

Nowoczesne Systemy Zarządzania
Zeszyt 20 (2025), nr 3 (lipiec-wrzesień)
ISSN 1896-9380, s. 81-98
DOI: 10.37055/nsz/215400

Modern Management Systems
Volume 20 (2025), No. 3 (July-September)
ISSN 1896-9380, pp. 81-98
DOI: 10.37055/nsz/215400

Instytut Organizacji i Zarządzania
Wydział Bezpieczeństwa, Logistyki i Zarządzania
Wojskowa Akademia Techniczna
w Warszawie

Institute of Organization and Management
Faculty of Security, Logistics and Management
Military University of Technology
in Warsaw

Opieka koordynowana – nowa jakość w świadczeniu usług w polskim systemie ochrony zdrowia

Coordinated care: improving healthcare service quality in Poland

Anna Owczarczyk

Wojskowa Akademia Techniczna, Warszawa, Polska
anna.owczarczyk@wat.edu.pl; ORCID: 0000-0003-1363-2296

Abstrakt:

Cel badań i hipotezy/pytania badawcze

Celem pracy jest przedstawienie opieki koordynowanej jako modelu funkcjonowania ochrony zdrowia poprawiającego jakość świadczenia usług w opiece zdrowotnej. Artykuł odpowiada na następujące pytania badawcze:

1. Jak ewoluowały koncepcje jakości opieki zdrowotnej?
2. Jaka jest różnica między opieką koordynowaną a zintegrowaną?
3. W jaki sposób funkcjonuje opieka koordynowana w Polsce?
4. W jakim stopniu opieka koordynowana stanowi nowatorskie podejście do opieki zdrowotnej?
5. W jakich obszarach opieki zdrowotnej opieka koordynowana jest modelem poprawiającym jakość świadczenia usług zdrowotnych?

Metody badawcze

Do realizacji celu wykorzystano następujące metody badawcze: analiza literatury krajowej i zagranicznej z lat 2005-2025, raportów branżowych i stron internetowych prezentujących dane liczbowe dotyczące wyżej wymienionych zagadnień. Przedstawiona analiza opiera się na najnowszych badaniach i raportach z lat 2023-2025, podkreślając znaczenie holistycznego, skoncentrowanego na pacjencie podejścia jako fundamentu nowej jakości w ochronie zdrowia.

Główne wyniki

Wdrożenie koordynowanej opieki zdrowotnej w Polsce stanowi znaczący krok w ewolucji systemu podstawowej opieki zdrowotnej i poprawie jakości świadczenia usług zdrowotnych. Wśród kluczowych osiągnięć, jakie zostały zrealizowane przez wprowadzenie opieki koordynowanej do polskiego systemu ochrony zdrowia, można wymienić:

- przejście od modelu reaktywnego do proaktywnego i skoordynowanego podejścia do opieki zdrowotnej, z wyraźnym naciskiem na profilaktykę, edukację i aktywizację pacjenta;

- rozszerzenie kompetencji lekarza POZ: zwiększono zakres diagnostyki dostępnej w POZ i ukierunkowano opiekę na najczęstsze choroby przewlekłe, co ma na celu odciążenie specjalisty;
- zwiększenie dostępności do lekarzy specjalistów i zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentem przewlekłymi chorobami;
- włączenie pacjenta w proces leczenia przez jego współodpowiedzialność za realizację celów z indywidualnego planu opieki medycznej (IPOM) oraz przez dostarczenie mu edukacji zdrowotnej pomocnej w zarządzaniu własną chorobą.

Implikacje dla teorii i praktyki

Implementacja opieki koordynowanej otwiera przed polską opieką zdrowotną możliwości dalszego usprawniania procesów ochrony zdrowia i podnoszenia jakości świadczenia usług zdrowotnych. Umożliwia holistyczne podejście do leczenia, wzmacniając ciągłość i spójność procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Tym samym stwarza warunki do lepszego zarządzania zdrowiem populacji, skuteczniejszego leczenia chorób przewlekłych oraz zwiększenia satysfakcji pacjentów i efektywności kosztowej całego systemu ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: jakość, ochrona zdrowia, koordynowana opieka zdrowotna, zarządzanie w ochronie zdrowia

Abstract:

Research objectives and hypothesis/research questions

The aim of this article is to present coordinated care as a model of healthcare delivery that enhances the quality of health service provision. The article addresses the following research questions:

1. How have the concepts of healthcare quality evolved?
2. What is the difference between coordinated care and integrated care?
3. How does coordinated care function in Poland?
4. To what extent does coordinated care represent an innovative approach to healthcare?
5. In which areas of healthcare does coordinated care serve as a model for improving the quality of service provision?

Research methods

To achieve this objective, the following research methods were employed: analysis of domestic and international literature of 2005-2025 period, industry reports, and websites presenting statistical data on the aforementioned topics. The analysis presented is based on the latest studies and reports from 2023-2025, emphasizing the importance of a holistic, patient-centered approach as the foundation for new quality in healthcare.

Main results

The implementation of coordinated healthcare in Poland represents a significant step in the evolution of the primary healthcare system and an improvement in the quality of healthcare services. Key achievements realized through the introduction of coordinated care into the Polish healthcare system include:

- transition from a reactive to a proactive and coordinated approach to healthcare, with a clear emphasis on prevention, education, and patient activation;
- expansion of primary care physician (PCP) competencies: The scope of diagnostics available in primary care has been increased, and care has been focused on the most common chronic diseases, aiming to relieve the burden on specialist care;
- increased access to specialist doctors and ensuring continuity of care for chronically ill patients;
- inclusion of the patient in the treatment process through their co-responsibility for achieving goals set in the Individualized Plan of Medical Care (IPOM) and by providing them with health education to help manage their own illness.

Implications for theory and practice

The implementation of coordinated care opens up opportunities for further streamlining healthcare processes and enhancing the quality of healthcare services in Poland. It enables a holistic approach to treatment, strengthening the continuity and coherence of diagnostic and therapeutic processes. As the first stage of integrated care, it creates conditions for better population health management, more effective treatment of chronic diseases, and increased patient satisfaction and cost-effectiveness of the entire healthcare system.

