



KOORDYNOWANA OPIEKA ZDROWOTNA. DOŚWIADCZENIA MIĘDZYNARODOWE, PROPOZYCJE DLA POLSKI



SPRAWNE PAŃSTWO
PROGRAM **EY**

Katarzyna Kowalska
Witold Paweł Kalbarczyk



Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe, propozycje dla Polski



SPRAWNE PAŃSTWO
PROGRAM EY

Katarzyna Kowalska
Witold Paweł Kalbarczyk

Warszawa 2013

Recenzenci:

Agnieszka Chłoń-Domińczak
Łukasz Zalicki

Zastrzeżenia prawne

Niniejszy raport ma na celu dostarczenie czytelnikom ogólnych informacji na tematy, które mogą ich interesować.

Informacje zawarte w niniejszym raporcie nie stanowią w żadnym wypadku świadczenia usług.

Mimo iż dolożono należytych starań w celu zapewnienia rzetelności prezentowanych w raporcie informacji przez autorów, istnieje ryzyko pojawienia się nieścisłości. Ernst & Young Usługi Finansowe Audyt spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Polska sp. k. („EY”), powiązane z EY spółki, ani też partnerzy, agenci, pracownicy EY lub spółek powiązanych z EY nie ponoszą jakiegokolwiek odpowiedzialności ani nie gwarantują poprawności i kompletności informacji prezentowanych w raporcie. Raport może ponadto zawierać odnośniki do określonych ustaw i przepisów, które podlegają nowelizacji i stąd powinny być interpretowane wyłącznie w konkretnych okolicznościach, w których są cytowane. Informacje zamieszczane są bez uwzględniania jakichkolwiek zmian i EY nie zapewnia ich kompletności, poprawności i aktualności, oraz nie udziela w tym zakresie żadnych gwarancji wyraźnych ani dorozumianych.

Ponadto w najszerszym dopuszczonym przez prawo zakresie EY wyłącza jakiegokolwiek gwarancje, wyraźne lub dorozumiane, w tym między innymi dorozumiane gwarancje sprzedaży i przydatności do określonego celu. W żadnym wypadku EY, powiązane z EY spółki ani też partnerzy, agenci lub pracownicy EY lub spółek powiązanych z EY nie ponoszą jakiegokolwiek odpowiedzialności wobec czytelnika lub innych osób z tytułu jakiegokolwiek decyzji lub działania podjętego na podstawie informacji znajdujących się w niniejszym raporcie ani też z tytułu jakichkolwiek pośrednich, szczególnych lub ubocznych strat, nawet w przypadku otrzymania informacji o możliwości ich wystąpienia.

© Copyright by Ernst & Young Usługi Finansowe Audyt spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Polska sp.k.

W braku odmiennego zastrzeżenia, prawa autorskie do treści niniejszego raportu posiada Ernst & Young Usługi Finansowe Audyt spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Polska sp. k. Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadne materiały znajdujące się w niniejszym raporcie, w tym tekst i grafika, nie mogą być reprodukowane lub przesyłane w jakiegokolwiek formie i w jakikolwiek sposób bez pisemnego zezwolenia EY.

Opinie tu przedstawione nie odzwierciedlają poglądów instytucji, z którymi autorzy są związani.

Raport można bezpłatnie pobrać ze strony www.sprawnepanstwo.pl.



SPRAWNE PAŃSTWO
PROGRAM EY

Rondo ONZ 1
00-124 Warszawa
tel. +48(22) 557 70 00
fax +48(22) 557 70 01
www.sprawnepanstwo.pl



Szanowni Państwo,

Prezentowany raport jest próbą syntetycznego ujęcia koncepcji koordynowanej opieki zdrowotnej. Przez ekspertów ten złożony zestaw narzędzi zarządzania opieką zdrowotną bywa nazywany sztuką. Stanowi on bowiem zbiór technik finansowych i bodźców oddziaływania na lekarzy i pacjentów, który dzięki ich umiejętnemu połączeniu przynosi poprawę jakości i efektywności opieki zdrowotnej.

Celem systemu ochrony zdrowia powinno być utrzymywanie ludzi w zdrowiu i sprawności, a nie wyłącznie walka z chorobami. Takie podejście wydaje się być nieuchronne także w Polsce, m.in. ze względu na prognozowane zmiany demograficzne. Ludność Polski starzeje się - Polacy żyją coraz dłużej, bardzo niska jest także liczba narodzin. Dodatkowo rozwój technologii medycznych, pozwalający leczyć dotychczas nieuleczalne choroby i schorzenia, a także wkraczający do systemu ochrony zdrowia konsumeryzm będą wywierać dodatkową presję na wzrost kosztów leczenia. W efekcie, w najbliższych dziesięcioleciach, osoby aktywne zawodowo będą obciążone dodatkowymi kosztami leczenia osób starszych. Dlatego konieczne jest poszukiwanie rozwiązań, które umożliwią stałe podnoszenie jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Skutki wprowadzania koordynowanej opieki zdrowotnej w różnych krajach, pozwalają autorom raportu postawić tezę, że ten sposób zarządzania ochroną zdrowia stymuluje do poprawy jakości opieki zdrowotnej oraz pozwala na lepsze i efektywniejsze wykorzystanie ograniczonych zasobów. Koncepcja ta ma wieloletnią historię i sprawdza się w różnych otoczeniach instytucjonalnych. Nie oznacza to jednak, że jest ona wolna od wad i może zapewnić każdemu tanią i kompleksową opiekę medyczną. Pozwala jednak na to, by system opieki zdrowotnej ukierunkował się na swoim podstawowym celu - utrzymaniu ludzi w zdrowiu i sprawności - z uwzględnieniem uwarunkowań ekonomicznych, społecznych i politycznych.

Jestem przekonany, że niniejszy raport, przygotowany w ramach programu EY Sprawne Państwo, wzbogaci toczącą się dyskusję i zainspiruje rozwiązania, które zwiększą efektywność w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Lukasz Zalicki

Doradztwo Biznesowe EY
Lukasz.Zalicki@pl.ey.com

Spis treści

1. Streszczenie	6
2. Czym jest koordynowana opieka zdrowotna	11
3. Doświadczenia międzynarodowe	26
3.1. USA	27
3.2. Wielka Brytania	42
3.3. Niemcy	53
4. Polskie doświadczenia koordynacji opieki medycznej	68
5. Polski system opieki medycznej - problemy i wyzwania	84
6. Wnioski i rekomendacje	94
7. Bibliografia	112
Nasze raporty	119
LSE Obserwatorium Środkowoeuropejskie.....	121

Spis ramek

1. Finansowanie zamknięte i otwarte	17
2. Zarządzanie decyzjami klinicznymi w KOZ - przykłady	21
3. Korzyści z tytułu gromadzenia kompleksowej informacji o pacjencie i dostawcach specjalistycznej opieki ambulatoryjnej	73
4. Instytucje ograniczające destrukcję jakości	77

Spis tabel

1. Liczba ubezpieczonych w USA wg typu organizacji ubezpieczającej oraz charakteru planu ubezpieczeniowego w 2010 roku	28
2. Zestawienie wyników badań naukowych dotyczących funkcjonowania amerykańskiej KOZ	35
3. Zbiorcze zestawienie kontroli jakości podmiotów leczniczych opublikowane przez CHI w 2003 r.	51
4. Podstawy prawne zintegrowanych modeli opieki zdrowotnej	56
5. Statystyka centrów opieki medycznej	60

Spis rysunków

1. Organizacje KOZ a kontrola kosztów i jakości opieki zdrowotnej	31
2. Model zapewnienia i poprawy jakości w NHS	50
3. Wymiary integracji	58
4. Centrum opieki medycznej jako element centrum zdrowia	61
5. Droga do programu zarządzania chorobą	63
6. Etapy projektowania i wdrażania kontraktów koordynowanej opieki zdrowotnej	110

Spis schematów

1. Typy integracji części składowych systemu opieki zdrowotnej	13
2. Rodzaje i metody zarządzania korzystaniem z usług zdrowotnych w organizacjach koordynowanej opieki zdrowotnej	23

1. Streszczenie

W opracowaniach na temat organizacji i finansowania sektorów zdrowia (Weiner, Ferris 1990; Robinson, Steiner 1998; Ham 1997) wciąż powraca pytanie o idealny system opieki zdrowotnej. Z jednej strony w analizach systemów opieki zdrowotnej dostrzega się coraz liczniejsze podobieństwa stosowanych rozwiązań. Istnieją tezy o konwergencji systemów zdrowotnych (Saltman, von Otter 1992; Arvidsson 1995; Saltman, von Otter 1995). Podejmowane są próby tworzenia uniwersalnych zbiorów zasad funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej opartych na wiarygodnych danych (por. WHO 2001). Z drugiej jednak strony, ze względu na silne zróżnicowanie w obszarze formalnego i nieformalnego otoczenia instytucjonalnego, uczenie się na podstawie doświadczeń innych krajów - zdaniem ekspertów - jest dość ryzykowne (Klein 1997; Robinson, Steiner 1998; Freeman 1999; 2002; Greener 2002). Doświadczenia innych krajów w dziedzinie organizacji i finansowania opieki zdrowotnej nie mogą służyć jako wzorzec przeznaczony do bezpośredniego powielania, mogą jednak stanowić źródło inspiracji przy projektowaniu autorskich rozwiązań systemowych. Nieocenionym pożytkiem „uczenia się od innych” jest szansa uniknięcia wielu błędów.

Dlatego właśnie w raporcie autorzy przedstawiają koncepcję *managed care* - koordynowanej opieki zdrowotnej (dalej KOZ), historię jej powstania i ewolucji, zasady, którymi się kieruje, oraz przykłady doświadczeń ze Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Niemiec. Polskie doświadczenia z koordynowaną opieką zdrowotną, a także wyrosłymi z jej głównego nurtu programami zarządzania chorobami (*disease management*), zarządzania najcięższymi przypadkami (*case management*) czy jakością opieki (*quality management*) są niestety bardzo skromne. Próby wdrożenia KOZ do polskiego systemu opieki medycznej miały miejsce kilkakrotnie. Najpierw, jako hasła i programy partii politycznych, a następnie, częściowo w konsekwencji dyskusji wokół tych programów, ale w dużej mierze niezależnie od nich, na podstawie programów pilotażowych oraz działań kilku regionalnych kas chorych w latach 2000-2002.

Zdaniem autorów wdrożenie do polskiego systemu istotnych elementów koordynowanej opieki zdrowotnej jest co najmniej wskazane. Warto to zrobić, opierając się na przeprowadzonych wcześniej rozwiązaniach pilotażowych, których ogólną propozycję oraz bardziej szczegółowe elementy, jako kluczowe na etapie ich opracowywania, przedstawiamy w rozdziale szóstym „Wnioski i rekomendacje”.

Raport składa się z sześciu rozdziałów. Rozdział pierwszy to streszczenie raportu, w którym prezentujemy jego strukturę i najważniejsze informacje. W rozdziale drugim prezentujemy definicję KOZ, zwracając szczególną uwagę na znaczenie zarządzania opieką zdrowotną przez tworzenie relacji kontraktowych pomiędzy

podmiotami sektora zdrowia, wykorzystanie technik finansowania kapitałowego oraz szerokiej gamy instytucji (instrumentów) zarządzania decyzjami klinicznymi w celu nadzorowania kosztów i jakości usług medycznych. Organizacje opieki koordynowanej to różne konfiguracje elementów wyłonionych ze zbioru „instytucji KOZ”. Elementy te stanowią część wspólną definicji koordynowanej opieki zdrowotnej. Rzadko zdarza się, aby w każdej organizacji KOZ, pojawiły się wszystkie elementy ze zbioru. Każda z tych konfiguracji tworzy odmienną strukturę bodźców, co w powiązaniu ze specyficznym dla danego regionu otoczeniem instytucjonalnym oznacza zróżnicowaną skuteczność zastosowanych rozwiązań. Dlatego dopiero precyzyjne zdefiniowanie KOZ pozwala zrozumieć mechanizmy i uwarunkowania, dzięki którym opieka koordynowana może zaradzić problemom i wyzwaniom, przed jakimi stoją np. kraje Europy ze starzejącą się ludnością czy systemy ochrony zdrowia działające w warunkach silnej konkurencji, jak np. w USA.

Rozdział trzeci stanowi przegląd doświadczeń międzynarodowych. Wybrano trzy kraje, często znacznie różniące się przyjętymi rozwiązaniami systemowymi, które w okresie ostatnich kilkudziesięciu lat wykorzystują KOZ jako element wpływający na poprawę efektywności i jakości opieki medycznej. W pierwszej kolejności przedstawione są doświadczenia Stanów Zjednoczonych, kraju, w którym koncepcja KOZ powstała i nadal się rozwija. Następnie, ze względu na podobieństwo rozwiązań wykorzystanych w polskim programie pilotażowym zaprezentowane zostaną doświadczenia Wielkiej Brytanii. Analizę przypadku polskiego, która stanowi rozdział czwarty opracowania, poprzedzi charakterystyka doświadczeń Niemiec, które od 1999 roku dzięki zawieraniu umów indywidualnych z lekarzami i centrami opieki medycznej konsekwentnie poszerzają możliwości wcielania elementów KOZ, jako alternatywy dla głęboko zakorzenionego systemu umów zbiorowych.

Opisowi doświadczeń każdego z krajów towarzyszy ocena konkretnych rozwiązań, sformułowana na podstawie dostępnych wyników badań naukowych i publikacji.

W przypadku USA warto zwrócić uwagę na cztery fakty:

- ▶ dużą różnorodność rozwiązań organizacyjnych KOZ, które rozwijano i dostosowywano przez wiele lat do stale zmieniających się warunków rynkowych, potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych, a także możliwości finansowych płatników;
- ▶ rozwój organizacji KOZ i wykorzystywanych przez nie narzędzi zarządczych jest silnie skorelowany z warunkami gospodarczymi i potrzebą kontroli rosnących kosztów opieki zdrowotnej;
- ▶ doświadczenia KOZ przyczyniły się do rozwoju nauki o zarządzaniu opieką medyczną i jej jakością;
- ▶ KOZ przyczyniła się do głębokich zmian w amerykańskim systemie opieki medycznej.

W przypadku Wielkiej Brytanii warte zauważenia jest to, że:

- ▶ KOZ, jako uniwersalna koncepcja zarządzania opieką medyczną powstała w warunkach konkurencyjnego rynku zdrowia w USA, sprawdza się i rozwija w kraju z jednym narodowym płatnikiem finansującym ochronę zdrowia z podatków;
- ▶ KOZ można skutecznie wprowadzać metodami administracyjnymi za pomocą systemu kontraktów;
- ▶ KOZ pozwala na ewolucyjne zmiany w systemie opieki medycznej uwzględniające zarówno utrzymanie roli lekarza rodzinnego jako *gatekeepera*, jak i tworzenie większych struktur świadczeniodawców stopniowo integrujących podstawowe leczenie ambulatoryjne i specjalistyczne ze szpitalnym;
- ▶ zmiany zmierzające do lepszej koordynacji opieki, konsekwentnie wdrażane i kontynuowane przez kolejne rządy, niezależnie od ich politycznego charakteru, przynoszą dobre rezultaty w postaci lepszej jakości opieki i większej efektywności systemu.

Analiza rozwiązań przyjętych w Niemczech wskazuje na następujące doświadczenia:

- ▶ zakorzeniony tradycyjny system umów zbiorowych i podział na sektory - opieki ambulatoryjnej, szpitalnej i rehabilitacyjnej - nie sprzyja wprowadzaniu KOZ;
- ▶ rozwój KOZ jest możliwy, ale wyłącznie w długim okresie dzięki stabilnemu i konsekwentnie realizowanemu prawu pozwalającemu kasom chorych na zawieranie, obok umów zbiorowych, także kontraktów indywidualnych z lekarzami i centrami opieki medycznej;
- ▶ KOZ w postaci programów zarządzania chorobami cywilizacyjnymi jest możliwa nawet przy bardzo dużej liczbie ubezpieczycieli (kas chorych), dzięki porozumieniu pomiędzy regulatorem rynku a ubezpieczycielami,
- ▶ zachęty finansowe dla lekarzy i podmiotów medycznych szczebla ambulatoryjnego są skuteczną metodą pozyskiwania ich do KOZ.

Rozdział czwarty to analiza i ocena polskich doświadczeń z koordynowaną opieką zdrowotną z lat 2000-2002. Czytając go, warto pamiętać, że był to okres dynamicznych zmian w naszym systemie opieki medycznej, a jednocześnie bardzo dużych oczekiwań w stosunku do nowo utworzonych regionalnych kas chorych. Okoliczności te nie wpływały dobrze na realizowane programy pilotażowe, a fakt, że napotykały one na różne trudności, sprzyjał raczej traktowaniu ich jako rozwiązań tymczasowych, a nie testowania takich, które mają być trwałe i systematycznie doskonalone.

Na podstawie bogatych doświadczeń zagranicznych oraz bardzo skromnych z Polski wskazujemy na to, jakie korzyści płyną z wdrożenia koordynowanej opieki zdrowotnej. Wśród nich na wyróżnienie zasługują:

- ▶ poprawa dostępności czasowej i przestrzennej,
- ▶ lepsze dostosowanie profilu świadczeń do realnych potrzeb zdrowotnych,
- ▶ zwiększona aktywność prewencyjna firm KOZ,
- ▶ poprawa przepływu informacji pomiędzy segmentami opieki zdrowotnej,
- ▶ odpowiedzialność świadczeniodawców za finansowe skutki decyzji terapeutycznych i bardziej efektywne wykorzystanie istniejących zasobów.

Dla zachowania obiektywizmu oceny pokazujemy także, jakie są jej potencjalne słabości:

- ▶ dwupoziomowość systemu opieki medycznej w przypadku nieobjęcia opieką całej populacji,
- ▶ skłonność do ograniczania świadczeń zasadnych z medycznego punktu widzenia przy braku instrumentów nadzoru nad jakością,
- ▶ przerzucanie kosztów na wyższe poziomy referencyjne przy wąskich zakresach odpowiedzialności finansowej.

W rozdziale piątym tworzymy zarys punktu wyjścia dla dalszych analiz i formułowania wniosków, określając problemy, z którymi boryka się polski system opieki zdrowotnej. Do najważniejszych z nich należy zaliczyć:

- ▶ fragmentację systemu sprzyjającą niskiej efektywności,
- ▶ racjonowanie dostępu przez system skierowań i kolejek,
- ▶ niską elastyczność podaży usług medycznych na zmieniające się potrzeby zdrowotne,
- ▶ brak odpowiedzialności finansowej za podejmowane decyzje terapeutyczne i przerzucanie kosztów na wyższe i droższe poziomy opieki medycznej,
- ▶ brak przepływu informacji pomiędzy różnymi segmentami sektora usług medycznych.

Pokazujemy także, na bardzo ogólnym poziomie, jakim wyzwaniem będzie ochrona zdrowia w kontekście zmian demograficznych, które będą zachodziły w Polsce w ciągu najbliższych kilkadziesiąt lat. Sprostanie im będzie wymagało wielkiego wysiłku, a jednym z nich, zdaniem autorów raportu, winno być podnoszenie efektywności opieki zdrowotnej m.in. przez wdrażanie rozwiązań mieszczących się w koncepcji koordynowanej opieki zdrowotnej. Następnie wskazujemy na specyficzne cechy sektora zdrowia (niekompletność i asymetria informacji), które wyznaczają warunki brzegowe naszej analizy i przesłanki zmian instytucjonalnych w systemie. Z przeprowadzonych przez nas analiz wyłania się kilka zasadniczych wniosków, które prezentujemy w formie rekomendacji w ostatnim – szóstym rozdziale raportu. Rekomendacje te dotyczą czynników/uwarunkowań/regulacji, które mają kluczowe znaczenie dla pomyślnego wdrożenia rozwiązań typowych dla KOZ.

Elementy o podstawowym znaczeniu dla modelu opieki koordynowanej, ze względu na obszar, którego dotyczą, są podzielone na cztery grupy:

1. finansowanie opieki zdrowotnej i zakres odpowiedzialności,
2. zarządzanie organizacjami KOZ,
3. jakość opieki zdrowotnej,
4. orientacja na pacjenta.

W ramach rekomendacji proponujemy rozważenie przeprowadzenia w Polsce pilotaży testujących różne modele koordynatorów opieki zdrowotnej. Prezentujemy także ogólne warunki realizacji takich pilotaży – cel, osadzenie ich w regulacjach prawnych, dobrowolny udział publicznych i niepublicznych świadczeniodawców, 3-5-letni okres trwania, okresowe pomiary efektywności i jakości opieki zdrowotnej na podstawie znanych z góry kryteriów i mierników, zaangażowanie Ministra Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, jednostek samorządu terytorialnego oraz interesariuszy systemu reprezentujących przemysł (IT, farmaceutyczny, produktów medycznych).

Raport nie jest propozycją reform systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ogranicza się do sfery finansowania (kontrakty) i organizacji procesu dostarczania świadczeń medycznych, tak aby były one wysokiej jakości, stosowne do potrzeb pacjentów i efektywne kosztowo. Nie piszemy zatem o metodach określania zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych oraz wysokości składki ubezpieczenia zdrowotnego adekwatnej do głębokości i szerokości koszyka. Nie piszemy również, czy polski system mógłby zyskać, czy stracić na wprowadzeniu współpłaty ze strony pacjentów. Nie podejmujemy także aktualnego tematu nieefektywności polskiej POZ, problemu anachronicznego modelu stawek kapitałowych i braku ich modyfikacji uwzględniających płacone za osiągnięte efekty. Nie dotykamy także wielu innych zagadnień o fundamentalnym znaczeniu dla ochrony zdrowia Polaków, takich jak choćby zdrowie publiczne i brak ustawy o nim, mimo że o konieczności jej wprowadzenia mówi się od wielu lat.

Pomimo tego mamy nadzieję, że raport ten przyczyni się do rozszerzenia grona zwolenników koordynowanej opieki zdrowotnej i pozwoli na wdrożenie tej koncepcji w naszym kraju na szeroką skalę. Dobrze zrealizowana opieka koordynowana, dzięki poprawie jakości i efektywności opieki zdrowotnej oraz atmosfery wokół sektora zdrowia, powinna być korzystna dla wszystkich bez wyjątku.

2. Czym jest koordynowana opieka zdrowotna

Definicja KOZ

Pojęcie koordynowanej opieki zdrowotnej jest najczęściej używanym polskim tłumaczeniem angielskiego terminu *managed healthcare* lub *managed care*. Inne, rzadziej stosowane w Polsce określenia, to „opieka kierowana”, „kompleksowa opieka zdrowotna” lub „zintegrowana opieka zdrowotna”. Wszystkie stanowią próbę zawarcia w nazwie zarówno celu, jak i sposobu podejścia do opieki zdrowotnej w modelu *managed care*. Kluczową rolę odgrywa w niej zarządzanie (kierowanie), a w nim z kolei ważne są zarówno koordynacja i integracja różnych poziomów opieki medycznej świadczących szeroki kompleks usług zdrowotnych, jak i sposób ich finansowania.

Koncepcja koordynowanej opieki zdrowotnej (KOZ) narodziła się w Stanach Zjednoczonych i jest głęboko zakorzeniona w amerykańskiej kulturze. Okazała się ona na tyle trafna, że przekuta w praktykę biznesową w ciągu kilkudziesięciu lat spowodowała powstanie wielu organizacji kierujących się jej zasadami, co przyczyniło się do zrewolucjonizowania funkcjonowania amerykańskiego sektora opieki zdrowotnej. KOZ jest szeroko rozpowszechniona w Stanach Zjednoczonych, ale nie można utożsamiać jej już wyłącznie z tym krajem. Jej elementy można znaleźć w wielu systemach ochrony zdrowia (Wielka Brytania, Niemcy, Hiszpania, Szwajcaria, Węgry, Australia czy kraje Azji Południowo-Wschodniej) (Kozierkiewicz 2011). Wydaje się jednak, że ekspansja ta była możliwa dzięki sukcesowi, jaki koncepcja zarządzania opieką zdrowotną odniosła w USA.

Warto mieć świadomość, że obecnie nie można pojęcia koordynowanej opieki zdrowotnej określić jako jednorodnego. W ciągu dziesięcioleci jej rozwój w zależności od warunków, potrzeb i możliwości, a także stosowanych mechanizmów zarządzania przybierał w praktyce różne formy organizacyjne. Na przykładzie wybranych krajów pokażemy to w raporcie. O różnorodności organizacyjnych form koordynowanej opieki zdrowotnej najlepiej można się przekonać, śledząc ewolucję tej koncepcji, jaka zaszła w Stanach Zjednoczonych.

Przez koordynowaną opiekę zdrowotną określa się sieć współpracujących ze sobą dostawców usług medycznych, tworzoną przez menedżerów przejmujących odpowiedzialność finansową i organizacyjną za zapewnienie dostępu do stosunkowo szerokiego zakresu usług medycznych, koordynujących opiekę nad swoimi pacjentami, zapewniających ciągłość leczenia i wewnętrzny nadzór nad jego jakością. Dostawcy świadczeń zdrowotnych (wg polskiej nomenklatury - podmioty lecznicze lub zakłady opieki zdrowotnej), będący głównym realizatorem KOZ, mają pod swoją opieką tych pacjentów, którzy wybrali u nich lekarza rodzinnego.

Jednostki medyczne współpracujące w sieci świadczeniodawców mogą być zarówno wewnętrznymi jednostkami dużych zakładów, jak i odrębnymi jednostkami mającymi osobowość prawną. Dość powszechnie za najbardziej charakterystyczną cechę KOZ uznaje się system finansowania według ryczałtowych przedpłat/stawek kapitaacyjnych (Mays et al. 2001; Kongstvedt 2003; Getzen 2004; Kowalska 2009).

Według definicji National Library of Medicine (Kozierkiewicz 2011) koordynowana opieka zdrowotna to: zestaw działań mających na celu osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia przy ograniczeniu zbędnych kosztów opieki zdrowotnej dzięki stosowaniu szeregu mechanizmów, takich jak:

- ▶ zachęty ekonomiczne dla lekarzy i pacjentów motywujące do wyboru optymalnych form opieki,
- ▶ ocena medycznej konieczności dostarczenia wybranych usług,
- ▶ wyważenia podziału kosztów ponoszonych przez beneficjenta,
- ▶ kontrole przyjęć szpitalnych i długości pobytu,
- ▶ ustanowienie zachęt do prowadzenia zabiegów w trybie ambulatoryjnym,
- ▶ selektywne kontraktowanie dostawców usług opieki zdrowotnej,
- ▶ intensywne zarządzanie w wypadkach wysokich kosztów opieki zdrowotnej.

Za twórców nowoczesnej idei KOZ uznaje się doktora Paula Elwooda i ekonomistę Alaina Enthovena (późniejszego doradcę Brytyjczyków przy wdrażaniu modelu *GP-fundholdingu*) (por. Enthoven 1978a; 1978b; 1980; 1988). Stworzyli oni koncepcję takiej organizacji systemu, w której występują dwie pożądane formy konkurencji: konkurencja ceną i konkurencja jakością. Koncepcję tę, stworzoną w języku ekonomii i medycyny, na język polityki i prawa przełożyła administracja prezydenta Nixona, która w 1973 roku doprowadziła do przyjęcia ustawy o opiece koordynowanej (HMO Act). Ustawa ta zapoczątkowała bardzo dynamiczny rozwój amerykańskich organizacji KOZ, trwający nieprzerwanie do dziś, łącznie z aktualnymi działaniami reformatorskimi administracji prezydenta Obamy.

Współczesna definicja opieki koordynowanej podkreśla znaczenie zarządzania opieką zdrowotną poprzez tworzenie relacji kontraktowych pomiędzy podmiotami sektora zdrowia, wykorzystanie technik finansowania (kapitacyjnego oraz jego modyfikacji), a także szerokiej gamy instytucji (instrumentów) zarządzania decyzjami klinicznymi w celu nadzorowania kosztów i jakości usług medycznych.

W KOZ zarządzanie opieką to umiejętne tworzenie i wykorzystywanie bodźców w celu motywowania profesjonalistów medycznych do podejmowania działań optymalnych z punktu widzenia efektywności i jakości wytwarzanych usług.

Oddziaływanie silnych bodźców ekonomicznych, wynikających z możliwości kreowania nadwyżki finansowej, powiązane jest z odpowiedzialnością za zorganizowanie i sfinansowanie dostępu do możliwie najszerszego zakresu usług medycznych dużym populacjom osób. **W koncepcji KOZ - w różnym stopniu - mamy do czynienia z integracją roli nabywcy i dostawcy zarówno szeroko**

rozumianej ochrony zdrowia, jak i pojedynczych świadczeń zdrowotnych.

Tym samym jednym z jej ważnych elementów jest proces koordynacji opieki, który w zależności od potrzeb oraz wielu uwarunkowań realizowany jest w różnorodny sposób przez liczne organizacje i podmioty. Przywołane w dalszej części raportu formy organizacyjne z USA, Wielkiej Brytanii i Niemiec, zobrazują znaczną różnorodność, jaką przybiera KOZ.

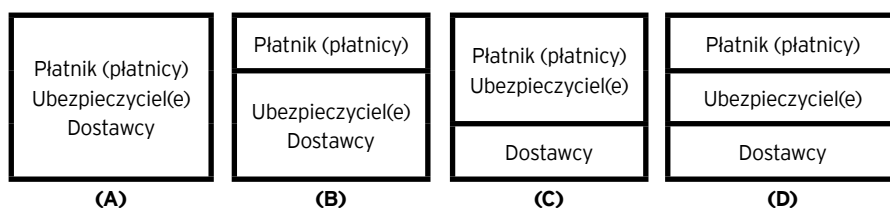
Funkcje nabywcy i dostawcy usług medycznych a rodzaje i skala integracji w organizacjach KOZ

Z punktu widzenia funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej, istotny jest rodzaj zależności organizacyjnych determinujących relacje między kluczowymi podmiotami systemu, tj. płatnikami (rządem, instytucją społecznego ubezpieczenia zdrowotnego lub pracodawcą), dysponentami środków publicznych (ubezpieczycielami/pośrednikami trzeciej strony), dostawcami (producentami) dóbr i usług medycznych oraz pacjentami (konsumentami opieki zdrowotnej, ubezpieczonymi). Podmioty systemu opieki zdrowotnej pełnią określone funkcje. Należą do nich:

- ▶ gromadzenie środków niezbędnych do sfinansowania opieki zdrowotnej w zakresie zdefiniowanym odpowiednimi przepisami dla określonych danym tytułem uprawnień populacji – środki te pozwalają tworzyć fundusz, zgodnie z funkcją ubezpieczeniową lub zabezpieczeniową, w celu zabezpieczenia każdego z ubezpieczonych lub obywateli przed wysokim ryzykiem finansowym, związanym z pogorszeniem stanu zdrowia (**płatnik/ubezpieczający**);
- ▶ nabywanie za środki przeznaczone na zakup dóbr i usług medycznych świadczeń zdrowotnych dla określonej populacji – funkcję nabywców pełnią dysponenti publiczni lub w ich imieniu firmy ubezpieczeniowe czy agencje publiczne (**płatnik trzeciej strony/ubezpieczyciel**);
- ▶ wytworzenie i zaopatrzenie w świadczenia zdrowotne uprawnionej populacji pacjentów – jest to odpowiedzialność dostawców dóbr i usług medycznych (**dostawca/świadczeniodawca**).

W zależności od wyboru formy organizacyjnej, te same części składowe tworzą różne konfiguracje. Można wyróżnić dwie tzw. czyste formy organizacji: integrację (typ A) i separację (typ D). (zob. schemat 1).

Schemat 1. Typy integracji części składowych systemu opieki zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne na podstawie Kornai, Eggleston (2001, rys. 3.1, s. 77), Getzen (2004 [2000, wykres 10.2, s. 248]).

Typ A obrazuje np. rozwiązania systemowe obecne w krajach byłego bloku wschodniego przed rozpoczęciem transformacji oraz w Wielkiej Brytanii przed reformą z 1990 roku, czyli pełną integrację funkcji płatnika, ubezpieczyciela i dostawcy opieki zdrowotnej (monopol dostawczy państwa i finansowanie opieki z budżetu centralnego za pośrednictwem państwowej agencji). W przypadku brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia płatnik, ubezpieczyciele i dostawcy do 1990 roku stanowili część jednej organizacji.

Typ B charakteryzuje wiele rozwiązań typowych dla organizacji opieki koordynowanej. Organizacje KOZ łączą bowiem bardzo często funkcje ubezpieczyciela i dostawcy. Integracja ta nie musi być jednak pełna. Relacje integracyjne mogą być silne lub słabe, poziome lub pionowe, szerokie lub głębokie (por. przykład Niemiec). Integracja może dotyczyć pewnego zakresu usług, które są wytwarzane przez własny personel (integracja pionowa), może także opisywać relacje kontraktowe o charakterze mniej lub bardziej zwartej „sieci” (integracja pozioma), może odnosić się do rodzaju zaangażowanych dostawców usług i organizacji (głębokość integracji) lub spektrum chorób objętych opieką (szerokość integracji). Z pełną integracją funkcji dostawcy i nabywcy usług mamy zazwyczaj do czynienia wtedy, gdy wskazane podmioty pracują w ramach jednej organizacji (np. amerykańskie organizacje HMO typu zamkniętego, por. przykład Stanów Zjednoczonych).

Typ C charakteryzuje np. rozwiązania typowe dla Niemiec, kanadyjskiego Narodowego Ubezpieczenia Zdrowotnego i Polski po wprowadzeniu systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (z tą różnicą w stosunku do Niemiec czy Kanady, że w Polsce składki ubezpieczenia zdrowotnego zbiera nie bezpośrednio NFZ, jak niemieckie kasy chorych lub kanadyjski urząd narodowego ubezpieczenia zdrowotnego, ale odbywa się to przez pośrednika w postaci państwowego ZUS i KRUS - w prezentowanym modelu fakt ten jednak pominięto uznając, że polski system integruje rolę płatnika i ubezpieczyciela). Jest to także model relacji występujący bardzo często w Stanach Zjednoczonych, kiedy duży pracodawca zawiera bezpośrednie kontrakty z grupą dostawców opieki medycznej (pracownik nie może wybierać ubezpieczyciela, ale ma szeroki wybór dostawców opieki w ofercie pracowniczej). Amerykańskie rządowe agencje Medicare i Medicaid to także przykład połączenia funkcji płatnika i ubezpieczyciela. Dostawcą usług dla nich mogą być różnego rodzaju podmioty medyczne, znaczną ich część stanowią organizacje KOZ.

Typ D przedstawia pełną separację trzech funkcji. Przykładem tego typu organizacji jest zawieranie kontraktu przez pracodawcę (płatnika) z kilkoma firmami ubezpieczeniowymi i stworzenie pracownikom możliwości wyboru ubezpieczyciela, który wywiązuje się ze swoich zobowiązań w stosunku do ubezpieczonych pracowników, płacąc niezależnym od siebie podmiotom leczniczym za udzielone im usługi lub zwrot poniesionych przez nich kosztów leczenia.

Organizacje opieki koordynowanej

Różnorodność form organizacyjnych opieki koordynowanej, mimo stosowania w działalności tych samych zasad zawartych w podstawowej definicji, wynika z różnic w zakresie, stopniu i formie integracji funkcji ubezpieczeń i organizowania opieki zdrowotnej oraz zależy od swobody kontraktowania dostawców opieki z więcej niż jedną organizacją KOZ (Robinson, Steiner 1998; Mays et al. 2001). Analiza tych różnic pozwala lepiej zrozumieć, czy organizacje KOZ to bardziej firmy zajmujące się wytwarzaniem usług medycznych, czy raczej firmy świadczące usługi finansowe w sektorze ubezpieczeń.

Organizacje opieki koordynowanej (zwane także niekiedy planami zdrowotnymi) to różne konfiguracje elementów wyłonionych ze zbioru „instytucji KOZ”. Elementy te stanowią część wspólną definicji koordynowanej opieki zdrowotnej (Glied 2000). Nie zdarza się, aby w każdej organizacji typowej dla KOZ, pojawiły się wszystkie elementy ze zbioru. Każda z tych konfiguracji tworzy zatem nieco odmienną strukturę bodźców, co w powiązaniu ze specyficznym dla danego regionu otoczeniem instytucjonalnym oznacza zróżnicowaną skuteczność zastosowanych rozwiązań. W dalszej części raportu pokażemy, jak duże znaczenie ma owa różnorodność z punktu widzenia konkurencji o pacjentów.

Organizacje opieki koordynowanej, chcąc nadzorować koszty działalności, muszą przejąć funkcję zarządzania ryzykiem, a więc funkcję ubezpieczyciela.

Tak jak głównym celem firm ubezpieczeniowych jest uwspólnienie ryzyka indywidualnego, tak zasadniczym celem KOZ jest dodatkowo obniżenie średnich kosztów opieki zdrowotnej. **Uważa się jednak, że rola ubezpieczyciela jest drugorzędna wobec zadania podstawowego, jakim jest rola menedżera dostarczającego opiekę zdrowotną adekwatną do potrzeb, o wysokiej jakości, a jednocześnie efektywną kosztowo.** Jak wskazuje sama nazwa, **opieka koordynowana to forma świadczenia usług medycznych, której przebiegu nie określają wyłącznie przypadek, motywacje etyczne i wiedza profesjonalna lekarzy, ale także odgrywające istotną rolę elementy koordynacji, planowania i kontroli.**

Stosowność i substytucja - 2S

Organizacje opieki koordynowanej, funkcjonując na konkurencyjnym rynku, podejmują różnorodne działania na rzecz przyciągania klientów, z którymi zawierają umowy (Ellis, Van de Ven 2000).

W zależności od przyjętej struktury i stopnia integracji organizacje KOZ:

- **zarządzają procesem nabywania opieki medycznej** dla uprawnionej populacji poprzez zawieranie umów z dostawcami świadczeń medycznych, albo

► **organizują opiekę medyczną i jednocześnie są dostawcami świadczeń.**

Niezależnie od dominandy organizacyjnej, firmy KOZ w swoich działaniach stosują dwie fundamentalne zasady:

- (1) **stosowności**, która oznacza dostosowanie opieki medycznej do indywidualnych problemów zdrowotnych pacjenta,
- (2) **substytucji**, która oznacza stosowanie tańszych i równie skutecznych dostępnych metod leczenia.

W praktyce obie zasady mogą oznaczać poszukiwanie tańszych, ale równie skutecznych metod leczenia, ograniczanie dostępu do świadczeń o niepotwierdzonej klinicznie skuteczności, koncentrowanie się na tzw. wczesnych interwencjach oraz wykraczanie poza ramy działalności medycznej (np. unikanie nieuzasadnionych świadczeń medycznych).

Firmy KOZ robią to przez stosowanie systemu bodźców, nazywanych niekiedy „mechanizmami aktywnego zakupu”. Choć w rzeczywistości wszystkie działania w obrębie KOZ przenikają się wzajemnie, tworząc specyficzną kulturę organizacyjną, to na potrzeby raportu podzielimy je na 3 grupy: (1) bodźce finansowe ukierunkowane na dostawców usług medycznych, (2) bodźce ukierunkowane na pacjentów, (3) zarządzanie decyzjami klinicznymi.

(1) Bodźce finansowe ukierunkowane na dostawców usług

Do skutecznego zarządzania opieką zdrowotną nie wystarczy wiedza menedżerska i medyczna. Potrzebne są przede wszystkim odpowiednie systemy motywacyjne i bodźce zawarte w technikach finansowania. Doświadczenia dowodzą, że bodźce oddziałujące na poziomie organizacyjnym i indywidualnym są względem siebie komplementarne, ważne zatem, aby były ze sobą spójne. We współczesnym zarządzaniu opieką zdrowotną formy wynagradzania lekarzy oraz organizacji medycznych określa się mianem „strategii podaźowych”, gdyż w technikach finansowania ukryte są bodźce, które determinują rodzaj i strukturę oczekiwanej podaży świadczeń medycznych.

Za główną cechę koordynowanej opieki zdrowotnej uznaje się finansowanie szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych na zasadzie rocznych przedpłat, z wykorzystaniem technik kapitałowych. Stawki prospektywne (przedpłaty), czyli stawki ustalane z wyprzedzeniem, są przykładem finansowania zamkniętego (por. ramka 1).

Ramka 1. Finansowanie zamknięte i otwarte

Finansowanie zamknięte charakteryzuje się stałym budżetem (twarde ograniczenia budżetowe), ustalonym zazwyczaj przez instytucje publiczne z góry na określony okres. Kiedy wzrasta intensywność korzystania z usług, system nieposiadający dodatkowych źródeł zasilania finansowego ma trudności z roszczeniami pacjentów dotyczącymi dostępności i jakości opieki zdrowotnej. Przy takiej technice finansowania płatnik teoretycznie nie ponosi ryzyka. Takie ryzyko może jednak wystąpić w długim okresie, jeśli pojawi się presja na podwyższenie poziomu składki. Ryzyka finansowego nie ponosi też pacjent, o ile nie ma obowiązku partycypacji w kosztach świadczonych usług medycznych.

Finansowanie otwarte kieruje się regułą „pieniądza za usługę” (od angielskiego terminu *fee-for-service*, zwaną dalej „regułą FFS”) i ma zazwyczaj charakter retrospektywny, tzn. usługę finansuje się po jej wykonaniu. Płatnik pokrywa koszty leczenia według rachunków wystawianych przez dostawców usług, nie przywiązując wielkiej wagi do ich wysokości. Przykładem systemów otwartych są tradycyjne ubezpieczenia zdrowotne dla pracowników (ubezpieczenie od szkód). Refundacji kosztów większości usług towarzyszy konieczność współpłacenia przez pacjenta. Przy braku współpłacenia pacjent nie ponosi żadnego ryzyka finansowego i nadużywa korzystania ze świadczeń (tzw. *moral hazard*). Przy braku ryzyka finansowego dostawcy, ta forma finansowania motywuje producentów usług medycznych do zwiększania wolumenu świadczeń (zjawisko znane jako tzw. kreowanie popytu przez podaż). Ryzyko finansowe płatnika ma charakter krótkookresowy. W dłuższym okresie kompensowane jest wzrostem składki (przy wzroście popytu na świadczenia) bądź limitowaniem liczby usług.

Źródło: Opracowanie własne

W praktyce stawka kapitacyjna określana jest zazwyczaj miesięcznie per capita, czyli na każdą zarejestrowaną osobę - członka planu zdrowotnego czy pacjenta zapisanego na listę lekarza pierwszego kontaktu. Jej wysokość w danym roku nie zależy od liczby świadczeń otrzymanych w przyszłości. **Stosowanie stawek kapitacyjnych wymaga ścisłego określenia populacji, nad którą będzie sprawowana opieka. Kontrakty kapitacyjne są przykładem umów, przy realizacji których zarządzający budżetem przejmuje na siebie pełne ryzyko wzrostu kosztów opieki w zakresie przedmiotowym objętym umową. Kapitaacja wymusza tym samym nadzór nad kosztami, a powiązanie płatności z liczbą osób zarejestrowanych, motywuje do konkurowania o członków organizacji KOZ lub pacjentów.**

Obecnie finansowanie zgodnie z regułą „pieniądze za usługę” i finansowanie kapitacyjne rzadko występują w czystej postaci. Znacznie częściej spotyka się mieszane formy finansowania świadczeń (Ellis, McGuire 1990; Ma, McGuire 1997; McGuire 2000). Nawet przy stosowaniu najprostszej formuły kapitacyjnej, wprowadza się dodatkowo na przykład stawki z potrąceniami, subkapitaacje czy

wylączenia, które pozwalają przerzucić część ryzyka związanego z nadmiarem świadczeń lub z ich niską jakością na dostawców opieki zdrowotnej lub stosować zasadę outsourcingu. Typowym obszarem dla kontraktów wylączyeniowych stosowanych w organizacjach KOZ w USA jest opieka psychiatryczna (patrz przykład USA).

Bodźce finansowe wykorzystywane w KOZ ukierunkowane na dostawców usług medycznych łączą się z bodźcami ukierunkowanymi na pacjentów (patrz dalej). Są one związane z rolą strażnika i przewodnika pacjenta po systemie, jaką dla pacjentów pełnią tzw. lekarze pierwszego kontaktu np. lekarze rodzinni.

(2) Bodźce ukierunkowane na pacjentów

Drugą z cech wspólnych dla organizacji KOZ stanowią bodźce ukierunkowane na pacjenta-klienta (członka planu zdrowotnego). Są one przykładem strategii popytowych stosowanych w szeroko rozumianej ochronie zdrowia (także przez tradycyjnych ubezpieczycieli), tak aby za pomocą różnych bodźców oddziaływać na zachowania pacjentów m.in. kształtując ich popyt na świadczenia.

