególne elementy łączyć, by były optymalnie efektywne?). To wszystko powoduje, że polski system opieki zdrowotnej powinien z zainteresowaniem i otwartością podejmować wszelkie inicjatywy promujące i rozwijające koordynacje w naszych krajowych warunkach. Skoordynowana opieka zdrowotna jest tak samo potrzebna pacjentowi, świadczeniodawcy, jak i samemu płatnikowi oraz instytucjom rządowym. Wszyscy zainteresowani dzięki niej mogą odczuć poprawę jakości realizowanych usług medycznych, szczególnie w obrębie chorób przewlekłych oraz współistniejących.

## Bibliografia

1. Barnett K. et al., *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*, „Lancet” 2012; 380(9836): 37–43.
2. van den Berg M.J., Loenen van T., Wester G.P., *Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries*, „Family Practice” 2016; 33(1): 42–50.
3. von Bertalanffy L., *General System theory: foundations, development, applications. Revised edition*, Penguin University Books, London 1969.
4. Coleman K. et al., *Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium*, „Health Affairs” 2009; 28(1): 75–85.
5. D'Amour D. et al., *The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks*, „Journal of Interprofessional Care” 2005; 19 (Suppl 1): 116–131.
6. Goodwin N., Alonso A., *Understanding integrated care: the role of information and communication technology [w:] Achieving Effective Integrated E-Care Beyond the Silos*, I. Meyer (ed.), Medical Information Science Reference, Hershey 2014: 63–82.
7. Haggerty J.L. et al., *Management Continuity from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments*, „British Medical Journal” 2003; 327(7425): 1219–1221.
8. Ham C. et al., *Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data*, „BMJ” 2003; 327(7426): 1257.
9. Hansen J., *Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions*, „Health Affairs” 2015; 34(9): 1531–1537.
10. Lemmens K.M., Nieboer A.P., Huijsman R., *A systematic review of integrated use of disease-management interventions in asthma and COPD*, „Respiratory Medicine” 2009; 103(5): 670–691.
11. Leutz W.N., *Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom*, „Milbank Quarterly” 1999; 77(1): 77–110.
12. van der Linden B., *The birth of integration, explorative studies on the development and implementation of transmural care in the Netherlands, 1994–2000*, Utrecht University, Utrecht 2001.
13. van Loenen T. et al., *Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review*, „Family Practice” 2014; 31(5): 502–516.
14. Mercier G. et al., *Geographic variation in potentially avoidable hospitalizations in France*, „Health Affairs” 2015; 34(5): 836–843.
15. Ouwens M., Wollersheim H., Hermens R., Hulscher M., Grol R., *Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews*, „International Journal for Quality in Health Care” 2005; 17(2): 141–146.
16. *Primary care and public health: exploring integration to improve population health*, The National Academies Press, Washington 2012.
17. Valentijn P. et al., *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*, „International Journal of Integrated Care” 2013; 13: e010.

18. Vos T. et al., *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*, „Lancet” 2015; 386(9995): 743–800.

### Materiały internetowe

1. GUS, *Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie. Zdrowie osób starszych w Polsce w świetle badań statystyki publicznej*, 2016, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html> [dostęp: 11.2017].
2. GUS, *Rocznik Demograficzny 2017*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2017,3,11.html> [dostęp: 12.2017].
3. GUS, *Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS 2014, 2015*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkanow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> [dostęp: 11.2017].
4. Komenda Główna Policji, *Wybrane statystyki, zamachy samobójcze, 2013–2016*, <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/122324>, Zamachy-samobojcze-od-2013-roku.html [dostęp: 11.2017].
5. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, *Projekt pozakonkursowy pt. „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”*, Warszawa 2015, <https://akademia.nfz.gov.pl/ook/> [dostęp: 11.2017].
6. Montefiore Medical Center, *About us*, 2018, <http://www.montefiore.org/about> [dostęp: 07.2018].
7. NFZ, *Podstawowa opieka zdrowotna i profilaktyka w podstawowej opiece zdrowotnej w Europie*, 2016, [www.nfz.pl](http://www.nfz.pl) [dostęp: 11.2017].
8. NFZ, *Spotkanie otwierające w ramach projektu „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”, współfinansowanego przez UE w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój*, Warszawa 2016, <http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/spotkanie-i-warsztaty-dotyczace-organizacji-opieki-koordynowanej-ook,6838.html> [dostęp: 11.2017].
9. Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków*, 10.10.2017, [http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/114488/Zestawienie-nr-02.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0008/114488/Zestawienie-nr-02.pdf) [dostęp: 11.2017].
10. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, *Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zabezpieczenie Społeczeństwa Polskiego w Świadczenia Pielęgniarek I Położnych*, 2017, [http://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport\\_druk\\_2017.pdf](http://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf) [dostęp: 11.2017].
11. Najwyższa Izba Kontroli, *Realizacja Zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 Roku. KZD.430.005.2017; Nr ewid. 157/2017/P/17/056/KZD*, 2017, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,15437, vp,17919.pdf> [dostęp: 11.2017].
12. OECD, *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris 2017, [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en) [dostęp: 11.2017].

13. Shaw S., Rosen R., Rumbold B., *What is integrated care? Research report*, „Nuffield Trust” 2011, s. 13, <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf> [dostęp: 11.2017].
14. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Prospects: The 2017 Revision*, 2017, (<https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>) [dostęp: 11.2017].
15. World Health Organisation, *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026*, 2015, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180984/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.20\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180984/1/WHO_HIS_SDS_2015.20_eng.pdf?ua=1) [dostęp: 11.2017].

---

## Patient, provider or the system: who needs coordinated healthcare?

---

### Abstract

Aging society, growing medical needs and limited resources, as well as rapidly progressing development of medical technologies are challenges faced by healthcare systems across the world. Coordinated healthcare that is being delivered in more than 100 formats globally, is a management approach to the delivery of medical services that ensures continuity and comprehensiveness in diagnostics and treatment at improved efficiency and reduced costs. In Poland, coordination of medical services is only just gaining ground and limited resources available in the healthcare system make it a viable option that offers improved access to modern healthcare services with better surveillance and cost management as well as optimisation of outlays.

**Keywords:** aging society, health, healthcare, coordinated healthcare, integrated healthcare

**JEL classification codes:** I00, I1, I18, I19

---