Keywords: quality, healthcare, coordinated healthcare, healthcare management

Wprowadzenie

Systemy ochrony zdrowia wielu państw znajdują się w punkcie zwrotnym, zmuszone są do adaptacji w obliczu dynamicznie zmieniających się warunków demograficznych i epidemiologicznych. Wzrost liczby osób starszych oraz powszechność chorób przewlekłych stanowią obecnie wyzwania, które wymagają szybkiej reorientacji od modelu reaktywnego, fragmentarycznego – skoncentrowanego na interwencjach w przypadku zaistnienia choroby do podejścia bardziej kompleksowego – zorientowanego na długofalowe potrzeby pacjentów oraz działania prewencyjne. Dążenie do tego, by systemy opieki zdrowotnej były bardziej odpowiedzialne wobec pacjentów, bardziej skoncentrowane na człowieku, jest wyzwaniem zarówno dla pracowników ochrony zdrowia, jak i decydentów. Niestety w wielu przypadkach systemy ochrony zdrowia oraz osoby i instytucje je tworzące nie odpowiadają na rzeczywiste potrzeby pacjentów i nie nadążają za dynamicznymi zmianami w świecie, takimi jak cyfryzacja, starzenie się społeczeństwa czy dług postcovidowy (OECD, 2021).

Problemy zdrowotne Polaków i bolączki systemowe nie różnią się od tych, które można zaobserwować w innych krajach. Jak wskazuje raport *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025* (NIZP PZH-PIB, 2025), populacja Polski kurczy się, a udział osób powyżej 60. roku życia wynosi 20% ogółu społeczeństwa, w tym 25% to osoby 65+. Według prognoz w 2050 roku osoby mające ponad 60 lat będą stanowić 40% społeczeństwa (seniorzy.pl, 2024). Ponadto osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły niemal połowę wszystkich hospitalizowanych w 2023 r. (45,7% kobiet, 46,7% mężczyzn), co odzwierciedla proces starzenia się społeczeństwa (NIZP PZH-PIB, 2025). Największym zagrożeniem dla życia Polaków są choroby przewlekłe, m.in. choroby układu krążenia, cukrzyca, nowotwory oraz nadal pomijane otyłość i choroby psychiczne. Choroby kardiologiczne były najczęstszą przyczyną zgonów w 2023 r. (blisko 37% ogółu zgonów). Drugą co do wielkości przyczyną zgonów są nowotwory (24,4% zgonów), m.in. rak tchawicy, oskrzeli i płuc.

Choroby przewlekłe, których udział wzrasta wraz ze starzeniem się społeczeństwa, wymagają zwiększenia nakładów kapitałowych i osobowych w ochronie zdrowia lub całkowitej reorientacji w świadczeniu usług zdrowotnych. Dane OECD wskazują na znaczne niedofinansowanie polskiej ochrony zdrowia i niedobory pracowników medycznych w placówkach publicznych (OECD, 2024). To powoduje, że polski system ochrony zdrowia staje przed wyzwaniem konieczności poprawy jakości i efektywności świadczenia usług zdrowotnych.

Celem artykułu jest przedstawienie opieki koordynowanej jako modelu funkcjonowania ochrony zdrowia poprawiającego jakość świadczenia usług zdrowotnych w opiece zdrowotnej.

Artykuł odpowiada na następujące pytania badawcze:

1. Jak ewoluowały koncepcje jakości opieki zdrowotnej?
2. Jaka jest różnica między opieką koordynowaną a zintegrowaną?

3. W jaki sposób funkcjonuje opieka koordynowana w Polsce?
4. W jakim stopniu opieka koordynowana stanowi nowatorskie podejście do opieki zdrowotnej?
5. W jakich obszarach opieki zdrowotnej opieka koordynowana jest modelem poprawiającym jakość świadczenia usług zdrowotnych?

Do realizacji celu wykorzystano następujące metody badawcze: analiza literatury krajowej i zagranicznej z lat 2005-2025, raportów branżowych i stron internetowych prezentujących dane liczbowe dotyczące wcześniej wymienionych zagadnień. Literaturę dobrano na podstawie analizy słów kluczowych: zarządzanie w ochronie zdrowia, opieka koordynowana, opieka zintegrowana oraz jakość w opiece zdrowotnej. Przeszukano dostępne bazy internetowe, m.in. PubMed, ResearchGate oraz Google Scholar. Wykorzystano również wcześniejsze opracowania własne dotyczące opieki koordynowanej oraz cyfryzacji w systemie ochrony zdrowia.

1. Jakość świadczenia usług zdrowotnych – zarys problemu

Koncepcja jakości w opiece zdrowotnej jest dynamicznym i wielowymiarowym zagadnieniem, które ewoluowało znacząco na przestrzeni lat. Początkowo skupiano się na podstawowych aspektach, takich jak unikanie błędów czy stosowanie środków reaktywnych. Już w 1850 roku Florence Nightingale, dzięki swoim obserwacjom i systematycznemu podejściu, wykazała, że podstawowe standardy sanitarne i higieniczne znacząco zmniejszają śmiertelność wśród rannych żołnierzy (Chun, Bafford, 2014). Z kolei Ernest Amory Codman wprowadził ideę szczegółowych zapisów dotyczących pacjentów w kartach wypisu (ang. *end result cards*) (O'Connor, 2015), co stanowiło pierwszy krok w kierunku systematycznego zbierania danych i pomiaru wyników na poziomie indywidualnego świadczeniodawcy. Często Codman uznawany jest za prekursora badań nad wynikami leczenia i medycyny opartej na dowodach (Chun, Bafford, 2014).

W drugiej połowie XX wieku nastąpiła znacząca zmiana w podejściu do jakości w ochronie zdrowia, zwłaszcza pod wpływem koncepcji Total Quality Management (TQM) i Continuous Quality Improvement (CQI) (Wójcik, 2023). Wprowadzono narzędzia, takie jak mapowanie procesów, analizę przyczyn źródłowych oraz cykle PDCA (ang. *plan-do-check-act*), które stały się fundamentalnymi narzędziami w zapewnianiu jakości. Obie te koncepcje skupiają się na eliminowaniu marnotrawstwa, usprawnianiu procesów i ciągłym doskonaleniu. I choć narodziły się w środowisku produkcyjnym, ich adaptacja w sektorze opieki zdrowotnej była kluczowym momentem, ponieważ zaczęto postrzegać opiekę zdrowotną jako złożony system procesów, które mogą być optymalizowane, podobnie jak w produkcji przemysłowej.