W przypadku KOZ celem tych bodźców jest wsparcie pacjenta w zakresie ochrony jego zdrowia oraz optymalizacja procesu leczenia, tak by był on z jednej strony stosowny do potrzeb zdrowotnych pacjenta, a z drugiej minimalizował wysokie koszty świadczeń. Bodźce te to zbiór ograniczeń i zachęt, a także działania edukacyjne związane z profilaktyką i prewencją.

Podstawowe ograniczenie swobody pacjenta w opiece koordynowanej, szeroko stosowane w systemach ochrony zdrowia, stanowi instytucja „strażnika systemu” lub „odźwiernego” (od ang. *gatekeeper*), czyli najczęściej lekarza pierwszego kontaktu. To on w imieniu pacjenta podejmuje decyzję o dalszym leczeniu i przez skierowania koordynuje proces sprawowania opieki nad chorym przez wyższe szczeble opieki medycznej. Kiedy jest to uzasadnione medycznie, nie wydaje skierowania na badania do specjalistów lub do szpitala. Typowa organizacja KOZ zakłada aktywny wybór lekarza pierwszego kontaktu przez członków planu zdrowotnego. Na ogół są to lekarze rodzinni lub inni lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, sprawujący opiekę nad członkiem planu oraz jego rodziną. W niektórych przypadkach mogą to być także lekarze specjaliści.

Getzen (2004) zwraca uwagę, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej przestaje skutecznie odgrywać rolę strażnika systemu, kiedy opiekę nad pacjentem przejmują specjaliści na wyższym poziomie referencyjnym i w dużym stopniu angażują się w proces leczenia pacjenta. Rolę „strażnika” może w takich sytuacjach przejąć specjalista w nadzorze nad danym przypadkiem chorobowym czy nad ścieżką pacjenta w systemie. Można stosować także wylączenia niektórych

specjalności z obrębu nadzoru sprawowanego przez lekarza POZ. Przykładami takich specjalności w Stanach Zjednoczonych są: psychiatria, położnictwo czy fizykoterapia. Funkcja „strażnika systemu” traci również rację bytu w tzw. zamkniętych planach zdrowotnych, w których pacjenci korzystają wyłącznie z opieki sprawowanej przez zatrudnionych tam profesjonalistów medycznych.

Na całym świecie dzięki instytucji „strażnika systemu” ubezpieczyciele/nabywcy opieki zdrowotnej, w tym organizacje KOZ, przenoszą na lekarzy opieki podstawowej część odpowiedzialności za nadzór nad kosztami i zasadnością stosowanych wobec pacjentów metod leczenia. Praktyka dowodzi jednak, że „strażnicy systemu” także wymagają nadzoru. Bodźce finansowe działające na „strażnika systemu” (zawarte głównie w stawce kapitulacyjnej) z jednej strony zachęcają do ograniczania ilości czasu poświęcanego pacjentowi oraz badań diagnostycznych, a z drugiej strony - w przypadkach, w których lekarz POZ nie finansuje opieki na wyższych poziomach referencyjnych - skłaniają do nadmiernie częstego kierowania pacjentów do specjalisty. Mimo, że wizyty u lekarza pierwszego kontaktu również kosztują, to proces leczenia koordynowany przy jego aktywnym udziale ma sens ekonomiczny, bo choć wiele dolegliwości i chorób może być leczonych zarówno przez lekarza POZ, jak i specjalistę chorób danego typu, to koszty opieki specjalistycznej są wyższe. Ponadto, u lekarzy specjalistów obserwuje się skłonność do bardziej intensywnego korzystania z zasobów opieki zdrowotnej (badań, testów itd.), nie w każdym przypadku uzasadnione z medycznego punktu widzenia (Phelps 2003).

Kolejnym bodźcem ukierunkowanym na pacjentów, bardzo często stosowanym przez plany zdrowotne opieki koordynowanej, jest zasada współpłacenia za usługi. Sumy, które musi uiścić pacjent, są na ogół niewielkie. Nie pojawia się motywacja do szukania zewnętrznej opieki lekarskiej, natomiast ogranicza się w ten sposób zjawisko nadużywania opieki medycznej przez pacjentów. Innym ważnym narzędziem ingerencji w zachowania pacjenta jest ustalenie obowiązku stosowania się do wymogu tzw. drugiej opinii lekarskiej czyli wydania niezależnej diagnozy i propozycji terapeutycznej przez lekarza innego niż lekarz prowadzący. **Druga opinia lekarska jest wymagana szczególnie przy drogich procedurach diagnostycznych i leczniczych.**

Określenie „bodźce ukierunkowane na pacjenta” nie musi oznaczać samych ograniczeń. **Do działań pozytywnych ukierunkowanych na pacjenta należy szeroko rozumiana profilaktyka, edukacja prozdrowotnego stylu życia i nauka zachowania w sytuacji nasilenia się już istniejącej choroby, uświadamianie długookresowych zalet stosowania różnych form ograniczeń, a czasem konieczności cierpliwego czekania na ewolucję choroby i obserwację jej symptomów, kiedy podejmowanie zbyt wczesnego leczenia czy przeprowadzenie inwazyjnej diagnostyki może być dla pacjenta niekorzystne.**

Bodźce ukierunkowane na pacjenta to także obowiązki natury administracyjnej. W amerykańskich KOZ pacjenci sami wykonują część prac menedżerskich. Zobowiązani są umową do współpracy z organizacją opieki zdrowotnej, podporządkowując się procedurom administracyjnym (wypełnianie formularzy, telefoniczne potwierdzanie możliwości korzystania z usług itp.) czy korzystając ze świadczeń tylko w określonych szpitalach, aptekach, laboratoriach.

W porównaniu do tradycyjnych ubezpieczeń zdrowotnych działających na zasadzie refundacji poniesionych kosztów - różnica polega na tym, że sami pacjenci nie muszą płacić rachunków za otrzymaną opiekę i rozliczać ich z firmą ubezpieczeniową. Na ogół pochłania to sporo czasu i wysiłku. Dzięki temu firmy KOZ przez wielu Amerykanów uznawane są za mniej zbiurokratyzowane.

Wszystkie opisane powyżej bodźce ukierunkowane na pacjentów stanowią o plusach i minusach koordynowanej opieki zdrowotnej. Z jednej strony zwiększa to poczucie bezpieczeństwa, jakie wynika z koordynacji opieki i całościowego podejścia do procesu potrzebnego leczenia w ramach szerokiej gamy usług medycznych, ale z drugiej strony stanowi ograniczenie bezpośredniej dostępności pacjentów do wyższych szczebli opieki. Ograniczenia te były i są podnoszone przez wielu krytyków KOZ jako dowód na nieuwzględnianie w nich indywidualnego podejścia do leczenia, a niekiedy nawet gorszej jakości opieki zdrowotnej świadczonej przez organizacje KOZ. Zarzut gorszej jakości opieki nie broni się jednak w świetle wyników badań oceniających ją, ale przede wszystkim tego, jak bardzo idea koordynowanej opieki zdrowotnej wpłynęła na rozwój oceny jakości opieki zdrowotnej, jako ważnego elementu ewaluacji systemów ochrony zdrowia oraz stosowanych w tym celu mierników (patrz dalej). Z uwagi na dominację formuły konkurencyjnej, w amerykańskim systemie ochrony zdrowia plany zdrowotne KOZ dostępne na rynku są bardzo zróżnicowane i dywersyfikują swoją ofertę cenową w zależności od stopnia ograniczenia dostępności świadczeń na wyższych szczeblach opieki akceptowanego przez członków tych planów (patrz dalej).

(3) Zarządzanie decyzjami klinicznymi

W ochronie zdrowia, jak napisaliśmy powyżej, od kilkadziesiąt lat używa się różnych metod, aby wywrzeć wpływ na zachowania dostawców opieki medycznej. W języku ekonomii zdrowia nazywa się je „strategiami podaźowymi”. Podstawową formą strategii podaźowych w KOZ są opisane wcześniej bodźce finansowe (opłaty kapitałowe i ich modyfikacje uwzględniające specyfikę niektórych świadczeń medycznych, a także potrzeby i preferencje pacjentów). **Połączenie ich z „zarządzaniem decyzjami klinicznymi” w KOZ tworzy spójną i wzajemnie zależną całość.**

Zarządzanie decyzjami klinicznymi związane jest bezpośrednio z całym instrumentarium nadzoru nad kosztami i jakością. Są to różnorodne formy ingerencji w decyzje kliniczne personelu medycznego, zgodne z zasadami

2S - stosowności i substytucji, a jednocześnie dbające o jakość udzielanej opieki zdrowotnej. Zalicza się do nich bardzo różne aktywności i narzędzia zarządcze nazywane „instytucjami”, które stosowane w praktyce przekładają się na kontrolę kosztów i wysoką jakość leczenia uzyskiwaną w organizacjach KOZ. Zebrano je w ramce 2.

Ramka 2. Zarządzanie decyzjami klinicznymi w KOZ - przykłady

Instytucje zmniejszające potrzebę leczenia szpitalnego:

- ▶ zarządzanie ścieżką pacjenta o podwyższonych ryzykach chorobowych, ukierunkowane na osoby będące we wczesnym stadium choroby, której przebieg ma często ukryty charakter, a symptomy są trudno wykrywalne;
- ▶ programy dla przewlekle chorych, tj. intensywne zarządzanie przypadkiem chorobowym przez odpowiednio wykwalifikowanego profesjonalistę medycznego, który śledzi przebieg leczenia;
- ▶ preakceptacja (zgoda płatnika na przeprowadzenie danej procedury medycznej);
- ▶ druga opinia lekarska (niezależne potwierdzenie opinii lekarza prowadzącego).

Instytucje ograniczające czas trwania hospitalizacji i koszty leczenia:

- ▶ badania w centrum diagnostycznym i ocena stanu zdrowia przed przyjęciem do szpitala;
- ▶ tworzenie hoteli przyszpitalnych dla pacjentów;
- ▶ bieżący nadzór nad konkretnym przypadkiem chorobowym;
- ▶ stosowanie leków generycznych;
- ▶ stosowanie receptariuszy szpitalnych;
- ▶ planowanie wypisów, asysta socjalna.

Zarządzanie informacją, ocena jakości i monitorowanie działalności medycznej:

- ▶ standardy, ścieżki, protokoły postępowania medycznego;
- ▶ uwiarygodnianie kwalifikacji profesjonalistów medycznych;
- ▶ akredytacja firm medycznych;
- ▶ raportowanie i profilowanie statystyczne działalności dostawców na podstawie sprawozdań i dokumentacji medycznej;
- ▶ rozwój systemów informacyjnych;
- ▶ nadzór nad skierowaniami ex-ante;
- ▶ ocena grupy rówieśniczej;
- ▶ benchmarking;
- ▶ nadzór retrospektywny (analiza dostarczonych usług ex-post);
- ▶ nadzór nad wdrażaniem nowych technologii;
- ▶ edukacja personelu i tworzenie wspólnej kultury organizacyjnej.

Źródło: opracowanie własne za Kowalska (2009, tabela 11, s. 107-108) na podstawie m.in.: Robinson, Steiner (1998); Aliotta (2001); Cochrane (2001); Kutzin (2001); Larsen (2001); Phelps (2003); Getzen (2004).

Bardzo istotnym elementem definicji zarządzania opieką jest ukierunkowanie na redukcję potrzeb zdrowotnych, bądź potrzeb korzystania z intensywnych form opieki, a nie ograniczanie dostępu do usług. Wynikają z tego dwa fundamentalne kierunki działań w ramach opieki koordynowanej:

- 1) zapobieganie konieczności leczenia szpitalnego,**
- 2) maksymalne (możliwe) skracanie czasu pobytu w szpitalu.**

W zarządzaniu opieką zdrowotną akcent pada niekiedy na ekonomiczne skutki wykorzystania zasobów, czasem zaś na jej aspekty jakościowe. Instrumenty nadzoru nad kosztami, jakością i wykorzystaniem zasobów pozwalają na ocenę zasadności podejmowanych przez lekarzy decyzji terapeutycznych i ułatwiają wybór (selekcję) dostawców. **Sprawowanie kontroli nad kosztami odbywa się przez mniejszą lub większą ingerencję menedżera w relacje między lekarzem i pacjentem. W przypadku KOZ takim menedżerem jest dyrektor planu zdrowotnego, wyspecjalizowana w nadzorze nad kosztami pielęgniarka lub tzw. menedżer przypadku (*case manager*).**

Skuteczne realizowanie funkcji nadzoru nad kosztami i wykorzystaniem zasobów medycznych jest możliwe, jeśli menedżer wykorzysta rozbudowane systemy informacyjne obejmujące szczegóły działalności danego dostawcy świadczeń medycznych. Na ich podstawie decyduje on o zastosowaniu najbardziej odpowiednich elementów systemu motywacyjnego. Mogą to być płatności uzależnione od stopnia wykorzystania zasobów, liczby i typu skierowań oraz przepisanych leków, wyników badań satysfakcji pacjenta itp. Tam, gdzie pojawiają się wyraźne nadużycia lub postępowanie niezgodne z zawartą umową, naturalne jest stosowanie sankcji finansowych (np. w postaci odmowy płacenia za przedstawione w rachunkach usługi lub przez system potrąceń). Stosowane przez organizacje KOZ metody zarządzania kosztami służą także jako element motywujący dostawców do konkurencji o kontrakty z nimi.

Koordynowana opieka zdrowotna z uwagi na potrzebę zobiektywizowania standardów postępowania związanych z zarządzaniem decyzjami klinicznymi przyczyniła się w znaczący sposób do rozwoju medycyny opartej na dowodach (*evidence-based-medicine*) i zarządzania chorobami (*disease management*).

Wynika to z faktu, że wszelkie działania, począwszy od decyzji, czy kierować pacjentów do specjalisty, przez zarządzanie ścieżką pacjenta o podwyższonych ryzykach chorobowych, bezpośrednią kontrolę dostawców, decyzje o ograniczaniu lub wydłużaniu czasu pobytu pacjentów w szpitalu, a skończywszy na ocenie jakości udzielanych świadczeń, powinny być poddane obiektywnej ocenie i wynikać z merytorycznych przesłanek. Punktem odniesienia do nich powinny być standardy, wytyczne, wskaźniki, których określenie stanowi jeden z podstawowych celów medycyny opartej na naukowych dowodach. Potrzeba stworzenia takich standardów i ich praktycznego stosowania zarówno przez personel medyczny, jak i menedżerów opieki zdrowotnej była w dużym stopniu wynikiem rozwoju koncepcji opieki koordynowanej. **Można spotkać się z dość powszechnym poglądem, że na koordynację opieki zdrowotnej, obecną w różnych systemach ochrony zdrowia, składają się dwa kluczowe elementy:**

1) zarządzanie jakością świadczeń

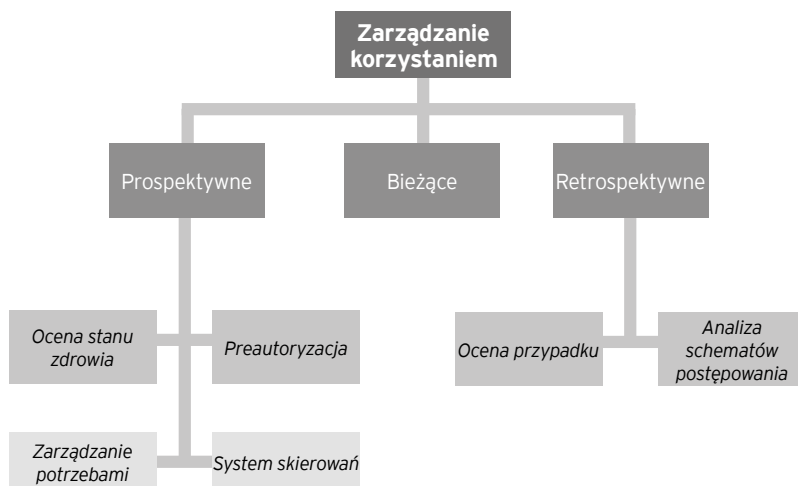
2) zarządzanie dostępem do świadczeń/korzystaniem ze świadczeń.

(Kozierkiewicz 2011)

Od tradycyjnych systemów zapewniania świadczeń zdrowotnych organizacje KOZ odróżnia aktywne przenikanie się tych dwóch aspektów zarządzania, a także podporządkowanie im podstawowych narzędzi - sposobu finansowania i nadzoru nad procesem opieki (Kozierkiewicz 2011).

Tradycyjne podejście do zarządzania korzystaniem z opieki zdrowotnej, stosowane zarówno w USA (przed rozwojem koncepcji koordynowanej opieki zdrowotnej), jak i innych krajach polega na tworzeniu koszyka świadczeń gwarantowanych dostępnych w ramach ubezpieczenia oraz stosowaniu różnych form udziału własnego pacjentów w kosztach świadczeń (współpłatność, współubezpieczenie, franszyza), których celem jest wpływanie na ograniczenie konsumpcji świadczeń nieuzasadnionych medycznie. Ubezpieczony, korzystając ze świadczeń zalecanych przez lekarzy, bez ingerencji zarządzającego opieką zdrowotną w ich zasadność, bardzo często jest poddawany licznym badaniom, które z medycznego punktu widzenia są zbędne. Skutkiem tego są rosnące koszty opieki zdrowotnej, a tym samym koszty ubezpieczeń lub konieczność ograniczania koszyka świadczeń. USA zderzyły się z tymi problemami przed kilkudziesięciu laty, dlatego koncepcja KOZ w odpowiedzi na nie zaproponowała inne podejście. **W jej przypadku aktywna ingerencja menedżerska w podejmowane decyzje oparta na obiektywnych i udowodnionych statystycznie przesłankach jest duża.** Zastosowanie jej w praktyce przyniosło Amerykanom rozszerzenie koszyka dostępnych świadczeń zdrowotnych, obniżenie kosztów współpłacenia przez pacjenta, a także okresowe obniżenie cen ubezpieczeń zdrowotnych (Kongstvedt 2009). Metody zarządzania korzystaniem z usług i dóbr medycznych stosowanych w organizacjach KOZ można podzielić (Kozierkiewicz 2011, za: Kongstvedt 2009) na prospektywne, bieżące i retrospektywne. Przedstawia je schemat 2 (por. ramka 2).

Schemat 2. Rodzaje i metody zarządzania korzystaniem z usług zdrowotnych w organizacjach koordynowanej opieki zdrowotnej



Źródło: Kozierkiewicz (2011), s.59, za: Kongstvedt (2009).

W przypadku organizacji KOZ ważnym kryterium oceny (stanowiącej podstawę wyboru na konkurencyjnym rynku amerykańskim) jest porównywalność działalności praktyk, z którymi zostały zawarte umowy, z powszechnie obowiązującymi standardami klinicznymi. Umożliwiają to m.in. raporty, które wraz z dokumentacją medyczną stanowią element dużo szerszej kategorii zarządzania informacjami o działalności medycznej i kosztach: profilowania statystycznego i benchmarkingu.

Raporty benchmarkingowe służą ocenie efektywności i jakości działań personelu własnego bądź poddostawców usług medycznych w odniesieniu do określonych, porównywalnych i wspólnych dla wszystkich kryteriów. Profilowanie statystyczne umożliwia wykrywanie zbyt wysokiego lub niebezpiecznie niskiego poziomu wykorzystania usług danego typu. Jest to wyraz myślenia w kategoriach doświadczeń całej grupy, które przewyższa analizę poszczególnych przypadków. Pozwala to na formułowanie wniosków ogólnych na podstawie twardych danych, co przekłada się na decyzje zarządcze i np. ingerencję menedżerską w proces leczenia oraz decyzje o charakterze klinicznym.

W literaturze formułowane są opinie, że koordynowana opieka zdrowotna zachęca do realizacji programów profilaktycznych. Na tę ważną cechę KOZ wskazuje źródłosłów nazwy Health Maintenance Organization (Organizacja Podtrzymywania Zdrowia) - sztandarowej formy organizacyjnej koordynowanej opieki zdrowotnej w USA. Według Cochrane „podtrzymywanie zdrowia jest przejawem zarządzania opieką w najgłębszym tego słowa znaczeniu i od zawsze było podstawowym celem organizacji KOZ. Jest oczywiste, że najlepszym sposobem redukcji zapotrzebowania na opiekę medyczną, a tym samym kosztów tej opieki, jest w pierwszym rzędzie zapobieganie chorobom i wypadkom, a można to osiągnąć przez prewencję pierwotną i wtórną” (Cochrane 2001).

Trudno ocenić indywidualny wpływ poszczególnych instrumentów (instytucji) zarządzania decyzjami klinicznymi na wyniki końcowe (Robinson, Steiner 1998). **Skuteczność organizacji KOZ ujawnia się bowiem dopiero po zastosowaniu całego systemu zarządzania, nie zaś poszczególnych technik niepodporządkowanych całościowej wizji funkcjonowania firmy. To, które z nich stosuje się w danej organizacji, zawsze zależy od warunków, z którymi menedżer i organizacja mają do czynienia. Praktyka dowodzi, że różne metody stosowane są do zarządzania różnymi rodzajami świadczeń.**

Na koniec warto podkreślić, że samo **stosowanie wybranych technik nadzoru nad kosztami w oderwaniu od misji i wizji organizacji, która je wykorzystuje, nie jest tożsame z koordynowaną opieką zdrowotną.** Niektóre z opisanych powyżej instrumentów są bowiem wykorzystywane również tam, gdzie stosuje się inne niż kapitał techniki finansowania i inną niż koordynowana opieka zdrowotna filozofię systemu. Warto zwrócić jednocześnie uwagę, że zarówno w USA, jak i innych krajach wykorzystujących z powodzeniem KOZ, nie stosuje się już kapitał

w jej pierwotnej, „czystej” postaci, ale raczej jako element bardziej skomplikowanych technik finansowania. Kapitacja jest często wieloprogowa (tj. uzależniona od grup wiekowych), a dla wzmocnienia efektywności świadczeniodawcy są wynagradzani za uzyskiwane rezultaty leczenia (patrz dalej przykład Wielkiej Brytanii).

3. Doświadczenia międzynarodowe

W tej części raportu przedstawimy doświadczenia kilku wybranych krajów, które w różnych uwarunkowaniach gospodarczych, prawnych i kulturowych zdecydowały się na wprowadzenie do swoich systemów ochrony zdrowia rozwiązań kryjących się pod pojęciem koordynowanej opieki zdrowotnej. Są to Stany Zjednoczone, Wielka Brytania i Niemcy. Na ich przykładzie pokazujemy jak zróżnicowane może być zarówno funkcjonowanie organizacji opieki koordynowanej, jaki i sposób ich rozwoju w zależności od licznych uwarunkowań. Przypadek USA posłuży prezentacji historii rozwoju koncepcji i organizacji KOZ, ale także dzięki dostępnej literaturze pozwolił na kompleksową ocenę tej koncepcji w stosunku do tradycyjnego modelu ubezpieczeniowego. W przypadku UK i Niemiec prezentujemy wybrane aspekty oraz doświadczenia z procesu dochodzenia do obecnego modelu KOZ. Sposób prezentacji wybranych przez nas krajów jest różny z uwagi na duże zróżnicowanie w dostępnej literaturze stopnia szczegółowości opisów ich doświadczeń. Prezentacji każdego z krajów towarzyszyć będzie ocena konkretnych rozwiązań, sformułowana na podstawie wyników badań naukowych. Zwracamy wszakże uwagę na charakter dostępnej literatury, który także determinuje niejednorodny sposób prezentacji wyników. I tak np. w przeglądowym artykule, omawiającym istotę i zasadnicze osiągnięcia oraz słabości brytyjskiego *GP-fundholdingu*, Nicholas Goodwin (1998) zauważa, że literatura opisująca ten element reformy brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia (National Health Service, NHS) zaczerpnięty z KOZ, bardzo często przybiera formę opinii danego autora, anegdoty czy opisu studium przypadku. Wynika to w dużej mierze z faktu, że w momencie wdrażania reformy oraz w obliczu poniesionych wysokich kosztów zmiany instytucjonalnej, obawiano się przeznaczyć jakiegokolwiek dodatkowe fundusze na stworzenie centralnego systemu ewaluacji osiągnięć reformy. Dopiero z pewnym opóźnieniem, niezależne ośrodki naukowe przygotowały własne ekspertyzy. Nie stworzono jednak grupy eksperckiej, która tym pracom nadałaby jednolity charakter i kierunek. Podobna fragmentaryczność (w większym nawet stopniu) cechuje literaturę amerykańską. W opracowaniach dotyczących funkcjonowania organizacji opieki koordynowanej w Stanach Zjednoczonych obok opinii zdecydowanie korzystnych współistnieją oceny negatywne. Zwraca się jednak uwagę na fakt, że te ostatnie wynikają z dużej dozy subiektywizmu oraz dziennikarskiej skłonności do prowokacji i odnoszą się do pojedynczych przypadków czy anegdot (Brodie et al. 1998; Robinson, Steiner 1998; Cochrane 2001). W części poświęconej niemieckiej KOZ wykorzystano głównie metodę analizy istniejących regulacji (ustawodawstwa) i zaprezentowano wstępne wnioski płynące z obserwacji pierwszych lat funkcjonowania nowych zasad kontraktowania świadczeń medycznych.

Stopień zaawansowania realizowanych reform, a także rezultaty rozwoju koordynowanej opieki zdrowotnej w prezentowanych krajach są bardzo zróżnicowane i, co chcielibyśmy podkreślić, nie wynika to z tego, jak koordynowana opieka zdrowotna jest skuteczna w realizacji stawianych przed nią celów, a bardziej

z tego, jak jest postrzegana i wdrażana w określonych warunkach konkretnego systemu ochrony zdrowia. **Im bardziej konkurencyjny i dynamiczny jest model funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (przykład USA), tym szybszy i bardziej spektakularny jest rozwój i udział w rynku organizacji kierujących się zasadami KOZ. Przykłady Wielkiej Brytanii i Niemiec wyraźnie potwierdzają naszą obserwację, że wprowadzanie KOZ jako elementu zmiany systemu ma różną dynamikę, w zależności od organizacji systemu, liczby działających ubezpieczycieli czy sposobu zawierania kontraktów na świadczenia usług zdrowotnych przez lekarzy i szpitale.** To, że koordynowana opieka zdrowotna jest pożądanym i skutecznym sposobem zarządzania w ochronie zdrowia, mimo istnienia wciąż krytycznych głosów, nie budzi chyba już większych wątpliwości. Dowodem na to niech będzie fakt, że kluczowe zasady KOZ są stosowane obecnie przez zdecydowaną większość firm ubezpieczeniowych w USA konkurujących z typowymi firmami *managed care*. **Bazując na przykładach doświadczeń z USA, Wielkiej Brytanii oraz Niemiec, można powiedzieć, że o sukcesie wdrażania koordynowanej opieki zdrowotnej decyduje nie tyle to, co chce się zrobić, ile to, jak się to robi.**

3.1. USA

Stany Zjednoczone to kraj, o którym mawia się, że ze względu na rynkowe podejście do ochrony zdrowia oraz mnogość dostępnych rozwiązań finansowych i organizacyjnych, nie posiada systemu ochrony zdrowia. To stwierdzenie jest o tyle nieuzasadnione, że mimo dużej różnorodności, w USA obowiązuje silna ingerencja nadzorcza zarówno ze strony państwa, jak i licznych instytucji o charakterze pozarządowym dbających o bezpieczeństwo i interes pacjentów w wielu równoległe działających systemach ochrony zdrowia. Na zdrowie wydaje się tam najwięcej na świecie, wg WHO w 2011 roku było to już 17,9% PKB, z czego 54,1% stanowiły wydatki prywatne, ponoszone przez pracodawców i osoby indywidualne, a 45,9% wydatki publiczne. W przeliczeniu per capita daje to 8608 USD PPP. Do czasu reform systemu ochrony zdrowia wprowadzanych przez prezydenta Baracka Obamę w Stanach Zjednoczonych nie istniał obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego. Mimo tak wielkich nakładów na zdrowie, brak jednego systemowego rozwiązania i ubezpieczenia zdrowotnego będącego częścią polityki społecznej powodował, że w 2011 roku ok. 50 mln spośród 315 mln obywateli amerykańskich nie posiadało żadnego ubezpieczenia. Mimo wprowadzanych obecnie zmian liczba nieubezpieczonych jedynie zmniejszyła się, wciąż jednak pozostaje na wielomilionowym poziomie.

Tabela nr 1 przedstawia dane z roku 2010 w podziale na rodzaj instytucji ubezpieczającej oraz typ programu ubezpieczeniowego. Warto zwrócić w niej uwagę, że wg poniższego źródła ok. 135 mln Amerykanów, a więc ok. 44% ogółu populacji, korzystało z różnych programów wykorzystujących KOZ. Wśród organizacji stosujących to podejście do opieki zdrowotnej są nie tylko organizacje typowe dla tego nurtu, lecz także firmy ubezpieczeniowe, które nierzadko w swojej ofercie mają

zarówno produkty zarządzane na zasadzie narzędzi KOZ, jak i takie, które opierają się na opłatach za usługę lub refundacji kosztów leczenia poniesionych przez ubezpieczonych. Rynkowe uwarunkowania powodują, że niektóre firmy, mimo że są organizacjami KOZ, nie podkreślają tego, a inne czynią z tego wizytówkę własnej działalności. Jak podkreślają niektórzy eksperci (Kozierkiewicz, 2011) obecnie klasyfikacja planów zdrowotnych i produktów ubezpieczeniowych wg kryteriów KOZ jest często bardziej zabiegiem czysto badawczym niż praktycznym. Koordynacja opieki rozumiana jako zarządzanie dostępem do świadczeń zdrowotnych i ich jakością jest na tyle powszechna w ochronie zdrowia w USA, że tylko analizy aktów prawnych, na podstawie których działają poszczególne plany zdrowotne, pozwalają na stwierdzenie, czy mamy do czynienia z ofertą firmy zaliczanej do organizacji opieki koordynowanej czy firmy ubezpieczeniowej. Ta sytuacja sprzyja powstawaniu znacznych rozbieżności w danych dotyczących udziału programów KOZ w amerykańskim rynku, które są podawane w różnych źródłach.

Tabela. 1. Liczba ubezpieczonych w USA wg typu organizacji ubezpieczającej oraz charakteru planu ubezpieczeniowego w 2010 roku

Segment	Liczba osób (mln)	Obywatele USA %	Liczba osób w programach stosujących KOZ (mln)	% osób z danej grupy w programach stosujących KOZ
Firmy ubezpieczeniowe /Organizacje Koordynowanej Opieki Zdrowotnej	162	52,4	87	53,6
Medicare	47	15,2	11	24,2
Medicaid	47	15,2	33	71
Wojsko	4	1,2	4	100
Nieubezpieczeni	49	16	0	0
Razem	309	100	135	43,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kozierkiewicz 2011 s. 31; za CDC 2010 (<http://www.cdc.gov/nchs/fastasts/hinsure.htm>).

Mimo to rozmiar sukcesu KOZ jest bezsporny. W ciągu ostatnich 40 lat opieka koordynowana w Stanach Zjednoczonych rozwinęła się bowiem na ogromną skalę. Liczba osób objętych tą formą opieki w 1970 roku wynosiła zaledwie 3 mln, dziesięć lat później - 9 mln, wg niektórych źródeł w 1999 roku - nawet 175 mln (Kane (1995); Getzen (2004 [2000, s. 285]); Glied (2000, s. 708), Cochrane (2001a, s. 14)). Udział rozwiązań typu KOZ na rynku komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych USA wynosił 20% w 1985 roku i 70% w 1990 roku. Niektórzy eksperci uważają, że nawet 90–95% ubezpieczeń wykupywanych przez amerykańskich pracodawców zawiera elementy KOZ.

Stanowi to m.in. efekt tego, że w ciągu kilkadziesiąt lat rozwoju koncepcji KOZ w USA powstały różne regulacje dotyczące zasad jej stosowania, ale nie powstały ograniczenia, które zabraniałyby ich stosowania przez jeden typ organizacji ochrony zdrowia, a nakazywałyby to innym. Utał się natomiast dość powszechny pogląd,

że koordynacja opieki zdrowotnej to ograniczenie dostępu do niektórych świadczeń oraz wskazywanie tańszych alternatyw dla metod leczenia lub leków. Między innymi dlatego wiele firm, mimo że stosuje podstawowe zasady KOZ (2S - stosowności i substytucji opieki zdrowotnej oraz zarządzania dostępem do opieki i jej jakością) nie eksponuje tego faktu.

Początki KOZ w Stanach Zjednoczonych

W USA, podobnie jak w krajach europejskich, początkiem działalności w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych była aktywność indywidualnych lekarzy oraz ich związków, a także szpitali, które w zamian za przedpłaty od dużych grup ludzi były gotowe świadczyć dla nich opiekę zdrowotną. Za pierwsze kroki opieki koordynowanej uznaje się program z roku 1910 pod nazwą Western Clinic w Tacoma, w stanie Waszyngton, w którym właściciele i pracownicy tartaków w zamian za 50 centów miesięcznie od osoby otrzymywali dostęp do szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych. Pomysł ten okazał się na tyle dobry, że w ciągu kolejnych lat podobne programy działały w ponad 20 miejscach w stanach Oregon i Waszyngton. Dotyczyły one określonych grup zawodowych pracujących w przemyśle lub usługach. W 1930 roku w Elk City, w stanie Oklahoma, powstała spółdzielnia farmerów, która zbudowała szpital, w zamian za co lokalna społeczność farmerów dostała zniżki na usługi w nim świadczone. Program ubezpieczeniowy Blue Cross zapoczątkował swoją działalność w roku 1929, po tym jak w zamian za przedpłaty Baylor Hospital w Texasie zaproponował tysiącu pięciuset nauczycielom dostęp do swoich świadczeń. W identyczny sposób swoją ofertę opieki zdrowotnej sprzedawała sieć towarzystw lekarskich (medycznych), która stała się podstawą do utworzenia programu Blue Shield. Z połączenia tych programów powstał największy w USA podmiot ubezpieczeń zdrowotnych tj. Blue Cross Blue Shield Association działający do chwili obecnej na zasadach ubezpieczeń wzajemnych.

Warto zwrócić uwagę, że impuls do rozwoju KOZ w Stanach Zjednoczonych wiązał się z konkretnymi potrzebami organizacyjnymi i gospodarczymi. Związany był z polityką pobudzania wzrostu gospodarczego po zapaści Wielkiego Kryzysu. Podstawą pierwszego tego typu przedsięwzięcia była bardzo prosta zasada przedpłat w zamian za wzięcie na siebie odpowiedzialności za zagwarantowanie opieki medycznej kilkunastotysięcznej populacji robotników (i ich rodzin) zatrudnionych na odległych od ośrodków zdrowia budowach. Eksperyment autorstwa doktora Sidneya Garfielda, zorganizowany przez rodzinę przemysłowców Kaiser dla swoich pracowników, okazał się niezwykle skuteczny. Działa do dzisiaj w Kalifornii pod nazwą Kaiser Permanente Health Plan w postaci największej „otwartej” organizacji podtrzymania zdrowia - HMO (Health Maintenance Organization) (patrz dalej).

W latach 30. i 40. XX wieku podobne plany powstały w stanie Waszyngton, w Nowym Jorku czy Seattle. Były one tworzone przez lekarzy lub ich związki, a mimo to ich dynamiczny rozwój w wielu miejscach spotykał się z dużym oporem

środowiska lekarskiego. Powodem było silne przyzwyczajenie do funkcjonowania na zasadzie opłat za każdą usługę i obrona wysokiego prestiżu zawodu lekarza. Podejmowano nawet próby, często kończące się w sądach, zablokowania działalności organizacji praktyk lekarskich, które udzielały świadczeń w zamian za przedpłaty. Nie udawało się to, a model ten zyskiwał coraz więcej zwolenników wśród przedsiębiorców i ich pracowników. Mimo spektakularnych sukcesów pierwszych amerykańskich organizacji opieki koordynowanej, potrzeba było dodatkowych czynników, które dałyby silny impuls do ich dalszej ekspansji. Za główną przyczynę tak dynamicznego w ostatnim trzydziestoleciu rozwoju KOZ w Stanach Zjednoczonych uznaje się bardzo wysokie wydatki na zdrowie. W stronę KOZ w latach 70. i 80. XX wieku zwróciła się Ameryka korporacyjna, bowiem pracodawcy finansowali 75% kosztów usług medycznych, a opieka zdrowotna dla pracowników stanowiła trzecie w kolejności źródło powstawania kosztów produkcji (Larsen 2001). Koncepcję KOZ, stworzoną w języku medycyny i ekonomii przez doktora Paula Elwooda i ekonomistę Alaina Enthovena, na język polityki przełożyła administracja prezydenta Nixona. W 1973 roku doprowadziła ona do przyjęcia ustawy o opiece koordynowanej (HMO Act) przez co wprowadziła, obok dość ogólnie rozumianego pojęcia organizacji opieki koordynowanej, nazwę Health Maintenance Organizations - HMO (Organizacje Podtrzymywania Zdrowia). Ich perspektywny, kapitałowy system finansowania dostępu do opieki zdrowotnej był przeciwstawiany tradycyjnemu modelowi finansowania retrospektywnego opłat za usługi stosowanemu przez komercyjne firmy ubezpieczeniowe. Propozycje Elwooda szły na tyle daleko, że Medicare na podstawie HMO Act miał kontraktować opiekę zdrowotną dla osób starszych wyłącznie przez organizacje opieki koordynowanej. Aż do 1982 roku nie doszło to do skutku, ale ustawa spowodowała znaczny wzrost liczby organizacji KOZ. Stało się tak głównie za sprawą:

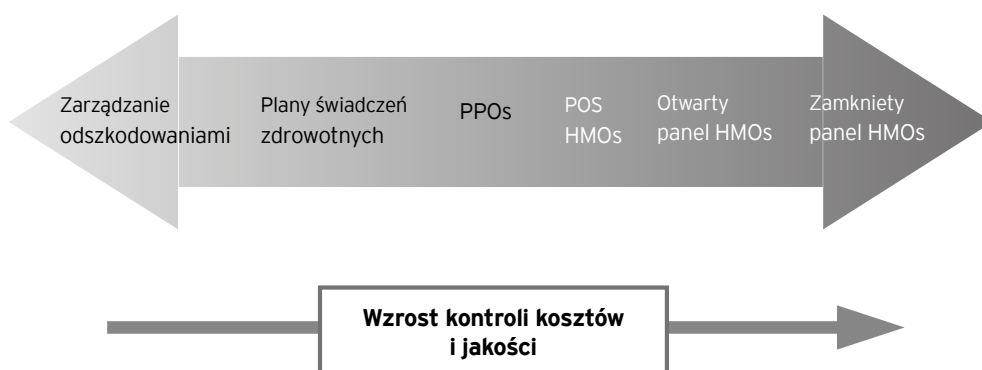
- ▶ umożliwienia im korzystania z publicznych grantów i kredytów na rozwój,
- ▶ zniesienia regulacji stanowych, które ograniczały działalność organizacji KOZ na swoim terytorium,
- ▶ wymuszenia na dużych i średnich pracodawcach, oferujących pracownikom ubezpieczenia zdrowotne, umożliwienia korzystania przez nich z opieki medycznej także w HMO.

Obecnie KOZ jest powszechnie stosowana w programach finansowanych ze środków federalnych. Aż 100% programów kierowanych do wojska, 71% do osób ubogich objętych ubezpieczeniem Medicaid oraz rosnąca z roku na rok liczba osób starszych (obecnie ok 24%) uprawnionych do świadczeń z tytułu programu Medicare, to beneficjenci KOZ.

Struktury organizacyjne KOZ

Jak wspomnieliśmy wcześniej, różnorodność form organizacyjnych koordynowanej opieki zdrowotnej, mimo posługiwania się tą samą podstawową definicją KOZ, wynika między innymi z różnic w zakresie, stopniu oraz formie integracji funkcji ubezpieczyciela i dostawcy świadczeń zdrowotnych. Zależy także od swobody kontraktowania dostawców opieki z więcej niż jednym planem zdrowotnym (Robinson, Steiner 1998; Mays et al. 2001). Ową różnorodność konfiguracji organizacyjnych, którą najlepiej odzwierciedlają doświadczenia amerykańskie, można przedstawiać jako pewne kontinuum instytucjonalne (Wagner 2003). Na jednym krańcu kontinuum Wagnera sytuują się tradycyjne towarzystwa ubezpieczeniowe, na których amerykański system opieki zdrowotnej opierał się do lat 80. i które finansują usługi dostawców zgodnie z regułą FFS. Na drugim krańcu kontinuum znajdują się najbardziej restrykcyjne formy KOZ, tzw. zamknięte HMO, ściśle zarządzające opieką zdrowotną i na ogół dostarczające świadczenia przez zatrudniony przez siebie personel medyczny (opłacany na zasadzie pensji) we własnych centrach diagnostyczno-leczniczych oraz szpitalach.

Rysunek 1. Organizacje KOZ a kontrola kosztów i jakości opieki zdrowotnej



Źródło: Kongstvedt, Peter R, The Managed Health Care Handbook, Aspen, Gaithersburg 2001, s.30 (rys. 3.2)

Organizacje Podtrzymywania Zdrowia (Health Maintenance Organization - HMO) są najbardziej znaną i klasyczną formą organizacji opieki koordynowanej.

W roku 1995 za pośrednictwem organizacji HMO sprawowano opiekę nad 60 milionami osób, co stanowiło ok. 20% czynnych zawodowo obywateli Stanów Zjednoczonych oraz osób pozostających na ich utrzymaniu (Getzen 2004 [2000, s. 256-257]). Udział osób korzystających ze świadczeń firm HMO na rynku organizacji opieki koordynowanej w latach 1996-1999 wynosił już 30% (Phelps 2003). W zamian za stawkę kapitacyjną HMO ponosi odpowiedzialność za sfinansowanie i zorganizowanie opieki medycznej w zakresie wskazanym w umowie zawartej z członkami planu. Wybór danego planu zdrowotnego oznacza dla potencjalnych pacjentów akceptację ograniczeń (głównie w zakresie możliwości wyboru miejsca leczenia) narzuconych przez HMO. Warunkiem korzystania

z większości usług jest dopuszczenie do nich (na zasadzie skierowania) przez lekarza pierwszego kontaktu. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, którzy pełnią w HMO funkcję „strażników systemu”, są zazwyczaj także opłacani wedle stawki kapitałowej. Organizacje HMO stosują większość bodźców finansowych opisanych w rozdziale drugim raportu ukierunkowanych na dostawców opieki zdrowotnej (zewnętrznych bądź stanowiących własny personel) oraz aktywnie zarządzają decyzjami klinicznymi.

Najbardziej restrykcyjną formą organizacji opieki koordynowanej jest zamknięty plan zdrowotny HMO. „HMO ze stałym personelem” (HMO Staff lub Closed – panel HMO), bo tak czasem określa się tę formę organizacji, jest właścicielem szpitali i zatrudnia lekarzy wynagradzanych na ogół na zasadzie pensji, co nie jest częstą praktyką w USA. Umowy zobowiązują ich do pracy wyłącznie na rzecz jednej organizacji. Taki sposób zatrudniania personelu ma swój atut w postaci możliwości sprawowania ścisłej kontroli nad pracą lekarza i wykorzystaniem zasobów oraz pozwala na unifikację struktury organizacyjnej. Rozwiązanie to ma też swoje minusy, np. ryzyko wzrostu kosztów, kiedy proces zatrudniania i szkolenia nowych pracowników jest znacznie bardziej czasochłonny, niż podpisywanie kontraktu z zewnętrznym dostawcą. W zamkniętych HMO funkcje ubezpieczyciela, nabywcy i dostawcy usług medycznych są w pełni zintegrowane.

Działający na Zachodnim Wybrzeżu Kaiser Permanente, otaczający opieką ok. 6 milionów ubezpieczonych, jest przykładem otwartej HMO. Otwarte plany zdrowotne (HMO Prepaid Group Practice – HMO PGP lub Open – panel HMO) zawierają kontrakty selekcyjne z jedną bądź z kilkoma wielospecjalistycznymi praktykami grupowymi, wynagradzanymi przy wykorzystaniu technik kapitałowych. Przy tego typu organizacjach opieki medycznej istnieją często wspólne centra opieki podstawowej czy szpitale. Funkcja nabywcy świadczeń jest formalnie rozłączna z funkcją dostawcy, ale działania obu podmiotów są tak ściśle ze sobą sprzężone, że na ogół postrzega się je jako jedną zunifikowaną strukturę.

Podobna rozłączność funkcji nabywcy i dostawcy występuje w modelu sieciowym HMO (Network HMO), ale tego typu organizacja nie zatrudnia własnego personelu i nie zawiera kontraktów selekcyjnych. Relacje kontraktowe „na wyciągnięcie ręki”, zawierane z wieloma poddostawcami, mają różnorodną formę i charakter, co w konsekwencji zmusza organizację HMO do stosowania bardziej zróżnicowanych form nadzoru nad jakością i kosztami niż w modelach grupowym i otwartym. Każda z praktyk, która podpisuje kontrakt z HMO, zajmuje się leczeniem wyłącznie tych pacjentów, którzy zarejestrowali się w danej HMO. Ta ostatnia cecha nie dotyczy już jednak kolejnej formuły organizacyjnej, tj. IPA HMO.