W roku 1980 r. pojawiła się kolejna koncepcja jakości w ochronie zdrowia, a właściwie model oceny jakości usług opieki zdrowotnej. Koncepcja ta została

opracowana przez Avedisa Donabediana, którego do dziś uważa się za pioniera teoretycznych rozważań nad zapewnieniem jakości usług zdrowotnych. Sformułował on trzy obszary, w ramach których należy badać jakość opieki zdrowotnej. Są to (Donabedian, 2005; Schrijvers, 2017; Owczarczyk, 2023):

- **struktura** – otoczenie, w którym oferowana jest opieka medyczna. Zalicza się do niej nie tylko sprzęt, narzędzia i budynki, lecz też poziom wykształcenia pracowników, ich doświadczenie, specyfikę zorganizowania opieki zdrowotnej, kulturę organizacyjną, procesy administracyjne (i powiązane), które wspierają system zapewniający opiekę/metodę finansowania opieki zdrowotnej czy sposób przekazywania informacji i które kierują nim/nią. W tym obszarze można badać: odpowiedniość obiektów i wyposażenia, kwalifikacje personelu medycznego, ich organizację, adekwatność i wykorzystanie, strukturę administracyjną i jej funkcjonalność w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, poziom cyfryzacji, funkcjonowanie programów i instytucji opieki zdrowotnej;
- **proces** – podejmowane aktywności, które dzieją się równolegle lub sekwencyjnie do realizacji określonego celu opieki. W tym kontekście ocena jakości dotyczy działań realizowanych przez wszystkie osoby zaangażowane w proces opieki (zarówno pacjenta, jak i pracowników opieki). Donabedian twierdzi: „Jest to uzasadnione założeniem, że interesuje nas nie siła technologii medycznej w osiąganiu wyników, ale to, czy zastosowano to, co jest obecnie uważane za «dobrą» opiekę medyczną” (Donabedian, 2005). Zapewnienie ciągłości opieki (czyli podejścia procesowego) stanowi bardzo ważny aspekt jakości opieki zdrowotnej. W tym obszarze można badać: jakość i ilość informacji (adekwatność, kompletność i nadmiarowość informacji uzyskanych na podstawie wywiadu klinicznego, badania fizykalnego i testów diagnostycznych), uzasadnienie diagnozy i terapii, kompetencje techniczne w zakresie wykonywania procedur diagnostycznych i terapeutycznych, w tym chirurgicznych, dowody postępowania profilaktycznego w zdrowiu i chorobie, koordynację i ciągłość opieki, akceptowalność opieki dla odbiorcy;
- **wynik** – rezultat opieki medycznej dla pojedynczego pacjenta lub grup populacji. Ocena wyniku odpowiada na pytanie: jaki rezultat został osiągnięty w wyniku opieki i w jakim stopniu jest on satysfakcjonujący dla pacjenta lub zespołu prowadzącego? Te efekty dotyczą zmian zdrowia, zachowania, wiedzy, doświadczenia oraz jakości życia pacjenta. Wyniki opieki medycznej w zakresie powrotu do zdrowia, przywrócenia funkcji i przeżycia są często wykorzystywane jako podstawowe wskaźniki jakości opieki medycznej. Przykładami są: badania śmiertelności okołoporodowej, wskaźników śmiertelności pooperacyjnej i przywracania stanu socjalnego pacjentów wypisywanych ze szpitali psychiatrycznych. Wykorzystując wynik jako kryterium jakości w opiece medycznej, rzadko kwestionuje się jego

ważność, ale należy pamiętać, że zależy on od wielu zmiennych, innych niż sama opieka medyczna (np. warunki mieszkaniowe, poziom wykształcenia) i nie powinien być traktowany jako jedyny element odwzorowujący poziom jakości opieki medycznej.

Cztery lata później Robert J. Maxwell, na podstawie koncepcji Donabediana, wyodrębnił sześć zasad budowania jakości opieki zdrowotnej, które zostały zaakceptowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i stały się bazą tworzenia standardów w celu zapewnienia najwyższego poziomu świadczenia usług zdrowotnych (Maxwell, 1984; Pintał-Ślimak, Eusebio, Pietruczuk, 2018):

- **efektywność** – udzielanie świadczeń przynoszących pozytywne efekty dla populacji i jednostki;
- **dostępność** – świadczenie usług bez zbędnej zwłoki, niezależnie od ograniczeń związanych ze statusem finansowym czy wiekiem;
- **adekwatność** – dostosowanie proponowanych świadczeń do oczekiwań pacjentów;
- **skuteczność** – udzielanie świadczeń na podstawie aktualnej wiedzy i najnowszych doniesień naukowych;
- **wydajność** – dostępne zasoby finansowe, rzeczowe i ludzkie są możliwie najlepiej i najbardziej racjonalnie wykorzystywane;
- **równość** – zapewnienie równego dostępu do usług całej populacji niezależnie od statusu kulturowego, społecznego, rasowego charakteru czy innych cech osobowości usługobiorców.

Kolejne zmiany w postrzeganiu jakości w ochronie zdrowia pojawiły się pod koniec XX wieku w Stanach Zjednoczonych, kiedy w 1999 r. Instytut Medycyny (IOM) opublikował raport *To Err is Human: Building a Safer Health System*, który ujawnił skalę błędów medycznych i możliwych do uniknięcia szkód (Chun, Bafford, 2014). Ten raport przekształcił bezpieczeństwo pacjenta z ukrytego problemu w jawny kryzys zdrowia publicznego, wywołując pilną potrzebę zmian w systemie. Kontynuacją był raport IOM z 2001 roku *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* wzywający do „fundamentalnego, szeroko zakrojonego przeprojektowania całego systemu opieki zdrowotnej”. Wprowadził on sześć standardów w celu poprawy jakości – STEEEP (aha.org, 2009), według których opieka zdrowotna powinna być:

- **bezpieczna** (ang. *safe*) – unikanie przez pacjentów szkód wynikających z opieki, która ma im pomóc;
- **terminowa** (ang. *timely*) – skracanie czasu oczekiwania i opóźnień zarówno dla odbiorców, jak i świadczeniodawców opieki;
- **skuteczna** (ang. *effective*) – świadczenie usług opartych na wiedzy naukowej tym, którzy mogą odnieść korzyści, i powstrzymywanie się od świadczenia usług tym, którzy prawdopodobnie nie odniosą korzyści (unikanie niedostatecznego i niewłaściwego wykorzystania);

- **efektywna** (ang. *efficient*) – unikanie marnotrawstwa, w tym marnotrawstwa sprzętu, materiałów, pomysłów i energii;
- **sprawiedliwa** (ang. *equitable*) – zapewnienie opieki, której jakość nie różni się ze względu na cechy osobiste, takie jak płeć, pochodzenie etniczne, status społeczno-ekonomiczny czy lokalizacja geograficzna;
- **zorientowana na pacjenta** (ang. *patient-centered*) – świadczenie opieki z poszanowaniem i uwzględnieniem indywidualnych preferencji, potrzeb i wartości pacjenta oraz zapewnienie, że wartości pacjenta kierują wszystkimi decyzjami klinicznymi.

Jedną z ważniejszych koncepcji jakości w ochronie zdrowia jest model Value-Based Health Care zaproponowany przez Michaela E. Portera i Elizabeth O. Teisberg w 2006 r. VBHC ma na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej dzięki skoncentrowaniu się na wynikach zdrowotnych pacjentów w stosunku do ponoszonych kosztów. Wśród głównych założeń tego modelu można wymienić (Porter, Guth, 2012; Pajewska, Partyka, Czerw, 2020):

- **wartość w opiece zdrowotnej** – stosunek wyników zdrowotnych, które są istotne dla pacjenta, do całkowitych kosztów leczenia. Wyniki te obejmują poprawę stanu zdrowia, zmniejszenie objawów, poprawę jakości życia oraz redukcję powikłań i hospitalizacji;
- **organizacja opieki zdrowotnej** – powinna być zorganizowana wokół konkretnych jednostek chorobowych lub grup pacjentów o podobnych potrzebach zdrowotnych, co pozwoli na lepszą koordynację i efektywność leczenia;
- **pomiar wyników i kosztów opieki zdrowotnej** – należy systematycznie mierzyć wyniki zdrowotne oraz koszty leczenia dla każdego pacjenta, co umożliwi ocenę efektywności i identyfikację obszarów do poprawy;
- **dostosowanie systemu wynagrodzeń do wartości** – modele wynagradzania powinny być oparte na wartości, a nie na liczbie świadczonych usług;
- **integracja systemu opieki** – trzeba integrować różne poziomy i miejsca świadczenia usług zdrowotnych, aby zapewnić ciągłość i spójność opieki.
- **wykorzystanie technologii informacyjnych** – systemy informacyjne powinny wspierać zbieranie danych, analizę wyników oraz koordynację opieki, co umożliwia lepsze zarządzanie procesami leczenia.

Według Małgorzaty Gałązki-Sobotki koncepcja M.E. Portera w znacznej mierze odnosi się do zarządzania procesowego. Oznacza to, iż w wyniku lepiej zorganizowanego procesu diagnostyczno-terapeutycznego i efektywniejszego wykorzystania zasobów w systemie ochrony zdrowia można zapewnić pacjentom lepszy rezultat leczenia oraz lepiej wykorzystać zainwestowany kapitał (zwłaszcza finansowy) (Kuta, 2020).

Na zakończenie warto też wspomnieć o międzynarodowych standardach zarządzania jakością, które stanowią podstawę dla organizacji pragnących wdrożyć i certyfikować system zarządzania jakością. Najczęściej zewnętrzna ocena jakości organizacji ochrony zdrowia w Polsce podlega zgodności z normą ISO 9001 lub ze standardami akredytacyjnymi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Do innych, zewnętrznych systemów oceny jakości można zaliczyć:

- **sektorowe:**
 - Akredytacja (leczenie szpitalne/POZ);
 - ISO 17025 (dotyczy laboratoriów badawczych i wzorujących);
- **pozasektorowe:**
 - ISO (ISO 9000 – zarządzanie jakością, ISO 31000 – zarządzanie ryzykiem, ISO 22000 – bezpieczeństwo żywności);
 - Model doskonałości EFQM (Europejska Nagroda Jakości).

Na jakość opieki zdrowotnej składa się bardzo dużo zmiennych, wśród których można wymienić: skuteczność leczenia, bezpieczeństwo pacjentów, dostępność świadczeń, równość korzystania z niej i efektywność. Wszystkie te parametry należy monitorować, mierzyć i analizować, a na każdy z nich wpływa ilość i struktura zasobów, organizacja i sposób zarządzania procesami (Kuta, 2020).

Współczesne podejścia znacznie rozszerzyły rozumienie jakości w ochronie zdrowia, formułując szeroki zakres koncepcyjny, poczynawszy od zadowolenia pacjenta i zapewnienia wysokich standardów usług zdrowotnych po efektywność całego systemu. Tym samym wskazano, że jakość w opiece zdrowotnej to nie tylko kwestia optymalizacji procesów, lecz również fundamentalny element wpływający na zdrowie populacji i poprawiający funkcjonowanie systemów zdrowotnych.

2. Opieka koordynowana w Polsce jako pierwszy etap integracji opieki zdrowotnej

Koordynowana opieka zdrowotna bywa mylona i utożsamiana z pojęciem opieki zintegrowanej, jednak z całą stanowczością należy stwierdzić, iż jest ona jedynie pierwszym krokiem ku integracji opieki zdrowotnej, a nie jej synonimem. Niestety istnieją także opracowania, w których pojęcia „opieka zintegrowana” i „opieka koordynowana” są traktowane jako tożsame (Ouwens, Wollersheim, Hermens et al., 2005; Lemmens, Nieboer, Huijsman, 2009).

Pojęcie „zintegrowana opieka zdrowotna” (ang. *integrated healthcare system*) ma bardzo pojemne znaczenie, znacznie szersze niż określenie „opieka koordynowana” (ang. *managed healthcare, managed care*). Definiowana jest jako spójny i skoordynowany zbiór usług, które są zaplanowane, zarządzane i dostarczane indywidualnym beneficjentom przez wiele współpracujących ze sobą organizacji medycznych i niemedycznych, np. ośrodki pomocy społecznej GOPS, MOPS,

centra usług społecznych CUG czy ubezpieczycieli (van Raak, 2003). W przypadku opieki zintegrowanej możemy mówić o rozwiązaniach strukturalno-systemowych, które łączą w sobie różne poziomy opieki i wymagają ścisłej współpracy poszczególnych świadczeniodawców w ramach jednego przedsięwzięcia, np. w przypadku opieki geriatrycznej lekarza POZ, lekarza specjalisty, GOPS, CUG, członków rodziny (Owczarczyk, 2023).