Amerykańska formuła organizacji HMO zawierającej kontrakty ze Stowarzyszeniami (Spółdzielniami) Niezależnych Praktyk (Independent Practice Assotiation – IPA HMO), popularna także w Nowej Zelandii i Australii, to przykład organizacji KOZ działającej na podstawie umów zawartych z wieloma niezależnie działającymi

dostawcami usług. Mogą oni utworzyć stowarzyszenie niezależnych praktyk bądź działać indywidualnie. Takie zrzeszenia uznawane są jednak za „krok wstecz” wobec HMO, oznaczający mniejszy stopień integracji poszczególnych podmiotów organizacji. Czasem IPA HMO określa się jako „hybrydę” tradycyjnego modelu ubezpieczeniowego i otwartych form HMO. Lekarze pracujący w ramach IPA, posiadający niezależne praktyki (prywatne gabinety lekarskie), przyjmują zarówno pacjentów zarejestrowanych w planie ubezpieczeniowym, z którym zawarli umowę, jak i pacjentów prywatnych. Finansowanie współpracy z IPA odbywa się na zasadzie kapitału bądź według reguły „pieniądze za usługę”.

Narastające oczekiwania natury konsumpcyjnej, wynikające m.in. z potrzeby posiadania dużej swobody wyboru miejsca leczenia oraz dostosowanych do indywidualnych oczekiwań zasad korzystania z opieki medycznej, wpłynęły na rozwój mniej restrykcyjnych form koordynowanej opieki zdrowotnej, z których zdecydowanie największą popularnością cieszą się opcje „punktowa” (Point Of Service Plan - POS) i „wybrani dostawcy” (Preferred Provider Organization - PPO). Udział w rynku opieki koordynowanej osób korzystających ze świadczeń PPO i POS w latach 1996 i 1999 wykazywał tendencję rosnącą i wyniósł odpowiednio: 28% i 41% (PPO) oraz 14% i 22% (POS). Inne formy KOZ, które w niniejszym opracowaniu nie zostaną omówione, mają raczej marginalny charakter. Ponadto, w wielu przypadkach panuje dowolność w zakresie form kontraktowych (selekcyjne lub nie), liczby poddostawców, zasad tworzenia sieci itp. i dlatego rozwiązania takie określa się mianem modelu mieszanego.

Dojrzewanie systemów KOZ

Ważnym elementem rozwoju organizacji KOZ było wprowadzanie zewnętrznych mechanizmów oceny jakości ich działania. Potrzeba ta wynikała z ograniczenia możliwości oceny jakości opieki medycznej przez jej konsumentów i konieczności wsparcia ich w decyzjach związanych z wyborem usługodawców. W tym kierunku podążyły regulacje prawne, a za nimi ewolucja amerykańskich KOZ. Powstała Narodowa Komisja Zapewniania Jakości (National Committee for Quality Assurance, NCQA) - pierwotnie jako ciało wewnętrzne izby gospodarczej organizacji KOZ, z czasem została przekształcona w niezależną instytucję. Nadzór nad nią prowadzony jest przez przedstawicieli pracodawców, związków zawodowych i organizacji konsumenckich. NCQA prowadzi akredytację HMO, co stało się regułą po tym, gdy kilka największych firm zażądało tego w przetargach na ofertę HMO dla swoich pracowników. Komisja rozszerzyła swoją działalność także na inne organizacje opieki zdrowotnej (PPO oraz tzw. *curve-out-organizations*, które jako niedostatecznie dobrze zarządzane traciły zdolność do samodzielnej działalności i były wchłaniane przez większe organizacje KOZ typu HMO). Najbardziej spektakularnym sukcesem NCQA na polu standaryzacji oceny jakości planów zdrowotnych jest Health Care Effectiveness Data and Information Set (HEDIS)¹ - narzędzie w postaci okresowego, standardowego raportu, który dostarczany jest przez oceniane organizacje i stanowi źródło porównań dla ich klientów

(indywidualnych i instytucjonalnych). Raport ten służy także administracji publicznej oraz pracodawcom do podejmowania decyzji o nabywaniu planów zdrowotnych w ocenianych instytucjach KOZ.

Ważnym elementem dojrzewania KOZ, który doprowadził do jej obecnego kształtu, były i są nadal techniki zarządzania kosztami medycznymi.

Praktyczne stosowanie zasady 2S - substytucji i stosowności - spowodowało oczekiwane przeniesienie leczenia ze szpitali do leczenia ambulatoryjnego, a prowadzone na szeroką skalę działania profilaktyczne i prewencyjne dały w efekcie obniżenie kosztów leczenia. Przesunięcia ciężaru z leczenia szpitalnego na diagnostykę i farmakoterapię zwróciło jednak uwagę zarządzających KOZ na konieczność lepszego prowadzenia procesu leczenia szczególnie trudnych przypadków np. chorych z wieloma współistniejącymi chorobami. W ten sposób w ramach KOZ rozwinęła się nowa dyscyplina zarządzania opieką medyczną a mianowicie *disease management* i *case management*.

Na ich potrzeby powstały standardy postępowania oraz systemy IT wspierające proces wyszukiwania i leczenia pacjentów, którzy wymagają specjalnego, często wielowątkowego prowadzenia i wspomaganie w procesie leczenia i prewencji wtórnej (Kongstvedt 2009; Kozierekiewicz 2011).

Oceny amerykańskiej KOZ

W analizowanych badaniach trudno uchwycić indywidualną zależność pomiędzy stopniem integracji funkcji dostawcy i nabywcy świadczeń a wynikami funkcjonowania firmy opieki koordynowanej. Dominują analizy o charakterze ogólnym. W tej części przedstawione zostały wyniki takich badań, które charakteryzują funkcjonowanie firm sektora KOZ w odniesieniu do jakości, równości w leczeniu, satysfakcji pacjentów, poziomu wykorzystania zasobów, poziomu wydatków i stosowania form opieki prewencyjnej.

W 1998 roku ukazały się wyniki metaanalizy przeprowadzonej przez badaczy brytyjskich na zlecenie brytyjskiego Departamentu Zdrowia, których głównym celem badawczym była ocena możliwości stosowania wybranych technik KOZ w Wielkiej Brytanii. Wyniki systematycznego przeglądu opublikowano w pracy Robinsona i Steiner (1998). Autorzy badania korzystali z metodologii opracowanej na University of York (NHS CRD 1996), która określała sposób sformułowania pytań badawczych, kryteria włączenia publikowanych wyników badań do przeglądu literatury, strategię wyszukiwania artykułów i wyników badań z wykorzystaniem dostępnego oprogramowania i wyszukiwarek elektronicznych oraz metody analizy danych. W przeglądzie korzystano w sumie z 70 ściśle wyselekcjonowanych artykułów i 600 obserwacji. Znaczna część artykułów, które stanowią podstawę prezentowanego systematycznego przeglądu literatury, powstała na podstawie wyników dwóch poważnych badań przeprowadzonych pod koniec lat 80. i na początku lat 90.: Medical Outcomes Study (RAND, 9 artykułów) i TEFRA (narodowy program ewaluacji, 10 artykułów). W opracowaniu wyników korzystano z metody

instytucjonalnej analizy komparatywnej - porównywano funkcjonowanie szerokiego agregatu KOZ z funkcjonowaniem w tych samych wymiarach sektora ubezpieczeń tradycyjnych. Analiza miała umożliwić sformułowanie odpowiedzi na zasadnicze pytanie: jakimi naukowymi dowodami dysponuje się na temat funkcjonowania KOZ w Stanach Zjednoczonych w zakresie wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej, prewencji i promocji zdrowia, jakości opieki, satysfakcji konsumenta, równości w leczeniu, wydatków na opiekę zdrowotną.

Ogólne zestawienie wyników analizy zawiera tabela 2. W dalszej części zamieszczono komentarz do wyników.

Tabela 2. Zestawienie wyników badań naukowych dotyczących funkcjonowania amerykańskiej KOZ

Wymiar funkcjonowania	Ocena			
	KOZ lepsza	Brak różnicy	KOZ gorsza	Wynik niejednoznaczny
1. Wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej				
współczynniki przyjęć do szpitala				
czas trwania pobytu w szpitalu				
liczba dni spędzonych w szpitalu/ zarejestrowanego				
liczba wizyt u lekarza/ zarejestrowanego				
liczba procedur wysokospecjalistycznych				
stosowanie leków wydawanych na receptę				
2. Profilaktyka i promocja zdrowia				
3. Jakość opieki zdrowotnej				
jakość struktury				
jakość procesu				
jakość wyników				
4. Satysfakcja konsumenta				
5. Równość w leczeniu				
dzieci				
kobiety z niskimi dochodami				
osoby starsze				
<i>Specyficzne warunki:</i>				
rak				
zawał serca				
depresja				
choroby przewlekłe (np. choroby reumatoidalne, nadciśnienie, cukrzyca)				

Wymiar funkcjonowania	Ocena			
	KOZ lepsza	Brak różnicy	KOZ gorsza	Wynik niejednoznaczny
6. Wydatki na opiekę zdrowotną				
wysokość rachunków za pobyt w szpitalu		████████		
wydatki szpitalne/ zarejestrowanego				████████
wydatki/ zarejestrowanego w obszarze POZ i SA				████████
całkowite wydatki/ zarejestrowanego		████████		

Źródło: Kowalska (2009, tabela 14, s.150-151), opracowanie własne na podstawie Robinson, Steiner (1998, tabela 3.29, s. 116-117).

Kategoria „KOZ lepsza” oznacza mniejsze wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej, niższe wydatki, więcej opieki prewencyjnej, lepszą jakość, większe zadowolenie pacjentów itp. Kategoria „wynik niejednoznaczny” oznacza sytuację, w której udział wyników przemawiających na korzyść KOZ był równoważony udziałem wyników przemawiających na korzyść sektora tradycyjnych ubezpieczeń.

1. Wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej

Wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej mierzone jest wskaźnikami stopy przyjęć do szpitala, czasu trwania pobytu i liczby dni spędzonych w szpitalu per capita (na jednego zarejestrowanego), liczby wizyt u lekarza per capita, liczby procedur wysokospecjalistycznych i stosowania leków wydawanych na receptę. Analiza potwierdziła tezy mówiące o tym, że korzystanie z zasobów w sektorze KOZ jest mniej intensywne, chociaż różne wskaźniki potwierdzają ten wynik z różnym nasileniem. Badanie wykazało, że wskaźnik przyjęć do szpitala jest niższy średnio o około 30% w organizacjach HMO. Koordynowana opieka zdrowotna wykazała preferencje względem wczesnych interwencji (większa skłonność do przyjmowania pacjentów do szpitala we wczesnym stadium choroby). Potwierdza to stosowanie zasady stosowności.

Różnica w czasie trwania pobytu w szpitalu wyniosła średnio 1 dzień. Zasadniczą przeciwwagą dla ograniczenia czasu hospitalizacji stanowi większe wykorzystanie usług podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, czy korzystanie z opcji zabiegów chirurgicznych w systemie jednodniowym. Oba sektory nie różniły się pod względem liczby dni spędzonych w szpitalu na jednego zarejestrowanego, natomiast wyniki wskazujące na to, że w wielu obserwacjach liczba wizyt u lekarza na jednego zarejestrowanego była wyższa w sektorze KOZ są niejednoznaczne. 18% obserwacji wskazało na niższe o 20-40% wykorzystanie procedur wysokospecjalistycznych, jeśli zaś chodzi o stosowanie leków wydawanych na receptę, wyniki okazały się niejednoznaczne.

2. Profilaktyka i promocja zdrowia

Obszarem działań KOZ, który jako jedyny uzyskał jednoznaczne pozytywne oceny, jest identyfikacja grup podwyższonego ryzyka. Metaanaliza dostarczyła wiarygodnych dowodów na rzecz tezy o zwiększonej aktywności prewencyjnej firm KOZ. Profilaktyka pierwotna czy wtórna, w powiązaniu z programami zarządzania ścieżką pacjenta czy programami badań przesiewowych, szczepień, badań kontrolnych, mini-poradni itp., to jedyna kategoria, w której organizacje KOZ wydają więcej środków niż firmy z sektora tradycyjnych ubezpieczeń (Cochrane 2001).

Oba sektory wykazały zasadniczo porównywalną jakość diagnostyki onkologicznej (mierzonej wskaźnikami stadium choroby w momencie jej wykrycia), z wyjątkiem 4 typów choroby nowotworowej - raka piersi, szyjki macicy, okrężnicy i skóry - których wykrycie jest w dużej mierze uzależnione od testów przesiewowych, a w przypadku których sektor KOZ osiąga lepsze wyniki diagnostyczne.

Około 94% firm KOZ do koszyka świadczeń gwarantowanych z tytułu płacenia składki włączyło leki, co uznawane jest za istotny bodziec do stosowania zaleceń terapeutycznych i zapobiega negatywnym konsekwencjom rezygnacji z terapii lekowej. Wykazano, że w sektorze KOZ w 82% przypadków więcej niż w sektorze FFS, po upływie 2 lat od momentu postawienia diagnozy o chorobie nadciśnieniowej, poziom ciśnienia u tych pacjentów był pod stałą kontrolą lekarza.

3. Jakość opieki

Miary jakości opieki medycznej i wskaźniki satysfakcji pacjenta zazwyczaj są analizowane oddzielnie. Jakość oceniana według obiektywnych miar jest bowiem czym innym niż jakość postrzegana przez pacjenta (tzw. satysfakcja pacjenta). W kontekście opieki zdrowotnej, miary jakości grupują się w trzech obszarach: struktury (zasoby ludzkie i kapitałowe danej jednostki), procesów (postępowanie w danej jednostce) i wyników (Donabedian 1982).

Zarówno w latach 90. XX wieku, jak i obecnie, Stany Zjednoczone zajmowały odległe miejsca w rankingach jakości opieki mierzonej wskaźnikami średniej oczekiwanej długości życia, stopy śmiertelności noworodków oraz miarami satysfakcji pacjentów (Cochrane 2001; Jost 2005). Wynik mówiący o braku statystycznie istotnej różnicy pomiędzy planami zdrowotnymi KOZ a sektora ubezpieczeń tradycyjnych w odniesieniu do jakości usług można uznać za sukces KOZ. Skutkiem zaobserwowanego ograniczenia wykorzystania zasobów mogłoby być bowiem pogorszenie względnej jakości opieki i satysfakcji pacjenta. Na brak różnicy w poziomie jakości wskazały dane w odniesieniu do kategorii jakości wyników (na 80 obserwacji: 3% - FFS lepsza, 11% - KOZ lepsza i 84% - bez różnicy), oceny względnej jakości procesu okazały się niejednoznaczne (22% obserwacji - FFS lepsza, 36% - KOZ lepsza i 42% - bez różnicy). W przypadku jakości struktury

organizacje KOZ miały zdecydowanie lepszą dokumentację, ale gorszy dostęp do opieki. Przy zestawieniu miary „dostępu” z miarą „realnej potrzeby zdrowotnej”, czyli obecnością symptomów choroby, okazało się, że we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem bólu stawów, dostęp był jednakowy w obu sektorach. Za barierę dostępu uznaje się konieczność autoryzacji świadczenia, choć ta instytucja stanowi obecnie standard także w sektorze ubezpieczeń tradycyjnych. Według innych badań, przeprowadzonych przez American Association of Health Plans (AAHP), ograniczanie dostępu do świadczeń zalecanych przez lekarzy swoim pacjentom miało miejsce w sektorze KOZ w ok. 1% przypadków (AAHP 1999). W raporcie National Committee for Quality Assurance (NCQA) stwierdza się, że 85% osób zarejestrowanych w organizacjach KOZ jest zadowolonych z dostępności świadczeń zalecanych przez lekarzy (NCQA 1998).

4. Satysfakcja konsumenta

Dość powszechnie za cenne źródło informacji na temat jakości usług medycznych uznaje się wyniki badań satysfakcji pacjentów, w których miarą jakości świadczonych usług jest stopień zadowolenia pacjentów (zdekomponowany w odniesieniu do różnych aspektów opieki). Coraz częściej jednak zwraca się uwagę, że wzrost satysfakcji pacjentów należy uznawać nie jako obiektywną miarę poprawy jakości opieki zdrowotnej, ale jako miarę poprawy jakości „doświadczeń pacjenta związanych z opieką zdrowotną” (Wyke, Gask et al. 2001). Badanie satysfakcji jest miarą opartą na emocjach (Larsen 2001) i pozwala ocenić przede wszystkim satysfakcję pacjenta, a nie jakość opieki medycznej. Dodatkową słabością badań satysfakcji pacjenta jest pewne opóźnienie w reakcjach na zaistniałe pozytywne zmiany (potrzeba czasu, aby zmienić zachowania czy upodobania pacjentów i ostatecznie pozwolić im docenić nowe rozwiązania).

Bardzo istotnym czynnikiem warunkującym satysfakcję konsumenta amerykańskiego jest swoboda wyboru miejsca leczenia, lekarza, pakietu usług itp. W skali od 0 do 10 przyznano jej średnią wartość dziewięciu punktów (Lewis 2001; Cochrane 2001). Ważna jest również możliwość wycofania składki czy zmiany planu zdrowotnego.

Udostępniając klientom maksymalnie obiektywne kryteria wyboru, tworzy się specjalne raporty na temat lekarzy zatrudnionych w firmach KOZ. Te raporty są wynikiem procesu uwiarygodniania kwalifikacji profesjonalistów medycznych i zawierają także dane o poszczególnych wskaźnikach jakości. Są one przesyłane na adres domowy pacjentów lub udostępniane w postaci oficjalnych publikacji, nie zaś wyłącznie na specjalne życzenie zainteresowanych. Mimo to, poziom satysfakcji konsumentów KOZ jest niższy, niż w sektorze FFS (Robinson, Steiner 1998). Pacjenci mniej korzystnie oceniają dostępność usług, jakość komunikacji z profesjonalistami medycznymi oraz ich kompetencje zawodowe.

Jedyną bardziej pozytywną ocenę niż w sektorze FFS, zyskało ograniczenie obowiązków natury administracyjnej, spoczywających z założenia na pacjentach korzystających z ubezpieczeń od szkód.

5. Równość w leczeniu

Badania nad funkcjonowaniem amerykańskiego sektora KOZ nie wskazują na występowanie zjawiska selekcji pozytywnej pacjentów, czyli utrudnień w dostępie dla grup szczególnie narażonych na doświadczenie nierówności w leczeniu i w większej niż przeciętnie mierze odczuwających konsekwencje tych nierówności (są to dzieci, kobiety z niskimi dochodami, osoby starsze). W kontraktach z pracodawcami nie istnieją formalne wymogi przeprowadzenia badań przesiewowych w celu określenia stopnia ryzyka związanego z rejestracją danej osoby na członka planu zdrowotnego. Istnieje natomiast obowiązek rejestrowania przez firmy KOZ wszystkich beneficjentów Medicare zainteresowanych taką formą opieki. Wyniki analizy wykazały, że w zakresie opieki nad dziećmi organizacje KOZ sprawowały się lepiej lub równie dobrze jak organizacje sektora FFS. W sektorze opieki koordynowanej odbyło się relatywnie więcej szczepień, badań przesiewowych oraz wizyt zdrowych dzieci u lekarza. W przypadku kobiet z niskimi dochodami nie odnotowano nierówności, z wyjątkiem opieki nad kobietami w ciąży. Stan zdrowia narodzonych w tej grupie dzieci był jednakowy w obu badanych grupach. Doświadczenia KOZ w zakresie opieki nad osobami starszymi analizowano w wielu badaniach, ale w zasadzie w każdym z aspektów tej opieki wyniki metaanalizy okazywały się niejednoznaczne.

W metaanalizie wyodrębniono ponadto cztery podgrupy: (1) chorych na raka, gdyż oceny związane z dostępnością leczenia stanowią także miarę jakości prewencji; (2) osoby, które przeszły zawał serca jako przykład opieki w stanach nagłych i stosowania drogiej procedur terapeutycznych; (3) osoby chore psychicznie; (4) osoby chore przewlekłe (wybór tej grupy podyktowany był faktem znacznego obciążenia finansowego dla systemu opieki zdrowotnej). We wszystkich grupach, z wyjątkiem grupy osób chorych psychicznie, badania wykazały przewagę jakościową sektora KOZ. Opieka nad chorymi psychicznie jest jedynym obszarem, w którym KOZ ma zawsze gorsze wyniki (por. Robinson, Steiner 1998; Getzen 2004; Cochrane 2001).

6. Wydatki na opiekę zdrowotną

Z badań przeprowadzonych przez AAHP (1999) wynika, że w latach 1991-1996 zaoszczędzono na KOZ kwotę 28 miliardów dolarów, przy czym oszczędności były dość zróżnicowane w zakresie podmiotowym: agencja federalna Health Care Financing Administration, z tytułu korzystania z opieki firm KOZ przez beneficjentów Medicare zaoszczędziła około 5-7%, korporacje amerykańskie zaoszczędziły ok. 15%.

Przy tych wynikach zaznacza się, że najczęściej zakresy usług oferowanych przez organizacje KOZ były szersze niż pakiety świadczeń dostępne w ramach sektora FFS, stopy współfinansowania przez pacjentów niższe, a około 94% firm KOZ do koszyka świadczeń gwarantowanych z tytułu płacenia składki włączyło leki.

Najnowsze badania pokazują, że w Stanach Zjednoczonych głównym źródłem oszczędności wynikających z powstania KOZ jest zmniejszenie skłonności lekarzy do zalecania korzystania z usług szpitalnych, które stanowią najdroższą z dostępnych form opieki (Phelps 2003). W zamian poszukuje się tańszych, alternatywnych form opieki w danych jednostkach chorobowych. Drugie źródło oszczędności wynika z możliwości kontraktowania dużych pakietów usług i uzyskiwania w ten sposób korzystnych upustów cenowych (Getzen 2004).

W metaanalizie wydatki mierzone są takimi wskaźnikami, jak wysokość rachunków za pobyt w szpitalu, wydatki szpitalne na jednego zarejestrowanego, wydatki na jednego zarejestrowanego w obszarze opieki podstawowej i ambulatoryjnej, całkowite wydatki na jednego zarejestrowanego. Znacznie lepszą miarą byłyby odpowiednie koszty opieki, ale ze względu na poufność informacji dotyczących kosztów oraz dużą różnorodność szczegółowych zasad finansowania opieki i księgowania kosztów, taka analiza była niemożliwa. Przy globalnych budżetach KOZ koszty jednostkowe często są kreowane dla potrzeb księgowości, natomiast rachunki wystawione dla ubezpieczonych w tradycyjnych ubezpieczalniach bywają kwestionowane przez ubezpieczyciela i tym samym koszty nie podlegają refundacji. Pomijając komplikacje metodologiczne związane z pomiarem kosztów, w wyniku których Robinson i Steiner nie dokonali oceny wysokości kosztów, a w zamian sprawdzają wysokość wydatków i rachunków za opiekę medyczną, oceny porównawcze wysokości rachunków i wydatków okazują się albo niejednoznaczne, albo różnice nie są statystycznie istotne, co w powiązaniu z danymi o ograniczeniu wykorzystania zasobów jest ciekawym wynikiem.

W roku 1996 przeciętna składka beneficjenta i jego rodziny w sektorze KOZ wynosiła około 3000 dolarów i rosła znacznie wolniej niż odpowiednie składki w sektorze FFS (Cochrane 2001, s. 19). Bardzo intensywnemu rozwojowi sektora koordynowanej opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych towarzyszyło ograniczenie gwałtownej inflacji kosztów opieki zdrowotnej. Stopa wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną z przedziału 10-12% obniżyła się do 3,6% w roku 1998, ale pojawiają się opinie, że tych zmian nie można uznać za trwały trend, a jedynie za jednorazowe oszczędności (Getzen 2004; Cochrane 2001).

Amerykańskie KOZ w XXI w.

Początek tego wieku to lata prosperity gospodarczej dla Amerykanów, czemu towarzyszyły wysokie wymagania wobec ochrony zdrowia, a skłonność do wydawania pieniędzy na zdrowie urosła do tego stopnia, że spowodowała znaczący wzrost kosztów opieki zdrowotnej ponoszony przez pracodawców. Rynek zdrowia

podążał za potrzebami ubezpieczonych, stworzono więc nowy typ programów ukierunkowanych na większy komfort pacjentów jako klientów. Nazywa się je Customer Directed Health Plans (CDHP). Dają one większą swobodę w korzystaniu ze świadczeń dostarczanych przez otwarte sieci świadczeniodawców, u których pacjenci ponoszą wyższe opłaty. Jednak kryzys gospodarczy po roku 2008 spowodował ponowne „zaciskanie pasa” przez ubezpieczycieli i organizacje KOZ. W wielu planach w zamian za niższą składkę wrócono do dawnych ograniczeń w dostępie do droższych świadczeń oraz zasady skierowań, lub w zamian za niezmienioną lub wyższą składkę dano większą swobodę w dostępie, ale przy wysokich współpłaćnościach pacjentów. Wiele firm zaoferowało także swoim klientom rachunki oszczędnościowe na zdrowie tzw. savings accounts, jako elementy motywujące do niekorzystania ze świadczeń w nadmiarze.

Od 2012 roku wdrażana jest reforma systemu ochrony zdrowia z trudem przeprowadzona przez administrację prezydenta Obamy. Jej efektem ma być docelowo objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wszystkich obywateli amerykańskich. Ważnymi elementami tej reformy mają być nowego typu organizacje KOZ - Accountable Care Organizations (ACO), które dzięki przyjętej nomenklaturze mają być wolne od dawnych „uprzedzeń” związanych z ograniczaniem dostępu do świadczeń zdrowotnych. „Accountable care” oznaczać ma opiekę zdrowotną o wysokiej jakości, ale jednocześnie efektywną kosztowo. ACO będą działały w dalszym ciągu na podstawie pryncypialnych metod i bodźców koordynacji opieki, ale świadczenia zdrowotne mają być oparte na zintegrowanych systemach dostawców (Integrated Delivery Systems), a nie ich organizatorach i ubezpieczycielach, jak różnego rodzaju organizacje KOZ. (Kozierkiewicz 2011).

W USA obserwuje się także silny rozwój *disease management* ukierunkowany na najbardziej kosztochłonne grupy pacjentów oraz powrót do restrykcyjnych form organizacji HMO. Działania te oparte są w coraz większym stopniu na nowoczesnych rozwiązaniach informatycznych i twardych wytycznych realizowanych przez lekarzy według schematów postępowania typu *case management*. Obserwuje się to szczególnie w grupach społecznych i rejonach, które narażone są na zagrożenie spadkiem koniunktury gospodarczej (Kozierkiewicz 2011).

Co z doświadczeń amerykańskich wynika dla Polski?

Nie ulega wątpliwości, że USA są przykładem kraju, w którym kultura wolnorynkowa (a tym samym prokonsumencka) w największym stopniu na świecie zdominowała sektor ochrony zdrowia. Kluczowe elementy składowe wolnego rynku nie działają w tym sektorze ku pożytkowi wszystkich, ale mimo tej oczywistej wady przyczyniły się one do powstania koncepcji koordynowanej opieki zdrowotnej, sprzyjają różnorodności rozwiązań organizacyjnych i finansowych oraz są impulsem do tworzenia coraz nowocześniejszych rozwiązań dotyczących zarządzania opieką zdrowotną. Przykład Stanów Zjednoczonych i osiągnięcia KOZ potwierdzone wieloletnimi obserwacjami i badaniami może nas inspirować do tworzenia własnych

rozwiązań, które będą czerpały z najlepszych doświadczeń z zakresu zarządzania jakością opieki zdrowotnej i jej kosztami. Jedną z ważniejszych inspiracji jest podejście do systemu akredytacji praktyk lekarskich i szpitali, a także oceny ich efektywności i jakości świadczonej opieki. Warte uwagi jest także połączenie w łańcuch wartości „koszt - efekt” standardów leczenia stworzonych na podstawie EBM, dzięki którym amerykańska KOZ wniosła istotny wkład w rozwój programów zarządzania chorobami i szczególnie trudnymi przypadkami. W dobie wyzwań ekonomicznych, które stoją przed nami w związku z sytuacją gospodarczą i demograficzną Polski, efektywność wykorzystania zasobów ochrony zdrowia, jaką można uzyskać dzięki stosowaniu zasady 2S, wydaje się najważniejszym elementem, który warto zaczerpnąć z doświadczeń amerykańskiej koordynowanej opieki zdrowotnej.

3.2. Wielka Brytania

Narodowa Służba Zdrowia

Brytyjski system opieki zdrowotnej, tzw. Narodowa Służba Zdrowia (National Health Service - NHS), jest organizacją o zamkniętym finansowaniu, posiadającą stały budżet. Od 1948 roku trwa nieprzerwanie jako stabilna publiczna instytucja, silnie regulowana przez państwo, a jednocześnie, przy zachowaniu podstawowych pryncypiów, podlega ciągłym zmianom, które dostosowują rządzące nim zasady organizacyjne i finansowe do zmieniających się potrzeb. Źródło dochodów NHS stanowią podatki. Budżet NHS wyznaczany jest przez Parlament. W 2011 roku Wielka Brytania wydawała na ochronę zdrowia 9,3% swojego PKB (WHO), z czego udział wydatków publicznych stanowił 82,7%, a wydatki prywatne zaledwie 17,3%. Całkowita kwota wydatków na zdrowie per capita wynosiła 3322 USD PPP (WHO 2011).

Do 1991 roku za określanie kierunków działania w ramach systemu i długookresowe decyzje strategiczne odpowiadał rządowy Departament Zdrowia, natomiast rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności, planowanie opieki zdrowotnej i socjalnej oraz koordynowanie realizacji tych planów należało do kompetencji Terenowych Agencji ds. Zdrowia (odpowiednik oddziału wojewódzkiego NFZ). Te ostatnie, za pośrednictwem tzw. komitetów praktyk rodzinnych, odpowiadały również za dostarczanie usług z zakresu medycyny rodzinnej. Lekarz ogólny sprawujący opiekę nad rodziną na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, nazywany w Wielkiej Brytanii General Practitioner (GP), w systemie NHS pełni od samego początku jego istnienia rolę „stróża systemu” (ang. *gatekeeper*) i przewodnika po systemie dla pacjentów. Sposób nabywania świadczeń w NHS przed 1991 rokiem uniemożliwiał w dużej mierze realizację bardzo istotnych celów polityki zdrowotnej: poprawy jakości usług i wyników leczenia, wzrostu efektywności wykorzystania zasobów, zwiększania elastyczności na potrzeby i preferencje zdrowotne pacjentów, oferowania nowych usług i włączania reprezentacji obywateli w procesy podejmowania decyzji związanych z zapewnianiem świadczeń

medycznych (Alaszewski 1996; Malin, Riley 1996; Ham 1997; Powell 1997; Le Grand et al. 1998). Reforma 1991 roku miała to zmienić.

Model dysponowania budżetem przez lekarzy ogólnych

Przeprowadzona w 1991 roku reforma Narodowej Służby Zdrowia, przy zachowaniu systemu finansowania opieki zdrowotnej z podatków obywateli, pozwoliła na oddzielenie funkcji nabywcy od funkcji dostawcy świadczeń medycznych (Propper, Bartlett 1997; Cochrane 2001). W jej przygotowaniach uczestniczył Alain Enthoven, pomysłodawca i propagator koordynowanej opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych. W tworzeniu modelu dysponowania budżetem przez lekarzy ogólnych wzorowano się na funkcjonowaniu amerykańskich organizacji PCPG (Primary Care Purchasing Groups), będących przykładem jednej z wielu form organizacji KOZ. Nabywcami świadczeń zdrowotnych stały się Terenowe Agencje ds. Zdrowia oraz lekarze ogólni dysponujący budżetem (dalej *GP-fundholding*). Po stronie dostawców opieki zdrowotnej usytuowały się samodzielne trusty NHS (dostawcy specjalistycznej opieki szpitalnej i ambulatoryjnej) i prywatni dostawcy usług.

Nowy system kontraktowania świadczeń medycznych miał oznaczać wypracowanie nowych stylów pracy i kształtowanie kultury organizacyjnej związanej z planowaniem biznesowym, konkurencją między dostawcami, negocjowaniem kontraktów. Nabywcom, którym nie odpowiadały warunki kontraktowe i jakość realizacji umów, stworzono możliwość zmiany partnerów kontraktowych. Wdrożone rozwiązanie określano mianem quasi-ryнку. W omówieniach dotyczących zmiany instytucjonalnej w brytyjskim systemie opieki zdrowotnej pojawia się często pojęcie „rozwoju strategii nabywania świadczeń” (Alaszewski 1996; Malin, Riley 1996; Alaszewski, Alaszewski 1996; Flynn, Williams 1997), co oznacza aktywne ich nabywanie – m.in. takie podejście stanowi istotę koordynowanej opieki zdrowotnej.

Przekazanie budżetów lekarzom ogólnym, którzy zaangażują się w projekt, miało trzy cele:

1. stworzenie bodźców motywujących do konkurowania o kontrakty z płatnikami,
2. przekazanie lekarzom większych uprawnień związanych z alokacją zasobów NHS,
3. zwiększenie odpowiedzialności lekarzy rodzinnych za finansowe skutki swoich decyzji terapeutycznych.

Uważano, że lekarze ogólni, którzy znajdowali się „najbliżej pacjenta”, będą w stanie lepiej rozpoznawać i zaspokajać jego potrzeby, a tym samym będą lepszymi nabywcami świadczeń niż zbiurokratyzowany płatnik trzeciej strony. Wiedza medyczna miała umożliwić skuteczny nadzór nad zasadnością i wykonaniem świadczeń specjalistycznych oraz szpitalnych, a także – dzięki wymianie informacji pomiędzy profesjonalistami medycznymi – pozwolić skutecznie koordynować opiekę

medyczną nad pacjentem, nie dublować świadczeń i z namysłem ordynować leki. Sądzone, że proces uczenia się przez doświadczenie lekarzy ogólnych, w połączeniu z ich wiedzą medyczną, będzie owocował innowacyjnością w obrębie kształtowania tzw. ścieżek leczenia.

Wierzono, że przy zachowaniu publicznego systemu finansowania, opartego na analizie potrzeb zdrowotnych populacji, rynek wewnętrzny pozwoli połączyć zalety dyscypliny finansowej, koniecznej przy twardych ograniczeniach budżetowych, z wartościami kojarzonymi z instytucją państwa dobrobytu (głównie powszechnością i równością dostępu do opieki zdrowotnej) (Milne, Torsney 2003).

W *GP-fundholdingu* brali udział wyłącznie ochotnicy. Początkowo, zaangażowanie lekarzy w eksperyment było niewielkie, ale w roku 1996 praktyki *GP-fundholdingu* obejmowały opieką już ok. 50% populacji brytyjskiej (Robinson, Steiner 1998). Wymagany rozmiar listy pacjentów ulegał zmianie: 1 edycja - 11 tys. pacjentów, 2 edycja - 9 tys., 3 edycja - 7 tys. Praktyki opieki podstawowej zdecydowały się na zarządzanie budżetem przeznaczonym na finansowanie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, leków na receptę, kosztów personelu niemedycznego, zabiegów planowych w szpitalach i opieki środowiskowej. Odpowiedzialność za nabywanie opieki doraźnej pozostała w gestii Agencji ds. Zdrowia (Mays et al. 2001). Obowiązywała zasada - im większe praktyki, tym większa swoboda w nabywaniu świadczeń. Z czasem dopuszczono do eksperymentu również mniejsze praktyki, jednak z prawem nabywania węższego zakresu usług medycznych. Mniejsze spośród praktyk ogólnych tworzyły konsorcja lub multifundusze (wspólne zarządzanie i tworzenie infrastruktury zarządczej z zachowaniem odrębnych budżetów na działalność medyczną).

W początkowej fazie, aby ułatwić kontraktowanie zastosowano kontrakty blokowe. Jednocześnie, stopniowo tworzone system kapitałowy. Podstawę określenia wielkości stawki kapitałowej, przeznaczonej na zakup dodatkowych usług, miała stanowić liczba świadczeń zrealizowanych podczas ostatniego roku poprzedzającego reformę, liczonej według bieżących cen (Bevan, McLeod 2001). Oczekiwano, że normy etyczne powstrzymają lekarzy od sztucznego generowania popytu w roku poprzedzającym wejście w życie regulacji. Badania wykazały jednak, że lekarze ogólni dysponujący budżetem silnie zareagowali na nowe bodźce finansowe i zwiększyli liczbę skierowań do szpitala w przeddzień reformy (Wilton, Smith 1998, Croxson i in. 2001). Proces ten określano mianem „nadmuchiwanie budżetu”. Bazowanie na „historycznych” kosztach motywowało do sztucznego zawyżania kosztów w roku poprzedzającym włączenie się do programu *GP-fundholdingu*, a tym samym wynagradzało nieefektywnych i karało efektywnych. Dopiero szósta edycja programu wprowadziła system określania wykorzystania zasobów według średniej z kilku kolejnych lat poprzedzających rozpoczęcie działalności jako podmiot dysponujący budżetem.

Ocena GP-fundholdingu - za i przeciw

Zasadniczy sukces formuły dysponowania budżetem wynikał z czytelności bodźców, związanych z możliwością dysponowania nadwyżką (Mays et al. 2001). Nadwyżki miały być wykorzystywane wyłącznie na poprawę jakości opieki nad pacjentem - przez zatrudnianie dodatkowego personelu, podnoszenie kwalifikacji zawodowych, inwestycje w wyposażenie medyczne praktyk, remonty. Szczegółowe biznesplany wydatkowania nadwyżek były każdorazowo zatwierdzane przez lokalne Agencje ds. Zdrowia. Aby zabezpieczyć praktyki GP-fundholdingu przed nadmiernym ryzykiem finansowym i jednocześnie osłabić motywacje do tzw. spijania śmietanki z rynku, ustalono, że wszelkie koszty przekraczające 5000 funtów, wygenerowane przez jednego pacjenta w ciągu roku, będą pokrywały Agencje ds. Zdrowia.

Jako najbardziej negatywny skutek wprowadzenia formuły dysponowania budżetem, wynikający z tego, że nie obejmowała ona wszystkich lekarzy rodzinnych, wskazywano powstanie tzw. dwupoziomowej opieki zdrowotnej (Goodwin 1998), w której wyraźnie w lepszej sytuacji znaleźli się pacjenci zapisani na listy GP-fundholdingu. Uważa się, że źródłem istnienia tych nierówności była większa skłonność lekarzy ogólnych dysponujących budżetem do inwestowania w tworzenie warunków do przyjmowania pacjentów przez konsultantów w praktykach blisko miejsca zamieszkania pacjenta (Milne, Torsney 2003). Przyczyn różnicowania warunków dla pacjentów praktyk z GP-fundholding szukano także w odmienności kontraktów zawieranych przez praktyki lekarzy rodzinnych z dostawcami. Agencje ds. Zdrowia oferowały dostawcom kontrakty blokowe z niższymi stawkami jednostkowymi. Inne warunki kontraktowe pomiędzy dostawcami usług medycznych a ich nabywcami wygenerowały dwa różne systemy bodźców dla dostawców. Przy relatywnie dużych budżetach, lekarze ogólni dysponujący budżetem mieli istotną siłę przetargową przy negocjowaniu warunków dla swoich pacjentów, tym bardziej, że umowy zawierane przez praktyki dysponujące budżetem z dostawcami usług medycznych były dla tych ostatnich źródłem dodatkowych, a nie podstawowych, dochodów (Petchey 1995). Wielu przeciwników rozwiązania uważało, że wszelkie korzyści odczuwane przez pacjentów z tytułu wdrożenia GP-fundholdingu były pochodną wyższego poziomu finansowania (Wyke et al. 2003). Argumentem przemawiającym na korzyść oponentów mógł być fakt wykazywania nadwyżek przez takie praktyki. Nie stwierdzono jednak, co bezpośrednio przyczyniło się do powstania tych oszczędności: wyłączenie z zakresu odpowiedzialności praktyk opieki w sytuacjach nagłych i ostrych, wyższy poziom finansowania, niższe ceny czy może zdrowsi pacjenci (Mays et al. 2001).

GP-fundholding - ocena pacjentów i wydatków

GP-fundholding, który - ogólnie rzecz biorąc - poprawił dostępność świadczeń i skrócił czas oczekiwania na wizytę, przez samych pacjentów był oceniany pozytywnie. Zważywszy na liczne oskarżenia związane z wykreowaniem dwupoziomowego systemu opieki medycznej, można się spodziewać, że pacjenci

praktyk dysponujących budżetem mieli lepszy dostęp do opieki, niż pacjenci lecący się w praktykach nieuczestniczących w *GP-fundholdingu*. Pacjenci praktyk uczestniczących w *GP-fundholdingu* otrzymywali przede wszystkim znacznie więcej usług w miejscu zamieszkania, skróceniu uległ czas oczekiwania na zabiegi planowe (Dowling 1997; Dowling 2000; Mays et al. 2001). Istniały pewne obawy, że może pojawić się skłonność do ograniczania usług zapewnianych pacjentom. Nie zaobserwowano jednak większych zmian w zakresie skierowań pacjentów do lekarzy specjalistów i na zabiegi planowe (Goodwin 1998). Nie zaobserwowano też szczególnych oszczędności związanych z wydatkami na leki.

Czasami wydatki w przypadku *GP-fundholdingu* rosły nieco szybciej, niż w przypadku pozostałych lekarzy ogólnych, co wedle obserwatorów mogło dowodzić np. występowania (w latach poprzedzających eksperyment) zjawiska przerzucania kosztów na wyższe poziomy referencyjne (przez system skierowań) przy wąskim zakresie odpowiedzialności finansowej (Gosden, Torgerson 1997; Le Grand et al. 1998).

Przeprowadzono również badania określające znaczenie ceny w procesie wyboru przez *GP-fundholding* poddostawców świadczeń szpitalnych dla pacjentów znajdujących się na liście podopiecznych. Najistotniejszym czynnikiem determinującym wybór szpitala okazało się „osobiste zaufanie do lekarza specjalisty (konsultanta)”, na drugim miejscu wskazywano „szybkość zgłoszenia (lekarzowi rodzinnemu) śmierci pacjenta (o ile taka sytuacja miała miejsce)” oraz „wygodę pacjenta”. Istotnym czynnikiem okazała się także odległość szpitala od praktyki (miejsca zamieszkania). Badanie wykazało, że cena świadczenia szpitalnego była czynnikiem nieistotnym statystycznie dla decyzji o wyborze poddostawcy świadczeń szpitalnych (Whynes 1996; Milne, Torsney 2003).

Kompleksowa opieka medyczna - następny krok: wady i zalety wdrożenia

W miarę nabywania doświadczenia, stopniowo rozszerzano inicjatywę dysponowania budżetem przez lekarzy ogólnych. Zwiększono zakres usług nabywanych z budżetów praktyk ogólnych o tzw. środowiskową opiekę pielęgniarską i opiekę psychiatryczną oraz w roku 1995 wdrożono eksperyment pod nazwą Total Purchasing Pilots (TPP), który można określić jako program pilotażowy organizowania i nabywania kompleksowej opieki medycznej przez lekarzy rodzinnych.

Inicjatywie tej nie towarzyszyły żadne dodatkowe uregulowania legislacyjne, co stanowiło o jej przyszłej słabości. Brak formalnego statusu TPP - podważał wiarygodność całego przedsięwzięcia i tworzył wrażenie jego nietrwałości (McLeod i Raftery 2001).

TPP różniły się między sobą zakresami odpowiedzialności i były odpowiedzialne za arbitralnie określony „podzbiór usług”. Przy niestabilnym zakresie

odpowiedzialności, z danymi dotyczącymi jedynie wielkości populacji i pewnych jej cech (np. struktury wieku), pojawiały się problemy z mierzeniem ryzyka. W związku z powyższym, występowały poważne opóźnienia w domykaniu budżetów na kolejny rok, a opóźnienia w przekazywaniu informacji stanowiły przeszkodę w strategicznym planowaniu zakupów (Mays et al. 2001). W połączeniu ze statusem pilotażowym eksperymentu, prowadziło to także do rozmycia odpowiedzialności finansowej praktyk TPP. Agencjom ds. Zdrowia przypadła rola tzw. ubezpieczyciela ostatecznej instancji. Błędy popełnione w strategicznym planowaniu w ostatecznym rozrachunku obciążały agencje, które musiały dokonać zakupu tych usług, na które w ramach swojego budżetu nie mogły sobie już pozwolić praktyki TPP. Obserwowano tendencję do rezygnacji z części budżetów przez TPP na rzecz przekazania odpowiedzialności za zakup najdroższych i najbardziej skomplikowanych procedur medycznych bezpośrednio do Agencji ds. Zdrowia (tzw. *block back*, por. Bevan, McLeod 2001; Wyke et al. 2003).