Z kolei według Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia (WHO EURO) opieka koordynowana to „koncepcja świadczeń związanych z diagnozowaniem, leczeniem, opieką, rehabilitacją i promocją zdrowia w wymiarze nakładów, realizacji i organizacji świadczeń oraz zarządzania” (Kozieł, Kononiuk, Wiktorzak, 2017). Zgodnie z polskim ustawodawstwem koordynacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości i efektywności udzielanych świadczeń (Ustawa, 2017).

Piotr Szynekiewicz, Witold P. Kalbarczyk i Tadeusz Jędrzejczyk proponują zdefiniowanie koordynowanej opieki zdrowotnej (KOZ) przez wymienienie jej istotnych cech: „KOZ to procesowe podejście do zarządzania systemem i podmiotami ochrony zdrowia. Kluczowymi elementami KOZ są: wyznaczenie mierzalnych celów, usługowe podejście do pacjenta i innych uczestników procesu, rola zespołu POZ jako integratora usług zdrowotnych, edukacja i wzbudzanie świadomości pacjenta umożliwiające mu przejęcie odpowiedzialności za końcowy rezultat procesu, czyli stan własnego zdrowia (pacjent właścicielem procesu)” (Szynekiewicz, Kalbarczyk, Jędrzejczyk, 2017).

Cechą dominującą opieki koordynowanej jest ciągłość i procesowe podejście do zapewnienia opieki nad pacjentem. Może to być (Schrijvers, 2017):

- **ciągłość relacji** – gdy pacjent ma kontakt z tym samym pracownikiem opieki zdrowotnej tak długo, jak to tylko możliwe;
- **ciągłość leczenia** – gdy pracownik opieki zdrowotnej osiąga z pacjentem porozumienie odnośnie do celów leczenia, inny pracownik nie powinien zmieniać tych celów bez przedyskutowania tego z poprzednim pracownikiem opieki zdrowotnej;
- **ciągłość informacji** – wszyscy członkowie zespołu POZ, komunikujący się z pacjentem, mają pełny dostęp do wcześniej zebranych informacji;
- **ciągłość organizacyjna** – jeśli członek zespołu kieruje pacjenta do kolegi, nie powinno to wydłużyć czasu oczekiwania.

Opieka koordynowana w Polsce została wprowadzona w podmiotach podstawowej opieki zdrowotnej w roku 2022 mocą rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 września 2022 r. (Rozporządzenie, 2022). Na jego podstawie prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) określił warunki zawarcia i realizacji umów

dotyczących udzielania tych świadczeń opieki zdrowotnej w POZ. Wprowadzenie opieki koordynowanej w podmiocie leczniczym nie jest jednak obowiązkowe, a zasady zawierania umów z NFZ dla chętnych świadczeniodawców opisano w rozdziale 13 rozporządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2022 r. Wspomniane rozporządzenie ministra zdrowia jest efektem pozytywnych wyników pilotażu opieki koordynowanej w POZ, realizowanego w okresie od 1 lipca 2018 r. do 30 września 2021 r. Ten nowy model realizacji świadczeń zdrowotnych ma na celu usprawnienie i zintegrowanie opieki, szczególnie w kontekście zarządzania chorobami przewlekłymi oraz zapewnienia ciągłości leczenia. Obecnie świadczenia opieki koordynowanej są realizowane w zakresie pięciu ścieżek: **kardiologicznej** (nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, choroba niedokrwienna serca, migotanie przedsionków), **diabetologicznej**, **pulmonologiczno-alergologicznej** (POCHP, astma), **endokrynologicznej** (niedoczynność tarczycy, guzki pojedyncze/mnogie), **nefrologicznej** (przewlekła choroba nerek) (PTMR, 2022).

Kluczowym założeniem tego modelu jest ścisła współpraca interdyscyplinarnego zespołu, w skład którego wchodzi: lekarz POZ, lekarze specjaliści, pielęgniarka, dietetyk oraz koordynator. Ich wspólne działania obejmują szeroki zakres interwencji, od profilaktyki i diagnozowania, przez leczenie, aż po edukację zdrowotną pacjenta. Centralnym elementem organizacji opieki jest wizyta kompleksowa, podczas której we współpracy z pacjentem jest tworzony indywidualny plan opieki medycznej (IPOM). Jest to dokument określający potrzeby zdrowotne pacjenta oraz planowane działania diagnostyczno-terapeutyczne. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2023 r. powinien zawierać szczegółowe informacje o stanie zdrowia (m.in. rozpoznanie choroby, przepisane leki) i procesie leczenia (terminy udzielonych i planowanych świadczeń, konsultacje/terminy i opinie/u lekarzy specjalistów, dokładne zalecenia dla pacjenta, porady edukacyjne) pacjenta objętego opieką koordynowaną.

Nad sprawną realizacją i monitorowaniem poszczególnych etapów IPOM czuwa specjalny koordynator (pacjent.gov.pl, 2024). Jest on kluczową postacią w zarządzaniu procesem opieki. Do jego zadań należy monitorowanie obiegu dokumentacji medycznej, nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu z pacjentem i jego rodziną, ustalanie terminów badań, wizyt i konsultacji (w tym porad edukacyjnych i dietetycznych), przekazywanie informacji o kolejnych etapach terapii oraz dbanie o płynny przepływ informacji między wszystkimi realizatorami świadczeń. Należy w tym miejscu nadmienić, że koordynator nie jest pracownikiem medycznym, lecz pełni funkcje administracyjne – koordynujące proces leczenia (NFZ Łódź, 2024).

Ważną kwestią w kontekście realizacji świadczeń w ramach opieki koordynowanej jest ich finansowanie. Są one finansowane odrębnie od tradycyjnej stawki kapitałowej, stanowiącej podstawowe wynagrodzenie lekarzy POZ. Środki na ten cel są przekazywane w formie tzw. „budżetu powierzonego” (NFZ, 2024).

Wprowadzenie „budżetu powierzonego” jako odrębnego mechanizmu finansowego jest strategicznym posunięciem NFZ, mającym na celu proaktywne zachęcanie placówek POZ do inwestowania w infrastrukturę i procesy niezbędne do wdrożenia koordynowanej opieki. Fakt, że finansowanie opieki koordynowanej ma charakter płatności zadaniowej (ang. *fee for service*), niezależnie od stawki kapitałowej, i przez budżet powierzony oznacza, że NFZ nie tylko oczekuje od placówek wdrożenia nowego modelu, lecz także aktywnie je do tego zachęca, oferując dodatkowe środki finansowe (NFZ, 2024). Jest to silny bodziec ekonomiczny, który ma pokryć koszty związane z zatrudnieniem koordynatorów, rozszerzeniem diagnostyki czy organizacją współpracy. Taka polityka finansowa świadczy o determinacji w transformacji systemu i zrozumieniu, że zmiany organizacyjne wymagają odpowiedniego wsparcia finansowego.