Z drugiej strony, doświadczenia TPP należy uznać za cenne, wskazują bowiem na istnienie efektywności adaptacyjnej w obszarach, w których generowane były najwyższe koszty (opieka psychiatryczna, opieka w przypadkach ostrych i nagłych oraz nad osobami starszymi i przewlekle chorymi). Częstokroć rezygnowano z prób wpływania negocjacjami kontraktowymi na rodzaj i intensywność świadczeń udzielanych przez lekarzy specjalistów, na rzecz rozwoju form opieki możliwych do zorganizowania na poziomie opieki podstawowej (na przykład tak zwany domowy szpital z opieką pielęgniarską).

Doświadczenia te wskazują, że kontrakt nie jest jedyną formą kreowania struktury podaży, szczególnie tam, gdzie nie ma możliwości uzyskania w negocjacjach pożądanych rezultatów.

TPP przyczyniło się do lokalnego zintegrowania różnych form działalności medycznej. Pojawiły się przykłady zarówno integracji poziomej, jak i pionowej. Integracja pozioma obejmowała opiekę podstawową i środowiskową nad osobami starszymi, zazwyczaj przewlekle chorymi. Integracja pionowa obejmowała między innymi formy opieki szpitalnej i pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Obserwowano także przyspieszenie przyjęć do szpitala w uzasadnionych przypadkach i jednocześnie przyspieszenie wypisów ze szpitala w sytuacjach, kiedy odpowiednią opiekę mogła sprawować pielęgniarka w domu. W rezultacie pacjent otrzymywał opiekę lepiej dostosowaną do jego aktualnych potrzeb zdrowotnych. Opisywane formy integracji były związane z typowymi dla koordynowanej opieki zdrowotnej zasadami stosowności i substytucji oraz instytucją zarządzania przypadkiem chorobowym.

Przy wdrażaniu TPP oczekiwano, że dzięki tworzeniu multifunduszy możliwe będzie osiągnięcie transakcyjnych efektów skali (Cochrane 2001), ale badania nie potwierdziły wystąpienia tego efektu w okresie trwania pilotażu. Zarządzanie TPP było znacznie bardziej złożone niż zarządzanie *GP-fundholdingami*. Pojawiły

się problemy z włączaniem wszystkich lekarzy zatrudnionych w poszczególnych praktykach do procesu podejmowania decyzji i ponoszenia ich konsekwencji finansowych. Oprócz braku zaangażowania, wynikającego z rozmycia bodźców, problem stanowiło zjawisko „jazdy na gapę”. Z drugiej strony lekarze ogólni bardzo chętnie delegowali odpowiedzialność finansową na zarządy TPP. Brak stosownych systemów motywacji personelu był uznawany za jedną z podstawowych różnic między brytyjskim i amerykańskim modelem opieki koordynowanej. W Wielkiej Brytanii znacznie bardziej eksponowano wzrost poczucia satysfakcji lekarzy ogólnych z tytułu większej autonomii (Robinson, Steiner 1998). Koszty transakcyjne najdroższego TPP były trzydziestokrotnie niższe niż koszty transakcyjne związane z funkcjonowaniem przeciętnej firmy koordynowanej opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych (Mays et al. 2001).

Grupy Praktyk Opieki Podstawowej + osobowość prawna: następny krok ku koordynowanej opiece zdrowotnej

Stosunkowo długi okres, bo do wyborów w roku 1997, rozwiązania *GP-fundholdingu* oraz TPP funkcjonowały równolegle. Po wyborach zwycięski rząd zrezygnował z *GP-fundholdingu*. W roku 1999 praktyki TPP w naturalny sposób przekształciły się w Grupy Praktyk Opieki Podstawowej (Primary Care Group - PCG).

W *GP-fundholdingu* dopatrywano się czynników, których skutkiem było rozmycie odpowiedzialności w odniesieniu do zaleceń terapeutycznych wykraczających poza poziom specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i planowe zabiegi chirurgiczne. Prawdopodobnie czynniki te były skutkiem zdefiniowania zbyt wąskiego zakresu usług objętych budżetem lekarzy ogólnych. W konsekwencji, aby uniknąć tego typu ryzyk, rozszerzono zakres odpowiedzialności finansowej praktyk lekarzy ogólnych, włączając do ich budżetów środki przeznaczone na zakup opieki medycznej w stanach nagłych i ostrych, położniczej opieki medycznej, szpitalnej opieki psychiatrycznej i opieki geriatrycznej.

Rząd brytyjski uzasadniał rezygnację z modelu dysponowania budżetem przez lekarzy ogólnych na rzecz Grup Praktyk Opieki Podstawowej oraz decyzję o upowszechnieniu formuły dysponowania budżetem zbyt wysokim poziomem kosztów transakcyjnych (zarządczych) związanych z prowadzeniem pojedynczych praktyk, fragmentacją systemu opieki zdrowotnej oraz dwupoziomowością opieki zdrowotnej (Colin-Thome 2001; Mays et al. 2001). Analizy funkcjonowania tego projektu wykazały, że przy zbyt dużym rozdrobnieniu nabywców liczba kontraktów jest na tyle duża, że znacznie rosną koszty transakcyjne. Stąd też z czasem pojawiły się dążenia do powiększenia liczebności populacji objętej opieką przez jednorodną organizację.

W przypadku *GP-fundholdingu* eksponowano rolę nabywcy i płatnika świadczeń specjalistycznych. W podejściu PCG, ukierunkowanym na współpracę, zachowana została rozdzielność nabywcy od wykonującego świadczenia, ale nabywca w coraz większym stopniu stawał się jednostką administracyjną z własną strukturą

zarządczą i osobowością prawną (Primary Care Trust - PCT), która działa na danym terenie. Kontrakty oparte na liczbie i cenie stopniowo były zastępowane takimi, które w większym stopniu pobudzają jakość, a więc wynagradzają za rezultat (Payment for Results - PforR). Motywacje do stosowania zasady *GP-fundholdingu* nie miały charakteru motywacji finansowych, a jedynie możliwość nabywania przez lekarzy świadczeń dla swoich pacjentów. Środki uzyskiwane dzięki uczestnictwu w programie dysponowania budżetem nie mogły być wykorzystywane jak źródło dodatkowych dochodów dla lekarza (Kozierkiewicz 2011).

NHS (Primary Care) Act 1997 wprowadził możliwość testowania przez lokalne Health Authorities innych niż ogólnokrajowe zasady zawierania kontraktów z lekarzami ogólnymi. Wśród nich rozważano m.in. tworzenie wieloosobowych zespołów lekarzy rodzinnych, którzy dysponowaliby budżetem na pełną opiekę nad pacjentami, a sami byliby pracownikami etatowymi. Rozwiązanie to stało się podstawą do zmiany z roku 1999, która polegała na przypisaniu wszystkich lekarzy rodzinnych do PCG i PCT. Pod wieloma względami idea PCG, która otrzymała status obligatoryjności, wykazuje ciągłość koncepcji *GP-fundholdingu* i TPP. Wszystkie indywidualne praktyki lekarzy ogólnych zostały włączone do Grup Praktyk Opieki Podstawowej (Dixon et al. 2001), a mimo to poszczególni lekarze zachowywali status praktyki indywidualnej (Kozierkiewicz 2011).

Pierwsze Grupy Praktyk Opieki Podstawowej rozpoczęły funkcjonowanie w kwietniu 2000 roku. Na funkcjonowanie PCG przeznaczono 75% budżetu NHS.

Element „współpracy i współdziałania w miejsce konkurencji” PCG i deklarowanie odejścia od koncepcji rynku wewnętrznego jako sposobu rozwiązywania problemów w ochronie zdrowia były ważnym motywem działań rządu Tony'ego Blaira. Dlatego w miejsce *GP-fundholdingu* nowy rząd zaproponował stopniowo rozszerzaną zasadę długoterminowych kontraktów, która sprzyjała trwalszym relacjom pomiędzy współpracującymi podmiotami.

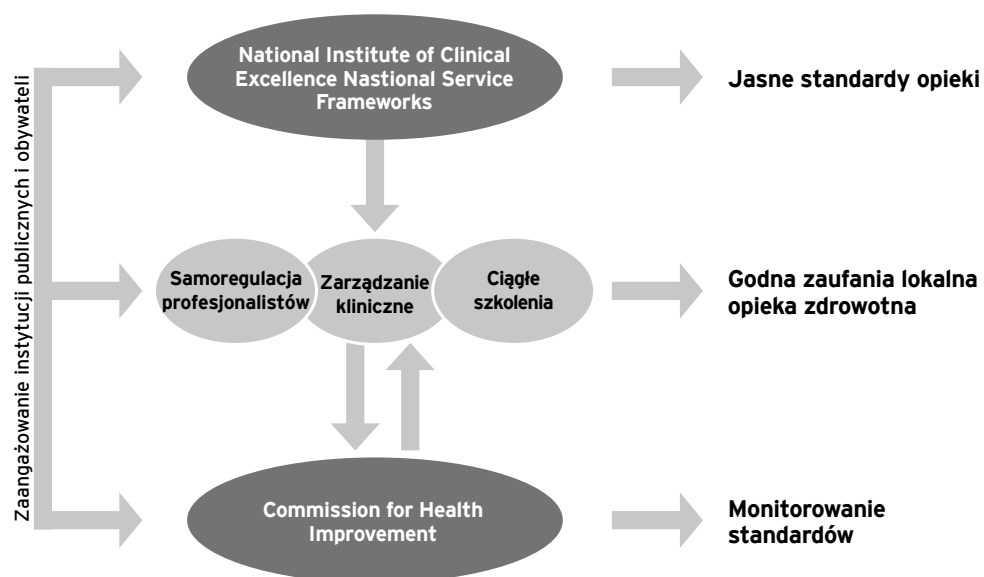
W przypadku PCG, silny nacisk położono na organizowanie nowych form opieki specjalistycznej (*commissioning*). Doświadczenia różnorodności TPP, o których była mowa wcześniej, przyczyniły się do stworzenia koncepcji czterech poziomów PCG, które uwzględniałyby zróżnicowany poziom rozwoju organizacyjnego i doświadczenie w kontraktowaniu usług (Mays et al. 2001). Z czasem dołączono do tej koncepcji poziom piąty, który oznaczał pełną integrację organizacyjną na wzór amerykańskich organizacji koordynowanej opieki zdrowotnej.

Koncepcja PCG jest zatem zbliżona do rozwiązań amerykańskich, choć podkreślenie szczególnej roli współpracy praktyk opieki podstawowej (*co-operation, collaboration*) w miejsce dominującej roli konkurencji pomiędzy nimi (a także konkurencji o pacjenta, bowiem PCG mają przypisane populacje) powoduje, że model ten różni się w istotny sposób od amerykańskiej *managed care*.

Zarządzanie jakością w PCG

Powstanie PCG i nadanie im osobowości prawnej (Primary Care Trust - PCT) spowodowało, że obecną w NHS od początku lat 90. XX w. koncepcję działania lekarzy rodzinnych jako rzeczników interesu swoich pacjentów w procesie dostarczania świadczeń i dóbr zdrowotnych (obecną w *GP-fundholdingu*), przeniesiono na organizacje, z natury silniejsze, ale jednocześnie anonimowe. Dlatego w kilka lat po powstaniu PCT powołano do istnienia instytucję, której zadaniem jest nadzór nad jakością usług zdrowotnych świadczonych przez PCT pod nazwą Commission for Improvement (CHI). Oceny dokonywane przez nią są publikowane w formie rankingów i dostępne dla społeczeństwa. Ich znaczenie jest tym większe, że werdykt komisji determinuje stopień samodzielności oraz wielkość środków, jakimi dysponuje PCT w kolejnym roku. Ocenie podlega zgodność jego działania z wytycznymi m.in. autorstwa National Institute for Clinical Excellence (NICE). Model zapewnienia i poprawy jakości w NHS przedstawia rysunek poniżej (2).

Rysunek 2. Model zapewnienia i poprawy jakości w NHS



Źródło: *A First Class Service: Quality in the new NHS*, Department of Health, 1998 za: Koziarkiewicz 2011, s. 41.

CHI odgrywa ważną rolę w systemie NHS - w procesie oceny sprawdza czy organizacje notowały systematyczny postęp w procesie świadczenia usług oraz czy zapobiegały potencjalnym dysfunkcjom organizacyjnym, mogącym mieć negatywne skutki dla jakości udzielanych świadczeń. Robi to m.in. na podstawie wskaźników zbieranych w ramach National Performance Framework (NPF). Komisja koordynuje także ogólnokrajowe badania satysfakcji pacjentów - National Patients Survey Programme - NPSP), której wyniki są uwzględniane w ogólnej ocenie każdej organizacji. Publikowanie rankingów PCT w zamyśle władz brytyjskich miało

służyć do redukcji nierównowagi informacji pomiędzy świadczeniodawcami a pacjentami. W 2003 roku wyniki oceny wskazywały, że ok. 14% PCT (45), nadając im trzy gwiazdki, zakwalifikowano do najlepiej ocenionych, prawie 50% nadano dwie gwiazdki, a ok. 7% nie przyznano żadnej (Kozierkiewicz 2011). Wyniki poniżej w tabeli nr 3.

Tabela 3. Zbiorcze zestawienie kontroli jakości podmiotów leczniczych opublikowane przez CHI w 2003 r.

Liczba gwiazdek/ Rodzaj organizacji	Rok	0	*	**	***
Acute and specialists Trusts	2003	14	31	68	63
	2002	8	37	89	52
	2001	12	20	95	28
Primary Care Trusts	2003	22	98	139	45
Mental Health Trusts	2003	3(2*)	28 (13)	43 (67)	14 (4)
Ambulance Trusts	2003	5 (0*)	9 (4)	7 (16)	10 (12)

* W nawiasach liczba jednostek w danej grupie w 2002 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kozierkiewicz (2011, s.42); www.chi.nhs.uk (2006).

Taki sposób prezentacji danych spowodował z jednej strony żywe zainteresowanie pacjentów, z drugiej tony krytykę profesjonalistów medycznych. Zweryfikowano więc podejście do prezentacji ocen oraz zadań organizacji, która tym się zajmuje. Towarzyszyły temu (w 2004 i w 2009 roku) dwukrotne zmiany nazwy komisji, na Healthare Comission, a następnie Care Quality Commission (CQC). Obecne metody pracy CQC znacznie różnią się od poprzednich. Od 2010 roku jej nowym zadaniem jest rejestracja podmiotów świadczących usługi zdrowotne, czego wcześniej nie było w Wielkiej Brytanii. Rejestracja związana jest z nadaniem licencji, co wymaga spełnienia określonych standardów weryfikowanych przez audytorów w miejscu prowadzenia działalności. Niektóre ze standardów sprawdzane są co roku przy ocenie jakości działania placówki. Takim procesowi w pierwszej kolejności podlegają szpitale, placówki opieki psychiatrycznej i domowej. Kolejną grupę mają stanowić lekarze rodzinni.

Standardy jakości CQC to de facto pomiar szerokiej kategorii celów i wyników działania, do których należy dążyć. Wyniki analiz komisji są prezentowane publicznie, więc stanowią zarówno źródło cennej informacji dla pacjentów, jak i są bodźcem dla zarządzających, aby dążyli do poprawy jakości świadczonych usług.

W procesie dbania o jakość NHS ogromne znaczenie mają pacjenci. Służy temu obecnie zestaw mierników i sposobów ich wykonania – Patient Reported Outcome Measure (PROM), który stanowi istotę systemu oceny jakości świadczeń przez pacjentów. Jego charakterystyczną cechą jest koncentrowanie się na elementach odczuwalnych przez pacjenta, a nie wskaźnikach struktury czy procesów zachodzących w systemie (Kozierkiewicz 2011).

Bez wątpienia, co podkreślają liczni znawcy systemów ochrony zdrowia, istnieje dużo podobieństw pomiędzy brytyjskimi PCT a amerykańskimi organizacjami KOZ. Jednak ważną różnicą, jaka między nimi istnieje, jest otoczenie. W USA jest to konkurencyjny rynek i zabieganie o przychylność pacjentów jako klientów mających wybór. W Wielkiej Brytanii PCT mają monopolistyczną pozycję na danym terenie, a presja na wysoką jakość świadczonych przez nie usług wywierana jest zarówno administracyjnie, ze strony władz publicznych, jak i „konsumencko” przez lokalną społeczność pacjentów. W modelu brytyjskim konsumencki charakter ocen pacjentów, bardzo ważny i obecny „od zawsze” w Ameryce oraz jej systemach ochrony zdrowia, powoli przebija się w NHS. Wydaje się, że zmiany z 2010 roku zaproponowane przez brytyjski rząd wprowadzą do tego systemu więcej dynamizmu i mechanizmów rynkowych, tak by pacjenci „doświadczali lepszej opieki i byli z niej bardziej zadowoleni” (Kozierkiewicz 2011).

Czego uczą nas doświadczenia NHS?

Sposób wprowadzania zmian w NHS może posłużyć za wzorzec dla tych, których celem jest ewolucyjne poprawianie efektywności i jakości opieki zdrowotnej. Uważamy, że jako krok ku lepszej opiece zdrowotnej zarówno *GP-fundholding*, jak i TPP były dobrym rozwiązaniem. Pacjentom, korzystającym z praktyk zaangażowanych w program, *GP-fundholding* przynosił korzyści, a jak potwierdzają badania również lekarze ogólni i poddostawcy usług medycznych byli raczej po stronie beneficjentów. Wadą tego rozwiązania na pewno była dwupoziomowość opieki, ale należy ją uznać za konsekwencję sposobu wprowadzania *GP-fundholdingu* jako programu dobrowolnego, a nie obowiązkowego dla wszystkich lekarzy ogólnych. Mimo tej niewątpliwiej wady program pozwolił na zrealizowanie znacznej części celów, jakie stawiali sobie autorzy reformy. Ujawnił jednocześnie, w przypadku części lekarzy, negatywne zjawisko w postaci „nadmuchiwania budżetu” w roku poprzedzającym wejście do programu. Obserwacja ta pozwoliła na stworzenie metodologii wyznaczania stawki kapitałowej z analizy danych z dłuższego okresu i wyeliminowanie ryzyka promowania lekarzy nieefektywnych i przerzucających koszty.

Zrozumiałe jest, że trudności rosną wraz ze skalą działalności i wchodzeniem w nowe obszary, a w przypadku TPP mieliśmy do czynienia z takimi właśnie przypadkami. Niewątpliwie za wadę należy uznać przypisywaną temu pilotażowi tymczasowość, ale także to, że wdrażane rozwiązania oparte były często na zbyt małej ilości wybiórczych danych, co skutkowało trudnościami w planowaniu strategicznych zakupów i domykaniu budżetów. Obie wady należy uznać za dowód na to, że każdy pilotaż powinien być dobrze osadzony w realiach regulacyjnych i posiadać narzędzia adekwatne do realizacji celów. Za zaletę uznajemy ujawnienie dużych zdolności adaptacyjnych systemu brytyjskiego do tworzenia rozwiązań alternatywnych na niższym szczeblu opieki w sytuacji, gdy prowadzone negocjacje na wyższym szczeblu nie przynoszą oczekiwanych rezultatów.

Bez wątplenia dzięki *GP-fundholdingowi* i TPP Brytyjczycy, brytyjscy politycy oraz menedżerowie NHS dużo się nauczyli. Oba programy pozwoliły na wyciągnięcie wniosków, które przyczyniły się do poczynienia przez kolejne rządy następnym krokom ku lepszemu koordynacji, a tym samym jakości opieki zdrowotnej świadczonej przez NHS. Odejście od *GP-fundholdingu* oraz tymczasowości TPP jako elementów „rynku wewnętrznego” i przejście do współpracy wzmocnionej administracyjnie w ramach PCG i PCT przyniosło w efekcie dobry rezultat. I choć jak każde rozwiązanie, także i te ujawniły swoje słabe strony, to z oceny ich funkcjonowania wynika, że również ta zmiana ma więcej plusów niż minusów. Równie wysoko oceniamy brytyjskie podejście do rozwoju pomiarów jakości w systemie. Widać wyraźnie, że wdrażane rozwiązania są wnikliwie oceniane, a po wyciągnięciu wniosków konsekwentnie i systematycznie poprawiane. Takie podejście zasługuje nie tylko na wysoką ocenę, ale także na naśladowanie. Dla Polski lekcja z reform brytyjskich jest taka, że podążanie ku lepszemu i efektywniejszej opiece zdrowotnej po wybraniu takich celów wymaga obrania kierunku zmian, a następnie wieloletnich wysiłków na wielu polach. Wysiłkom tym musi towarzyszyć wiedza, ale także gromadzenie i analizowanie danych, które będą pozwalały na okresowe weryfikowanie czy nie zbaczamy z raz obranej drogi. Doskonalenie systemu ochrony zdrowia to proces, a ten wymaga czasu. Złożoność systemu ochrony zdrowia sprawia, że zmiana ta jest ciągła, a dojście do kolejnych punktów pomiaru dowodzi tylko, że wciąż można i trzeba go poprawiać. Kultura polityczna Wielkiej Brytanii sprawiła, że w NHS widzimy raczej kontynuację zmian podążających w tym samym kierunku, a nie jak w przypadku Polski, gdzie mamy do czynienia ze skrajnie różnymi zmianami koncepcji. Z pewnością konsekwencja w podejściu do systemu ochrony zdrowia bardziej mu służy i przynosi większą efektywność i jakość opieki zdrowotnej, a w rezultacie satysfakcję pacjentów i personelu medycznego.

2.3. Niemcy

Autor: prof. Volker Amelung

Redakcja: Witold Paweł Kalbarczyk

Podstawowe zasady niemieckiego systemu opieki zdrowotnej

System opieki zdrowotnej w Niemczech należy do najstarszych, a jednocześnie najbardziej efektywnych. Jego główne założenia, oparcie na systemie społecznych ubezpieczeń zdrowotnych oraz rozdział płatników trzeciej strony (ubezpieczycieli) od świadczeniodawców, wprowadzone w 1883 roku są aktualne do dzisiaj. Finansowanie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego odbywa się zgodnie z zasadą solidarności w formie składki zależnej od dochodów. Obecnie wynosi ona 15,5% i jest pokrywana mniej więcej po połowie przez pracodawców i pracobiorców. Ubezpieczeni mają prawo do wyboru kasy chorych spośród około 135 obecnie działających. Kasa chorych ma obowiązek zawarcia kontraktu z każdym, kto ją wybrał, bez przeprowadzenia badania indywidualnego ryzyka. Aby uniknąć naruszenia zasad konkurencji, różnice dotyczące ubezpieczonych są w dużej mierze wyrównywane poprzez związane z zachorowalnością zrównoważenie struktury

ryzyka. Ubezpieczeni mają prawo wyboru lekarza i szpitala, a zdecydowana większość świadczeń jest dla nich bezpłatna. W Niemczech - z wyjątkiem niewielu sytuacji, jak dopłaty do leków lub protez dentystycznych - nie ma wartego odnotowania udziału własnego pacjentów w kosztach leczenia. Społeczne ubezpieczenie zdrowotne obejmuje prawie 90% obywateli. Osoba, która osiąga przychody brutto przekraczające próg obowiązkowego (społecznego) ubezpieczenia zdrowotnego (obecnie 5 2200 euro rocznie), prowadzi samodzielną działalność lub jest zatrudniona jako urzędnik, ma prawo (w miejsce ubezpieczenia społecznego) wybrać prywatne ubezpieczenie zdrowotne (substytucyjne w stosunku do zakresu ubezpieczenia społecznego) w jednej z 48 prywatnych kas chorych.

Niemiecki system opieki medycznej tworzą liczne instytucje państwowe, zrzeszenia kas chorych oraz świadczeniodawców, szpitali i lekarzy. Jego ważną zasadą są wielostopniowe negocjacje na szczeblu federalnych i landowym, których efektem są tzw. umowy zbiorowe. Negocjacje, a w ślad za nimi umowy zbiorowe dotyczą standardów opieki, a także zasad rozliczeń i stawek za świadczenia zdrowotne, które obowiązują w niezależnych sektorach systemu tj. lecznictwa ambulatoryjnego, szpitalnego, rehabilitacyjnego i opieki długoterminowej. System umów zbiorowych, rozwijany i zakorzeniony w Niemczech przez lata, jest jedną z barier rozwoju koordynowanej opieki zdrowotnej.

Szeroki zakres świadczeń gwarantowanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, niewielki udział własny pacjentów w kosztach leczenia i stosunkowo szybkie wprowadzanie innowacji gwarantują kompleksową i wysokiej jakości opiekę medyczną ludności Niemiec. Wysoki poziom opieki jest jednak związany ze znacznymi kosztami. Całkowite wydatki na opiekę zdrowotną w Niemczech to 11,1% PKB, z czego 75,9% stanowią wydatki publiczne, a 24,1% wydatki prywatne (niemal 40% tej części stanowią prywatne ubezpieczenia zdrowotne). Daje to 4372 USD PPP na osobę (WHO, 2011), przekraczając o ponad 1000 USD średnią OECD (OECD, 2012).

Niemiecki system opieki zdrowotnej czeka w przyszłości konfrontacja z poważnymi wyzwaniami. Pierwszy stanowią zmiany demograficzne. Rosnące prognozy co do długości życia w powiązaniu z niskim wskaźnikiem urodzeń prowadzą do wyraźnego wzrostu odsetka ludzi w starszych grupach wiekowych. Jeśli dzisiaj na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadają 33 osoby mające 65 lub więcej lat, to w 2050 roku będzie ich już 64 (SVR, 2009). Związana jest z tym także zmiana struktury zachorowalności. Już dzisiaj więcej niż dziesięć milionów osób cierpi na choroby przewlekłe. Stanowi to 46% wszystkich schorzeń. Więcej niż połowa spośród chorych powyżej 65. roku życia ma przynajmniej dwa schorzenia przewlekłe (SVR, 2009). Przewaga częstotliwości występowania i zapadalności na niezakaźne choroby przewlekłe, takie jak astma, demencja, cukrzyca, niewydolność serca i nowotwory złośliwe, ciągle się zwiększa (WHO, 2006). Do roku 2020 odsetek osób

przewlekłe chorych wzrosło prawdopodobnie o około 15 punktów procentowych (Gensichen et al. 2006). Dlatego właśnie opieka nad osobami cierpiącymi na kilka chorób albo na schorzenia złożone stawia szczególne wymagania w zakresie dobrze funkcjonującej koordynacji i szerokiej wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami z poszczególnych sektorów uczestniczącymi w systemie opieki (Amelung, Wolf 2012).

Drugim istotnym wyzwaniem dla niemieckiej ochrony zdrowia jest rosnące niezadowolenie świadczeniodawców, które ujawniło się wyraźnie w sporze o honoraria w roku 2012. Dramatyczny rozdzźwięk pomiędzy żądaniami Federalnego Zrzeszenia Lekarzy (Kassenärztliche Bundesvereinigung) i Federalnym Związkiem Kas Chorych (GKV-Spitzenverband) wynoszący 18 punktów procentowych, pokazuje, że akceptacja lekarzy dla aktualnego systemu wynagrodzeń skończyła się (Amelung et al. 2013). Do tego dochodzi odczuwalna zmiana mentalności wśród młodych medyków. W ankiecie przeprowadzonej przez Hartmannbund wśród 4396 studentów medycyny 66% ankietowanych preferuje wspólną praktykę lub kooperację praktyk, a 24% - zatrudnienie w centrum opieki zdrowotnej. Objęcie praktyki lekarskiej na wsi nie jest brane pod uwagę nawet przez 10% przyszłych lekarzy (Hartmannbund 2012). Jeśli nie uda się dopasować struktur opieki zdrowotnej do tych wyzwań, to Niemcom grozi wzrost emigracji lekarzy do innych krajów lub przenoszenie się ich do innych branż. Zapewnienie opieki medycznej o szerokim zasięgu na wsi i w słabych strukturalnie regionach może być poważnie zagrożone.

Koordinowana opieka zdrowotna (nazywana w tym rozdziale także zintegrowaną opieką zdrowotną) w decydujący sposób może się przyczynić do rozwiązania przedstawionych powyżej problemów. Dlatego niemiecki ustawodawca już w ubiegłych latach sukcesywnie powiększał przestrzeń dla swobodnego kształtowania stosunków pomiędzy kasami chorych i świadczeniodawcami, wprowadzając obok umów zbiorowych prawo zawierania pomiędzy kasami chorych a lekarzami lub centrami opieki zdrowotnej umów indywidualnych (selektywnych). Niniejszy rozdział przedstawia inicjatywy, jakie dzięki temu udało się już uruchomić, oraz udział jaki mają kooperatywne i zintegrowane rozwiązania w dalszym rozwoju opieki zdrowotnej w Niemczech.

Jeszcze kilka lat temu kształtowanie zasad opieki zdrowotnej następowało wyłącznie za pomocą negocjacji nadrzędnych organizacji kas chorych i organizacji świadczeniodawców w ramach „umów zbiorowych”. W latach 90. niemiecki ustawodawca stworzył jednak możliwości zawierania indywidualnych porozumień umownych. Są one stale rozwijane. Dzięki temu, obok nadal dominującego systemu umów zbiorowych, równolegle mogła rozwinąć się konkurencja pomiędzy kasami chorych w zakresie ofert na specyficzne świadczenia. Drzwi dla KOZ w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i poza nią zostały otwarte.

Podstawy prawne koordynowanej opieki zdrowotnej w Niemczech

W Niemczech od roku 1999 istnieją sukcesywnie rozwijane możliwości wdrażania elementów KOZ. Podobnie jak w USA, od tego czasu wykształciły się wielowariantowe konfiguracje form opieki zdrowotnej (por. Greß, Stegmüller 2009), które najczęściej są prowadzone pod szyldem „kierowanej” lub „zintegrowanej” opieki zdrowotnej. Mimo iż prawne możliwości istnieją już od wielu lat, to Niemcy mają jeszcze długą drogę do przebycia, zanim zostanie przełamana dominacja systemu umów zbiorowych z jednolitym katalogiem świadczeń i sztywnymi granicami pomiędzy sektorem ambulatoryjnym, stacjonarnym i rehabilitacyjnym.

Niemieckiemu ustawodawcy przyświecał cel, aby - biorąc za wzór amerykańskie organizacje *managed care* - rozwinąć nowe struktury organizacyjne lub formy opieki medycznej. Jego realizacji służą ustawowe uregulowania, które można podzielić na dwie grupy:

- ▶ pierwszą stanowią w szczególności zapisy, które pozwoliły na indywidualne (selektywne) umowy pomiędzy kasami chorych a świadczeniodawcami, które mówią o zintegrowanej opiece zdrowotnej i specjalistycznej opiece lekarskiej, jak też takie, które umożliwiają tworzenie centrów opieki zdrowotnej;
- ▶ druga to regulacje, które, mając na celu objęcie całego kraju, wprowadziły do systemu niemieckiego na szeroką skalę wybrane skuteczne instrumenty KOZ - tj. zasadę *gatekeepera* - „stróża systemu” oraz programy zarządzania chorobami (Disease Management Programs - DMP).

Tabela 4: Podstawy prawne zintegrowanych modeli opieki zdrowotnej

Różnorodność form organizacyjnych KOZ w zapisach V tomu Kodeksu Ubezpieczeń Społecznych (SGB V)		Kombinacja (np. §§ 140a-d + § 95)
Zabiegi ambulatoryjne wg § 115 b / leczenie ambulatoryjne w szpitalu wg § 116b	Zintegrowana opieka zdrowotna wg §§ 140a-d	
Program DMP wg § 137f	Centra opieki medycznej - MVZ wg § 95	
Specjalistyczna opieka ambulatoryjna wg § 73c	Opieka ukierunkowana na lekarzy rodzinnych wg § 73b	

Źródło: Amelung 2010.

Uregulowania dotyczące zabiegów ambulatoryjnych oraz ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej także zaliczają się do kategorii ułatwiających koordynację opieki zdrowotnej - chodzi w nich bowiem o założenia, dzięki którym powinien nastąpić kolejny krok w przełamywaniu granic pomiędzy sektorami.

Z wymienionych regulacji wynika, że niemiecki ustawodawca przepisami reformującymi system ochrony zdrowia przygotował dla podmiotów działających w tej branży instrumenty pozwalające na innowacyjne kształtowanie struktur opieki zdrowotnej. Poniżej przedstawiamy dotychczas wdrożone najważniejsze instytucje i koncepcje KOZ.

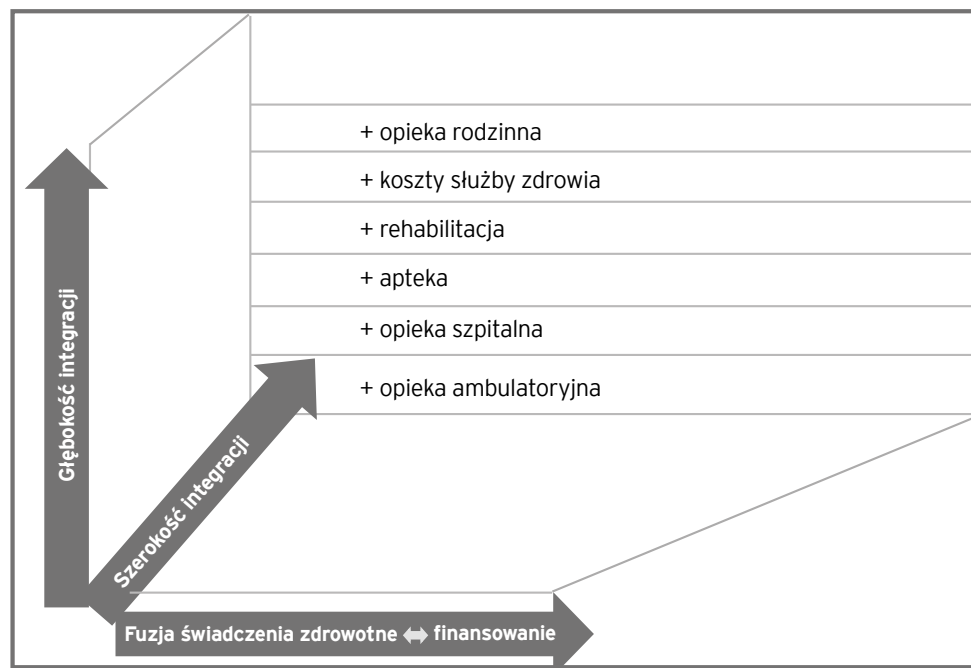
Zintegrowana opieka zdrowotna

Sztywny rozdział sektorów oraz niedostateczna wymiana informacji pomiędzy świadczeniodawcami w niemieckiej służbie zdrowia prowadzi do niepotrzebnych, dublujących się i wielokrotnych badań oraz do zakłóceń w ciągłości leczenia pacjentów (Amelung, Wolf 2012). Dlatego słuszne było to, że niemiecki ustawodawca od końca lat 90. próbował forsować koncepcje opieki zdrowotnej przekraczającej granice pomiędzy poszczególnymi sektorami i specjalnościami.

Przełom nastąpił wraz z reformą służby zdrowia w roku 2004. Ustawa wprowadzona w jej ramach po raz pierwszy zezwalała kasom chorych na zawieranie bezpośrednich kontraktów dotyczących zakresu świadczeń, wynagrodzeń i stosunków umownych bez pośrednictwa organizacji kas chorych. Znacznemu rozszerzeniu możliwości działania sprzyjały silne bodźce finansowe - każdorazowo 1% wynagrodzeń za opiekę ambulatoryjną i szpitalną przeznaczano na modele zintegrowanej opieki zdrowotnej. Połączenie bodźców finansowych i swobody zawierania kontraktów spowodowało, że w kolejnych czterech latach zawarto ok. 6000 takich indywidualnych umów. Niestety nie zadbano o to, aby kończące się w roku 2008 zasady finansowania poddać zobowiązującym, porównawczym ocenom. Z tego powodu obecnie brak raportów na temat stosunku korzyści do kosztów w zintegrowanych programach opieki zdrowotnej (SVR 2012).

Opiekę zintegrowaną można, w zależności od koncepcji, koordynować poziomo (pomiędzy różnymi grupami zawodowymi w ramach jednego sektora) i pionowo (pomiędzy sektorami) (Busse et al. 2010). Z drugiej strony stopień integracji może mieć różną głębokość i szerokość. „Głębokość” określa się według rodzaju uczestniczących świadczeniodawców i liczby zintegrowanych sektorów. Idealna jest sytuacja, gdy integracja obejmuje cały zakres od pierwszego kontaktu leczenia ambulatoryjnego, przez opiekę stacjonarną, aż do opieki domowej i rehabilitacji. „Szerokość” integracji jest natomiast określana według uzgodnionego w umowie spektrum chorób. Może ona dotyczyć pojedynczego rozpoznania (opieka zintegrowana zależna od rozpoznania), często kompleksowej i przewlekłej choroby, jaką jest np. schizofrenia, aż do pełnej opieki nad ludnością określonego regionu niezależnie od wskazań (opieka zintegrowana ukierunkowana na populację).

Rysunek 3. Wymiary integracji



Źródło: opracowanie własne na podstawie Busse et al., 2010.

W przypadku zintegrowanej opieki zdrowotnej niemiecki ustawodawca zakładał objęcie nią dużej liczby ludności, a tym samym dużą liczbę różnorodnych wskazań medycznych. Mając jednak na względzie łatwość realizacji idei koordynacji opieki, wprowadzano przeważnie takie programy integracyjne, które dotyczą specyficznie jednej choroby. Zasadniczo można wyróżnić trzy formy zintegrowanej opieki zdrowotnej, które stosuje się w Niemczech:

- ▶ standardowe umowy dotyczące wybranych zabiegów, takich jak endoprotezy stawów biodrowych lub kolanowych, w przypadku których decydujący jest przede wszystkim wolumen, a minimalne ilości wykonywanych zabiegów są uzgadniane kasą chorych;
- ▶ modele opieki dotyczące chorób endemicznych, takich jak depresja lub zespoły bólowe,
- ▶ umowy niszowe dotyczące szczególnych procesów chorobowych (chorób rzadkich) takich jak mukowiscydoza [Amelung, Wolf 2013a].

Zaletą zintegrowanej opieki ukierunkowanej na choroby (rozpoznanie) w stosunku do założeń programów ukierunkowanych na populację jest to, że wytyczne dotyczące leczenia i ścieżki postępowania terapeutycznego są łatwiejsze do opracowania. Również programy te łatwiej oceniać w odniesieniu do jakości i kosztów.

Im bardziej kompleksowe są wskazania, tym wyższe są wymagania stawiane koncepcji zarządzania. W jej centrum znajduje się optymalizacja procesów komunikacji i koordynacji.

Jako przykład można wymienić projekt dotyczący zwalczania bólów pleców „FPZ - Deutschland den Rücken stärken”. Projekt terapii, który wystartował w roku 2005, dzieli się na trzy części. Stanowią one systematyczny ciąg badań i zabiegów, których stosowanie następuje na zasadzie „jedne po drugich”. Na bazie analizy przydatności dla każdego pacjenta opracowywany jest indywidualny program terapeutyczny. W następnym etapie realizowany jest program uzupełniający składający się z 24 jednostek terapeutycznych. Bezpośrednio po nim, w zależności od potrzeb, co pięć do dziesięciu dni, przeprowadza się kolejne terapie pleców. Przez cały okres leczenia m.in. za pomocą elektronicznej dokumentacji pacjenta jest on prowadzony przez poszczególne poziomy opieki medycznej i etapy leczenia, takie jak lekarz rodzinny - lekarz specjalista - terapeuta zajmujący się bólem. Uczestniczący w programie świadczeniodawcy otrzymują wynagrodzenie uzależnione od wyników. Medyczna i ekonomiczna efektywność projektu od roku 1990 była bardzo dokładnie badana na grupie 120 000 pacjentów cierpiących na bóle pleców (www.fpz.de). Badania te potwierdzają, że analiza indywidualnych potrzeb terapeutycznych, a następnie skoordynowane zaspakajanie ich na różnych poziomach opieki - opłacają się.

Na drugim biegunie możliwego zakresu stosowanych rozwiązań znajdują się zorientowane na populację projekty kompleksowej (pełnej) opieki, spośród których niektóre z powodzeniem znalazły swoje miejsce w niemieckim systemie opieki medycznej. Rozumie się przez to zorganizowaną współpracę lekarzy, szpitali i innych świadczeniodawców, którzy w określonym regionie przejmują opiekę medyczną osób ubezpieczonych od przynajmniej jednej kasy chorych. Wynagrodzenie ma najczęściej formę ryczałtu na osobę (opłaty kapitałowej). Przykładem jest program Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (UGOM) (Steinbach, Schmidt 2011). UGOM obejmuje obecnie trzy szpitale, prawie 100 lekarzy rodzinnych i specjalistów oraz dwa medyczne centra opieki. Jest odpowiedzialny za opiekę zdrowotną dla ponad 16 000 pacjentów kasy chorych AOK Bayern (Bawaria). Dzięki najnowocześniejszemu systemowi IT zapewniona jest pełna koordynacja opieki oparta na ścieżce leczenia.

Rozpowszechnienie struktur o charakterze zbiorowym (kooperacyjnym) przybrało w Niemczech bardzo na sile. W ciągu minionych 20 lat tylko sama liczba sieci lekarskich podwoiła się z 200 do 400, a liczba zarejestrowanych lekarzy nawet potroiła, z 10 000 do 30 000 (Agencja niemieckich sieci lekarskich, 2013). Jednak struktura sektora ambulatoryjnego, liczącego około 140 000 lekarzy jest nadal rozdrobiona. Poza tym większość sieci nie cechuje się porównywalną z UGOM wysoką intensywnością współpracy pomiędzy podmiotami z różnych poziomów opieki medycznej. Stworzenie możliwości zawierania selektywnych umów pomiędzy poszczególnymi sektorami i zawodami zapoczątkowało jednak odczuwalną zmianę strukturalną.

Centra opieki medycznej (MVZ)

Centra opieki medycznej (MVZ) są zdefiniowane ustawowo jako „interdyscyplinarne placówki prowadzone przez lekarzy”, w których pracują oni jako „zatrudnieni na umowie o etat albo na kontrakcie”. Ośrodek taki można nazwać interdyscyplinarnym tylko wtedy, gdy pracują w nim lekarze „z różnych dziedzin i o różnych specjalizacjach”. W momencie powstawania tych centrów były one często nieprzychylnie przyjmowane. Krytycy obawiali się, że ich sieci i placówki kliniczne spowodują wyparcie tradycyjnych małych praktyk lekarskich (Amelung, Wolf2013b). Obawy te okazały się nieuzasadnione. Obecnie obok 1750 centrów opieki medycznej istnieje około 83 000 jednoosobowych praktyk lekarskich i 21 000 praktyk wspólnych (KBV 2011). Nie doszło więc do rewolucji w opiece ambulatoryjnej. Centra opieki medycznej cieszą się coraz większą popularnością, o czym świadczy fakt, że w roku 2009 ich liczba wynosiła jeszcze 1152 (KBV 2009).

Tabela. 5: Statystyka centrów opieki medycznej

Liczba zezwoleń:	1750
Łączna liczba lekarzy pracujących w MVZ:	9571
Lekarze zatrudnieni na podst. umów o pracę:	8257
Lekarze kontaktowi	1314
Najczęściej zaangażowani specjaliści:	lekarze rodzinni i interniści
Wielkość MVZ:	średnio 5,5 lekarza
Główni partnerzy:	lekarze na kontrakcie i szpitale
MVZ z udziałem lekarzy na kontrakcie:	41,9%
MVZ z udziałem szpitali:	37,9%
Główne formy prawne:	Sp. z o.o., S. c., Spółka partnerska

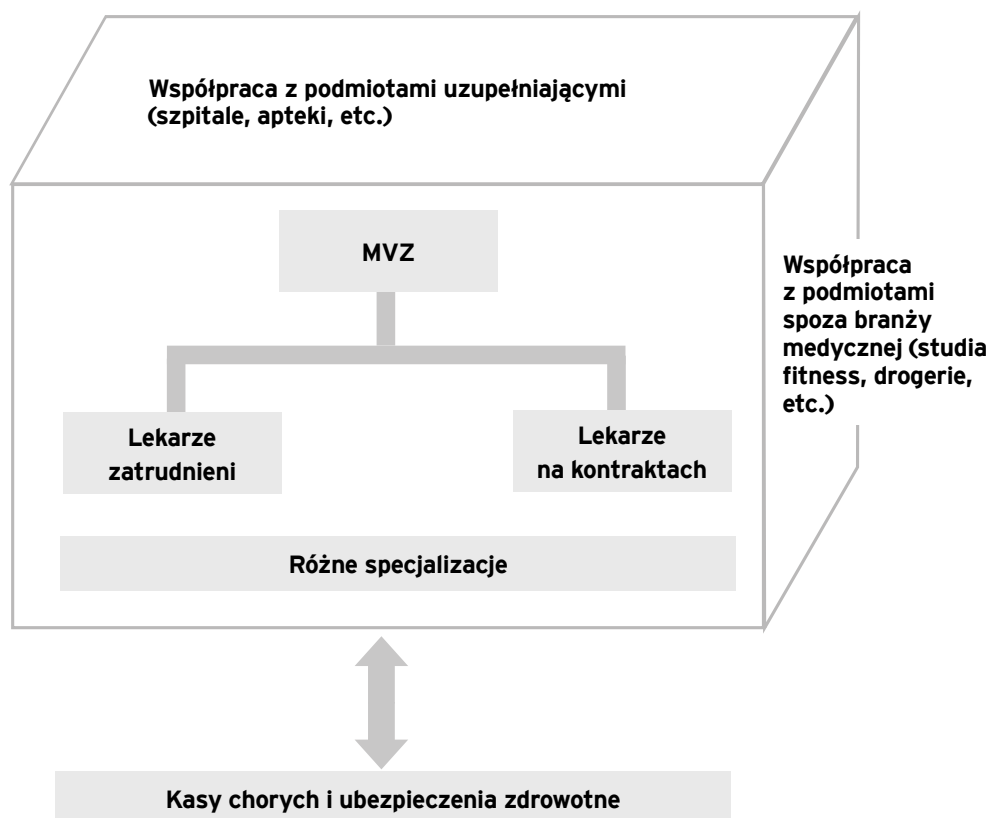
Źródło: KBV, 2011a.