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej wśród głównych celów koordynowanej opieki zdrowotnej wymienia przede wszystkim (PTMR, 2022):

- usystematyzowanie opieki nad pacjentem;
- poszerzenie możliwości diagnostycznych POZ;
- skrócenie ścieżki pacjenta do uzyskania odpowiednich świadczeń i możliwości konsultacji w ramach niektórych specjalizacji;
- zindywidualizowane planowanie leczenia pacjentów chorujących przewlekłe;
- nasilenie realizacji programów profilaktycznych, w tym także przez aktywne zachęcanie pacjentów do zgłaszania się na badania;
- zapewnienie informacji zwrotnej dla lekarza zlecającego przez ściślejszą współpracę ze specjalistami innych dziedzin;
- poprawienie jakości opieki nad chorymi wskutek prowadzonej edukacji zdrowotnej i porad edukacyjnych;
- zwiększenie wsparcia dietetycznego dla pacjentów.

Z kolei w odniesieniu do celów sformułowanych przez NFZ (NFZ, 2025) opieka koordynowana koncentruje się na:

- zwiększeniu satysfakcji pacjenta z otrzymywanej opieki medycznej dzięki lepszemu dostosowaniu usług do jego potrzeb;
- podniesieniu standardów leczenia dzięki lepszej organizacji i koordynacji procesu leczenia;
- skoncentrowaniu działań medycznych wokół pacjenta, tak aby to on i jego potrzeby były głównym punktem odniesienia dla personelu medycznego;
- skuteczniejszych działaniach profilaktycznych – zarówno zapobieganie chorobom oraz ich wczesne wykrywanie, jak i ograniczanie skutków już istniejących schorzeń;
- usprawnieniu diagnostyki i leczenia przez wybór metod skutecznych i dopasowanych do konkretnej sytuacji zdrowotnej pacjenta, tak aby osiągnąć jak najlepszy efekt terapeutyczny;

- zacieśnieniu współpracy między pracownikami służby zdrowia, co przekłada się na lepszą koordynację świadczeń i ciągłość opieki;
- efektywniejszemu gospodarowaniu zasobami finansowymi – ograniczenie niepotrzebnych kosztów przez celowe i efektywne prowadzenie diagnostyki oraz terapii.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia z początku stycznia 2024 roku (stan na grudzień 2023 r.) do opieki koordynowanej przystąpiło około 30% przychodni POZ (Rynek Zdrowia, 2024). Inne dane, z Ministerstwa Zdrowia (z 15 stycznia 2024 r., stan na 29 grudnia 2023 r.), wskazują, że 1845 placówek POZ podpisało umowy na świadczenie takiej opieki, co oznacza, że blisko 39% populacji ma do niej dostęp (Gomułka, 2024). Nieco nowsze dane (z 9 stycznia 2024 r.) mówią o 1860 podpisanych umowach i 32% przychodni POZ (Gomułka, 2024). Łącznie, na początku 2024 roku, opieką koordynowaną objętych było już 13 milionów pacjentów w całym kraju POZ (Rynek Zdrowia, 2024).

Warto zatem zapamiętać, że opieka koordynowana jest istotnym elementem opieki zintegrowanej, realizowanym na wielu płaszczyznach, i może dotyczyć: organizacji i prowadzenia procesu leczenia, działań profilaktycznych u konkretnego pacjenta lub jednostki chorobowej. Z kolei „opieka zintegrowana” jest dość pojemnym terminem, który w swojej koncepcji ujmuje przede wszystkim zmiany systemowe i organizacyjne. Istnienie integracji nie wyklucza koordynacji, a wręcz przeciwnie, jest ona wymogiem, aby ta „większa całość” mogła spójnie i prawidłowo zaistnieć i funkcjonować. Podobnie koordynacja nie wyklucza integracji. W tym sensie należy uznać koordynację jako wstęp czy pierwszy krok w drodze do integracji.

3. Nowatorstwo opieki koordynowanej i jej rola w podnoszeniu jakości usług zdrowotnych

Z przedstawionej analizy można wnioskować, że koordynowana opieka zdrowotna w Polsce stanowi innowacyjny model świadczenia usług zdrowotnych, którego kluczową cechą jest ciągłość i kompleksowość opieki nad pacjentem. Nowatorstwo tego podejścia przejawia się przede wszystkim w odejściu od fragmentarycznego leczenia na rzecz zintegrowanego systemu, w którym wszystkie elementy opieki – profilaktyka, diagnostyka, leczenie i edukacja zdrowotna – są skoordynowane i dopasowane do indywidualnych potrzeb chorego.

Co wyróżnia opiekę koordynowaną i stanowi element ku poprawie jakości świadczenia usług w polskim systemie zdrowia? Aby odpowiedzieć na to pytanie, warto przytoczyć kilka niedoskonałości procesu leczenia pacjentów przewlekłe chorych, zanim została wprowadzona opieka koordynowana.

Pierwszym i najczęściej podnoszonym w dyskusji publicznej problemem była (i niestety nadal jest w podmiotach, które nie implementowały opieki koordynowanej) fragmentaryzacja procesu opieki nad pacjentem, czyli brak spójności i ciągłości w świadczeniu usług zdrowotnych. Pacjent korzystał z różnych elementów systemu (lekarz POZ, specjalista, szpital) bez skutecznej koordynacji, co prowadziło do powielania działań, utrudnionego przepływu informacji i opóźnień w diagnozie oraz leczeniu i generowało dodatkowe, często zbędne koszty. Jako przykład może posłużyć taka oto sytuacja: pacjent z cukrzycą jest leczony przez lekarza rodzinnego i diabetologa, ale brak elektronicznego systemu wymiany danych sprawia, że specjalista nie ma dostępu do aktualnych wyników badań wykonanych w POZ, a lekarz POZ nie wie, jakie zmiany w leczeniu wprowadził specjalista. Prowadzi to do niespójnego leczenia i możliwych błędów.