Dzięki koncentracji interdyscyplinarnych kompetencji i powiązaniu z wyższymi szczeblami opieki centra opieki medycznej wyróżniają się w branży medycznej i stwarzają dobre warunki dla realizacji programów *disease management* dotyczących przewlekłych i złożonych schorzeń. Centra realizujące w praktyce ideę one stop facility, przy ścisłej współpracy świadczeniodawców i zarządzaniu terminami badań oraz konsultacji pozwalają na uniknięcie niepotrzebnych wielokrotnych badań a także skrócenie lub wyeliminowanie niepotrzebnej drogi, jaką musi przebyć pacjent w procesie leczenia. Dodatkowo dzięki wspólnemu korzystaniu ze sprzętu, możliwości wprowadzenia jednolitego systemu EPD oraz wspólnego zarządzania praktykami lekarskimi uzyskuje się znaczące efekty synergiczne.

Z punktu widzenia pojedynczego lekarza centrum opieki medycznej jest atrakcyjne jeszcze z tego powodu, że nie musi on samodzielnie finansować niezbędnych inwestycji początkowych, a w przypadku zatrudnienia na etacie nie ponosi także

ryzyka finansowego. W porównaniu z samodzielną praktyką możliwe jest tu bardziej elastyczne planowanie czasu pracy i możliwości zastępstwa, co pozwala na poprawę relacji w rodzinie i w pracy. Dzięki temu do pracy w sektorze ambulatoryjnym można łatwiej zatrudnić kobiety. W ten sposób centra opieki medycznej wnoszą istotny wkład w likwidację niedoboru lekarzy, a tym samym w zapewnienie całościowej ambulatoryjnej opieki medycznej w jednym miejscu. Już dzisiaj ponad połowa wszystkich centrów opieki medycznej znajduje się poza wielkimi miastami (KBV 2011a). Ten pozytywny trend jest wzmacniany także przez to, że w związku z powstawaniem w ich obrębie innych punktów usługowych z branży medycznej (np. aptek) i niemedycznej (np. klubów fitness i drogerii) tworzą się centra zdrowia, które również poza wielkimi aglomeracjami mogą mieć siłę przyciągania.

Rysunek 4: Centrum opieki medycznej jako element centrum zdrowia



Źródło: Amelung 2010.

Centra opieki medycznej posiadają duży potencjał, jeśli chodzi o koordynowaną opiekę zdrowotną. Dotyczy to w szczególności placówek, za które odpowiedzialne są szpitale. Kliniki, dzięki zarządzaniu świadczeniami przed- i pooperacyjnymi albo zabiegami ambulatoryjnymi, mogą oferować całościową prawdziwą zintegrowaną opiekę zdrowotną.

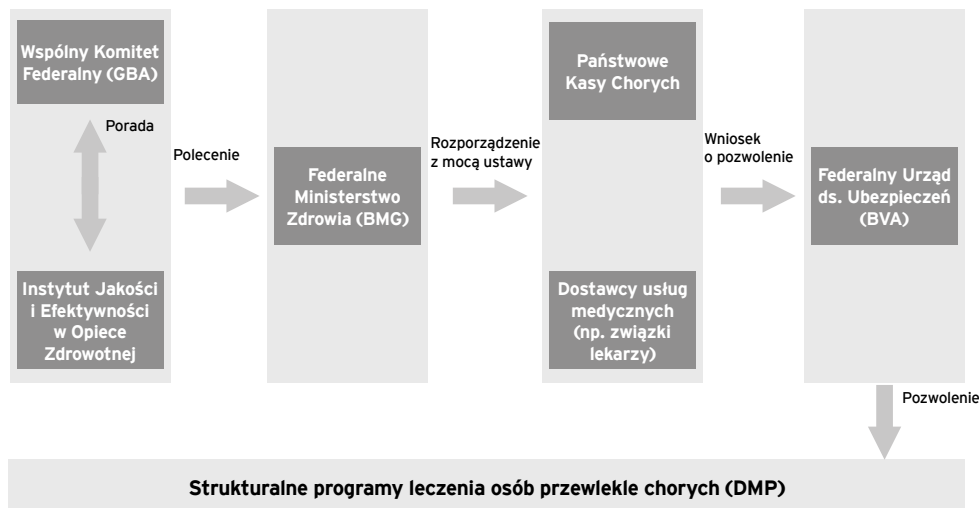
Również centra opieki medycznej, za które odpowiedzialni są lekarze, mogą wykorzystać szansę współpracy pomiędzy sektorami. Do tego jednak konieczne jest przekroczenie krytycznej liczby ponad 10 świadczeniodawców. Tylko przy wystarczającej liczbie lekarzy, odpowiednim wachlarzu specjalności i zróżnicowaniu kompetencji możliwe jest bowiem spełnienie wymogów stawianych kompleksowym kontraktom dotyczącym zintegrowanej opieki zdrowotnej ukierunkowanej na populację (Amelung 2011). Te okoliczności sprawiają, że centra opieki medycznej są najważniejszą platformą organizacyjną dla kontraktów indywidualnych.

Dzięki współpracy pomiędzy nimi mogą powstać także większe sieci przedsiębiorstw (tzw. przedsiębiorstwa franczyzowe) z centralnym zarządzaniem (Amelung 2010). Jako przykład można wymienić Grupę Polikum. Posiada ona już trzy centra opieki medycznej w Berlinie i jedno w Lipsku. Dzięki integracji z innymi oferentami, takimi jak apteki, punkty rehabilitacji i gabinety fizjoterapii, stworzyła centra zdrowia, a ze szpitalami leżącymi w pobliżu zintegrowała się informatycznie, łącząc swoje centra opieki medycznej z systemami elektronicznymi szpitali (www.polikum.de).

Programy *disease management*

W roku 2002 we wszystkich kasach chorych w Niemczech obowiązkowo wprowadzono programy *disease management* (DMP) dla sześciu chorób: cukrzyca typu 1 i 2, rak piersi, choroba wieńcowa, astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc. Warunki ramowe realizacji tych programów są ustalane przez Federalne Ministerstwo Zdrowia w drodze rozporządzeń z mocą ustawy. Koncepcje DMP przedstawiane odpowiednio przez kasy chorych i świadczeniodawców są rozpatrywane centralnie przez Federalny Urząd ds. Ubezpieczeń.

Celem tych programów jest „leczenie zgodne z najbardziej aktualnym stanem wiedzy medycznej” przy uwzględnieniu wytycznych opartych na faktach i działań służących zabezpieczeniu jakości. Uczestnictwo w DMP nie podlega obowiązkowi zawierania kontraktów, wymaga jednak pisemnego potwierdzenia osoby ubezpieczonej. W zamian za udział w DMP pacjenci otrzymują od swojej kasy chorych liczne korzyści: między innymi bogatą ofertę informacyjną oraz szkolenia na temat własnej choroby i jej leczenia, a także korzyści finansowe w formie obniżki dopłat i składek. Przy opracowywaniu, implementacji i realizacji DMP kasy chorych są wspierane przez organizacje nadrzędne i krajowe. Drogę dojścia do opracowania takiego programu przedstawia poniższy rysunek.

Rysunek 5: Droga do programu zarządzania chorobą

Źródło: Redaktionsbüro Gesundheit BMG.

Do roku 2009 wydatki z tytułu świadczeń dla osoby przewlekle chorej, objętej programem DMP, były uwzględniane w wyrównywaniu struktury ryzyka pomiędzy kasami chorych. Stworzyło to silny bodziec dla kas do rejestrowania możliwie największej liczby ubezpieczonych. W ten sposób, w ciągu bardzo krótkiego czasu, ustawodawcy udało się wdrożyć na terenie całego kraju oparte na faktach (EBM) standardy leczenia najczęstszych schorzeń przewlekłych. Aktualnie istnieje ponad 10 000 takich programów obejmujących już ponad siedem milionów pacjentów (www.bundesversicherungsamt.de).

Choć dla programów DMP nakazane są obowiązkowe analizy i oceny, nie ma jednak zbyt wielu znaczących informacji na temat ich jakości i rentowności (SVR 2009; 2012). Można to uzasadnić przede wszystkim tym, że przeprowadzane oceny oparte są na różnych koncepcjach. Dla uzyskania porównywalności wyników konieczna jest standaryzacja badań. Pojedyncze analizy, przykładowo na zlecenie AOK-Bundesverband oraz Barmer GEK, wskazują jednak na lepszą jakość opieki zdrowotnej w ramach DMP przy mniejszych kosztach.

Opieka zdrowotna skoncentrowana wokół lekarzy rodzinnych

Zgodnie z jednym z zapisów ustawowych, kasy chorych mają obowiązek „oferować swoim ubezpieczonym szczególny rodzaj opieki lekarskiej”. Pierwszy kontrakt na szeroką skalę z pominięciem organizacji kas chorych został zawarty w 2008 roku pomiędzy AOK-Baden-Württemberg (Badenia-Wirtembergia) ze związkiem lekarzy rodzinnych. Od tamtej pory takie kontrakty zawarło już 3500 lekarzy rodzinnych, którzy sprawują opiekę nad ponad milionem pacjentów (AOK Baden-Württemberg 2013).

Lekarze rodzinni otrzymują wynagrodzenie składające się kilku składowych:

- ▶ z niezależnego od ilości kontaktów ryczałtu podstawowego (65 euro za ubezpieczonego rocznie),
- ▶ zależnego od ilości kontaktów ryczałtu z tytułu leczenia (40 euro kwartalnie),
- ▶ zależnego od ilości kontaktów dodatku za leczenie pacjentów przewlekle chorych (25 euro kwartalnie),
- ▶ jak też innych dodatków, częściowo uzależnionych od wyników.

W zamian za powyższe wynagrodzenie, jak widać głównie kapitacyjne, lekarze rodzinni dla pacjentów pozostający pod ich opieką dobrowolnie pełnią funkcję *gatekeepera*.

Lekarze rodzinni w Badenii-Wirtembergii otrzymują wsparcie ze strony specjalnie dokształcanych służb medycznych (Model VERAH), które w celu odciążenia lekarza przeprowadzają wizyty domowe, dokonują rutynowych badań i przejmują opiekę nad pacjentami w okolicy swojego miejsca zamieszkania. Przekazanie określonych obowiązków lekarskich specjalnie wykwalifikowanemu fachowemu personelowi i stosowanie nowoczesnych instrumentów IT, takich jak telemedycyna, przyczynia się do tego, że lekarze mogą przeznaczyć swój czas na realizację podstawowych zadań.

Perspektywy

Przedstawione instrumenty systemu KOZ w istotny sposób mogą przyczynić się do przełamania wciąż sztywnych granic pomiędzy poszczególnymi sektorami świadczeń. Niemiecki ustawodawca stworzył w tym zakresie dwie możliwości:

- 1) dalsze udoskonalanie w ramach systemu umów zbiorowych (np. poprzez programy DMP),
- 2) wprowadzanie równoległego, konkurencyjnego systemu umów indywidualnych (np. dotyczącego zintegrowanej opieki zdrowotnej).

Mimo różnorodności kontraktów indywidualnych oraz rosnącej popularności kooperacyjnych form organizacji i sieci (centrów medycznych lub lekarzy rodzinnych) udział w rynku różnych form opieki międzysektorowej i międzyzawodowej jest wciąż niski. Co prawda przykład kontraktu AOK w Badenii-Wirtembergii dotyczący opieki skoncentrowanej wokół lekarzy rodzinnych pokazuje, że nowe formy opieki posiadają wielkie możliwości objęcia taką opieką dużych populacji i obszarów kraju, to jednak mimo tego większości dobrych projektów pilotażowych nie udaje się uzyskać znaczenia ponadregionalnego ani uzyskać rozmiarów poważnej konkurencji dla tradycyjnie zorganizowanej opieki zdrowotnej.

Można tu wymienić trzy powody:

- ▶ trudność w planowaniu zapotrzebowania i zapewnienia opieki zdrowotnej przy dużej ilości umów indywidualnych,
- ▶ brak niebiurokratycznego i możliwego do zastosowania w praktyce rozwiązania pozwalającego na oczyszczenie budżetów wynagrodzeń w ramach opieki na podstawie umów zbiorowych ze świadczeń wykonywanych w ramach umów indywidualnych (Schulze, Schwinger 2008).
- ▶ brak wystarczających bodźców zachęcających świadczeniodawców i podmioty finansujące ochronę zdrowia do znaczącego inwestowania w zintegrowaną opiekę zdrowotną.

Kasy chorych powstrzymują się przed przyjęciem na siebie roli propagatora nowych form opieki na szeroką skalę. Ryzyko wydaje się dla wielu zbyt wysokie, a korzyści trudne do przewidzenia. Aktualnie inwestycyjna logika przedsiębiorczości funkcjonuje w systemie korporacyjnym wyłącznie w ograniczonym stopniu. Kosztowne inwestycje początkowe przy zaledwie średnim lub nawet długim okresie zwrotu trudno pogodzić ze sposobem myślenia kas, ukierunkowanym na budżety roczne. Dla świadczeniodawców codzienne obciążenie pracą jest często tak duże, a bilans zysków i strat tak niepewny, że wielu woli zostać przy starych formach. Ponadto przy wysokich i pewnych wynagrodzeniach podstawowych lekarzy brakuje ekonomicznej zachęty do działania. Trudno się także spodziewać, że to pacjenci będą wywierać presję w celu zmiany. W tradycyjnych formach opieki czują się oni bezpiecznie, tym bardziej, że skazani na rekomendację lekarzy nie są w stanie ocenić poprawy jakości leczenia, jaką mogą uzyskać dzięki KOZ.

Ewentualnym motorem zmian mógłby być ustawodawca. Wprowadzając koordynowaną opiekę zdrowotną kieruje się on w szczególności chęcią obniżenia kosztów. W idealnej sytuacji system KOZ powinien bowiem prowadzić zarówno do obniżenia kosztów, jak i do poprawy jakości leczenia. Oczywiście wszystko przemawia za tym, że instrumenty takie jak DMP i Zintegrowana Opieka Zdrowotna poprawią efektywność. Dopóki jednak brak jest standardowych analiz i ocen, nie można definitywnie wykazać ich przewagi ekonomicznej i medycznej nad modelem tradycyjnym.

Przy tym wszystkim trzeba wziąć pod uwagę fakt, że konkurencja w służbie zdrowia wraz z rozpowszechnianiem się KOZ stale przybiera na sile. Konkurencja prowadzi jednak nieuchronnie do usamodzielniania się struktur opieki zdrowotnej, ponieważ system konkurencyjny może funkcjonować tylko wtedy, gdy oferty opieki różnią się między sobą. Dla kas chorych jest przy tym sprawą elementarną, aby być bardziej atrakcyjnym dla ubezpieczonych niż konkurencja. Tu jednak ochrona zdrowia napotyka na dylemat - podczas, gdy z ekonomicznego punktu widzenia

innowacje i nowe osiągnięcia nauki generują mechanizmy konkurencyjne, to jednak z powodów etycznych powinny one być dostępne dla wszystkich ubezpieczonych w takim samym stopniu. Poza tym istnieją obszary, w których konkurencja jest niedobra nie tylko z powodów moralnych, lecz również dlatego, że jest związana ze znacznymi szkodami kolateralnymi. Chodzi tu na przykład o dziedzinę transplantacji organów. Sam cień podejrzenia, że bodźce ekonomiczne mogłyby prowadzić do nadużyć przy rozdziale organów, powoduje negatywne skutki na gotowość do ich oddawania.

Odpowiedzialna polityka zdrowotna, prowadzona w obszarze medycyny i etyki, musi dawać jasną odpowiedź na pytanie, gdzie konkurencja i bodźce ekonomiczne są pożądane, gdzie jest konieczna kombinacja różnorodnych instrumentów, a w jakich obszarach powinno się z nich całkowicie zrezygnować. Ekonomia nie jest celem samym w sobie, jednak właściwie usytuowana będzie niezbędnym instrumentem, pozwalającym za pomocą ograniczonych środków osiągnąć możliwie najlepsze wyniki.

Czego uczą nas niemieckie doświadczenia KOZ?

Wnioski, jakie nasuwają się po analizie niemieckich doświadczeń z wprowadzania koordynowanej opieki zdrowotnej, dotyczą trzech obszarów: systemu kontraktowania świadczeń, motywacji finansowych zachęcających zarówno kasy chorych, jak i świadczeniodawców do finansowania i prowadzenia koordynowanej opieki zdrowotnej oraz programów zarządzania chorobami.

Wprowadzanie przepisów umożliwiających rozwijanie KOZ w Niemczech, mimo że miało miejsce w kilku etapach począwszy od roku 1999, nie przyniosło spektakularnego efektu. Stosunkowo mała liczba umów indywidualnych zawartych z pojedynczymi lekarzami czy centrami opieki medycznej świadczy o tym, że głęboko zakorzeniony tradycyjny system umów zbiorowych i podział na sektory - opieki ambulatoryjnej, szpitalnej, rehabilitacyjnej i opieki długoterminowej nie sprzyja szybkiemu rozwojowi koordynowanej opieki zdrowotnej. Widać wyraźnie, że w takich warunkach rozwój KOZ jest możliwy, ale raczej w długim okresie, a nie krótkim okresie. Zwiększeniu zainteresowania świadczeniodawców sprzyja stosowanie zachęt finansowych dla lekarzy i podmiotów medycznych szczebla ambulatoryjnego. Brak podobnych narzędzi motywacji ze strony kas chorych dla wyższych szczebli czy, używając nomenklatury niemieckiej, sektorów opieki zdrowotnej, powoduje, że KOZ nie przekracza na dużą skalę utrwalonych granic pomiędzy np. opieką ambulatoryjną a szpitalną czy długoterminową. Aby tak się stało niezbędne są intensywniejsze działania po stronie kas chorych. Rozwój KOZ na szerszą skalę niż tylko opieka ambulatoryjna wymaga inwestycji. Są one możliwe zarówno ze strony kas chorych, jak i integratorów podmiotów leczniczych (np. prywatnych sieci szpitali czy centrów medycznych), którzy w sieciowym modelu działania i integracji różnych szczebli opieki widzieć będą korzyści. Wydaje się, że taki kierunek rozwoju systemu niemieckiego jest nieuchronny, ale dotychczasowe

doświadczenia pokazują, że postęp w tym zakresie jest niewielki. Warunkiem dla takich zmian jest zdecydowanie większa determinacja ze strony kas chorych, która pozwoli na przełamanie barier w tradycyjnym podziale na sektory.

Niemieckie doświadczenia z wprowadzenia na szeroką skalę programów zarządzania chorobami przewlekłymi są bez wątpienia dowodem na to, że przy metodycznym podejściu i dobrej współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, a ekspertami z zakresu medycyny i ekonomii zdrowia, nawet przy tak dużej mnogości płatników i rozdrobnieniu świadczeniodawców, można osiągnąć sukces. W Polsce przy jednym płatniku i jednolitych zasadach kontraktowania świadczeń w całym kraju, wprowadzenie takich programów jako standardu postępowania terapeutycznego skorelowanego z odpowiednimi motywatorami dla lekarzy i pacjentów nie powinno zatem nastręczać zbyt wielu problemów. Sukces, jaki w tym zakresie odniesiono w Niemczech, powinien zachęcać nas do jak najszybszego wdrożenia podobnych rozwiązań w Polsce. Uważamy, że realizacja takiego działania przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ mogłaby być jednym z ważniejszych kroków w reformowaniu polskiej opieki medycznej i wdrażaniu w naszym kraju elementów KOZ.

4. Polskie doświadczenia koordynacji opieki medycznej

W Polsce o koncepcji koordynowanej opieki zdrowotnej było głośno trzykrotnie – po raz pierwszy na początku lat 90. XX wieku, następnie w czasie ostatniego etapu dyskusji przed wdrożeniem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz po raz ostatni mniej więcej 10 lat później, kiedy szukając rozwiązań dla wzmocnienia roli lekarzy rodzinnych jako „przewodników pacjentów po systemie” sięgnięto do niektórych elementów KOZ w dwóch regionalnych kasach chorych.

Koncepcja KOZ jako fundament reformy systemu ochrony zdrowia pojawiła się w programie Kongresu Liberalno-Demokratycznego (Kalbarczyk, Niżankowski 1992). Już wówczas, bazując na doświadczeniach międzynarodowych, starano się, proponując reformę systemu ochrony zdrowia, zwracać uwagę bardziej na jej ekonomiczny aspekt z perspektywy osiąganych efektów, niż z perspektywy wielkości zasobów finansowych przeznaczanych na zdrowie. Prezentowana w ramach tego projektu koncepcja koordynowanej opieki zdrowotnej nie trafiła wówczas na podatny grunt. Kapitacyjne dzielenie środków przeznaczonych na zdrowie i konkurencja dużych organizacji typu HMO zarządzających placówkami ochrony zdrowia wszystkich szczebli referencyjnych zderzały się z kilkoma innymi projektami, w których dominowało nie to, jak efektywnie zapewniać opiekę zdrowotną, ale czy finansować ją za pomocą podatków i budżetu, czy ubezpieczenia zdrowotnego w licznych kasach chorych. Dla autorów tej propozycji sposób gromadzenia środków na zdrowie był jakby mniej istotny, choć zgadzali się, że powinien być to system powszechny finansowany z ubezpieczenia zdrowotnego, a nie bezpośrednio z budżetu. To, co odróżniało ją od ówczesnych propozycji, to sposób podziału zgromadzonych pieniędzy, kupowania świadczeń opieki zdrowotnej i określenie celu, jaki musiał temu przyświecać. Celem tym miał być mierzalny efekt zdrowotny, opisany dzięki zastosowaniu zasady porównania poniesionego kosztu do osiągniętego efektu. Autorzy proponowali określenie koszyka świadczeń zdrowotnych (nazwanego w projekcie „podstawowym planem zdrowotnym”), który w zamian za opłatę kapitacyjną, musi być gwarantowany w ramach zobowiązań wybranej przez obywatela organizacji koordynowanej opieki zdrowotnej, a także stworzenie systemu dodatkowych (dobrowolnych) ubezpieczeń zdrowotnych, które będą pokrywały koszty dostępu do tych świadczeń, które będą poza planem zdrowotnym finansowanym kapitacyjnie. Jako nadrzędne cele autorzy tej propozycji reformy proponowali:

- ▶ poprawę zdrowotności ludności,
- ▶ zwiększenie satysfakcji i poczucia bezpieczeństwa pacjentów, poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia, kształtowanie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie.

Jak pokazuje dzisiejszy stan systemu ochrony zdrowia w Polsce, propozycje te nie zostały jak dotąd uwzględnione we wprowadzanych zmianach. Nie uwzględniono w nich także wniosków ekspertów Banku Światowego z ich dwukrotnych misji i raportów z początku lat 90., którzy rekomendowali Polsce rozwiązania zmierzające do poprawy działania zespołów opieki zdrowotnej i lepszej koordynacji opieki, a nie fragmentację systemu i konkurencję samodzielnych podmiotów o pacjentów i środki na ich leczenie (Włodarczyk 1998). Przy zmianach w finansowaniu i organizacji ochrony zdrowia w Polsce całkowicie zaniechano metody kompleksowego kupowania ochrony zdrowia. Rekomendacje dotyczące integracji opieki zdrowotnej w zakresie organizacji dostępu do kompleksowych świadczeń, pomimo ich głębokiej racjonalności popartej dowodami, do dnia dzisiejszego nie zostały wprowadzone w życie (Kalbarczyk 2011).

Po raz drugi w dyskusjach o reformie systemu opieki medycznej elementy koordynowanej opieki zdrowotnej pojawiły się w maju 1998 roku, kiedy grupa posłów w postaci projektu ustawy „O samorządowej opiece zdrowotnej” przedstawiła „alternatywną koncepcję reformy” w stosunku do systemu kas chorych. Był to projekt grupy ekspertów, który zasługiwał na poważne potraktowanie (Tymowska, Dudarewicz, Gajek, Poznański, Piróg 1998).

Okres tworzenia koalicji rządowej, a potem właściwie cały czas jej trwania ujawnił, że tworzące ją ugrupowania miały w wielu sprawach dotyczących reformy i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia rozbieżne stanowiska - chodziło głównie o kwestie ról poszczególnych uczestników systemu, w tym roli samorządów, sprawę stopnia prywatyzacji świadczeniodawców, a przede wszystkim sposoby wpływania na integrację bądź dezintegrację świadczeniodawców oraz decentralizowanie systemu, aby był on możliwie efektywny ekonomicznie i jednocześnie dawał obywatelom poczucie komfortu bezpieczeństwa zdrowotnego. Koncepcja samorządowej opieki zdrowotnej została zaprezentowana za późno, a napięcie, które wywoła w koalicji, doprowadziło, do jego wycofania i podpisania porozumienia koalicyjnego. Wykluczyło ono możliwość dalszych prac nad projektem ustawy i budowania w Polsce systemu samorządowego z elementami integracji ubezpieczyciela publicznego (w postaci samorządu) i świadczeniodawców medycznych różnego szczebla opieki medycznej na wzór rozwiązań skandynawskich.

Najważniejsze doświadczenia z KOZ w systemie publicznym w Polsce dotyczą lat 2000-2002. Zostaną one zaprezentowane w tej części raportu jako analiza dwóch eksperymentów, prowadzonych w ostatnim okresie funkcjonowania w Polsce systemu regionalnych kas chorych. Zdecydowały się na nie Zachodniopomorska Regionalna Kasa Chorych w formie tzw. programu pilotażowego oraz Łódzka Regionalna Kasa Chorych w swoich standardowych umowach z lekarzami rodzinnymi. Pewne doświadczenia w tym zakresie miały także śląska i pomorska kasy chorych, ale autorzy raportu nie dysponują danymi na ten temat. Zmiany, które przyniosło ze sobą zlikwidowanie systemu kas chorych i wprowadzenie monopsonu w postaci Narodowego Funduszu Zdrowia, nie tylko nie pozwoliły na kontynuację

testowania zastosowanych rozwiązań, lecz także utrwaliły w znacznym stopniu niekorzystne zjawiska, które ujawniły się podczas działania tych krótkich pilotaży. Uznaliśmy za wartościowe przedstawienie obserwacji, opinii i ocen powstałych bezpośrednio po zakończeniu pilotaży. W analizach tych (Kowalska 2009) zawarte zostały tak wnioski, jak i rekomendacje dla polskiego systemu ochrony zdrowia. Mimo upływu czasu, znaczna ich część jest aktualna także obecnie i odzwierciedla nasz pogląd na problemy polskiego systemu opieki medycznej w roku 2013 oraz możliwe sposoby do ich rozwiązania z zastosowaniem KOZ.

W sektorze prywatnym do organizacji typu *managed care* porównywały się przez pewien czas niektóre firmy medyczne finansowane w systemie abonamentowym np. Medcover, który de facto, podobnie jak inne firmy tego typu, z zasad KOZ czerpią kapitacyjną metodę finansowania dostępu do świadczeń, dostarczanie opieki zdrowotnej przez własne lub zakontraktowane jako podwykonawcy centra medyczne oraz podejmowanie w bardzo ograniczonym stopniu działań profilaktycznych. Cechą KOZ, którą spełniają firmy abonamentowe, jest bez wątpienia łączenie funkcji ubezpieczyciela i dostawcy usług medycznych dla swoich klientów. Nie ma w nich jednak z całą pewnością aktywnego stosowania zasady 2S - substytucji i stosowności, choćby ze względu na fakt, że oferują one dostęp do świadczeń zdrowotnych ograniczonych niemal wyłącznie do opieki ambulatoryjnej. Warunki rynkowe, w jakich rozwinęły swoją działalność w Polsce firmy oferujące abonamenty medyczne, wymagały zapewnienia klientom szybkiego dostępu do ambulatoryjnych konsultacji lekarzy specjalistów. Dlatego, mimo prób wprowadzenia zasady lekarza prowadzącego w niektórych firmach, który tak jak w większości organizacji KOZ miał pełnić funkcję przewodnika dla pacjenta, a de facto stróża systemu, ograniczającego nadmierną konsumpcję świadczeń, nie udało się to na szerszą skalę. Wybór taki stał się więc jedną z możliwości z szerokiej oferty dla bardziej świadomych pacjentów i stanowi bardziej element komunikacji marketingowej dostosowywania się firmy do specyficznych potrzeb klientów, niż element kultury zarządczej mającej na celu kontrolę kosztów i jakości opieki.

Zachodniopomorski program pilotażowy i system umów Regionalnej Łódzkiej Kasy Chorych

W odpowiedzi na problem ograniczonej limitami dostępności świadczeń specjalistycznych, na początku 2002 roku, na terenie województwa zachodniopomorskiego, wdrożono nowe - typowe dla KOZ - zasady kontraktowania świadczeń specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, określane mianem programu pilotażowego. Zakłady podstawowej opieki zdrowotnej wybrane do realizacji programu, otrzymały z ówczesnej Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasy Chorych dodatkowe środki na zapewnienie swoim pacjentom szerokiego zakresu specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Ci spośród jego realizatorów, którzy w chwili startu nie byli w stanie zapewnić we własnym zakresie wszystkich świadczeń będących przedmiotem umowy, zobowiązani zostali do ich zorganizowania. Wraz z materiałami dotyczącymi wdrożenia rozwiązań pilotażowych, do analiz

zostały zebrane informacje na temat podobnych rozwiązań realizowanych na zasadzie systemu umów na terenie ówczesnej Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych. Wdrażając rozwiązania pilotażowe, wzorowano się na brytyjskim modelu dysponowania budżetem przez praktyki lekarzy ogólnych, a także na propozycjach wskazanych w projekcie ustawy o samorządowej opiece zdrowotnej (Ustawa SOZ 1998).

Początkowym zamiarem badawczym prowadzonych analiz była obserwacja programu pilotażowego przez dłuższy czas, jednakże późniejsze zmiany systemowe uniemożliwiły dłuższe eksperymentowanie z tą formą organizacji systemu opieki zdrowotnej na gruncie lokalnym. Mimo to, okres funkcjonowania był dostatecznie długi, aby przez analizę wywiadów, dokumentów oraz wypowiedzi medialnych rozpoznać zasadnicze problemy, które powstały przy realizacji kontraktów typowych dla KOZ.

Motywnym przewodnim analiz uczyniono relacje kontraktowe i instytucję kontraktu. Analizie poddano bodźce zawarte w kontraktach – czy były one adekwatne do potrzeb i celów, które miały być z pomocą kontraktu zrealizowane, a także zachowania i relacje pomiędzy podmiotami uczestniczącymi w pilotażu, jako podmiotami działalności ekonomicznej.

We wdrożonym pod hasłem pilotażu systemie koordynowanej opieki zdrowotnej analizowane były przede wszystkim zachowania (wybory) dostawców podstawowej opieki zdrowotnej wynikające z odpowiedzialności finansowej za zorganizowanie dla podopiecznych świadczeń z zakresu specjalistycznej opieki ambulatoryjnej oraz konsekwencje tych zachowań z punktu widzenia jakości i kosztów opieki zdrowotnej. Punktem odniesienia do analizy rozwiązań pilotażowych były przede wszystkim rozwiązania obowiązujące powszechnie, we wszystkich regionach kraju. Wybrano takie podejście (Tymowska, Kowalska 2002; Kowalska 2009), gdyż w przypadku złożonej struktury instytucjonalnej, w której kluczową rolę odgrywają zarówno techniki finansowania, jak i aspekty normatywne, gdzie dodatkowo w grę wchodzi interesy wielu różnych podmiotów, monoprzyczynowe wyjaśnienia przestają być skuteczne. Gwarancję kompleksowego podejścia do analizowanego problemu daje metodologia porównawczej analizy instytucjonalnej i taką metodologię zastosowano w przeprowadzonym badaniu. Istotą tej metody jest porównywanie istniejących rozwiązań instytucjonalnych z dostępnymi alternatywami, a nie wyidealizowanymi modelami (Williamson 1985 [1998]; Klein 2000).

Zasadniczym celem wdrożenia nowych zasad nabywania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych było powiązanie odpowiedzialności za podjęte decyzje terapeutyczne z odpowiedzialnością finansową za wygenerowane przez te decyzje koszty, a tym samym umotywowanie dostawców podstawowej opieki zdrowotnej do bardziej efektywnego wykorzystania zasobów. Równorzędnym

celem była poprawa szeroko rozumianej dostępności świadczeń medycznych i jakości procesu zapewniania opieki zdrowotnej.

Ten dwuwymiarowy cel pilotażu można zawrzeć w dwóch pytaniach:

- ▶ Czy KOZ stworzyła bodźce do nadzoru nad jakością (w tym dostępnością) usług medycznych?
- ▶ Czy KOZ stworzyła bodźce do nadzoru na kosztami usług medycznych?

W dalszej części raportu przeanalizujemy, na ile oba cele zostały zrealizowane.

1. Czy koordynowana opieka zdrowotna ma wpływ na jakość (w tym dostępność) usług medycznych?

Analiza rozwiązań instytucjonalnych pod kątem zmiany jakości świadczeń medycznych nie jest prostym zadaniem. Weryfikacja tezy mówiącej o poprawie jakości świadczeń mogłaby odbywać się jedynie na podstawie wyników leczenia, a takimi danymi na ogół nie dysponujemy. Dodatkowo badanie musiałoby obejmować jakiś rozsądny okres. W analizach neoklasycznych nie spotyka się założenia dopuszczającego zmiany w obrębie jakości produktu, natomiast w badaniach nad skutecznością zmian instytucjonalnych istnieje jeszcze jedna bariera, polegająca na tym, że zmianom w obrębie kosztów opieki zdrowotnej towarzyszą prawie zawsze zmiany jakości świadczonych usług, a tym samym zmienia się charakterystyka produktu finalnego. To, co można analizować w kontekście wdrażanych zmian, to obecność motywacji do nadzoru nad jakością. Tam, gdzie podejmuje się wyzwanie ograniczania tempa wzrostu kosztów, jest to bardzo istotny składnik oceny.

Gromadzenie kompleksowej informacji o pacjentach i dostawcach usług medycznych

Z teoretycznego punktu widzenia, zarządzający budżetem kapitałowym i ponoszący odpowiedzialność za nadzór nad kosztami, powinien mieć z tego tytułu prawo i możliwość oceny zasadności stosowanych metod leczenia - zarówno przed rozpoczęciem procesu diagnostyczno-terapeutycznego (nadzór *ex-ante*), w trakcie jego trwania (nadzór bieżący), jak i po zakończeniu (nadzór *ex-post*). Obaj płatnicy (ówczesne Łódzka i Zachodniopomorska Kasy Chorych) za pomocą stosownych zapisów w umowach, zobowiązali praktyki działające w systemie KOZ do zasięgania informacji w formie pisemnej o dalszym trybie leczenia swoich podopiecznych kierowanych na leczenie specjalistyczne. Rozliczanie wykonanych usług specjalistycznych miało następować na podstawie faktur, do których lekarz specjalista był zobowiązany dołączyć sprawozdanie z realizacji świadczeń. Pełniło ono jednocześnie funkcję odpowiedzi dla lekarza kierującego. Uzależnienie płatności od stosowania wspomnianej zasady wymusiło gromadzenie informacji o pacjencie w jednym miejscu. Przyczyniło się także do znacznej poprawy jakości

informacji na temat samych lekarzy specjalistów i dostarczanych przez nich usług medycznych. Wymóg przekazywania informacji zwrotnej sprzyjał poprawie jakości opieki świadczonej przez specjalistę, bo ta ostatnia podlegała nadzorowi profesjonalnemu. Taka forma nadzoru, która wymusza na poddostawcy elementy sprawozdawczości i dokumentowanie wykonanych usług w postaci informacji zwrotnej na temat rozpoznania, obecnego stanu zdrowia pacjenta, skuteczności podjętej terapii specjalistycznej, rokowań itp. pozwala także lekarzowi rodzinnemu autentycznie realizować zadanie przewodnika po systemie oraz zapewnić całościowość i ciągłość opieki. Wszystkie zaobserwowane korzyści płynące z tytułu gromadzenia kompleksowej informacji o pacjencie i dostawcach specjalistycznej opieki ambulatoryjnej wymieniono w ramce 3.

Ramka 3. Korzyści z tytułu gromadzenia kompleksowej informacji o pacjencie i dostawcach specjalistycznej opieki ambulatoryjnej

1. Możliwość lepszej koordynacji opieki nad pacjentem i realizacji zasady leczenia całościowego.
2. Większa odpowiedzialność i zaangażowanie lekarzy rodzinnych w leczenie pacjenta.
3. Konieczność komunikacji wymuszająca stałą współpracę podmiotów z różnych obszarów medycyny, co odpowiada współczesnym stylom sprawowania opieki medycznej i sprzyja podnoszeniu kwalifikacji lekarzy rodzinnych.
4. Selekcja trudnych „przypadków” dla lekarzy specjalistów (wzmacnianie roli „konsultacyjnej” lekarza specjalisty).
5. Tworzenie podstaw do lepszej diagnostyki (uwzględnianie tzw. schorzeń współistniejących).
6. Identyfikacja tzw. grup podwyższonego ryzyka, np. dzięki danym nt. korzystania z nocnej pomocy lekarskiej czy uczestnictwa w badaniach przesiewowych.
7. Impuls i tworzenie podstaw do rozwoju standardów organizacyjnych i postępowania medycznego.
8. Tworzenie wewnętrznych standardów dokumentacji.
9. Tworzenie systemów informacyjnych i na ich podstawie ustalanie kryteriów selekcji poddostawców (i współpracowników).
10. Bardziej skuteczne monitorowanie realizacji umów - analiza i dyskusowanie przypadków ex-post.
11. Możliwość lepszego odczytywania subiektywnych preferencji pacjentów w wyborze poddostawców; ocena tych opinii w powiązaniu z dokumentacją wizyt i w razie rozbieżności opinii lekarza prowadzącego i pacjenta - możliwość edukacji tego ostatniego).
12. Ograniczenie zjawiska dublowania badań diagnostycznych, wynikającego ze słabego przepływu informacji (szczególnie tam, gdzie działania odbywają się na styku dwóch poziomów medycznych), a tym samym ograniczenie lęków, niepotrzebnych kontaktów z systemem opieki zdrowotnej itp.
13. Racjonalizacja kosztów.

Czasowa dostępność specjalistycznych usług medycznych w programie pilotażowym

Uczynienie lekarzy rodzinnych odpowiedzialnymi za podjęte decyzje terapeutyczne w systemie koordynowanej opieki zdrowotnej zachęciło do myślenia o tym, jakie działania należy podjąć na rzecz monitorowania i poprawy jakości opieki. Zidentyfikowane w badaniu formy monitorowania jakości i działania na rzecz jej poprawy zostały szerzej omówione gdzie indziej (Tymowska, Kowalska 2002; Kowalska 2009). W tym miejscu skoncentrujemy się na jednym - podstawowym - wymiarze jakości opieki: jej dostępności.

Dostępność usług medycznych na całym świecie uznaje się za jedną z najważniejszych miar jakości. Donabedian (1982) kwalifikuje dostępność jako element jakości struktury. Przykładowo, w Wielkiej Brytanii tak zwane kolejki oczekujących, będące miarą dostępności, stanowią istotne wskaźniki jakości (Wyke, Gask et al. 2001). Dostępność do świadczeń zdrowotnych zagwarantowana jest w większości krajów w aktach prawnych. W Polsce gwarantują ją art. 68 Konstytucji RP i stosowne zapisy ustawowe (Ustawa o świadczeniach zdrowotnych 2004). Równość w dostępie do świadczeń medycznych mieści się w kategorii równości szans i oznacza jednakowe szanse przywrócenia zdrowia. Można wskazać na różne aspekty dostępności: czas oczekiwania (dostępność czasowa), odległość (dostępność przestrzenna), uprawnienia (tytuły czy warunki dostępności), ewentualne koszty finansowe - np. konieczność współfinansowania - związane z korzystaniem z opieki (powszechność dostępu), bariery administracyjne (np. wymóg drugiej opinii lekarskiej lub skierowania). Całkowita równość dostępu we wszystkich jego aspektach jest utopią. Na przykład, równość dostępu przestrzennego wymagałaby jednakowej dla wszystkich pacjentów odległości do wszystkich zakładów opieki zdrowotnej. Dysproporcje w dostępie często są bardzo duże i są pochodną uwarunkowań kulturowych, deprawacji i ubóstwa, słabego wykształcenia populacji objętej opieką itp. Istnieje tu duży potencjał dla poprawy jakości, ale często jedynie w następstwie wieloletnich działań poza sektorem zdrowia.

Istnieje wiele uwarunkowań dostępności świadczeń medycznych (Tymowska 1999b). Dostępność zdeterminowana jest przede wszystkim administracyjnie określonymi zasadami dostępu do świadczeń (np. opłacenie składki, posiadanie skierowania, przynależność do ubezpieczalni, wpisanie się na listę pacjentów danego lekarza, nieprzekraczanie limitu przez zakład). Te zasady nie uległy zmianie ani w zachodniopomorskim pilotażu, ani w łódzkim systemie umów, ale ci z pacjentów, którzy w nich uczestniczyli, w wyniku znacznej poprawy dostępności przestali tak silnie odczuwać negatywne konsekwencje konieczności posiadania skierowania.

Dostępność warunkują silnie niepieniężne koszty dostępu i korzystania z opieki medycznej (np. stres, czas oczekiwania, lęk z powodu niepewności szans i sytuacji).

Realizatorzy KOZ w łódzkim systemie umów i w programie pilotażowym mieli możliwość negocjowania u poddostawców warunków wykonywania świadczeń dla swoich pacjentów, w tym między innymi warunku dostępności czasowej, dzięki czemu znacząco poprawiła się czasowa dostępność opieki specjalistycznej a w wielu przypadkach skrócił się czas oczekiwania na konsultacje (z 3-4 miesięcy do 1-2 tygodni). Podkreślano również znaczną poprawę dostępności w sytuacjach nagłych. Podstawą takich pilnych konsultacji były bezpośrednie relacje i ustalenia czynione pomiędzy lekarzem rodzinnym a specjalistą. Deklarowano także, że KOZ zachęca w najbliższej przyszłości do rozszerzania gamy produktów dostępnych w miejscu zamieszkania pacjenta. Czas pracy lekarza specjalisty stał się funkcją czasu oczekiwania na wizytę (maksymalnie tydzień).

Przestrzenna dostępność specjalistycznych usług medycznych w programie pilotażowym

Bardzo silne są uwarunkowania przestrzenne i kulturowe dostępu: odległość zakładów opieki zdrowotnej, łatwość i koszt dojazdu, a także kultura intensywnego lub słabego korzystania z opieki zdrowotnej. Problem gorszej dostępności do opieki na obszarach wiejskich, małomiasteczkowych, o dużej stopie bezrobocia jest dość silnie eksponowany w literaturze (Scott 2000). Zwraca się uwagę na fakt, że bardzo często decyzje dotyczące poszukiwania innych form opieki, niż podstawowa, zależą od podaży na danym rynku. Jeśli najbliższa przychodnia specjalistyczna lub szpital są daleko i dotarcie do nich wymaga poświęcenia względnie dużej ilości czasu i pieniędzy, to dostrzega się znaczne ograniczenie korzystania z tych usług na terenach, na których ich brakuje.