Drugą problematyczną kwestią był długi czas oczekiwania na wizytę u specjalistów. Był to i jest jeden z najbardziej palących problemów w polskim systemie ochrony zdrowia. Pacjenci często miesiącami, a nawet latami, czekali na wizytę u specjalisty czy wykonanie podstawowych badań diagnostycznych (np. USG Doppler, ECHO serca, holter EKG czy niektóre badania tarczycy), które często mógł zlecić tylko lekarz specjalista. To skutkowało opóźnieniami w diagnozie i leczeniu, a w konsekwencji pogarszało rokowania pacjentów.

Kolejnym zagadnieniem, które podnoszono w trakcie prac nad opieką koordynowaną, a które świadczyło o nieefektywnym wykorzystaniu zasobów w opiece zdrowotnej, było niedostateczne wykorzystanie kwalifikacji lekarza rodzinnego. Powinien on być centralnym punktem systemu, a często pełnił rolę jedynie „wypisywacza skierowań” lub strażnika wyższych poziomów opieki (ang. *gate keeper*). Miał ograniczony zakres badań diagnostycznych, które mógł zlecić, a także ograniczoną możliwość konsultacji ze specjalistami. To zmuszało pacjentów do poszukiwania pomocy u wielu lekarzy, nawet w przypadku stosunkowo prostych problemów zdrowotnych, które mogłyby być rozwiązane na poziomie POZ.

Innym palącym problemem była/jest marginalizacja profilaktyki. Pacjenci rzadko byli aktywnie zachęcani do badań, mimo iż wczesne rozpoznanie chorób znacznie zwiększa skuteczność leczenia i szanse na pełne wyleczenie, a także zmniejsza długookresowe koszty opieki zdrowotnej. Niestety polski system ochrony zdrowia to przede wszystkim opieka reaktywna, która głównie skupia się na leczeniu, a nie zapobieganiu.

W odniesieniu do powyższego implementacja opieki koordynowanej, nawet jeśli jedynie w ograniczeniu do osób przewlekle chorych, zapewnia:

- **ciągłość relacji i leczenia** – pacjent ma stały kontakt z zespołem medycznym, a decyzje dotyczące procesu leczenia są spójne i kontynuowane przez wszystkich zaangażowanych lekarzy;

- **zintegrowany i skoordynowany przepływ informacji** – wszyscy członkowie zespołu POZ oraz zespół specjalistów zaangażowanych w proces leczenia pacjenta mają dostęp do tej samej dokumentacji, co zapobiega powielaniu procedur i zwiększa bezpieczeństwo pacjenta;
- **ciągłość organizacyjną** – proces przekazywania pacjenta między specjalistami odbywa się płynnie, bez zbędnego wydłużania czasu oczekiwania na świadczenia; kolejne wizyty oraz diagnostyka są zaplanowane i monitorowane przez koordynatora;
- **sprawną koordynację procesu leczenia** – fakt, że do procesu opieki nad pacjentem zaangażowano osobę odpowiedzialną za logistyczne zarządzanie całym procesem leczenia, dbającą o spójność i terminowość działań, stanowi jeden z ważniejszych kroków ku poprawie jakości świadczonych usług w POZ;
- **indywidualny plan opieki medycznej (IPOM)** – personalizacja terapii oparta na konkretnych potrzebach zdrowotnych pacjenta i ustaleniach klarownej ścieżki leczenia.

Ponadto koordynowana opieka zdrowotna jako model wprowadzający nowe standardy jakościowe do polskiego systemu ochrony zdrowia i opieki nad pacjentem przewlekle chorym:

- **zwiększa skuteczność i efektywność leczenia** – przez lepszą komunikację, współpracę i planowanie skraca czas postawienia diagnozy i przyspiesza rozpoczęcie odpowiedniej terapii;
- **poprawia dostęp do świadczeń specjalistycznych** – dzięki wyznaczonym ścieżkom opieki i koordynacji usprawnia proces opieki oraz konsultacje specjalistyczne;
- **promuje profilaktykę zdrowotną** – kładzie silny nacisk na edukację, wczesne wykrywanie chorób i aktywne angażowanie pacjentów w dbanie o własne zdrowie;
- **redukuje koszty systemowe** – dzięki lepszemu planowaniu, unikaniu zbędnych badań i hospitalizacji oraz bardziej świadomemu zarządzaniu zasobami;
- **podnosi satysfakcję pacjenta** – przez zapewnienie bardziej zindywidualizowanej, dostępnej i przejrzystej opieki sprawia, że pacjent czuje się objęty lepszą opieką. Świadczą o tym wyniki ankiety przeprowadzonej przez Fundację „My Pacjenci” wśród pacjentów objętych opieką koordynowaną w POZ, przedstawione 11 października 2024 r. (mypacjenci.pl, 2024).

Podsumowanie

Wdrożenie koordynowanej opieki zdrowotnej w Polsce stanowi znaczący krok w ewolucji systemu podstawowej opieki zdrowotnej i poprawie jakości świadczenia usług zdrowotnych. Wśród kluczowych osiągnięć, jakie zostały zrealizowane przez wprowadzenie opieki koordynowanej do polskiego systemu ochrony zdrowia, można wymienić:

- przejście od modelu reaktywnego do proaktywnego i skoordynowanego podejścia do opieki zdrowotnej, z wyraźnym naciskiem na profilaktykę, edukację i aktywizację pacjenta;
- rozszerzenie kompetencji lekarza POZ: zwiększono zakres diagnostyki dostępnej w POZ i ukierunkowano opiekę na najczęstsze choroby przewlekłe, co ma na celu odciążenie specjalisty;
- zwiększenie dostępności do lekarzy specjalistów i zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentem przewlekłe chorym;
- włączenie pacjenta w proces leczenia przez jego współodpowiedzialność za realizację celów z IPOM oraz przez dostarczenie mu edukacji zdrowotnej pomocnej w zarządzaniu własną chorobą.

Reasumując, implementacja opieki koordynowanej otwiera przed polską opieką zdrowotną możliwości dalszego usprawniania procesów ochrony zdrowia i podnoszenia jakości świadczenia usług zdrowotnych. Kontynuując myśl, iż opieka koordynowana stanowi pierwszy krok w kierunku integracji opieki zdrowotnej nad pacjentem, można uznać ją za fundament przyszłych działań systemowych zmierzających do wdrożenia modelu opieki zintegrowanej. Model ten – oparty na współpracy między specjalistami, placówkami oraz poziomami opieki – umożliwi holistyczne podejście do leczenia, wzmacniając ciągłość i spójność procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Tym samym stwarza warunki do lepszego zarządzania zdrowiem populacji, skuteczniejszego leczenia chorób przewlekłych oraz zwiększenia satysfakcji pacjentów i efektywności kosztowej całego systemu ochrony zdrowia.