W pilotażowym eksperymencie z KOZ różnice w korzystaniu z opieki były na tyle istotne, że ze strony dostawców POZ zaczęły pojawiać się sugestie, aby zróżnicować wysokość stawki kapitałowej ze względu na miejsce świadczenia usług (wieś - miasto), na korzyść miast. Taka podstawa różnicowania stawki mogłaby zniwelować ryzyka finansowe dostawców POZ, ale jednocześnie jeszcze bardziej pogłębiłaby nierówności w dostępie do opieki. W uzasadnieniach dla wdrożenia pilotażu, kierowanych do organów centralnych, zwracano uwagę, że **poprawa dostępności specjalistycznej opieki ambulatoryjnej na terenach objętych strukturalnym bezrobociem jest szczególnie ważna, gdyż koszty dojazdu tysięcy osób do poradni powodują, że nie podejmują one leczenia odpowiednio szybko lub w ogóle z niego rezygnują. Częstą konsekwencją wstrzymania się od wizyty ambulatoryjnej jest drogie, naprawcze leczenie szpitalne.**

Finansowanie kapitałowe posiada pewną bardzo istotną zaletę: sprawia, że dostęp do opieki przestaje w dużej mierze zależeć od tego, gdzie ludziom „przyszło żyć” (Bevan, McLeod 2001). Dzięki niemu zanika pojęcie tzw. rejonu. Zachodniopomorski program pilotażowy i łódzki system umów stworzyły taką strukturę bodźców, która motywowała do ograniczania barier dostępności na tych obszarach, na których one występowały i generowały nierówności. Poprawa dostępności przestrzennej

wynikała z podpisywania z lekarzami różnych specjalności umów, które przewidywały, że miejscem konsultacji będzie praktyka POZ. Do ośrodków wiejskich zaczęli przyjeżdżać lekarze specjaliści. Ogromnie zyskali na tej zmianie pacjenci. Wydaje się, że znacznie łatwiej jest sfinansować przyjazd lekarza specjalisty raz na dwa tygodnie do danej miejscowości, niż oczekiwać samodzielnego pokrywania kosztów transportu przez względnie ubogą społeczność. Podsumowując, należy stwierdzić, że w dostępności opieki medycznej nastąpiła ogromna poprawa, bardzo pozytywnie odbierana przez pacjentów i ich lekarzy rodzinnych. Należy jednak zwrócić uwagę na inny aspekt, związany z zakresem opieki, otóż uogólniając: przy mniejszym zakresie odpowiedzialności finansowej motywacje do poprawy dostępności przestrzennej były słabsze. Przeszkodą do organizowania opieki specjalistycznej „na miejscu” były głównie słabe warunki lokalowe, nieczytelne stosunki własności i ograniczone możliwości inwestowania w sprzęt niezbędny do udzielania niektórych świadczeń specjalistycznych.

Destrukcja jakości?

Większość zastrzeżeń kierowanych pod adresem koordynowanej opieki zdrowotnej ma związek z podstawową formą finansowania opieki – kapitacją. Tam, gdzie dużą rolę odgrywają bodźce natury finansowej i istnieją silne motywacje do ograniczania kosztów opieki, istnieje ryzyko tzw. destrukcji jakości. Przez destrukcję jakości rozumiemy skłonność do ograniczania dostępu do usług zdrowotnych w sytuacjach, w których korzystanie z nich jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia. Najtrudniej jest wskazać granicę pomiędzy destrukcją jakości a ograniczeniem dostępu do świadczeń w sytuacji braku wskazań medycznych do korzystania z nich. Stawka kapitacyjna w połączeniu z systemem skierowań i możliwością zachowania nadwyżki może zachęcać dostawcę do ograniczania ilości świadczonych usług (przy szerokich zakresach odpowiedzialności) lub do przerzucania kosztów na wyższe poziomy referencyjne (przy wąskich zakresach usług).

W kontekście owego zastrzeżenia, przypomnijmy przede wszystkim, że zarządzanie zasobami w KOZ jest ukierunkowane na redukcję potrzeb zdrowotnych, bądź potrzeb korzystania z intensywnych form opieki, a nie ograniczanie dostępu do usług (Cochrane 2001). Coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, że nadmiar opieki zdrowotnej może być przejawem jej słabej jakości (Robinson, Steiner 1998). Jeden z lekarzy POZ, a zarazem właściciel praktyki działającej w systemie KOZ, stwierdził, że jego misją jest ochrona pacjenta przed zbędnymi kontaktami z systemem opieki zdrowotnej, na przykład ochrona maleńkich dzieci przed szpitalem, bo pobyt w szpitalu generuje dla nich silny stres, czasem zupełnie niepotrzebny. Jednocześnie lekarz rodzinny bierze na siebie odpowiedzialność za zdrowie takiego dziecka. Opinia ta jest zgodna z przyjętą przez Światową Organizację Lekarzy Rodzinnych (WONCA) definicją lekarza rodzinnego, w której zwraca się uwagę, że funkcja „przewodnika” towarzyszącego pacjentowi w „wędrowce po systemie” może oznaczać także ochronę przed nadmiarem działań podejmowanych przez profesjonalistów medycznych (badań, testów

diagnostycznych) w każdym z przypadków, w którym taki nadmiar mógłby być szkodliwy (WONCA 2002).

W odniesieniu do kierowanych pod adresem organizacji opieki koordynowanej zarzutów, istotne jest wskazanie instytucjonalnych zabezpieczeń ochronnych przed destrukcją jakości opieki medycznej. Listę takich instrumentów zawiera ramka 4.

Ramka 4. Instytucje ograniczające destrukcję jakości

- ▶ Restrykcyjne licencjonowanie lekarzy.
- ▶ Egzekwowanie obowiązku uzupełniania wiedzy w toku pracy (re-licencjonowanie).
- ▶ Ustalenie zaleceń i standardów postępowania medycznego.
- ▶ Stałe monitorowanie stosowania wytycznych w praktyce.
- ▶ Zwiększenie roli kodeksów etycznych w wyznaczaniu zachowań.
- ▶ Tworzenie warunków do konkurowania lekarzy POZ o pacjenta.
- ▶ Możliwość wyrażania krytyki pod adresem organizacji medycznej, np. przez środki masowego przekazu.
- ▶ Tworzenie warunków do konkurowania zakładów opieki zdrowotnej o profesjonalistów medycznych (i budowanie tą drogą reputacji zakładu).
- ▶ Tworzenie systemów informacyjnych umożliwiających prognozy wydatków na kolejne lata.
- ▶ Tworzenie warunków do obejmowania opieką koordynowaną względnie dużych populacji pacjentów.
- ▶ Zabezpieczenia w postaci funduszu rezerw finansowych.
- ▶ Dodatkowe stosowanie bardziej zaawansowanych technik finansowania (np. finansowanie wg progów, subkapitacje, wyłączenia).
- ▶ Czytelne zdefiniowanie praw pacjenta i możliwość wymuszania ich realizacji drogą sądową.

Źródło: Kowalska (2009, tabela 12s.132), na podstawie Glazer, Shmueli (1995); Ellis, Van de Ven (2000); Tymowska, Kowalska (2002, tabela 1).

2. Czy koordynowana opieka zdrowotna motywuje do nadzoru nad kosztami?

Odpowiedzialność finansowa za podejmowane decyzje terapeutyczne Społeczeństwa ciągnące za sobą bagaż wyuczonych w epoce komunizmu zachowań muszą być uczone niemal od podstaw działania w warunkach wolności, brania odpowiedzialności za siebie i swoje decyzje, podejmowania ryzyka finansowego. Przypomnijmy, iż w ramach obowiązującego systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, przez wprowadzenie zasady wystawiania przez lekarzy rodzinnych skierowań na leczenie specjalistyczne, dopuszczono do sytuacji, w której - przy finansowaniu kapitacyjnym wąskiego zakresu podstawowej opieki zdrowotnej - istniała silna motywacja, aby przerzucać koszty na wyższe poziomy opieki (Tymowska 1999a). Ograniczanie zjawiska przerzucania kosztów jest bardzo istotne nie tylko ze względów finansowych (twarde ograniczenia budżetowe),

ale także z powodu licznych konfliktów, które powstają na jego tle. Jeśli przepisy nie regulują dostatecznie jasno kwestii podziału kosztów, kompetencji i obowiązków poszczególnych poziomów sprawowania opieki medycznej, pojawiają się konflikty, wzajemne żale i oskarżenia, które wzmocniają podziały i fragmentację w opiece zdrowotnej.

Zmiana zasad kontraktowania podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w systemie KOZ w programie pilotażowym oznaczała stworzenie szansy na wprowadzenie pewnej dozy wolności wyborów dokonywanych przez świadczeniodawców POZ w imieniu własnych pacjentów. Owe wolności towarzyszyło wzięcie na siebie odpowiedzialności za dokonywane wybory. Można zatem uznać, że pilotażowa KOZ stworzyła zręby instytucjonalne dla uczenia się odpowiedzialności finansowej za podejmowane decyzje terapeutyczne. Zmiana systemu kontraktowania w obszarze POZ nosiła znamiona procesu, który Kornai (1986; 1998) definiuje jako przejście od miękkich do twardych ograniczeń budżetowych. Te ostatnie, potęgując różnorodne ryzyka finansowe, kreują jednocześnie bardzo silne bodźce efektywnościowe. Przejście do twardych ograniczeń budżetowych w systemie umów zaprojektowanym dla zachodniopomorskiego pilotażu i łódzkiego systemu umów w ramach POZ było konsekwencją stworzenia znacznie bardziej czytelnej struktury bodźców. Szeroko otwarta furtka do przerzucania kosztów i odpowiedzialności na inne podmioty została przymknięta.

Ustalanie stawki kapitacyjnej i zakresów odpowiedzialności

Stawki kapitacyjne bardzo często wykorzystuje się do finansowania tych obszarów opieki zdrowotnej, w których trudno jest ustalić prawdopodobieństwo wystąpienia potrzeby opieki. Zarządzający budżetem kapitacyjnym przejmuje pełne ryzyko wzrostu kosztów w zakresie objętym umową. Finansowanie specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, wykonywanych w ramach łódzkiego systemu umów i zachodniopomorskiego programu pilotażowego odbywało się za pomocą stawki kapitacyjnej, przekazywanej w transzach miesięcznych na każdego ubezpieczonego, który był zarejestrowany na liście lekarza POZ wykonującego świadczenia w jednostce zorganizowanej na wzór opieki koordynowanej. Iloczyn stawki kapitacyjnej i liczby pacjentów objętych opieką przez lekarza rodzinnego stanowił rodzaj globalnego budżetu. Stawka kapitacyjna miała objąć koszty porady specjalistycznej i wizyt kontrolnych, badań diagnostycznych i laboratoryjnych oraz koszty transportu sanitarnego zleconego przez lekarza specjalistę. Z zakresu odpowiedzialności finansowej POZ wyłączono m.in.: wysokospecjalistyczne procedury diagnostyczne i procedury świadczone w ramach pomocy doraźnej.

Wysokość stawki kapitacyjnej ustalono przez podzielenie wysokości środków przeznaczonych na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną i części środków na leczenie psychiatryczne przez liczbę ubezpieczonych w kasie chorych. Otrzymano w ten sposób roczną stawkę per capita. Taki sposób ustalenia wysokości stawki

miał w swym zamyśle zagwarantować równość podziału i sprawiedliwość wobec tych ubezpieczonych, którzy nie uczestniczyli w pilotażu.

Przeznaczenie nadwyżki

Za główny ekonomiczny bodziec do nadzoru nad kosztami i podejmowania innowacyjnych działań w celu poprawy efektywności w systemie KOZ, uznaje się możliwość zagospodarowania nadwyżki finansowej powstałej z tytułu racjonalnego zarządzania opieką. W Polsce, ze względu na łączenie funkcji zarządzającego budżetem i właściciela, to zarządzający budżetem ma na ogół prawo do bezpośrednich korzyści z tytułu redukcji kosztów. Zarządzający budżetem często bywa jednocześnie lekarzem. Dzieje się tak głównie z powodu niewielkiej skali działalności i braku rezerw finansowych pozwalających na powierzanie funkcji zarządu wykwalifikowanym specjalistom.

Zgodnie z ustaleniami poczynionymi pomiędzy płatnikiem i świadczeniodawcami realizującymi KOZ w łódzkim systemie umów i zachodniopomorskim pilotażu, środki finansowe przeznaczone na wykonanie zadań określonych przedmiotem umowy, w przypadku niewykorzystania ich w przyjętym okresie rozliczeniowym, miały być zwrócone płatnikowi w wysokości równej różnicy pomiędzy kwotą przekazaną na zabezpieczenie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej a kwotą wydaną. Z teoretycznego punktu widzenia, zapis nakazujący zwrócenie płatnikowi niewykorzystanych środków powinien znacznie osłabiać bodźce do kreowania nadwyżki i racjonalnego wykorzystania zasobów. Umożliwienie wydawania uzyskanych nadwyżek na cele związane bezpośrednio z poprawą jakości opieki (np. inwestycje w sprzęt diagnostyczny) jest przykładem równoważenia bodźców pozytywnych i negatywnych. W programie pilotażowym ograniczono się do zastosowania wyłącznie tych ostatnich. Z jednej strony, nałożono na praktyki POZ odpowiedzialność za deficyt będący niekiedy wynikiem niegospodarności, a niekiedy źle określonego wcześniej potencjalnego zapotrzebowania na opiekę lub przywiązywania bardzo dużej wagi do jakości świadczeń (podmiot realizujący zadanie był zobowiązany do pokrycia różnicy z własnych funduszy). Z drugiej strony, potencjalna nagroda za gospodarność miała zostać zwrócona płatnikowi. Wobec zaobserwowanego nierównomiernego rozłożenia ryzyka, warto byłoby rozważyć inną formę zagospodarowania nadwyżek. Mogłoby to być np. stworzenie funduszu rezerwowego, który zabezpieczałby świadczeniodawców przed nieoczekiwanymi, krótkookresowymi fluktuacjami popytu.

Rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych i „wąskie gardła” a procedura ustalania stawki

Aby skutecznie wykorzystać kontrakty jako narzędzie zarządzania ryzykiem, nabywca usług medycznych musi dysponować stosownymi danymi na temat struktury populacji objętej opieką (wiek, ryzyka zdrowotne itp.), jakości usług świadczonych przez różnych dostawców czy poziomu korzystania z danego rodzaju

usług medycznych w latach ubiegłych. Pierwszy z problemów, który pojawił się wkrótce po wdrożeniu pilotażu, dotyczył zagadnienia wiarygodności informacji, a związany był zarówno z kwestią ustalania budżetu (faza *ex-ante*), jak i procesem zarządzania opieką (faza *ex-post*). Na początku realizacji pilotażu posiłkowano się udostępnionymi przez płatnika danymi nt. korzystania ze specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń w latach ubiegłych. W niektórych przypadkach, przy planowaniu wydatków, nie uwzględniono faktu wcześniejszego niedoszacowania potrzeb zdrowotnych. Już pierwsze miesiące pilotażu ujawniły problemy wynikające z nierozpoznania ukrytego popytu - przede wszystkim na świadczenia nieobjęte obowiązkiem wystawiania przez lekarza rodzinnego skierowania. Limity usług w odniesieniu do tych specjalności oraz kolejki oczekujących na wizytę były stosowanymi wcześniej przez kasę chorych narzędziami usztywnienia podaży. Zniesienie instytucji limitu ujawniło rzeczywisty popyt na te usługi, a nałożenie na lekarzy POZ obowiązku zapewnienia tych świadczeń wszystkim potrzebującym pacjentom doprowadziło do sytuacji szybkiego wyczerpywania środków przeznaczonych na te usługi. Już po paru tygodniach funkcjonowania pilotażu, pojawiały się bardzo duże rozbieżności (rzędu 50%) pomiędzy spodziewanym i rzeczywistym zapotrzebowaniem na usługi specjalistyczne dostępne bez skierowania. Na terenie działania zachodniopomorskiej kasy chorych, usługi świadczone w tych specjalnościach stanowiły nieraz 40 - 60% wszystkich świadczeń specjalistycznych. Nowa forma kontraktowania świadczeń specjalistycznych ujawniła tzw. „wąskie gardła”. Między innymi z tego powodu pilotaż dość szybko okazał się deficytowy.

Finansowanie świadczeń specjalistycznych przez lekarzy ogólnych dysponujących budżetem uruchomiło dwa przeciwstawne mechanizmy ekonomiczne. Pierwszy z nich, który pozwalał lekarzom POZ negocjować warunki dotyczące miejsca, ceny oraz czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, pozwalał bardziej efektywnie wykorzystywać środki na opiekę specjalistyczną i w konsekwencji przyczynić się do poprawy dostępności. Z drugiej zaś strony, znaczna poprawa dostępności tych świadczeń, na które nie wymagano skierowania (zatem lekarz POZ nie miał wpływu na decyzję terapeutyczną w tym zakresie) wykreowała poważne ryzyka finansowe. Teoretycznie o sukcesie finansowym indywidualnej praktyki decydowało to, który z tych dwóch efektów przeważa.

Być może najprostszym zabezpieczeniem, chroniącym realizatorów pilotażu przed niekontrolowanym wzrostem wydatków na świadczenia specjalistyczne dostępne bez skierowania, byłoby wyłączenie ich poza zakres finansowej odpowiedzialności POZ. Aby zapobiec konsekwencjom błędnego rozpoznania potrzeb zdrowotnych tam, gdzie spodziewane są spore zmiany po stronie popytowej, można również ustalić pewien etap przejściowy, podczas którego zostaną zebrane bardziej wiarygodne dane dotyczące korzystania z usług. Ale i ten sposób ma swoje wady. Przyjmując za podstawę w ustalaniu poziomu stawki kapitałowej dane na temat wydatków z lat ubiegłych, stwarza się ryzyko, że w przeddzień wprowadzenia systemu kapitałowego lekarze będą zawyżali celowo wydatki, aby w przyszłości

otrzymać korzystne stawki kapitacyjne. Takie rozwiązanie zastosowano w Wielkiej Brytanii przed wprowadzeniem *GP-fundholdingu* i w konsekwencji zaobserwowano tam opisywane wcześniej w raporcie zjawisko „nadmuchiwanie budżetu”. Doświadczenia brytyjskie, zachodniopomorskie i łódzkie pokazują, że procedura konstruowania stawki kapitacyjnej i określania przedmiotu umowy jest zadaniem trudnym do zrealizowania. Związana jest z procesem „uczenia się przez doświadczenie” i koniecznością stopniowego rozpoznawania rzeczywistych potrzeb populacji objętej opieką. Aby minimalizować błędy, w KOZ istotne staje się aktywne podejście do rozpoznawania potrzeb, w przeciwieństwie do biernego oczekiwania, aż te potrzeby ujawnią się w najmniej pożądanym momencie.

Nadzór nad realizacją kontraktu

Ujawnionym w wywiadach i najpoważniejszym w skutkach (także dla pacjenta) przykładem zjawiska „kreowania popytu przez podaż” (McGuire 2000) było stwarzanie poczucia silnej choroby u pacjenta i zatrzymywanie go pod stałą opieką specjalisty w przypadkach, w których nie istniało uzasadnienie medyczne dla takiej decyzji. Takie zjawisko było bardziej nasilone tam, gdzie lekarze rodzinni finansowali tylko pierwszą z wizyt u lekarza specjalisty (odpowiedzialność finansowa dotyczyła bardzo wąskiego zakresu usług), czyli w łódzkim systemie umów. Lekarzom specjalistom opłacało się wzbudzać w pacjentach poczucie silnej choroby. Pacjenci chętnie zostawali pod ich opieką, bo w Polsce nadal istnieje kulturowo uwarunkowana nieufność do jakości pracy POZ (nieufność zarówno pacjentów, jak i lekarzy specjalistów). Ten fakt pokrótce skomentował jeden z lekarzy rodzinnych w następujących słowach: System, który mamy obecnie w kraju, zniechęca do tego, aby powiedzieć komuś, że jest zdrowy. Można się jedynie domyślać, że takie zachowania były wyuczone wcześniej, w wyniku stosowania zasady limitowania świadczeń, która nieraz zmuszała do walki o udziały w rynku specjalistycznym i poszukiwania uzasadnień dla zwiększenia limitu.

Wywiady ujawniły także, że nowe formy współpracy pomiędzy środowiskami POZ i specjalistów znalazły w większości przypadków pozytywny oddźwięk. Wyraźnie marginalizowano znaczenie niedociągnięć w sprawozdawczości lekarzy specjalistów. Wskazywano raczej na proces cywilizowania kontraktów („dogadywania się”) i budowania relacji opartych na zaufaniu. Mimo tych pozytywów, warto nakreślić nieco szerszy kontekst problematyki związanej z „nadzorem nad fakturami”. W literaturze znajduje potwierdzenie odnotowany w badaniu fakt, że kwestionowanie faktur wszędzie na świecie rodzi poważne konflikty (McElfatrick, Eichler 2003). W związku z powyższym bardzo ważne jest precyzyjne formułowanie umów tak, aby dostawca usług był w pełni świadomy rodzaju konsekwencji płynących z nieprzestrzegania niektórych warunków umowy (zazwyczaj będzie to brak jednorazowej płatności, w skrajnych przypadkach - zerwanie kontraktu). Nadzór nad kosztami na podstawie nadesłanych faktur uznaje się za narzędzie ryzykowne szczególnie w tych sytuacjach, w których firmie grozi deficyt, gdyż w momencie, w którym wykazuje się rozbieżności, jest na ogół zbyt późno, aby podjąć

odpowiednie działania. W niektórych dużych firmach KOZ w Stanach Zjednoczonych poziom wydatków poniesionych, a niewykazanych w stosownym czasie w fakturach, był na tyle wysoki, że często stawał się przyczyną bankructw (Weiner, Ferris 1990; Bevan et al. 2001). Z opisanych powyżej powodów - ryzyka i konfliktu - istotnej wagi nabiera typowe dla organizacji KOZ stosowanie zasady nadzoru ex-ante (nadzór nad skierowaniami, instytucja „drugiej opinii”, dyskusowanie „przypadków” w zespole lekarskim itp.).

Czego nauczyły nas polskie pilotaże KOZ?

Dzisiaj, ponad 10 lat od pilotaży koordynowanej opieki zdrowotnej w Polsce, trudno na podstawie analizy ich doświadczeń mającej miejsce wkrótce po ich zakończeniu, formułować jednoznaczne wnioski na przyszłość. Powód jest prosty - upłynęło zbyt wiele czasu, a w tym okresie w zasadniczy sposób zmieniły się choćby warunki ekonomiczne w jakich żyjemy. Zarówno lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, jak i specjaliści działający w AOS to w ogromnej większości osoby prowadzące działalność gospodarczą. Ich relacje z Narodowym Funduszem Zdrowia lub podmiotami leczniczymi, w których świadczą usługi, od wielu lat oparte są na kontraktach. Choćby z tego powodu można wnioskować, że świadomość ekonomiczna środowiska lekarskiego bardzo wzrosła. Jednocześnie, o czym będziemy pisać w kolejnym rozdziale raportu, wiele zachowań obserwowanych w systemie świadczy o tym, że kierowanie się własnym interesem ekonomicznym jest powszechnym zjawiskiem obecnym na wszystkich szczeblach opieki zdrowotnej. Przerzucanie kosztów na wyższe poziomy opieki jest powszechne, a pacjent w procesie leczenia jest pozostawiony sam sobie. Oba pilotaże przed laty pokazały, że tak być nie musi. Dostępność do świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej dla pacjentów lekarzy POZ uczestniczących w nich poprawiła się w stosunku do reszty systemu. Nie zaobserwowano także istotnych elementów destrukcji jakości, ale było to z dużą dozą prawdopodobieństwa związane z brakiem bodźców finansowych do takich zachowań. Co do kontroli kosztów trudno już o jednoznacznie pozytywne opinie, z uwagi na zastosowane w obu przypadkach wyłącznie negatywnych bodźców w postaci obciążenia praktyk potencjalnymi stratami oraz obowiązku zwrotu niewykorzystanych środków. Doświadczenia z innych krajów, w których przynajmniej część niewykorzystanych środków na zakup świadczeń można wykorzystać np. na inwestycje w sprzęt i jakość opieki byłyby z pewnością ciekawszym bodźcem jako przedmiotu do analizy. Wówczas dużo wyraźniej byłoby widać, jak wpływa on na zachowania lekarzy i czy nie jest bodźcem do oszczędzania środków kosztem np. badań dodatkowych lub opłat za konsultacje specjalistów.

Czy w przypadku kontynuacji pilotaży w dłuższym okresie lub tym bardziej trwałego zakorzenienia KOZ w systemie na szerszą skalę obserwowalibyśmy równie pozytywne zjawiska świadczące o poprawie dostępności i jakości opieki? Wydaje się, że doświadczenia z Wielkiej Brytanii pozwalają na stwierdzenie, że można mieć taką nadzieję. Niemniej, aby mieć taką pewność, trzeba przeprowadzić nowe pilotaże, wykorzystując w ich przygotowaniach to wszystko, co można i warto wykorzystać ze skromnych doświadczeń polskich, ale przede wszystkim sięgając do doświadczeń z Wielkiej Brytanii i Niemiec, a być może także innych krajów, w których KOZ przynosi dobre rezultaty.

5. Polski system opieki medycznej - problemy i wyzwania

Reformy przyniosły zmiany - pytanie czy poprawę?

Na całym świecie zagadnienia związane z opieką zdrowotną wzbudzają ogromne emocje. W Polsce dyskusje na temat ochrony zdrowia skupiają się na kilku dyżurnych problemach. Do obywateli regularnie docierają medialne wiadomości na temat trudności z dostępem do świadczeń zdrowotnych, wyczerpaniem się limitów na świadczenia, zbyt niskiej wartości kontraktów w stosunku do możliwości ich realizacji przez szpitale lub niedostarczania potrzebnych usług w stosownym czasie i w dostatecznej ilości. W poprzednich latach były to także informacje o strajkach, niskich pensjach pracowników ochrony zdrowia czy korupcji lekarzy. Raz na kilka lat głośny staje się problem zadłużenia szpitali i dyskusja nad sposobem jego rozwiązania. Nierzadko w takim kontekście pojawiają się informacje na temat poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych i opinie, że są one za niskie w stosunku do potrzeb i gwarancji zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych.

Jeśli przyjąć za miernik zaspokojenia potrzeb zdrowotnych Polaków ogólny poziom nakładów na ochronę zdrowia, liczbę porad czy hospitalizacji, a także poziom nakładów na leczenie pacjentów w ramach leczenia wysokospecjalistycznego czy programów lekowych stosowanych w chorobach rzadkich i bardzo ciężkich, to z całą pewnością na tym polu nastąpił ogromny postęp. Biorąc pod uwagę wyłącznie poziom nakładów publicznych na zdrowie na przestrzeni lat 1999-2011, widać ogromny blisko 170-procentowy wzrost. Nakłady publiczne wzrosły z 25 do 67 mld zł. W tym samym okresie prywatne wydatki na zdrowie wrosły z 14 do 33 mld zł. Jako społeczeństwo wydajemy na zdrowie ponad 100 mld zł, co stanowi ok. 7% naszego PKB (WHO 2011). Przyjmując jednak za miernik dostępności do świadczeń w sektorze publicznym poziom procentowego udziału wydatków publicznych na zdrowie, to Polska z obecnym poziomem zamożności swoich obywateli i 67-procentowym udziałem wydatków publicznych na zdrowie, w ramach ocen WHO, byłaby sklasyfikowana jako kraj, w którym istnieje problem z dostępnością i równością w dostępie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Gros wydatków prywatnych na świadczenia jest spowodowane niedostępnością lub dalece nieadekwatną do potrzeb dostępnością do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Zjawiska, o których dowiadujemy się z mediów w sytuacjach zapalnych, są jednak nie tyle chorobą, co raczej objawami wielu współistniejących schorzeń polskiego systemu polskiego ochrony zdrowia. Ich analiza pozwala dociec na czym polega istota problemu, z którym należy się zmierzyć na gruncie systemowym.

Skuteczne leczenie wymaga bowiem dotarcia do przyczyn i podjęcia wysiłku ich wyeliminowania, a nie zajmowania się wyłącznie dominującymi objawami.

Polski system opieki zdrowotnej finansowanej ze źródeł publicznych w przeciągu ostatnich dwudziestu lat uległ istotnym przeobrażeniom. Od 1989 roku systematycznie zmniejszono rolę państwa jako producenta dóbr i usług medycznych. Zwiększył się udział prywatnych podmiotów w sektorze zdrowia, zwłaszcza w tej jego części, która nie wymaga dużych nakładów inwestycyjnych, a więc lecznictwa ambulatoryjnego zarówno poziomu podstawowego, jak i specjalistycznego, w dużo mniejszym stopniu w zakresie lecznictwa szpitalnego. Od roku 1999 roku, w wyniku wprowadzenia powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych (Ustawa o PUZ 1997, Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153), liczba instytucji prywatnych mających takie kontrakty istotnie wzrosła (Tymowska 2001). Kontraktowa relacja między dysponentem środków publicznych a producentem usług medycznych dla osób uprawnionych jest jedną z najważniejszych regulacji wdrożonych w opiece zdrowotnej w Polsce w latach 90. (Tymowska 1993; 2003a). Wydaje się, że jedną z przyczyn choroby polskiego systemu ochrony zdrowia, jego niewydolności i niskiej efektywności, jest brak dostatecznej spójności tej kontraktowej relacji z organizacją systemu opieki zdrowotnej. Konkurencja dominuje w nim nad współpracą podmiotów leczniczych, a brak bodźców wspierających koordynację inwestycji oraz wykorzystanie zasobów, a także ciągłości opieki nad pacjentem powodują, że system nieustannie boryka się z problemami finansowymi. Rodzi to atmosferę pełną wzajemnych zarzutów i niemal permanentny konflikt pomiędzy płatnikiem publicznym a podmiotami leczniczymi, w której pacjenci stają się kartą przetargową. W rezultacie czego ci ostatni są coraz bardziej niezadowoleni i źle oceniają system, w którym ich zdrowie i dobro powinno być w centrum zainteresowania i działania.

Objawy choroby systemu - kolejki oczekujących

W polskim systemie opieki zdrowotnej kontrakt w założeniach pełni ogromnie ważną funkcję przechodzenia od „filozofii finansowania zasobów” do „filozofii finansowania realnych potrzeb”. Kontrakt to odejście od bezpiecznego świata gwarancji pieniędzy na utrzymanie zasobów instytucji służby zdrowia bez szczególnej analizy ich wykorzystania, kosztów i wyników (Tymowska 1993). Nie powinien on gwarantować środków na utrzymanie firmy X, z określoną liczbą zatrudnionych pracowników, daną strukturą oddziałów z mniej lub bardziej wykorzystywanymi łózkami i specyficznym dla danej specjalności kapitałem trwałym. Kontrakt - w ramach dostępnych środków - winien zapewniać te świadczenia, które są w danym momencie potrzebne chorym ludziom.

Rozpoznanie zapotrzebowania i określenie stosownych priorytetów jest rolą nabywcy, a struktura nabywanych świadczeń powinna być pochodną tego rozpoznania. Doświadczenia zarówno z okresu funkcjonowania regionalnych kas chorych, jak również obecne, po utworzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i jego oddziałów wojewódzkich pokazały, że słabość merytoryczna płatnika oraz

uwarunkowania natury pozamerytorycznej (głównie politycznej, ale także ludzkiej omylności czy cech charakteru) uniemożliwiła pełną realizację tej funkcji kontraktu. O ile na początku swej działalności, zarówno kasy chorych, jak i oddziały NFZ, nie posiadały informacji na tyle precyzyjnych, aby mogły poprawnie określić strukturę potrzeb zdrowotnych osób ubezpieczonych, o tyle kolejne lata pozwalały na proces „uczenia się przez doświadczenie”. Potrzeby ubezpieczonych były stopniowo lepiej rozpoznawane, ale przy braku koordynacji polityki zdrowotnej i narzędzi ich realizacji tak na szczeblu państwowym, jak i regionalnym płatnik publiczny nie jest w stanie ich zaspokoić. Płatnik publiczny nie posiada dostatecznych narzędzi, by bronić się przed działaniami dostawców - czasem racjonalnymi, a czasem oportunistycznymi - którzy generują popyt na swoje usługi w celu pozyskania większej puli środków finansowych po to, aby dalej finansować swoje zasoby. Zachowania takie określono mianem „taktycznej gry o przekraczanie limitów”. Brak koordynacji i współpracy pomiędzy poszczególnymi szczeblami opieki medycznej, nadmierne rozdrobnienie podmiotów, którym w wyniku reformy samorządowej z 1999 roku powierzono rolę organów założycielskich dla zakładów opieki zdrowotnej różnych szczebli, a także konsekwentna dezintegracja lecznictwa szpitalnego z lecznictwem ambulatoryjnym skutkują rosnącymi problemami, przed jakim staje publiczny płatnik a także państwo, jako gwarant równego dostępu świadczeń zdrowotnych dla obywateli. Płatnik publiczny, bez obiektywnych i znanych publicznie ocen potrzeb zdrowotnych, nie jest w stanie skutecznie pełnić roli rzecznika interesów ubezpieczonych, świadomego rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów.

W takiej sytuacji, przy ograniczeniach finansowych po stronie płatnika, głównym narzędziem ograniczania popytu na usługi jest reglamentacja dostępu przez instytucję „limitu” - tworzenie kolejki oczekujących. Limit natomiast jest zaprzeczeniem idei powszechnej dostępności opieki zdrowotnej i jest rozwiązaniem nieakceptowanym przez społeczeństwo i środowisko medyczne.

Dane, które podaje do publicznej wiadomości Narodowy Fundusz Zdrowia (2012), wskazują, że według sprawozdawanych przez świadczeniodawców kolejek do konsultacji specjalistycznych dla tzw. przypadków stabilnych, czas oczekiwania na poradę rzędu 5-8 tygodni jest normą dla większości poradni specjalistycznych. Największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych znajduje się na listach oczekujących do poradni specjalistycznych: okulistycznych, kardiologicznych, neurologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej i ginekologiczno-położniczych. Najdłuższy średni czas oczekiwania raportowany jest przez poradnie kardiologiczne i w grudniu 2011 wynosił 52 dni. W przypadku leczenia szpitalnego NFZ podaje równie złe, a nawet gorsze informacje o dostępności do świadczeń. Np. na zabiegi operacyjnego leczenia zaćmy na koniec 2011 czekało - 318 044 osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” i 18 367 osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”. Najdłuższe średnie czasy oczekiwania były

notowane w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego (450 dni) oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego (388 dni).

Jasne jest, że żaden system opieki zdrowotnej nie jest w stanie zapewnić natychmiastowej dostępności do każdego rodzaju świadczenia zdrowotnego. Oczywiście jest także, czego dowodzą obiektywne dane dotyczące liczby i rodzaju realizowanych świadczeń, że dostępność do świadczeń zdrowotnych i leków w Polsce jest lepsza niż przed dwudziestu czy nawet pięciu laty. Dane porównawcze z innymi krajami pokazują jednak, że dostępność do wielu świadczeń byłaby dużo większa, a kolejki krótsze, gdyby polski system ochrony zdrowia dzięki bodźcom finansowym i organizacyjnym, i związanym z nimi lepszym planowaniem i koordynacją opieki nad pacjentem, podążał śladem najbardziej efektywnych systemów opieki zdrowotnej. Przy lepszej koordynacji opieki, innym modelu płatników oraz finansowania przez nich świadczeń, a także przy ich realizacji w innym trybie i na innym niż w Polsce szczeblu opieki zdrowotnej, problem kolejek staje się marginalny i nie stanowi przedmiotu uzasadnionej często krytyki i niezadowolenia opinii publicznej.

Objawy choroby systemu - skierowania i mit „lekarza POZ - przewodnika po systemie”

Istotną zmianą, którą wdrożono w 1999 roku, było przyznanie pacjentowi prawa wolnego wyboru lekarza (zarówno rodzinnego, jak i specjalisty). Jednocześnie możliwość korzystania ze świadczeń specjalistycznych uzależniono od skierowania wystawianego przez lekarza pierwszego kontaktu - będącego w zamyśle „przewodnikiem pacjenta” po systemie opieki zdrowotnej. Ten cel reformy nie znalazł jednak odzwierciedlenia w zaprojektowanych instytucjach, a tym samym w praktyce pozytywnie odbieranej przez pacjentów. Stworzone mechanizmy alokacji spowodowały, że wzmocniono przede wszystkim funkcję strażnika systemu (*gatekeeper*). Ze względu na niespójną z filozofią medycyny rodzinnej strukturę bodźców, faktyczna odpowiedzialność lekarzy pierwszego kontaktu ogranicza się do wąsko rozumianego zakresu opieki podstawowej, w tym do badań diagnostycznych przypisanych w ramach stawki kapitałowej lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej.

Problem niskiej pozycji lekarzy POZ czy lekarzy rodzinnych, a tym samym często także ich niskiej oceny zarówno w Polsce, jak w Stanach Zjednoczonych pod koniec lat 70. - w okresie promowania instytucji lekarza pierwszego kontaktu, wynika z dodatkowych barier kulturowych. Jak dowodzą badania, Polak, tak jak i Amerykanin, znacznie wyżej ceni kontakty ze specjalistą i bardzo pozytywnie traktuje fakt wystawienia skierowania na konsultację specjalistyczną (Cochrane 2001; Tymowska 2001; Getzen 2004). Brak akceptacji systemu, w którym lekarz pierwszego kontaktu miałby być koordynatorem leczenia, wyrażał się między innymi w tym, że niewiele osób przekazywało informacje o wynikach badań i wizytach u innych lekarzy swojemu lekarzowi rodzinnemu (Tymowska 2000; 2001). Z kolei na lekarzy specjalistów, do których lekarze pierwszego kontaktu wysyłali swoich

pacjentów, nie nałożono prawnie egzekwowalnego obowiązku odesłania informacji na temat rozpoznania i zalecanej terapii. Skutkiem tego wszystkiego jest brak realnej możliwości koordynacji ścieżki pacjenta w systemie opieki zdrowotnej. Z tym problemem ewidentnie mamy do czynienia w Polsce.

Choroba systemu - przerzucanie kosztów

Instytucja limitu, choć pomagała kasom chorych, a obecnie oddziałom NFZ w zbilansowaniu przychodów i wydatków, nie chroni jednak systemu przed zjawiskiem przerzucania kosztów (Tymowska 1999a; 2003b). Bodźce motywujące do przerzucania kosztów ukryte są w sposobach finansowania usług, a podatni na nie byli przede wszystkim zarządzający podstawową opieką zdrowotną (POZ), która finansowana jest z wykorzystaniem prostych technik kapitacyjnych. Świadczeniodawcy POZ otrzymywali na opłacenie kosztów świadczenia usług opieki podstawowej środki w postaci stawki kapitacyjnej. Przy stawkach ustalonych na wąskie zakresy usług, przy braku odpowiednich standardów postępowania medycznego, słabym nadzorze nad realizacją umów i przede wszystkim przy możliwości zachowania nadwyżek z tytułu „oszczędnego” gospodarowania środkami, istnieje silna motywacja do kierowania pacjentów na droższe leczenie w instytucjach o tzw. wyższym poziomie referencyjnym. Z drugiej zaś strony, istotne znaczenie mają formy wynagradzania indywidualnych lekarzy pierwszego kontaktu. Jeśli lekarze nie zarządzają budżetami i nie pełnią jednocześnie funkcji właścicielskich, a systemy ich wynagradzania nie są powiązane z liczbą pacjentów i nie wykorzystują technik kapitacyjnych (zazwyczaj formą wynagrodzenia jest pensja), to istnieją ukryte motywacje do nazbyt intensywnego kierowania pacjentów na leczenie specjalistyczne, związane z ograniczeniem zakresu odpowiedzialności i ilości pracy w POZ. Owe motywacje, wynikające ze sposobu finansowania świadczeń POZ i związane z zakresem odpowiedzialności oraz intensywnością wykonywanej pracy, wzmacniane były przez bodźce ukryte w sposobach finansowania usług specjalistycznych, zgodnie z regułą płatności za indywidualną, pojedynczą usługę (*fee-for-service*). Zachęcają one lekarzy specjalistów do przyjmowania kierowanych do nich pacjentów na dłuższe leczenie.

Pomimo korekcyjnych zmian w zasadach wyznaczania wysokości stawek kapitacyjnych, które następowały od początku wprowadzenia reformy z roku 1999, ich struktura i przedziały wiekowe nie odzwierciedlają potrzeb zdrowotnych pacjentów, a tym samym możliwości ich zaspokojenia w dostatecznym stopniu przez lekarzy rodzinnych. Brak w modelu finansowania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej bodźców do lepszej opieki zdrowotnej w postaci płacenia za oczekiwane rezultaty czy do przejęcia roli rzeczywistego koordynatora opieki nad pacjentem, co skutkuje przerzucaniem kosztów na wyższe szczeble opieki, „pozbywaniem się” uciążliwych pacjentów przez kierowanie ich do specjalistów i ogólnie niską w odbiorze społecznym jakością opieki zdrowotnej. Model wyższych stawek kapitacyjnych za leczenie chorych na cukrzycę wprowadzony bez kryteriów oceny jakości leczenia wpływających na wysokość tej stawki, spowodował jedynie wzrost

kosztów leczenia, bez poprawy jej jakości. W rozwiązaniu, które miałyby przynieść poprawę i odciążyło wyższe szczeble opieki zdrowotnej, diabetologów i szpitale, wskazane byłoby zastosowanie rozstrzygnięć podobnych do brytyjskich - czy to *GP-fundholding*, czy bardziej zaawansowanego płacenia za rezultat. To ostatnie mogłoby być uwzględnione choćby przy szczepieniach przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, w którym Polska ma jedno z najniższych w EU współczynników wyszczepialności.

Choroba systemu - dekompozycja struktur i fragmentacja opieki medycznej

Problem przerzucania kosztów, istotny z punktu widzenia oceny efektywności, jest również silnie powiązany ze zjawiskiem pogarszania jakości - fragmentacją opieki medycznej i słabością bodźców do nadzoru nad standardem świadczeń medycznych. Problem fragmentacji opieki medycznej jest obecny w większości systemów opieki zdrowotnej, ale bywa bardziej nasilony tam, gdzie lekarze rodzinni pracują w warunkach dużej autonomii, jednocześnie nie ponosząc konsekwencji finansowych za podejmowane przez siebie decyzje terapeutyczne. Inną konsekwencją takiej swobody działania może być również rosnące zróżnicowanie w podejściu do identycznych problemów zdrowotnych (*small area variation*), wynikające z odmiennych stylów sprawowania opieki nad pacjentem.

Wadą nowych mechanizmów alokacji w systemie powszechnego ubezpieczenia na etapie działania kas chorych były bez wątpienia kontrakty jednostkowe, które zachęcały do dekompozycji zintegrowanych struktur (opieka podstawowa, ambulatoryjna i szpitalna oraz pogotowie ratunkowe w jednej organizacji, obejmującej opieką liczną populację). Niektóre struktury były słabe, ale w wielu przypadkach niszczone cenne więzy współpracy między lekarzami różnych specjalności (sieci powiązań formalnych i nieformalnych). Te więzy są bardzo ważne dla zachowania ciągłości leczenia i koordynowania opieki nad pacjentem (Kowalska 2007).

Problem, który generuje przerzucanie kosztów, już pokrótce zasygnalizowany w raporcie, to mnogość podmiotów tworzących, będących właścicielami wielkiej liczby publicznych podmiotów leczniczych. Podmioty te, występując o kontrakty z NFZ, konkurują ze sobą nie jakością czy ceną świadczeń, ale faktem istnienia i szyldem „publiczny”. Naciski wynikające z tych przyczyn powodują, że Fundusz zamiast jak najbardziej efektywnie kupować świadczenia, w praktyce jest zmuszony do zapewnienia egzystencji często zbędnym z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych szpitalom publicznym. Dodatkowa presja ze strony podmiotów niepublicznych, głównie na poziomie Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS), na zwiększanie wartości kontraktów lub oferowanie Funduszowi kolejnych istniejących na danym terenie świadczeń specjalistycznych i diagnostycznych, przy aktualnie istniejących regulacjach, sprzyja kupowaniu świadczeń, a nie zdrowia i efektów zdrowotnych. **Problem rozproszenia**

świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz szpitali, przy braku finansowych motywatorów do konsolidacji i koordynacji opieki medycznej, konserwuje nieefektywną strukturę opieki zdrowotnej w Polsce.

Wydawało się, że zmiany, jakie w zakresie obowiązków podmiotów tworzących wprowadziła ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku w perspektywie kilku lat powinny przynieść pożądane rezultaty i w wyniku procesów konsolidacji oraz restrukturyzacji związanej z komercjalizacją podmiotów leczniczych, doprowadzić do dostosowania liczby i rodzaju podmiotów leczniczych do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych Polaków. Już obecnie istnieją jednak poważne obawy czy tak się stanie, gdyż oceny skutków tej regulacji, jakie zostały zaprezentowane przez ekspertów, wskazują, że ustawa o działalności leczniczej wymaga istotnych zmian o charakterze fundamentalnym dla zachowania stabilności i spełniania swej misji przez system ochrony zdrowia (PWC, DZP, Uczelnia Łazarskiego 2013).

Warto rozważyć czy oprócz braku koordynacji i planowania opieki zdrowotnej na szczeblu regionalnym, nie jest to także skutek złego definiowania misji NFZ, sprowadzającego jego działania do „kupowania świadczeń”, zamiast „kupowania zdrowia dla ubezpieczonych”, oraz braku dostatecznego nadzoru nad poprawnością wykorzystania publicznych środków na zdrowie. Mimo że NFZ ma bardzo szerokie uprawnienia kontrolne w stosunku do świadczeniodawców, to poziom nieefektywności wykorzystania zasobów oraz realizacja wielu nieuzasadnionych medycznie i finansowo świadczeń zdrowotnych sprawiają, że w polskim systemie ochrony zdrowia na poziomie świadczeniodawców istnieją liczne pola do poprawy, które przyniosłyby duże korzyści, społeczne i finansowe. Według ekspertów ochrony zdrowia, powołujących się na analizy przeprowadzone przez OECD (2010), średnią długość życia Polaków można podnieść o około 2 lata bez dopływu dodatkowych środków, zwiększając jedynie efektywność systemu ochrony zdrowia. Jak wynika z raportu opublikowanego przez OECD (2010), skala braku efektywności jest na tyle duża, że podnosząc efektywność polskiego systemu do poziomu najbardziej efektywnych krajów OECD, można by zaoszczędzić w Polsce na wydatkach publicznych na ochronę zdrowia około 1,5% PKB. Zdaniem OECD obszarem, w którym istnieje możliwość podniesienia efektywności całego systemu jest ambulatoryjna opieka medyczna - jej lepsze funkcjonowanie i koordynacja w zakresie diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych przyniesie oszczędności w kosztach leczenia szpitalnego (mniej hospitalizacji z powodu leczenia takich chorób jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby układu krążenia, astma i inne choroby układu oddechowego). Innym sugerowanym sposobem pozwalającym na podwyższenie efektywności jest dostarczenie pacjentom informacji o jakości i cenach świadczeń medycznych, co wzmacnia konkurencję w sektorze ochrony zdrowia. Jak widać eksperci OECD upatrują szanse na poprawę efektywności w polskim systemie opieki medycznej w kluczowych elementach koordynowanej opieki zdrowotnej - stosowności i substytucji leczenia, a także zarządzaniu chorobami i narzędziach zarządzania jakością.

Etiologia choroby systemu – niedostatek informacji

Cechą szczególną sektora opieki zdrowotnej jest niepewność lekarza i pacjenta związana z zachorowaniem pacjenta. W często cytowanym artykule na temat opieki zdrowotnej, laureat nagrody Nobla J.K. Arrow stwierdza: Szczególne zagadnienia ekonomiczne opieki zdrowotnej można wyjaśnić jako dostosowywanie się do istnienia niepewności w występowaniu chorób oraz w skuteczności leczenia (Arrow 1963 [1979]).

Tam natomiast, gdzie istnieje niepewność, szczególnie cennym aktywem staje się informacja, ponieważ może ona tę niepewność ograniczyć. Silna asymetria informacji między pacjentem i lekarzem jest najbardziej charakterystyczną cechą sektora opieki zdrowotnej. Lekarz dysponuje zazwyczaj odpowiednią informacją fachową, która pozwala postawić diagnozę i zalecić optymalną terapię, natomiast pacjent jest świadom tego, że nie posiada kwalifikacji pozwalających mu dokonywać racjonalnych wyborów. W efekcie asymetrii informacji, między lekarzem i pacjentem tworzy się relacja agencji, w której lekarz staje się rzecznikiem interesów pacjenta. Istnieje bogata literatura, która precyzyjnie i systematycznie opisuje klasyczny model relacji agencyjnej (np. Holmstrom 1982; Arrow 1986; Mas-Collel 1995). John K. Arrow (1986) twierdzi, że relacja agencji pojawia się jako jeden z zasadniczych komponentów wszystkich rynkowych transakcji, a więc także transakcji w sektorze opieki zdrowotnej (por. np. Smith et al. 1997; Thurner, Kotzian 2001).

Instytucjonalną odpowiedzią na niepewność co do rozmiaru i czasu wystąpienia choroby są różne formy ubezpieczenia i finansowania opieki zdrowotnej. Ogromny wzrost kosztów leczenia w ciągu kilkudziesięciu ostatnich lat, a także asymetria informacji pomiędzy pacjentem a profesjonalistą medycznym przyczynił się do stworzenia instytucji pośrednika trzeciej strony (nabywcy opieki zdrowotnej, dysponenta środków). Ową trzecią stroną mogą być organy władzy państwowej lub samorządowej, agencje publiczne (np. terenowe agencje ds. zdrowia w Wielkiej Brytanii), instytucje powszechnych ubezpieczeń społecznych lub dobrowolnych ubezpieczeń prywatnych (polski NFZ czy niemieckie kasy chorych), plany zdrowotne (np. organizacje opieki koordynowanej w Stanach Zjednoczonych), pracodawcy (np. przez zakup abonamentów dla swoich pracowników), dostawcy dysponujący budżetem (np. lekarze ogólni dysponujący budżetem w Wielkiej Brytanii). Pośrednictwo instytucji strony trzeciej rodzi jednak tzw. pokusę nadużycia (*moral hazard*) zarówno ze strony pacjenta (brak dbałości o własne zdrowie i zgłaszanie nadmiernego popytu na świadczenia zdrowotne), jak również ze strony producenta usług medycznych (tzw. kreowanie popytu przez podaż).

W polskim systemie opieki medycznej problem nierówności w dostępie do informacji wynika dodatkowo z niedostatku informacji i braku mechanizmów oraz narzędzi służących do ich gromadzenia i przekazywania. Problem ten dotyczy zarówno NFZ, jak i przede wszystkim podmiotów leczniczych wszystkich szczebli opieki.

Nakłada się na to także rozbieżność pomiędzy województwami w sprawozdawczości dotyczącej takich parametrów epidemiologicznych, jak zapadalność, chorobowość czy przyczyny zgonów. Skutkuje to brakiem danych, na podstawie których można planować opiekę zdrowotną adekwatną do potrzeb, koordynować jej dostarczenie, a także monitorować jej jakość. W XX i XXI w. standardem systemów opieki zdrowotnej jest jego niemal powszechna informatyzacja i integracja różnych szczebli i punktów opieki medycznej poprzez narzędzia informatyczne. Dzięki ich istnieniu ogranicza się nieuzasadnione medycznie korzystanie ze świadczeń, pacjentów wymagających specjalnego nadzoru w procesie leczenia prowadzi się za rękę (*case management*) lub skutecznie sprawuje się nadzór nad procesem leczenia i wspomaga się pacjentów w chorobach przewlekłych (*disease management*). W polskim systemie opieki medycznej informatyzacja jest wciąż na bardzo niskim poziomie rozwoju, a fakt, że nie ma w nim także wsparcia regulacyjnego, które motywuje do integracji informatycznej różnych podmiotów leczniczych, dostęp do informacji jest dodatkowo utrudniony. Fragmentacja systemu i mnogość podmiotów tworzących jest dodatkową przeszkodą do ujednoczenia standardów i wymiany informacji.

Od etiologii do terapii, czyli o znaczeniu dobrego kontraktu

Projektowanie funkcjonalnego i efektywnego systemu opieki zdrowotnej to zadanie bardzo skomplikowane, musi bowiem uwzględniać ekonomiczną specyfikę sektora zdrowia. Wiadomo jednocześnie, że troska o zachowanie życia i zdrowia jest nierozdzielnie związana z problemem niedoboru. Alokacja rzadkich zasobów, która stanowi podstawowy przedmiot zainteresowań ekonomistów i jest odpowiedzią na względne niedobory, odbywa się za pośrednictwem instytucji wymiany. Do aktu wymiany odwołuje się pojęcie transakcji.

Ekonomia głównego nurtu koncentruje swoją uwagę wyłącznie na wynikach owej wymiany. Ekonomia instytucjonalna uznaje natomiast samą transakcję i wszelkie jej cechy za podstawową jednostkę analizy ekonomicznej. Istnienie firm i całego szeregu rozmaitych form kontraktowych wskazuje na ogromne znaczenie innych - niż rynkowa - rodzajów wymiany i dowodzi, że koordynacja za pośrednictwem systemu cen niekoniecznie jest najtańszym sposobem alokacji rzadkich zasobów. Sam mechanizm cen nie zapewnia efektywnej alokacji zasobów w sektorze zdrowia, dobra i usługi medyczne nie spełniają bowiem wymogów modelu doskonałej konkurencji, takich jak pełna informacja producenta i konsumenta o dobrach podlegających wymianie i sytuacji na rynku, stabilność popytu, czy brak efektów zewnętrznych (Arrow 1963 [1979]; McGuire 2000). Niekompletność i brak symetrii informacji między podmiotami działalności gospodarczej jest przyczyną powstawania ułomności rynku, które uniemożliwiają osiągnięcie stanów równowagi.

Dlatego chcąc wyeliminować lub osłabić negatywne skutki takiej nierównowagi, poszukuje się pomocy w sferze rozwiązań instytucjonalnych, które ograniczają

wspomniane defekty informacyjne. Spośród tych rozwiązań, kontrakt wraz z całym „aparatem pomocniczym” uznaje się za najpoważniejszy instrument (Williamson 1985 [1998]).

Furubotn i Richter podają następującą definicję: *kontrakt może być rozumiany jako dwustronna transakcja, w której strony zgadzają się co do pewnych swoich zobowiązań. Oprócz porozumienia się stron w sprawie swoich relacji (planowanie relacji), istnienie legalnych sankcji (prawne egzekwowanie) jest uznane za charakterystyczną cechę kontraktu* (1997, s.19).

Analiza relacji kontraktowych w naukach ekonomicznych ma już ponad 30-letnią tradycję. James Buchanan, uznawany za twórcę ekonomii konstytucyjnej twierdził, że ekonomia zbliża się do sytuacji, w której staje się raczej „nauką o kontrakcie” niż „nauką o wyborze” (Buchanan 1975). Bodźce zawarte w kontraktach muszą być adekwatne do potrzeb i celów, które będą realizowane za pomocą kontraktu. Proces konstruowania kontraktów powinien być poprzedzony analizą zachowań i relacji między podmiotami działalności ekonomicznej. Taka perspektywa badawcza wyznacza horyzont coraz częściej podejmowanych współcześnie analiz. Pozwalają one skoncentrować się nie na wyniku, lecz na mechanizmach, które zdecydowały o ostatecznych decyzjach dotyczących alokacji środków finansowych.

Kontrakt pomiędzy ubezpieczycielem a dostawcą opieki medycznej wpisujący się w koncepcję koordynowanej opieki zdrowotnej, czyli:

- ▶ oparty na zasadach finansowania kapitałowego i jego modyfikacji w niektórych sferach świadczeń,
- ▶ którego realizacja odbywa się z zastosowaniem zasad 2S - stosowności i substytucji,
- ▶ pozwalający na zarządzanie procesem i mechanizmami opieki zdrowotnej na polach takich, jak dostęp do świadczeń zdrowotnych i ich jakość,
- ▶ którego kryterium oceny jest mierzalny efekt, o którym informacja jest dostępna dla pacjentów,

jest tym, czego dla poprawy sytuacji potrzebuje polski system ochrony zdrowia.

6. Wnioski i rekomendacje

Od ponad trzydziestu lat toczy się międzynarodowa debata na temat najlepszych rozwiązań instytucjonalnych dla systemów opieki zdrowotnej (Wilsford 1994, Włodarczyk 2003). Ze względu na to, że wydatki na opiekę zdrowotną mają relatywnie duży udział w kosztach produkcji, silne trendy wzrostowe stały się realnym zagrożeniem dla konkurencyjności gospodarek. Rosnące obciążenia dla państw o rozbudowanych systemach zabezpieczenia społecznego nie sprzyjają także utrzymywaniu dyscypliny finansów publicznych.

Na wzrost wydatków na opiekę zdrowotną mają wpływ uwarunkowania makroekonomiczne, demograficzne, polityczne i instytucjonalne. Do wzrostu kosztów opieki przyczynia się także intensywny rozwój i upowszechnienie nowoczesnych technik diagnozowania i leczenia. Ta przyczyna jest szczególnie ważna chociażby ze względu na fakt niewielkiej substytucyjności czynników produkcji w sektorze zdrowia: nowoczesne technologie nie tylko nie zastępują kapitału ludzkiego, ale niejednokrotnie wymagają dodatkowych nakładów wykwalifikowanej siły roboczej. Zmiany demograficzne oznaczają wydłużenie przeciętnej długości życia i wzrost udziału osób starszych w ludności Polski, a tym samym zwiększają presję na wzrost wydatków na ochronę zdrowia. Oznaczają także zmniejszenie się udziału w populacji osób aktywnych zawodowo i zmniejszony wzrost wpływów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne. W ostatnich dekadach zmieniła się również struktura potrzeb zdrowotnych, zwiększyła się liczba zachorowań na tzw. choroby cywilizacyjne o charakterze przewlekłym czy nowotwory, wzrosły oczekiwania społeczne względem państwa w zakresie opieki zdrowotnej, większa jest świadomość praw pacjenta. Oczekiwania społeczne znajdują swój wyraz w postulatach zapewniania równego i powszechnego dostępu do opieki medycznej o jak najwyższej jakości. Z uwagi na sytuację demograficzną i gospodarczą postulaty te stoją w naturalnej sprzeczności z dążeniami do ograniczenia tempa wzrostu publicznych wydatków na opiekę zdrowotną.

Wiemy, że Polska jest krajem, w którym zachodzące zmiany demograficzne spowodują, że w nadchodzących latach, okresie od 2010 do 2035 roku, procentowy udział osób powyżej 60/65 roku życia w strukturze populacji wzrośnie (z 16,8% do 26,7%). Liczba ludności w najstarszej grupie wiekowej (75 lat i więcej) wzrośnie z 2,45 mln do ok. 4,5 mln, co stanowić będzie 12,5% ogółu populacji. Nasz kraj zgodnie z prognozami GUS w 2035 roku będzie zamieszkiwało niespełna 36 mln osób, przy czym liczba osób w wieku poprodukcyjnym zbliży się do liczby osób w wieku produkcyjnym. Stały prognozowany spadek liczby dzieci w populacji, wraz ze wzrostem przeciętnego dłuższego trwania życia (do 82,9 lat dla kobiet i 77,1 lat dla mężczyzn) spowoduje, że współczynnik obciążenia demograficznego (tj. liczba osób w wieku nieprodukcyjnym przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym) wzrośnie w latach 2010-2035 z 55 do 74 (Szyborski 2013).

Prognozy te oznaczają, że wzrosną koszty opieki medycznej, konieczne do pokrycia w związku z rosnącymi potrzebami zdrowotnymi ludności Polski. Bez wątpienia będzie to bardzo trudne wyzwanie. System opieki zdrowotnej w Polsce musi przygotować się do tych zmian, nie tylko z punktu widzenia zasobów, ale przede wszystkim organizacji i procesów, których zadaniem będzie zwiększenie efektywności dostarczanej opieki zdrowotnej. Utrzymanie ludzi w zdrowiu, a w przypadku osób chorych - jak najszybsze i najefektywniejsze przywrócenie ich do zdrowia i sprawności - muszą być zatem celem działania systemu. W jego centrum musi być zdrowie i ludzie, a nie tylko chorzy.

Polski system opieki zdrowotnej, mimo wprowadzania od początku lat 90. XX w. ciągłych zmian i konieczności dostosowywania się podmiotów sektora zdrowia do kolejnych - często bardzo istotnie różniących się od siebie propozycji legislacyjnych - pozostaje nadal w fazie zmian. Wciąż poszukuje się nowych rozwiązań systemowych. Autorzy raportu podzielają opinię wielu środowisk naukowych i eksperckich na świecie, że forma opieki koordynowanej ma przed sobą szerokie perspektywy oraz stanowi nie tylko godną rozważenia, ale wręcz wskazaną do wprowadzenia na szeroką skalę, także w Polsce. Podzielają także wciąż aktualną opinię zaprezentowaną przez grupę polskich ekspertów z roku 2004, mówiącą o tym, że w obecnym procesie reform systemu opieki zdrowotnej w Polsce to: nie odległy w czasie 'docelowy' model ma być przedmiotem dążeń [reformatorskich], ale (...) szczegółowe dysfunkcje [systemu]. Punkt wyjścia, bardziej niż punkt dojścia, jest czynnikiem organizującym koncepcje zmian (Zespół... 2004, s.14).

Nasza analiza rozwiązań typowych dla opieki koordynowanej, zarówno tych funkcjonujących w kilku krajach rozwiniętych, jak i tych o charakterze pilotażowym, wdrożonych przed kilku laty w Polsce, koncentrowała się wokół skuteczności wdrażanej KOZ w rozwiązywaniu podstawowych problemów sektora zdrowia, w tym m.in.: nieskutecznego nadzoru nad wydatkami, ograniczonego dostępu do lekarzy specjalistów i diagnostyki specjalistycznej, przerzucania kosztów na wyższe i droższe poziomy opieki medycznej, braku przepływu informacji pomiędzy różnymi segmentami sektora zdrowia. Problemy te są stale obecne w Polsce i stanowią o chorobie naszego systemu opieki zdrowotnej.

W kontekście analiz przedstawionych w niniejszym raporcie wyłania się zasadniczy wniosek mówiący o tym, że nie należy oczekiwać, aby wdrożenie systemu koordynowanej opieki zdrowotnej mogło mieć charakter jednorazowy, polegający wyłącznie na zmianie regulacji prawnych. Jak pokazują doświadczenia amerykańskie, brytyjskie czy niemieckie, uchwalenie odpowiednich przepisów może sprzyjać rozwojowi KOZ, ale w żadnym z przywołanych w raporcie przykładów rozwój ten nie był gwałtowny, raczej wprost przeciwnie, wymagał czasu i mozolnej pracy zarówno na różnych szczeblach systemu ochrony zdrowia, jak na polu edukacji i komunikacji społecznej. Dlatego należy mówić raczej o procesie wdrażania KOZ, który, aby był zakończony sukcesem, wymaga czasu dla synchronizacji wszystkich parametrów systemu opieki zdrowotnej. Wniosek ten wynika z faktu,

że koordynowana opieka zdrowotna to sprawnie funkcjonujący system łańcuchowy (od POZ, przez konsultacje specjalistyczne, aż do hospitalizacji). System ten będzie tak silny jak jego najsłabsze ogniwo.

Celem strategicznym wdrażanych zmian powinno być tworzenie rozwiązań instytucjonalnych motywujących do nadzoru nad kosztami opieki zdrowotnej i nad jej jakością. Aby do takiej zmiany doszło, niezbędna jest poprzedzająca zmianę dyskusja ekspercka i pogłębione analizy, w których winny być uwzględnione kluczowe czynniki stanowiące o dojściu do modelu skutecznie realizującego powyższe cele, dzięki praktycznemu stosowaniu zasad i narzędzi KOZ. W naszej opinii istnieje szereg strategicznych elementów, które mają kluczowe znaczenie dla pomyślnego wdrożenia rozwiązań typowych dla koordynowanej opieki zdrowotnej. Przy formułowaniu zamiaru wdrożenia KOZ w Polsce i nadania tej koncepcji kluczowego znaczenia dla systemu opieki medycznej niezbędna jest dogłębna analiza tych fundamentalnych elementów. W drugiej kolejności należy podjąć prace nad przygotowaniem założeń do niezbędnych regulacji i opracowaniem ich w postaci zapisów ustawowych z kompletem rozporządzeń czy zarządzeń, uwzględniającym czas na wieloetapowe konsultacji. Dopiero na końcu przychodzi pora na konsekwentne wieloetapowe wdrożenie przyjętych rozwiązań, w którym jest czas i miejsce zarówno na monitorowanie procesów zachodzących zmian, wyciąganie wniosków, jak i niezbędne korekty. Naszym zdaniem tylko takie podejście daje szansę na zakończone sukcesem wdrożenie KOZ w Polsce.

Elementy strategiczne w modelu opieki koordynowanej, ze względu na obszar którego dotyczą, zostały podzielone na cztery grupy:

- 1) finansowanie opieki zdrowotnej i zakres odpowiedzialności,
- 2) zarządzanie organizacjami KOZ,
- 3) jakość opieki zdrowotnej,
- 4) orientacja na pacjenta.

1) Finansowanie opieki zdrowotnej i zakres odpowiedzialności:

a) Techniki finansowania kapitałowego - jako bodziec

Aby zarządzać jakością i efektywnością, niezbędne są odpowiednie bodźce finansowe (a także pozafinansowe), aby podmiot, któremu powierzono funkcję nadzoru, rzeczywiście chciał się tym skutecznie zająć. Wyniki badań potwierdzają, że **stworzenie spójnej struktury bodźców finansowych**, w tym między innymi dysponowanie budżetem na zakup usług specjalistycznych przez praktyki (bądź grupy praktyk) POZ oraz wykorzystanie możliwości płynących z niezależnego kontraktowania, jest warunkiem koniecznym skutecznego działania nabywców, o ile celem podejmowanych działań jest osiągnięcie istotnej zmiany w strukturze nabywanych świadczeń.

Doświadczenia brytyjskie (zjawisko „nadmuchiwanie budżetu”) pokazują, że proces konstruowania stawki kapitałowej powinien mieć charakter dynamiczny, pozwalający dostosować się do obserwowanych wyników i zmieniających się warunków kontraktowania. Przypomnijmy także, iż zasadniczy sukces brytyjskiego modelu dysponowania budżetem wynikał z **czytelności bodźców, związanych przede wszystkim z możliwością dysponowania nadwyżką**. Nadwyżki wygenerowane w ramach modelu dysponowania budżetem przez lekarzy ogólnych miały być wykorzystywane wyłącznie na poprawę opieki nad pacjentem - przez zatrudnianie dodatkowego personelu, podnoszenie kwalifikacji zawodowych, inwestycje w wyposażenie praktyk, remonty - i mogły być wydawane przez kolejne cztery lata. W systemie niemieckim każdorazowo 1% zwrotu kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego rezerwowano na pokrycie kosztów realizacji koncepcji zintegrowanej opieki medycznej. W polskim modelu dysponowania budżetem przez lekarzy ogólnych środki z tytułu nadwyżki miały być zwrócone kasie chorych. Przy takim założeniu motywacje do strategicznego zarządzania finansami należy uznać za ograniczone.

Stawki kapitałowe powinny stanowić większość budżetu organizacji KOZ. Pozostały budżet powinny stanowić środki oparte na zaawansowanych technikach finansowania. Przykładem jest formuła kontraktu wg progów. Jest to forma finansowania zgodnie z regułą „pieniądze za usługę” (FFS), która oznacza łączenie niektórych płatności z osiągniętymi celami (np. procent zaszczepionej populacji powyżej 65 roku życia przeciwko grypie; procent kobiet/mężczyzn z populacji, które w określonym czasie przeszły badania skriningowe dotyczące nowotworów, odpowiednio - piersi, szyjki macicy, prostaty; procent osób z populacji po zawale, którym zlecono leczenie przeciwzakrzepowe; procent osób z populacji, które otrzymały poradę antynikotynową lub zmiany nawyków żywieniowych w przypadku niektórych schorzeń itp.).

b) Różnicowanie stawek kapitałowych i mechanizmy wyrównawcze - jako bodziec finansowy

Przy stawce kapitałowej dostawca jest poddany działaniu bodźców, które zachęcają do zachowań niekorzystnych z punktu widzenia pacjenta, tam bowiem, gdzie firma KOZ kształtuje swoją ofertę usług, istnieje motywacja do rezygnacji ze świadczenia usług nieprzynoszących zysku (tzw. selekcja pozytywna usług). Istnieją także bodźce finansowe z tytułu korzyści z zarządzania globalnym budżetem (suma budżetów kapitałowych na poszczególne poziomy opieki), zachęcające do pozytywnego doboru pacjentów na listę (tzw. spijanie śmietanki z rynku), czyli dobierania na listę takiej populacji pacjentów, która generuje koszty niższe niż koszty tzw. populacji przeciętnej. Selekcja pozytywna oznacza przyjmowanie na listę nie tylko pacjentów generujących niskie koszty opieki, ze względu na dobry obecny stan zdrowia i obciążonych niewielkim ryzykiem zachorowania w przyszłości, ale także tych, którzy podejmują samodzielne leczenie przy błahych problemach zdrowotnych albo korzystają z opieki finansowanej niezależnie, np. w Polsce w ramach abonamentów

czy ubezpieczeń dobrowolnych wykupywanych indywidualnie lub przez pracodawców. Skoro takie zachowania pojawiają się także przy okazji klasycznych form ubezpieczenia, trudno za tę słabość krytykować instytucje koordynowanej opieki zdrowotnej. Można jednak zgodzić się z tezą, że finansowanie kapitałowe w systemie publicznym wzmacnia tego rodzaju ryzyka. Podstawową konsekwencją selekcji ryzyka jest pogłębianie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej.

Podstawowym sposobem ograniczania zjawiska „spijania śmietanki z rynku” jest różnicowanie poziomu stawki w ten sposób, aby wyższe koszty leczenia niektórych grup pacjentów finansowano dochodami z tytułu wyższej stawki dla tych właśnie pacjentów. W celu wyliczenia przybliżonej (oczekiwanej) sumy wydatków na opiekę zdrowotną w danym okresie (miesiąc, kwartał, rok), zróżnicowanej ze względu na pewne cechy jednostkowe konsumenta (wiek, płeć, grupa ryzyka, miejsce zamieszkania itp.) i ustalenia stawek zróżnicowanych ze względu na przypisane jednostkom atrybuty i ryzyka, wykorzystuje się wszelkie dostępne (i legalne) informacje. Dlatego tworzenie wiarygodnych systemów informacji, podobnie jak w przypadku zarządzania budżetem kapitałowym, można uznać za pośredni sposób przeciwdziałania selekcji ryzyka. **Mechanizmy wyrównawcze**, opracowane na podstawie takich danych, pozwalają poprawiać efektywność i sprawiedliwość względem populacji objętej opieką (por. Ellis, Van de Ven 2000). Administracyjne metody w postaci zakazów wpisania pacjenta na listę mogą okazać się mniej skuteczne, choć w większości krajów istnieje możliwość odmowy przyjęcia pacjenta na listę (Scott 2000). Sposobem, który pośrednio może ograniczać selekcję ryzyka, jest tworzenie warunków do obejmowania opieką dużych populacji pacjentów, z bardzo zróżnicowanymi problemami zdrowotnymi - przez wspieranie rozwoju dużych praktyk bądź współpracujących ze sobą sieci dostawców.

c) Odpowiedzialność finansowa organizacji KOZ za możliwie szerokie zakresy usług

Zaobserwowano co najmniej trzy korzyści płynące z tytułu kontraktowania szerokich zakresów usług medycznych. Po pierwsze, odpowiedzialność za szerokie zakresy usług ogranicza motywacje do przerzucania kosztów na wyższy poziom referencyjny (przykład tzw. *block back* w Wielkiej Brytanii, tj. przekazywania odpowiedzialności za zakup najdroższych i najbardziej skomplikowanych procedur medycznych bezpośrednio do agencji ds. zdrowia). Po drugie, tworzy silniejszy impuls do rozwoju i inwestowania w wyspecjalizowane zasoby. Takie inwestycje są znacznie bardziej opłacalne przy dużej skali działalności, którą determinuje również wielkość populacji, osiąga się bowiem korzyści z tytułu skali. Po trzecie, **odpowiedzialność za szerokie zakresy usług, w powiązaniu z dokładną dokumentacją kontaktów lekarzy z pacjentem, pozwala zachować ciągłość opieki, lepiej identyfikować problemy pacjenta i koordynować opiekę tam, gdzie zaangażowani są przedstawiciele różnych specjalności medycznych.**

Tam, gdzie istnieją wątpliwości dotyczące zbyt drogiego świadczeń medycznych i zagrożenia finansowego związanego z ich opłacaniem, formą kontraktowego zabezpieczenia przed tymi ryzykami jest **wyłączenie z umowy bardzo drogich procedur diagnostycznych i terapeutycznych**. Celem takiego wyłączenia jest ograniczenie ryzyka nieprzewidywalnego wzrostu wydatków.

d) Odpowiedzialność organizacji KOZ za duże populacje

Obejmowanie opieką dużych populacji ogranicza ryzyka finansowe wynikające z niekorzystnej struktury pacjentów (pozwala lepiej szacować te ryzyka i zarządzać nimi), sprzyja próbom poszerzania zakresu świadczeń i wykorzystaniu efektów skali.

Efekty skali, związane z ekspansją działalności (wielkość populacji), potęgają korzyści z tytułu stabilnej listy i gromadzenia informacji o pacjencie w jednym miejscu (por. ramka 3). Są niezbędne przy tworzeniu wyspecjalizowanych i bardzo kosztownych systemów informacji medycznej. Niektóre usługi diagnostyczne w sposób szczególny wymagają dużej skali działalności i bardzo wysokich nakładów inwestycyjnych. Inne świadczenia wymagają natomiast skali, ze względu na potrzebę dużych nakładów kapitału ludzkiego (np. nocna pomoc lekarska, organizacja pracy personelu medycznego). Efekty skali, łącznie ze specjalizacją w ofercie, są także niezbędne przy organizowaniu bezpośredniego dostępu do tzw. specjalności deficytowych (diabetologia, endokrynologia), aby zapewnić specjaliście odpowiednią liczbę pacjentów i negocjować niższe stawki za usługę.

Im większa jest skala działalności firmy, tym bardziej opłacalne staje się tworzenie systemów informacyjnych (wysokie koszty stałe) i wykorzystywanie ich do nadzoru nad kosztami i jakością (np. analiza wskaźników jakości). Autorskie systemy monitorowania jakości i przetwarzania informacji ściśle splatają się z działalnością specyficzną dla danej firmy KOZ i - wbrew próbom wyodrębnienia i komercjalizacji tych systemów - nie mogą być przekazywane (sprzedawane) konkurencji. Potrzeba generowania efektu skali, wynikająca z olbrzymich kosztów tworzenia takich systemów, jest jedną z przyczyn fuzji, które zdominowały rynek amerykańskich firm KOZ.

2) Zarządzanie organizacjami KOZ

a) Kreowanie warunków do współpracy instytucjonalnej i konsolidacji

W Polsce bardzo istotnym czynnikiem sukcesu KOZ z punktu widzenia zarządzania opieką, jej ciągłością i jakością, ale także praktycznego stosowania zasad substytucyjności i stosowności leczenia jest instytucjonalna współpraca pomiędzy podmiotami leczniczymi tworzonymi przez różne jednostki samorządu terytorialnego (głównie lecznictwo szpitalne), a także podmioty niepubliczne (głównie lecznictwo ambulatoryjne). Regulacje prawne tworzone w celu wprowadzenia KOZ muszą zatem tworzyć sprzyjające warunki do współpracy, a być może także konsolidacji organizacyjnej i prawnej podmiotów należących obecnie

do różnych właścicieli, publicznych i niepublicznych. Jest to ważne, gdyż efektem takiego prawa powinno być zwiększenie efektywności wykorzystania zasobów i ograniczenie marnotrawstwa środków publicznych wydawanych na inwestycje w sprzęt i infrastrukturę, których nie jest w stanie sfinansować NFZ.

b) Umowy podstawą budowania więzi w systemie; więzi podstawą integralności opieki medycznej

Nadzorowi nad kosztami i jakością służy wykorzystywanie kontraktów selekcyjnych. Sprzyjają one instytucjonalizacji wymiany. **Znacznie łatwiej jest koordynować opiekę, gdy powiązania różnych podmiotów opieki są zinstytucjonalizowane dzięki systemowi umów lub integracji przez tworzenie wielospecjalistycznych zespołów.** Przy mniejszej skali działalności i dużym zaufaniu stron, skuteczne są także sieci nieformalne.

Zwraca się uwagę na bardzo istotny czynnik zmian organizacyjnych w sektorze zdrowia, to jest zmianę stylu pracy wynikającą z ogromnego postępu technologicznego w naukach medycznych. Współczesna medycyna jest bardzo złożona, a w intensywnej opiece nad pacjentem współpracują ze sobą zespoły specjalistów. **Zasada finansowania kapitałowego, wprowadzona przez firmy KOZ, okazała się bardzo spójna z nowymi stylami wytwarzania usług medycznych i sprzyja trendom mającym na celu ich integrację.**

W świetle badań, koordynowana opieka zdrowotna i finansowanie z wykorzystaniem stawek kapitałowych sprzyjają wspomnianej wcześniej instytucjonalizacji wymiany i przyczyniają się do tworzenia nowych relacji kontraktowych (sieci powiązań) między producentami usług medycznych. Owe sieci powiązań otrzymują status formalny w postaci umów lub zachowują swą postać nieformalną, opartą w znacznej mierze na wzajemnym zaufaniu i reputacji. Te więzi są bardzo ważne dla zachowania ciągłości leczenia i koordynowania opieki nad pacjentem, ograniczają zjawisko fragmentacji opieki i zróżnicowanego podejścia do identycznych problemów zdrowotnych, wynikającego z odmiennych stylów sprawowania opieki nad pacjentem. Sieci sprzyjają również tworzeniu wspólnej kultury organizacyjnej.

c) Stosowanie zasady elastycznego finansowania szerokich zakresów świadczeń (globalne budżety, większa swoboda umów)

Kluczowe znaczenie mają takie regulacje, które stworzą możliwości przeznaczania nadwyżki uzyskanej z jednego rodzaju działalności na sfinansowanie kosztów działalności innego rodzaju przy jednoczesnej pełnej odpowiedzialności za oba rodzaje działalności. Taka poszerzona **swoboda decydowania o przeznaczeniu środków pozwala dostosowywać formy opieki do potrzeb (zasada stosowności) i bardziej efektywnie korzystać ze środków będących w ich dyspozycji (zasada substytucyjności).** Pozwala też dostrzec korzyści płynące z nierentownych usług wtedy, kiedy są one źródłem popytu ciągniętego na usługi rentowne, a tym samym

powinna sprzyjać ograniczeniu ryzyka selekcji pozytywnej zarówno usług, jak i pacjentów. Czasem takie zależności mogą łączyć świadczenia z różnych poziomów opieki medycznej. **Na znaczenie swobody decyzji przy zawieraniu umów zwraca się szczególną uwagę w modelu niemieckiej KOZ i uznaje się ją za warunek konieczny sukcesu.**

d) Nadanie relacjom kontraktowym atrybutu stabilności dzięki ich długookresowości

Kontrakty długoterminowe są związane z większą przewidywalnością strumienia dochodów, która pełni funkcję podobną do funkcji kredytu obrotowego. Ta funkcja pozwala unikać problemów związanych z sezonowością popytu na opiekę zdrowotną. Stanowi warunek konieczny planowania strategicznego i inwestowania, a nabiera szczególnego znaczenia tam, gdzie mamy do czynienia z wysoką specjalizacją czynników produkcji, ogranicza bowiem niepewność. **Niepewność jest jednym z głównych czynników powstrzymujących od podejmowania poważniejszych decyzji o zmianie procesów oraz inwestycyjnych** (zmiany zasad funkcjonowania, inwestycje w sprzęt, remonty, rozbudowa sieci informatycznej). Krótkoterminowe umowy ograniczają także możliwości pozyskiwania dodatkowych środków.

W przypadku wdrażania KOZ konieczna jest strategia wieloletniego rozwoju. Trudno o takie strategie przy małej skali działalności i przy braku relacji opartych na zaufaniu. Tworzeniu tych ostatnich sprzyjają kontrakty długoterminowe, które wzajemnym relacjom nadają walor stabilności – ogromnie istotny w przypadku inwestycji w wyspecjalizowane zasoby. **W przypadkach wymagających inwestycji w organizację KOZ okres obowiązywania kontraktu musi być związany z wartością inwestycji.** Kontrakty długookresowe, gwarantując stabilność rozwiązań, są bardzo istotne z punktu widzenia zarządzania opieką zdrowotną, ale także ryzykiem finansowym i inwestowania w wyspecjalizowane zasoby.

e) Akceptacja różnorodności organizacyjnej

Silna konkurencja może funkcjonować tylko wówczas, gdy współistnieją obok siebie różne koncepcje organizacyjne. Przypomnijmy, że różnorodność form organizacyjnych koordynowanej opieki zdrowotnej wynika między innymi z różnic w zakresie, stopniu oraz formie integracji funkcji ubezpieczeń i dostarczania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zależy od swobody kontraktowania dostawców opieki z więcej niż jednym planem zdrowotnym. Ową różnorodność konfiguracji organizacyjnych najlepiej odzwierciedlają amerykańskie, ale także brytyjskie i niemieckie doświadczenia nabywania kompleksowej opieki medycznej dla osób zarejestrowanych w firmach KOZ. Wskazują one na istnienie efektywności adaptacyjnej w obszarach, w których generowane są najwyższe koszty (opieka psychiatryczna, opieka w przypadkach ostrych i nagłych oraz nad osobami starszymi i przewlekle chorymi). Rozwijają się tam formy opieki możliwe do

zorganizowania na poziomie opieki podstawowej, wspierają się lokalnie różne formy działalności medycznej. Znane są przykłady zarówno integracji poziomej, jak i integracji pionowej. W rezultacie, pacjent otrzymuje opiekę lepiej dostosowaną do jego aktualnych potrzeb zdrowotnych.

Jeśli na ów wymóg różnorodności organizacyjnej nałożymy **imperatyw przejrzystości** (w dużej mierze gwarantowanej przez szczegółowe raportowanie przez firmy KOZ wyników funkcjonowania w powiązaniu z informacjami dotyczącymi szczegółowych rozwiązań natury finansowo-organizacyjnej), to trzeba się będzie liczyć z tym, że system opieki zdrowotnej stanie przed następującym dylematem: z etycznego punktu widzenia powinno się udostępniać wyniki funkcjonowania poszczególnych organizacji KOZ, natomiast z punktu widzenia konkurencyjności ich nieudostępnianie może okazać się atutem. Z tego względu niezbędne będzie znalezienie kompromisu pomiędzy interesem ogółu (przejrzystość) i biznesu medycznego (konkurencyjność).

f) Wypracowanie nowej kultury zarządzania

Tak jak należy dostrzegać głęboki sens wspierania inicjatyw mających na celu pozyskiwanie wiarygodnych informacji na temat kosztów i jakości opieki zdrowotnej, tak samo **należy tworzyć warunki do nowej kultury zarządzania uwzględniającej menedżerską ingerencję w decyzje kliniczne**. Informacja ma względną wartość, zależną od tego, kto nią dysponuje. Zarządzanie profesjonalistami medycznymi i kształtowanie ich zachowań jest niezmiernie trudnym zadaniem, poziom kwalifikacji niezbędnych do wykonywania tego zawodu jest bowiem na tyle wysoki, że menedżer niebędący lekarzem lub pielęgniarką i nieposiadający odpowiedniej wiedzy medycznej nie może ich właściwie oceniać. Z tego też względu w organizacjach KOZ narodziła się instytucja dyrektora medycznego oraz menedżerów przypadków, czy specjalistów od nadzoru nad jakością, którzy oprócz kwalifikacji menedżerskich, powinni posiadać ponadprzeciętne kwalifikacje medyczne i dzięki nim zdobywać posłuch w środowisku zawodowym, w którym podejmują decyzje. **Umiejętne połączenie funkcji zarządczych i medycznych** jest gwarantem dbałości o jakość dostarczanych świadczeń.

g) Porównywalność danych - benchmarking

Tak jak dla dbałości o jakość opieki ważna jest standaryzacja zasad postępowania, monitorowanie i publikowanie określonych mierników, tak dla porównywania efektywności działania i jakości zarządzania niezbędne jest wystandaryzowane porównywanie danych o finansach i statystyce medycznej. Gromadzenie danych kosztowych i statystycznych dotyczących prowadzonej działalności, a następnie przekazywanie ich w postaci wystandaryzowanych raportów benchmarkowych powinno być elementem regulacji prawnej wprowadzającej KOZ. Dzięki temu do polskiego systemu ochrony zdrowia zostanie wprowadzone narzędzie monitorowania jakości zarządzania podmiotami medycznymi i skuteczności

KOZ. Brak takiego narzędzia może być poważnym utrudnieniem dla skutecznego monitorowania systemu, jakości jego zarządzania oraz korygowania podejmowanych decyzji. **Benchmarking jest narzędziem zarządczym pozwalającym na poprawę efektywności w skali mikro na poziomie pojedynczego szpitala czy poradni specjalistycznej, a skończywszy na całym systemie. Suma poprawy mikroefektów w postaci przesuwania leczenia na niższe poziomy opieki, skracanie pobytu w szpitalu lub realizacja procedur zabiegowych w trybie chirurgii jednego dnia to miara efektywności KOZ.** Porównywanie wystandaryzowanych czynników działań organizacji KOZ z innymi podmiotami leczniczymi pozwoli na wiarygodną ocenę skuteczności KOZ. Porównywanie organizacji KOZ pomiędzy sobą może być pomocne w ocenie i wyborze najbardziej efektywnych form organizacyjnych i metod zarządzania.

3) Jakość opieki zdrowotnej - nadzór zewnętrzny i wewnętrzny

a) Standardy postępowania medycznego i zintegrowane systemy informacyjne

Najbardziej oczywistą i konieczną formą zabezpieczenia przed tzw. destrukcją jakości jest restrykcyjne licencjonowanie lekarzy i egzekwowanie obowiązku uzupełniania wiedzy w toku pracy. Należy także dążyć do zwiększania roli kodeksów etycznych w wyznaczaniu zachowań profesjonalistów medycznych.

Niezależnie od tego, w nowoczesnych systemach opieki zdrowotnej, w których lekarze, zatrudnieni w instytucjach medycznych, coraz częściej utożsamiają się z interesem pracodawców, stając się tym samym rzecznikami ich interesów, konieczne są rozwiązania instytucjonalne, które za pomocą nadzoru zewnętrznego zapewnią wysoką jakość usług medycznych. Warunkiem koniecznym zagwarantowania jakości usług medycznych jest między innymi precyzyjne określenie standardów i zaleceń postępowania medycznego w danej jednostce chorobowej, wypracowane przez autorytety w danej dziedzinie medycyny. Polska pod tym względem znacznie odstaje od norm obowiązujących od lat w tym zakresie w wielu krajach. Ważne jest, aby standardy te były brane pod uwagę przy wycenie świadczeń zdrowotnych stosowanych przez NFZ. W przeciwnym razie może się okazać, że ich spełnienie przez organizację KOZ, jest niemożliwe bez generowania straty. Należy mieć świadomość, że nieuwzględnienie standardów postępowania w wycenach świadczeń grozi destrukcją jakości.

Aby te standardy i zalecenia nie były wyłącznie martwym przepisem, konieczna jest taka struktura instytucjonalna, która umożliwi stałe monitorowanie stosowania wytycznych w praktyce. Na wzór amerykańskiego NCQA lub brytyjskiego CQC, należy opracować system gromadzenia danych o działalności w różnych wymiarach opieki zdrowotnej i konfrontacji tych informacji z uznanymi przez środowisko medyczne standardami postępowania medycznego (zgodnie z ideą *evidence-based medicine*).

Równie istotne jest stworzenie systemu bodźców motywujących firmy medyczne do wewnętrznego nadzoru nad jakością. Do sprawowania skutecznego nadzoru nad jakością i kosztami opieki zdrowotnej niezbędne są wiarygodne informacje o świadczonych usługach i ich kosztach, a im bardziej wyspecjalizowane są formy nadzoru, tym bardziej potrzebne są zintegrowane systemy informacyjne. Na każdym etapie leczenia uprawniony lekarz musi mieć pełną informację o całej historii zdrowia konkretnego pacjenta. Baza danych musi być przyjazna i szybka w obsłudze dla lekarza, aby można było efektywnie z niej korzystać.

4) Orientacja na pacjenta

a) Tworzenie warunków do konkurowania firm KOZ o pacjenta

Jednym z najważniejszych mechanizmów chroniących przed destrukcją jakości opieki zdrowotnej jest kontestowalność – przynajmniej częściowa – rynku, na którym funkcjonują firmy medyczne, przy zachowaniu przejrzystych kryteriów i zasad dopuszczania podmiotów opieki zdrowotnej do tego rynku. Na rynku podstawowej opieki zdrowotnej taką kontestowalność zapewnia wolność wyboru lekarza pierwszego kontaktu, możliwość zmiany tego lekarza w sytuacji, w której sprawowana przez niego opieka z różnych względów pacjentowi nie odpowiada, a w przypadku organizacji opieki koordynowanej – zmiana tej organizacji na inną.

Uważa się, że wynagradzanie firm medycznych na podstawie kontraktów kapitacyjnych w bardzo czytelny sposób motywuje do zabiegania o nowych pacjentów i dbania o relacje z tymi, którzy byli zapisani wcześniej ze względu na powiązanie wysokości tego wynagrodzenia z liczbą pacjentów na liście.