BIBLIOGRAFIA

- [1] AHA.ORG, 2009. *Hospitals in Pursuit of Excellence-A Guide to Superior Performance Improvement*, <https://www.aha.org/ahahret-guides/2009-10-01-hospitals-pursuit-excellence-guide-superior-performance-improvement> (dostęp: 27.08.2025).
- [2] CHUN, J., BAFFORD, A.C., 2014. History and background of quality measurement, *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, nr 27 (1).
- [3] DONABEDIAN, A., 2005. Evaluating the Quality of Medical Care, *Milbank Quarterly*, nr 83 (4).
- [4] GOMUŁKA, A., 2024. *Blisko 40 proc. pacjentów w Polsce ma dostęp do opieki koordynowanej*, <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/blisko-40-proc-pacjentow-w-polsce-ma-dostep-do-opieki-koordynowanej> (dostęp: 15.08.2025).

-
- [5] KOZIEŁ, A., KONONIUK, A., WIKTORZAK, K., 2017. Opieka koordynowana, definicja, międzynarodowe doświadczenia jako inspiracja dla Polski, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, nr 15 (3).
- [6] KUTA, W., 2020. *Koncepcja VBHC integruje wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia*, <https://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Koncepcja-VBHC-integruje-wszystkich-uczestnikow-systemu-ochrony-zdrowia,202026.html> (dostęp: 15.08.2025).
- [7] LEMMENS, K.M., NIEBOER, A.P., HUIJSMAN, R., 2009. A systematic review of integrated use of disease-management interventions in asthma and COPD, *Respiratory Medicine*, nr 103/5.
- [8] MAXWELL, R.J., 1984. Quality assessment in health, *British Medical Journal*, nr 288.
- [9] MYPACJENCI.PL, 2024. Wyniki pierwszego badania dotyczącego opieki koordynowanej, <https://mypacjenci.org/wyniki-pierwszego-badania-dot-opieki-koordynowanej/> (dostęp: 11.08.2025).
- [10] NFZ, 2024. *Opieka koordynowana w POZ*, <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/opieka-koordynowana-w-poz> (dostęp: 10.08.2025).
- [11] NFZ, 2025. *Koordynowana opieka zdrowotna*, <https://koordynowana.nfz.gov.pl/> (dostęp: 30.08.2025).
- [12] NFZ ŁÓDŹ, 2024. *Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej*, <https://www.nfz-lodz.pl/rzecznicz-prasowy/komunikaty-prasowe/10055-opieka-koordynowana-w-podstawowej-opiece-zdrowotnej> (dostęp: 10.08.2025).
- [13] NIZP PZH-PIB, 2025. Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”, <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/> (dostęp: 10.08.2025).
- [14] O’CONNOR, C., 2015. Heart Failure „End Result Cards”: Solid B, *JACC: Heart Failure*, nr 3 (12).
- [15] OECD, 2021. *Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems*, Paris: OECD Publishing.
- [16] OECD, 2024. <https://stats.oecd.org/> (dostęp: 18.08.2025).
- [17] OUWENS, M., WOLLERSHEIM, H., HERMENS, R., HULSCHER, M., GROU, R., 2005. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews, *International Journal for Quality in Health Care*, nr 17/2.
- [18] OWCZARCZYK, A., 2023. *Koordynowana i zintegrowana opieka zdrowotna – co warto wiedzieć*, [w:] Bogdan, M., Owczarczyk, A., Żuk, P., Prusaczyk, A., Karczmarsz, S. (red.), *Koordynowana opieka zdrowotna w praktyce: od POZ do POZ+*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- [19] PACJENT.GOV.PL, 2024. *Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej*, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/opieka-koordynowana-w-podstawowej-opiece-zdrowotnej> (dostęp: 14.08.2025).
- [20] PAJEWSKA, M., PARTYKA, O., CZERW, A., 2020. *Value-based healthcare – zasady i rekomendacje dla rozwiązań organizacyjnych w Polsce*, *Przegląd Epidemiologiczny*, nr 74 (4).
- [21] PINTAL-ŚLIMAK, M., EUSEBIO, M., PIETRUCZUK, M., 2018. Jakość w opiece zdrowotnej, *Diagnostyka Laboratoryjna*, nr 54 (3).
- [22] PORTER, M.E., GUTH, C., 2012. *Guiding Principles of a Value-Based Health Care System*, [w:] *Redefining German Health Care: Moving to a Value-Based System*, Berlin: Springer.
- [23] PORTER, M.E., TEISBERG, E.O., 2006. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Brighton: Harvard Business School Press.
- [24] PTMR, 2022. *Opieka koordynowana w POZ*, <https://ptmr.info.pl/opieka-koordynowana-w-poz/> (dostęp: 11.08.2025).
- [25] ROZPORZĄDZENIE, 2022. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2022 poz. 1965).

-
- [26] RYNEK ZDROWIA, 2024. NFZ: już 13 mln pacjentów objętych opieką koordynowaną w POZ, <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/NFZ-juz-13-mln-pacjentow-objetych-opieka-koordynowana-w-POZ,253729,14.html> (dostęp: 19.08.2025).
- [27] SCHRIJVERS, G., 2017. *Opieka koordynowana. Lepiej i taniej*, Warszawa: NFZ.
- [28] SENIORZY.PL, 2024. *Seniorzy w Polsce to grupa 7,5 mln osób, to 25% ludności*, <https://www.seniorzy.pl/informacje/6883-seniorzy-w-polsce-to-grupa-7-5-mln-osob-to-25-ludnosci> (dostęp: 10.08.2025).
- [29] SZYNKIEWICZ, P., KALBARCZYK, W.P., JĘDRZEJCZYK, T., 2017. *Koordynowana opieka zdrowotna*, Sopot: Prometrix Akademia Zarządzania.
- [30] USTAWA, 2017. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2217).
- [31] VAN RAAK, A. (red.), 2003. *Integrated Health Care in Europe. Description and comparison of Integrated Care in six EU Countries*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- [32] WÓJCIK, E., 2023. *Rodzaje systemów zarządzania jakością w ochronie zdrowia*, <https://www.wolterskluwer.com/pl-pl/expert-insights/iso-w-szpitalu> (dostęp: 15.08.2025).