Podobnie jak w przypadku każdej innej działalności gospodarczej, świadomość ryzyka utraty klienta powinna motywować do poprawy jakości. Wywiady, które przeprowadziła autorka raportu z uczestnikami programu pilotażowego, potwierdziły tezę, że z perspektywy strategicznej, długookresowej, w medycynie jest miejsce przede wszystkim na konkurencję jakością, a nie ceną, z wyjątkiem usług i produktów standardowych². **Konkurencja jakością o pacjenta jest bardzo istotnym warunkiem realizacji idei opieki koordynowanej.**

b) Tworzenie warunków dla skutecznego dochodzenia praw pacjenta

Nawet jeśli nie jest truizmem stwierdzenie, że przed destrukcją jakości najbardziej chroni konkurencja jakością i powstałe z tego tytułu ryzyko utraty pacjenta z listy, a wraz z nim jednostkowej stawki kapitacyjnej, to należy jednak pamiętać, że w opiece zdrowotnej nie ma możliwości, aby wszystkie rynki były kontestowalne. Dodatkowo zaś, silna asymetria informacji uniemożliwia często rozpoznanie jakości przez pacjenta i rozstanie z firmą medyczną w przypadku otrzymania usług złej jakości. Dlatego też bez czytelnie określonych praw pacjenta i prawnych reguł odpowiedzialności cywilnej za błędy w sztuce medycznej, egzekwowalnych (optymalnie) drogą arbitrażową bądź (sub-optymalnie) sądową,

różnorodne formy gwarancji jakości wykonanych usług muszą być wspomagane regulacjami. Wprowadzając regulacje KOZ, warto przyjrzeć się skutkom dotychczasowych regulacji mających na celu wsparcie praw pacjenta i dokonać ewentualnych niezbędnych korekt. Prawom tym z całą pewnością służy otwartość środowiska medycznego na fakt popełniania błędów, a w celu ich ograniczenia tworzenie rejestrów błędów medycznych i działań niepożądanych, zakażeń wewnątrzszpitalnych, powikłań wynikających z postępowania niezgodnego ze standardem, itp. Kultura „nieobwiniania” i „niepiętnowania” za błędy w sztuce medycznej nie sprzyja jakości opieki. Gotowość do zadośćuczynienia za błędy lekarzy i pielęgniarek winna być wpisana w kulturę KOZ.

Doświadczenia międzynarodowe dotyczące ubezpieczeń OC lekarzy i podmiotów leczniczych, kiedy winę lekarza trzeba udowodnić przed sądem, pokazują, że pomimo realności dochodzenia przez pacjentów swoich uprawnień na drodze sądowej może to jednak motywować nie tylko do poprawiania jakości, ale także do uprawiania medycyny defensywnej i (mimo wysokich kosztów) nabywania drogich ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej przez firmy medyczne. Ubezpieczenia typu no blaim wzorowane na szwedzkich ubezpieczeniach pacjentów bardziej motywują do podnoszenia jakości opieki. Mając takie ubezpieczenia przy jednoczesnej dbałości o zarządzanie ryzykiem szkody w procesie leczenia, organizacji KOZ znacznie bardziej opłaca się ponosić koszty związane z nadzorem nad jakością i jej promocją. W długim okresie przynoszą one dodatkowe korzyści finansowe, związane z reputacją i wizerunkiem firmy.

Przy przeanalizowaniu proponowanych przez autorów raportu strategicznych elementów warunkujących wdrożenie KOZ konieczne jest także znalezienie odpowiedzi na pytanie: kto może być koordynatorem opieki nad pacjentem, który zgodnie z terminologią nowej ekonomii instytucjonalnej - NEI - odgrywałby rolę jego „agenta” (rzecznika interesu) (D.C. North 1993 working paper, za: Koziarkiewicz 2011).

Wydaje się, że rola koordynatora może być powierzona:

- ▶ lekarzowi rodzinemu działającemu samodzielnie (jak w Wielkiej Brytanii w latach 90. XX w.);
- ▶ wielospecjalistycznej placówce ambulatoryjnej opieki medycznej lub sieci placówek obejmujących m.in. POZ (IPA z USA, pilotaże z Niemiec);
- ▶ szpitalowi szczebla powiatowego oraz sieci placówek ambulatoryjnych (POZ i opieki specjalistycznej - IDS lub staff model HMO z USA);
- ▶ organizacji o charakterze administracyjno-organizacyjnym (większość organizacji KOZ w USA, PCT w Wielkiej Brytanii).

Organizacja, której zostanie powierzona rola koordynatora, ma zaspokajać potrzeby pacjentów samodzielnie lub za pośrednictwem innych dostawców opieki zdrowotnej. Oczekiwania, które musi spełniać to:

- ▶ **koncentracja na osobie pacjenta,**
- ▶ **zorientowanie na efekt,**
- ▶ **konkurencja opierająca się na rezultatach,**
- ▶ **innowacyjność i reaktywność na preferencje pacjentów.**

Aby oczekiwania te mogły być spełnione organizacja KOZ winna być finansowana nie tylko na podstawie prostej stawki kapitacyjnej, która może stanowić znaczącą część płatności, lecz także na podstawie płatności za niektóre usługi na zasadzie *fee for service* oraz bonusów stanowiących nagrodę za osiągnięcie określonych efektów (Kozierkiewicz 2011). Aby wdrożyć KOZ (Langenbrunner 2009; Kozierkiewicz 2011) należy wykonać prace podzielone na etapy:

Etap I - zdefiniować subkoszyk świadczeń zdrowotnych, za których dostarczenie pacjentom będzie odpowiedzialny koordynator - powinien być on szeroki, ale z wyłączeniem najbardziej kosztownych procedur i najcięższych stanów chorobowych.

Etap II - określić pulę środków finansowych niezbędnych do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych związanych z gwarancjami subkoszyka - w puli finansowej musi być uwzględniona historia korzystania ze świadczeń w populacji z uwzględnieniem różnic w korzystaniu przez różne grupy i stopień niezaspokojenia potrzeb na niektóre świadczenia, czas oczekiwania na nie itp.

Etap III - określić stawkę kapitacyjną - będzie to wartość uśredniona podzielona na osobę z populacji, zmiany w liczbie osób objętych opieką (odchodzenie i rekrutacja nowych) muszą być uwzględnione w planach przepływów finansowych.

Etap IV - zdefiniować czynniki mające wpływ na ryzyko i zastosować odpowiednie współczynniki /narzędzia korygujące je (podstawowe to wiek, płeć, ale mogą być także inne takie jak miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny/rodzina, choroby na które cierpią te osoby - np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia. (W Wielkiej Brytanii jako czynniki różnicujące traktuje się cechy grup społecznych, w Niemczech zachorowalność na kilkadziesiąt najczęściej występujących schorzeń, w Polsce kryterium wieku różnicujące 3 stawki kapitacyjne i powiększone jest w przypadku kilku chorób cywilizacyjnych np. cukrzyca).

Etap V - określić warunki rekrutacji pacjentów - aktywna rekrutacja związana jest z konkurencją organizacji KOZ o pacjentów (USA, Niemcy), bierna w przypadku administracyjnego przypisania przez płatnika (USA w przypadku Medicare, Wielka Brytania w przypadku PCT) lub rekrutacja lekarzy POZ posiadających listę pacjentów (oparta na wyborze pacjenta wg jego kryteriów wyboru); lista pacjentów ostatecznie wpływa na podstawę wyliczenia stawek kapitacyjnych.

Etap VI - zaprojektować system finansowania i zarządzania opieką - jego podstawą jest budżet kapitacyjny, ale bardzo ważną sprawą są przepływy finansowe związane

z rolą koordynatora opieki, kiedy część świadczeń jest finansowana poza jego własną strukturą – kto płaci, według jakich stawek, kto określa ich wysokość itp. – kwestie te określone w kontrakcie na koordynację mogą być kluczowe dla sukcesu tak wdrożenia KOZ, jak i jego realizacji.

Etap VII – określenie całkowitej kwoty kontraktu przez płatnika – wielkość budżetu dla potencjalnego koordynatora będzie uzależniona od wysokości stawek kapitałowych za określony subkoszyk świadczeń oraz wielkości populacji objętej opieką (z uwzględnieniem przyjętych czynników ryzyka).

Etap VIII – zaprojektowanie systemu monitorowania i kontroli jakości opieki – standardy, mierniki oceny i zasady ich publikacji muszą być znane przed wdrożeniem i podpisaniem kontraktu o KOZ przez koordynatora; elementem systemu monitorowania jakości powinien być mechanizm składania skarg i rozstrzygania sporów między pacjentem a koordynatorem opieki zdrowotnej.

Etap IX – wdrożenia KOZ – wdrożenie kontraktu i rozpoczęcie świadczenia opieki zdrowotnej; ważnym elementem stabilności i motywacji do podejmowania działań zgodnych z bodźcami KOZ jest czas trwania kontraktu, dlatego winny to być kontrakty wieloletnie (Kozierkiewicz 2011).

Nie ulega wątpliwości, że zaproponowane powyżej etapy będą nakładały się na siebie i jakość realizacji pierwszych będzie miała wpływ na jakość kolejnych, a tym samym sukces lub porażkę wdrażanej zmiany. Niej jest to także z pewnością lista wyczerpująca – w trakcie dalszych prac eksperckich powinna ona być rozbudowywana, uzupełniana o szczegóły, których dopracowanie będzie pochodną dokonywanych odkryć jako efektów prowadzonych prac. Graficzny model proponowanych etapów projektowania i wdrażania kontraktów KOZ przedstawia rys. 4.

Pilotaże powinny poprzedzać rozwiązania ogólnokrajowe

W opinii autorów, bazując na analizie przykładów zaprezentowanych w niniejszym raporcie, szczególnie z Wielkiej Brytanii i Niemiec, wdrożenie koordynowanej opieki zdrowotnej w Polsce na szeroką skalę powinno być poprzedzone pilotażami. Ich wdrożenie wymagałoby stworzenia sprzyjających temu warunków prawnych tak, aby w maksymalnym stopniu wyeliminować ryzyko ich tymczasowości, a także wyposażenia podmioty je nadzorujące we wszelkie narzędzia pomiaru efektywności i jakości opieki zdrowotnej. Pilotáže te winny mieć kilkuletni czas trwania (3-4 lata) z okresową ewaluacją opartą na z góry ustalonych kryteriach i miernikach. Wydaje się, że kreatorem takich pilotaży winien być Minister Zdrowia, jako kreator polityki zdrowotnej, a jego partnerami w realizacji podmioty tworzące dla podmiotów leczniczych. W naszej opinii na etapie opracowywania koncepcji pilotaży należy założyć kilka wariantów ich realizacji z różnymi podmiotami w roli koordynatorów. Mogą być nimi podmioty lecznicze różnego szczebla (POZ, AOS

i szpitale ogólne powiatowe lub wojewódzkie), które na zasadzie systemu umów i bodźców finansowych zapewnią koordynację i opiekę zdrowotną dla co najmniej kilkunastotysięcznych populacji. Udział w takich pilotażach, również ze względu na realia polskiego rynku ochrony zdrowia, musi uwzględniać możliwość uczestniczenia w nich na zasadzie dobrowolności zarówno publicznych, jak i niepublicznych podmiotów leczniczych.

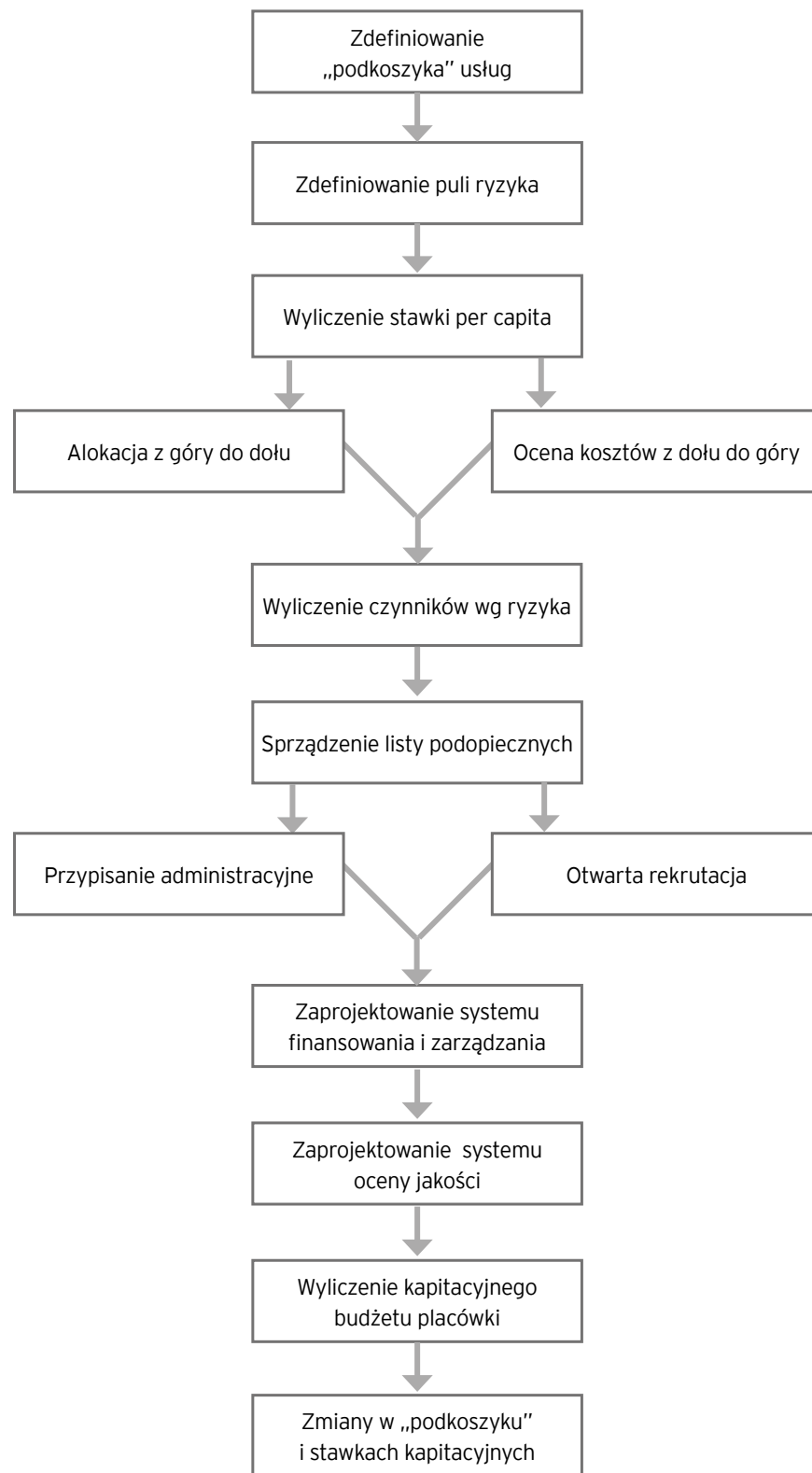
Naszym zdaniem, kluczowym celem pilotaży winno być testowanie rozwiązań, które podobnie jak w Wielkiej Brytanii, będą sprzyjały w pierwszej kolejności współpracy pomiędzy różnymi szczeblami opieki zdrowotnej. Ważne jest także aby w centrum zainteresowania podmiotów tworzących „organizację” koordynowanej opieki zdrowotnej byli ludzie i ich zdrowie, a nie ich choroby. Pilotaże mogą być elementem koniecznej w Polsce reformy podstawowej opieki zdrowotnej, ale także stanowić element składowy projektów restrukturyzacyjnych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, których celem będzie konsolidacja i integracja podmiotów leczniczych działających obecnie w modelu konkurencji o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ich przeprowadzenie na podstawie kontraktów z NFZ musi zatem być oparte na nowym założeniu - kompleksowym nabywaniu opieki zdrowotnej na różnych szczeblach opieki zdrowotnej, a nie świadczeń zdrowotnych przez nie realizowanych. Ważnym elementem testowanych rozwiązań mogą być programy z zakresu profilaktyki i prewencji, a także nowe rozwiązania dotyczące zarządzania chorobami przewlekłymi (np. cukrzyca, choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, czy opieka nad pacjentami po ostrych zespołach wieńcowych). Pilotaże mogą być pomocne nie tylko w ewaluacji ich jakości pod względem medycznym, ale przede wszystkim, w ocenie, czy zastosowane w nich bodźce finansowe sprzyjają efektywniejszej kosztowo opiece zdrowotnej.

Nie podlega dyskusji, że sukcesowi sprzyjać będzie istnienie informatycznego połączenia spięcia podmiotów uczestniczących w pilotażach. Dlatego wdrożenie takich rozwiązań winno być poprzedzone wdrożeniem systemów IT, które pozwolą na monitorowanie procesu i jakości leczenia.

Jak widać z powyższej propozycji wdrożenie takich rozwiązań pilotażowych wymaga daleko idącej współpracy pomiędzy różnymi interesariuszami systemu ochrony zdrowia. Autorzy raportu są jednak przekonani, że dążenie do tego jest nie tylko uzasadnione, ale wręcz konieczne. Potwierdza to przedstawiona w raporcie ocena sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia. Autorzy raportu nie mają wątpliwości, że wprowadzenie koordynowanej opieki zdrowotnej w Polsce, może napotkać w tej chwili na znaczny opór różnych interesariuszy systemu ochrony zdrowia. Jej fundamentalne zasady naruszają bowiem aktualny „porządek” i układ sił. Warto jednak zwrócić uwagę, że podobnie było w każdym z przywołanych w raporcie krajów, łącznie ze Stanami Zjednoczonymi, gdzie koncepcja koordynacji opieki i łączenie roli ubezpieczyciela i organizatora, a nierzadko także dostawcy świadczeń zdrowotnych, narodziła się i rozwinęła. Bardzo silny opór przed

wprowadzaniem koordynowanej opieki zdrowotnej czy to ze strony amerykańskiego środowiska lekarskiego, czy tradycyjnie działających firm ubezpieczeniowych, łącznie z procesami sądowymi, odbieraniem prawa wykonywania zawodu lekarza czy zakazami stanowymi prowadzenia takiej działalności, nie spowodował upadku tej koncepcji opieki zdrowotnej. Jej solidne fundamenty oparte na wiedzy i stopniowo rozwijanym doświadczeniu spowodowały, że nie tylko obroniła się ona, ale wpłynęła pozytywnie na sektor ochrony zdrowia w wielu krajach na całym świecie. Istnieje powiedzenie, że jakość broni się sama. Koordynowana opieka zdrowotna jakość opieki stawia w centrum swoich celów. Dlatego nie tylko broni się, ale - jak pokazują przykłady międzynarodowe, - rozwija się i zdobywa nowych zwolenników. Mamy nadzieję, że raport ten przyczyni się do ich zdobycia w Polsce i pozwoli na wdrożenie koordynowanej opieki zdrowotnej w naszym kraju na szeroką skalę. Dobrze zrealizowana koncepcja opieki koordynowanej, dzięki poprawie jakości i efektywności opieki zdrowotnej oraz atmosfery wokół sektora zdrowia, powinna być korzystna dla wszystkich, bez wyjątku.

Rysunek 6. Etapy projektowania i wdrażania kontraktów koordynowanej opieki zdrowotnej



Źródło: Kozierkiewicz 2011 s. 77 za Langenbrunner 2009.

Przypisy

- 1 Health Plan Employers' Information and Data Set jest systemem monitorowania jakości i działalności medycznej. Obecnie wiele korporacji (np. American Airlines, Boeing, AT&T, Chrysler, Citibank, IBM, Pepsi-Cola, Xerox itp.) uzależnia zawarcie kontraktu z firmą KOZ od pozytywnego wyniku akredytacji przeprowadzonej wg systemu HEDIS. Proces akredytacji HEDIS obejmuje kontrolę około 60 standardów na wejściu i następnie coroczne sprawdzanie około 50 standardów.
- 2 Zauważano w wywiadach, że gdy system opieki zdrowotnej jest stabilny, łatwo można dostrzec luki w diagnostyce, na które nie można sobie pozwolić, jeśli chce się praktykować dłużej. Trzeba dbać o reputację, bo inaczej pacjent odchodzi do innego lekarza. Takie opinie pojawiały się nawet wtedy, kiedy dostawcę POZ można było uznać za lokalnego monopolistę, choć zdecydowanie bardziej znajdują one uzasadnienie w warunkach konkurencyjnych, gdzie pacjent ma alternatywę w postaci możliwości zmiany miejsca leczenia. Podkreślano, że czasem wręcz opłaca się pacjentowi proponować droższą diagnostykę, ale prowadzącą prostą drogą do rozpoznania, bowiem prawidłowa i szybko postawiona diagnoza ogranicza intensywność korzystania z opieki przez samych pacjentów

7. Bibliografia

Informacje bibliograficzne dla każdego z omawianych przykładów podano w tekście.

- [1] AAHP (1999), "Dispelling Managed Care Myths", URL: <http://www.aahp.org>.
- [2] Alaszewski, A. (1996), „Reforma Narodowej Służby Zdrowia”, [w:] Tymowska, K.; Malin, V.; Alaszewski, A. (red.)
- [3] Alaszewski, M.; Alaszewski, A. (1996), „Kształtowanie polityki nabywania usług: analiza przypadku na przykładzie świadczeń związanych z zapłodnieniem in vitro”, [w:] Tymowska, K.; Malin, V.; Alaszewski, A. (red.) .
- [4] Aliotta, S. (2001), "Case management of 'at-risk' older people", [w:] Cochrane, D. (red.), *Managed care and modernization. A practitioner's guide*, Open University Press, Buckingham.
- [5] Allen, D.W. (2000), "Transaction costs", [w:] Bouckaert, B.; DeGeest, G. (red.), *Encyclopedia of Law and Economics*, Edward Elgar, Cheltenham.
- [6] Arrow, K.J., (1963 [1979]), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, vol. 53, s. 941-969; [wyd. polskie: *Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu*, [w:] Arrow, K.J., *Eseje z teorii ryzyka*, PWN, Warszawa, s. 188-210].
- [7] Arrow, K.J., (1986), "Agency and the market", [w:] Arrow, K.J., Intriligator, M.D. (red.), *Handbook of Mathematical Economics*, vol. III, Elsevier, Amsterdam.
- [8] Arvidsson, G. (1995), "Regulation of planned markets in health care", [w:] Saltman, R.B.; Von Otter, C. (red.) .
- [9] Bevan, G.; Baxter, K.; Bachmann, M. (2001), "Managing budgets and risk", [w:] Mays, N.; Wyke, S.; Malbon, G.; Goodwin, N. (red.), *The purchasing of health care by primary care organizations. An evaluation and guide to future policy*, Open University Press, Buckingham.
- [10] Bevan, G.; McLeod, H. (2001), "Budget setting and its influence on the achievements of total purchasing pilots", [w:] Mays, N.; Wyke, S.; Malbon, G.; Goodwin, N. (red.), *The purchasing of health care by primary care organizations. An evaluation and guide to future policy*, Open University Press, Buckingham.
- [11] Brodie, M.; Brady, L.A.; Altman, D.E. (1998), "Media Coverage Of Managed Care: Is there a Negative Bias?", *Health Affairs*, vol. 17(1), s. 9-25.
- [12] Buchanan, J.M. (1975), "A Contractarian Paradigm for Applying Economic Theory", *American Economic Review: Papers and Proceedings*, vol. 65(2), s. 225-230.
- [13] Cochrane, D. (red.) (2001), *Managed care and modernization. A practitioner's guide*, Open University Press, Buckingham.
- [14] Colin-Thome, D. (2001), "The new primary care is managed care", [w:] Cochrane, D. (red.) , *Managed care and modernization. A practitioner's guide*, Open University Press, Buckingham.
- [15] Croxson, B.; Propper, C.; Perkins, A. (2001), "Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme", *Journal of Public Economics*, vol. 79(2), s. 375-398.
- [16] Cylwik, A. (2004), „Koszty leków”, [w:] Golinowska, S. (red.), Raport "Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga", Dokumenty Ministerstwa Zdrowia, Warszawa, URL: <http://www.mz.gov.pl> z dn. 15 stycznia 2005.

- [17] Delnoij, D.; Brenner, G. (2000), "Importing budget systems from other countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholding?", *Health Policy*, vol. 52(3), s. 157-169.
- [18] Dixon, J.; Goodwin, N.; Mays, N. (2001), "Holding total purchasing pilots to account", [w:] Mays, N.; Wyke, S.; Malbon, G.; Goodwin, N. (red.), *The purchasing of health care by primary care organizations. An evaluation and guide to future policy*, Open University Press, Buckingham.
- [19] Donabedian, A. (1982), *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume II: The Criteria and Standards of Quality*, Health Administration Press, Ann Arbor.
- [20] Dowling, B. (1997), "Effect of fundholding on waiting times: database study". *British Medical Journal*, nr 315, s. 290-2.
- [21] Dowling, B. (2000), *GPs and Purchasing in the NHS. The internal market and Beyond*, Ashgate Publishing, Aldershot-Brookfield-USA-Singapore-Sydney.
- [22] Ellis, R.P.; McGuire, T.G. (1990), "Optimal payment systems for health services", *Journal of Health Economics*, vol. (9)4, s. 375-396.
- [23] Ellis, R.P.; Van de Ven, W.P.M.M. (2000), "Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets", [w:] Culyer, A.J.; Newhouse, J.P. (red.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1A, vol. 1B, Elsevier, Amsterdam.
- [24] Enthoven, A.C. (1978a), "Competition of alternative delivery systems", [w:] Greenberg, W. (red.), *Competition in the health care sector: Past, present and future*, Aspen Systems Co., Germantown, MD.
- [25] Enthoven, A.C. (1978b), "Consumer Choice Health Plan", *New England Journal of Medicine*, nr 298, s. 650-8, s. 709-20.
- [26] Enthoven, A.C. (1980), *Health plan: The only practical alternative to the soaring cost of medical care*, Addison-Wesley, Reading, MA
- [27] Enthoven, A.C. (1988), "Theory and practice of managed competition in health care finance". Professor F. de Vries Lectures en Economics, vol. 9, North Holland, Amsterdam.
- [28] Flynn, R.; Williams, G. (1997), "Contracting for health", [w:] Flynn, R.; Williams, G. (red.), *Contracting for Health: Quasi-Markets and the National Health Service*, Oxford University Press, Oxford.
- [29] Freeman, R. (1999), "Policy transfer in the health sector", European Forum conference paper WS/35, Florence: Robert Schuman Centre for Advanced Studies, European University Institute,
URL: http://www.pol.ed.ac.uk/freeman/workingpapers/policytransfer_health.pdf.
- [30] Freeman, R. (2002) "Health Policy and the problem of learning", Unpublished paper, University of Edinburgh,
URL: http://www.pol.ed.ac.uk/freeman/workingpapers/healthpolicy_learning.pdf.
- [31] Furubotn, E.G.; Richter, R. (1997), *Institutions and Economic Theory. The Contribution of the New Institutional Economics*, The University of Michigan Press, Ann Arbor.
- [32] Gensichen, J. et al (2006), "Die Zukunft ist chronisch - Das Chronic Care Modell in der deutschen Primärversorgung", *Z Ärztl Fortb Qual*, 100, s. 365-374.
- [33] Getzen, T.E. (2004 [2000]), *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, Wiley & Sons, USA, 2/e [wyd. polskie na podstawie 1/e: *Ekonomika zdrowia - teoria i praktyka* (red. nauk. K. Tymowska), PWN, Warszawa].
- [34] Glazer, J.; Shmueli, A. (1995), "The physician's behavior and equity under a fundholding contract", *European Economic Review*, nr 39, s. 781-785.

Bibliografia

- [35] Glied, S. (2000), "Managed Care", [w:] Culyer, A.J.; Newhouse, J.P. (red.) (2000), *Handbook of Health Economics*, vol. 1A, vol. 1B, Elsevier, Amsterdam.
- [36] Goodwin, N. (1998), "GP fundholding", [w:] Le Grand, J.; Mays, N.; Mulligan, J-A. (red.) (1998), *Learning from the NHS Internal Market. A review of the evidence*, King's Fund, London.
- [37] Gosden, T.; Torgerson, D.J. (1997), "The effect of fundholding on prescribing and referral costs: a review of the evidence", *Health Policy*, nr 40, s. 103-114.
- [38] Greener, I. (2002), "Understanding NHS Reform: The Policy-Transfer, Social Learning, and Path Dependency Perspectives, Governance", *An international Journal of Policy, Administration, and Institutions*, vol. 15(2), s. 161-183.
- [39] Greß, S.; Stegmüller, K. (2009), "Gesetzliche Spielräume zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte - Eine systematische Analyse der einschlägigen Regelungen und deren Entwicklung", [w:] Amelung, V.E., Sydow, J., Windeler, A. (red.), *Vernetzung im Gesundheitswesen - Wettbewerb und Kooperation*, Kohlhammer, s. 91-103.
- [40] Ham, C (red.) (1997), *Health Care Reform. Learning from International Experience*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia.
- [41] Hirschman, A.O. (1970), *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Harvard University Press, USA [wyd. pol.: Lojalność, krytyka, rozstanie, Wydawnictwo Znak - Fundacja im. Stefana Batorego, Kraków-Warszawa].
- [42] Holmstrom, B. (1982), "Moral hazard in teams", *Bell Journal of Economics*, nr 13, s. 324-340.
- [43] Jost, T.S. (2005), *Health Care Coverage Determinations. An international comparative study*, Open University Press Maidenhead.
- [44] Juszczak, G. (2003), „Premia za tańsze leczenie. Węgierski eksperyment z fundholdingiem”, *Śłużba Zdrowia*, nr 81-84, s. 24-6.
- [45] Juszczak, G.; Bański, R.; Mikos, M. (2004), „Fundholding i opieka koordynowana w Europie - wnioski z doświadczeń brytyjskich i węgierskich”, *Zdrowie i Zarządzanie*, t. VI(5), s. 70-77.
- [46] Kalbarczyk W.P. (2011), „Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie finansowania opieki zdrowotnej w Polsce - perspektywa ubezpieczycieli” [w] Kalbarczyk, W.P.(red); Łanda, K.(red); Władysiuk, M (red) „Ubezpieczenia zdrowotne a koszty świadczeń. Przegląd rozwiązań”; CEESTHAC , Kraków/Warszawa; s. 15-87.
- [47] Kanavos, P.; Mc Kee, M. (1998), "Macroeconomic constraints and health challenges facing European health systems", [w:] Saltman, R.B.; Figueras, J.; Sakellarides, C. (red.), *Critical challenges for health care reform in Europe*, Open University Press, Buckingham.
- [48] Kane, N.M. (1995), "Costs, productivity and financial outcomes of managed care" [w:] Saltman, R.B.; Von Otter, C. (red.), *Implementing Planned Markets in Health Care*, Open University Press, Buckingham.
- [49] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2009): MVZ-Survey 2008 - die strategische Positionierung Medizinischer Versorgungszentren, URL: <http://www.kbv.de/9157.html>, Zugriff 26.05.2009.
- [50] Klein, R. (1997), "Learning from others: shall the last be the first?", *Journal of Health Politics, Policy & Law*, vol. 22(5), s. 1267-78.
- [51] Klein, P.G. (2000), "New Institutional Economics", [w:] Bouckaert, B.; DeGeest, G. (red.), *Encyclopedia of Law and Economics*, Edward Elgar, Cheltenham.
- [52] Knieps, F. (2005), "Das Disease Management in Deutschland - Standortbestimmung und Perspektive, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement", Sonderheft 1, Juni.

- [53] Kongstvedt, P.R. (red.) (2003), *Essentials of Managed Health Care 4/e*, Jones & Bartlett Publishers, Inc., USA.
- [54] Kongstvedt P.R., (2009) *Managed Care, What it is and how it works*. Jones & Bartlett Publishers, Inc., USA.
- [55] Kornai, J. (1986), "The softness of the budget constraint", *Kyklos*, nr 39, s. 3-30.
- [56] Kornai, J. (1998), "Legal obligation, non-compliance and soft-budget constraint", [w:] Newman, P. (red.), *New Palgrave Dictionary of Economics and the Law*, Macmillan, New York, s. 533-539.
- [57] Kornai, J., Eggleston, K. (2001 [2002]), *Welfare, Choice and Solidarity in Transition. Reforming the Health Sector in Eastern Europe*, Cambridge University Press, Cambridge [wyd. polskie: *Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa].
- [58] Kowalska, K. (2007), "Managed care and a process of integration in health care sector. A case study from Poland", *Health Policy*, vol. 84(2-3), s. 308-320.
- [59] Kowalska, K. (2009), *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia polskie i międzynarodowe*, WUW, Warszawa.
- [60] Kozierekiewicz A.(2010), „Recepta wuja Sama”, *Menedżer Zdrowia*, nr 10.
- [61] Kozierekiewicz A.(2011), *Konsolidacja i integracja opieki medycznej*. Podręcznik przygotowany w ramach projektu Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej - szkolenia z zakresu rachunków kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Ministerstwo Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa
- [62] Kutzin, J. (2000), "A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements", *Health Policy*, vol. 56, s. 171-204.
- [63] Larsen, R. (2001), "Managed care: an American practitioner's perspective", [w:] Cochrane, D. (red.), *Managed care and modernization. A practitioner's guide*, Open University Press, Buckingham.
- [64] Le Grand, J.; Mays, N.; Mulligan, J-A. (red.) (1998), *Learning from the NHS Internal Market. A review of the evidence*, King's Fund, London.
- [65] Lewis, R. (2001), "The consumer - last but not least", [w:] Cochrane, D. (red.), *Managed care and modernization. A practitioner's guide*, Open University Press, Buckingham.
- [66] Ma, C.A.; McGuire, T.G. (1997), "Optimal Health Insurance and Provider Payment", *American Economic Review*, vol. 87(4), s. 685-704.
- [67] Malin, V.; Riley, L. (1996), „Rozwój praktyk lekarzy rodzinnych dysponujących budżetem” [w:] Tymowska, K.; Malin, V.; Alaszewski, A. (red.)
- [68] Mas-Colell, A.; Whinston, M.; Green, J. (1995), *Microeconomic Theory*, Oxford University Press, Oxford.
- [69] Mays, N.; Wyke, S.; Malbon, G.; Goodwin, N. (red.) (2001), *The purchasing of health care by primary care organizations. An evaluation and guide to future policy*, Open University Press, Buckingham.
- [70] McElfatrick, R.L.; Eichler, R.S. (2003), "Claims and benefits administration", [w:] Kongstvedt, P.R. (red.), *Essentials of Managed Health Care 4/e*, Jones & Bartlett Publishers, Inc., USA.
- [71] McGuire, T. (2000), "Physician agency", [w:] Culyer, A.J.; Newhouse, J.P. (red.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1A, vol. 1B, Elsevier, Amsterdam.

Bibliografia

- [72] McLeod, H.; Raftery, J. (2001), "Managing emergency hospital activity", [w:] Mays, N.; Wyke, S.; Malbon, G.; Goodwin, N. (red.), *The purchasing of health care by primary care organizations. An evaluation and guide to future policy*, Open University Press, Buckingham.
- [73] Milne, R.G.; Torsney, B. (2003), "Financial incentives, competition and a two tier service: lessons from the UK National Health Service internal market", *Health Policy*, vol. 64, s. 1-12.
- [74] NCQA (1998), "The State of Managed Care Quality Report", URL: <http://www.ncqa.org>.
- [75] Narodowy Fundusz Zdrowia (2012), Sprawozdanie z działalności za rok 2011.
- [76] Niżankowski R., Kalbarczyk P., *Nowoczesny system opieki zdrowotnej*, Warszawa 1992.
- [77] North, D.C. (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press, Cambridge.
- [78] OECD (2004), *OECD Health Data 2004. A comparative analysis of 30 countries*, OECD, Paris
- [79] OECD (2009): *OECD-Gesundheitsbericht 2009: Statistik und Indikatoren für 30 Länder*, WHO, Paris.
- [80] OECD (2010), *Economics Policy Notes 2010 Health care systems: Getting more value for money*, No. 2, s. 6-9
- [81] Petchey, R. (1995), "General practitioner fundholding: weighing the evidence", *The Lancet*, nr 346, s. 1139-1142
- [82] Phelps, C.E. (2003), *Health Economics*, Addison Wesley, New York.
- [83] Powell, M.A. (1997), *Evaluating the National Health Service*, Open University Press, Buckingham-England.
- [84] Projekt ustawy „O samorządowej opiece zdrowotnej” Druk Sejmowy 414, z dnia 5.05.1998 r. Projekt zgłoszony jako poselski przez grupę posłów Unii Wolności. Został napisany przez zespół w składzie Tymowska, K.; Dudarewicz, D.; Gajek, F.; Poznański P.; Piróg M.
- [85] Propper, C.; Bartlett, W. (1997), "The Impact of Competition On the Behaviour of National Health Service Trusts", [w:] Flynn, R.; Williams, G. (red.), *Contracting for Health: Quasi-Markets and the National Health Service*, Oxford University Press, Oxford.
- [86] PWC, kancelaria prawnicza Domański Zakrzewski Palinka i Uczelni Łazarskiego (2013), Raport „Ocena skutków wprowadzenia ustawy o działalności leczniczej”, Warszawa, maj 2013 r.
- [87] Robinson, R.; Steiner, A. (1998), *Managed Health Care. US Evidence and Lessons for the National Health Service*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia.
- [88] Szymborski J. (2013); „Demografia starzejącego się społeczeństwa” [w] Samoliński, B. (red); Raciborski, F. (red) „Zdrowe starzenie się: BIAŁA KSIĘGA”; Koalicja na rzecz ZDROWEGO STARZENIA SIĘ, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, s.14-17.
- [89] Saltman, R.B.; Figureas, J. (red.) (1997), *European health care reform*, WHO Regional Publications, European Series, nr 72, Copenhagen.
- [90] Saltman, R.B.; Von Otter, C. (red.) (1992), *Planned markets and public competition*, Open University Press, Buckingham.
- [91] Saltman, R.B.; Von Otter, C. (red.) (1995), *Implementing Planned Markets in Health Care*, Open University Press, Buckingham.
- [92] Saltman, R.B.; Figueras, J.; Sakellarides, C. (red.) (1998), *Critical challenges for health care reform in Europe*, Open University Press, Buckingham.

- [93] Schlette, S.; Knieps, F.; Amelung, V.E. (red.) (2005), *Versorgungsmanagement für chronisch Kranke*, KomPart, Berlin.
- [94] Schulze S.; Schwinger A. (2008), Verfahren zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Nomos, 1, s. 34-45.
- [95] Scott, A. (2000), "Economics of General Practice", [w:] Culyer, A.J.; Newhouse, J.P. (red.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1A, vol. 1B, Elsevier, Amsterdam
- [96] Smith, P.C.; Stepan, A.; Valdmanis, V.; Verheyen, P. (1997), "Principal-agent problems in health care systems: an international perspective", *Health Policy*, vol. 41, s. 37-60.
- [97] Thurner, P.W.; Kotzian, P. (2001), "Comparative Health Care Systems. Outline for an empirical application of New Institutional Economic Approaches", ECPR meeting, Grenoble, URL: <http://www.essex.ac.uk/ecpr>
- [98] Tymowska, K. (1993), „Kontrakt jako instrument tworzenia relacji między nabywcą a dostawcą świadczeń zdrowotnych”, *Antidotum - Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, nr 2, s. 84-90.
- [99] Tymowska, K. (1999a), *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- [100] Tymowska, K. (1999b), „Zasady finansowania a dostępność”, *Prawo i Medycyna*, nr 4, s. 84-96.
- [101] Tymowska, K. (2000), „Diagnoza społeczna i co dalej”, *Nowe Życie Gospodarcze*, nr 51, s. 18-20.
- [102] Tymowska, K. (2001), „Reforma systemu ochrony zdrowia”, [w:] Czapiński, J.; Panek, T. (red.), *Diagnoza społeczna 2000*, Polskie Towarzystwo Statystyczne i Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP, Warszawa.
- [103] Tymowska, K. (2003a), Systemy informacji a niedoskonałości kontraktów w opiece zdrowotnej, [w:] *Informacja a jakość w opiece zdrowotnej* (materiały konferencyjne), Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków, s. 30-38.
- [104] Tymowska, K. (2003b), „Przerzucanie kosztów w systemie opieki zdrowotnej w Polsce”, *Zdrowie i Zarządzanie*, t. V(1-2), s. 58-61.
- [105] Tymowska, K.; Kowalska, K. (2002), „Stawki kapitałowe a zachowania dostawców usług medycznych”, *Lekarz Rodzinny*, nr 11, s. 100-107.
- [106] Wagner, E.R. (2003), "Types of managed care organizations", [w:] Kongstvedt, P.R. (red.), *Essentials of Managed Health Care 4/e*, Jones & Bartlett Publishers, Inc., USA
- [107] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późniejszymi zmianami), zwana także ustawą o ZOZach.
- [108] Ustawa z dnia 6. lutego 1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, (Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późniejszymi zmianami), zwana także ustawą o PUZ.
- [109] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (Dz.U. Nr 210, poz. 2135)
- [110] Projekt ustawy o Samorządowej Opiece Zdrowotnej (1998), druk sejmowy nr 414, zwany także projektem SOZ.
- [111] Weatherly, J. N.; Seiler, R.; Meyer-Lutterloh, K.; Schmid, E.; Lägél, R.; Amelung, V.E. (2007), *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren - Innovative Modelle der Praxis*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- [112] Weiner, J.; Ferris, D. (1990), *GP Budget Holding in the UK: lessons from America*, King's Fund, London.

Bibliografia

- [113] Williamson, O.E. (1985 [1998]), *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*, Free Press, New York [wyd. pol.: *Ekonomiczne instytucje kapitalizmu* (tłum. Jerzy Kropiwnicki), PWN, Warszawa].
- [114] Wilsford, D. (1994), "Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way", *Journal of Public Policy*, vol. 14(3), s. 251-83, [w:] Watson, J.; Ovseiko, P. (red.), *Health care systems. Major themes in Health and Social Welfare*, Routledge, London.
- [115] WONCA (2002), *The European Definition of General Practice/Family Medicine*, Wonca - Europe, URL: <http://www.globalfamilydoctors.com>.
- [116] Włodarczyk, C. (1998), *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków - opis zawartości Programu Banku Światowego „Health System Reform: Meeting the Chalange” wersja robocza 15 czerwca 1990 str.191-201.
- [117] Włodarczyk, C. (2003), *Reformy zdrowotne - uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersyteckie UJ, Kraków.
- [118] World Health Organization (2001), *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva.
- [119] World Health Organization (2006): Highlights on Health in Germany 2004, URL: <http://www.euro.who.int/highlights>, Zugriff 15.05.2009.
- [120] World Health Organization; Data and statistics; <http://www.who.int/gho/countries/en/>
- [121] Wilton, P.; Smith, R.D. (1998), "Primary care reform: a three country comparison of 'budget holding'", *Health Policy*, vol. 44, s. 149-166.
- [122] Whynes, D.K. (1996), "General practitioners' choice of referral destination: A probit analysis", *Managerial and Decision Economics*, vol. 17, s. 587-594.
- [123] Wyke, S.; Gask, L.; Lee, J.; Scott, J (2001), "Purchasing maternity care, mental health services and community care for older people", [w:] Mays, N.; Wyke, S.; Malbon, G.; Goodwin, N. (red.), *The purchasing of health care by primary care organizations. An evaluation and guide to future policy*, Open University Press, Buckingham.
- [124] Wyke, S.; Mays, N.; Street, A.; Bevan, G.; McLeod, H.; Goodwin, N. (2003), "Should general practitioners purchase health care for their patients? The total purchasing experiment in Britain", *Health Policy*, vol. 65, s. 243-259.
- [125] Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia (przewodniczący: Włodarczyk C.; członkowie zespołu: Golinowska S., Hoffman R., Hołówka J., Kuzdro-Lubińska E., Kuszewski K., Luboiński G., Sobiech J., Szaflik J., Tymowska K., Wysocki M, Zaleski J.) (2004), *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu*, Dokumenty Ministerstwa Zdrowia, URL: <http://www.mz.gov.pl> z dn. 24 marca 2004.

Nasze raporty

Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej.

Jerzy Baranowski, AGH Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie

Adam Windak, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Efektywność zarządzania utrzymaniem dróg krajowych w Polsce.

Joanna Archutowska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Jana Pieriegud, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Budżet zadaniowy jako narzędzie poprawy jakości rządzenia w Polsce.

Łukasz Hardt, Uniwersytet Warszawski

Maarten de Jong, Uniwersytet w Rotterdamie

Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia.

Iga Magda, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Krzysztof Szczygielski, Uczelnia Łazarzkiego w Warszawie

Finansowanie transportu publicznego metodą Land Value Capture

Zastosowanie dla metra w Warszawie.

Francesca Romana Medda, University College London

Marta Modelewska, Szkoła Główna Handlowa

Produktywność naukowa wyższych szkół publicznych w Polsce.

Bibliometryczna analiza porównawcza.

Joanna Wolszczak-Derlacz, Politechnika Gdańska

Aleksandra Parteka, Politechnika Gdańska

Konkurencja między płatnikami w sektorze ochrony zdrowia.

Barbara Więckowska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Wpływ polityki inwestycyjnej OFE na ład korporacyjny w Polsce.

Eric Reinhardt, Uniwersytet Emory w Atlancie

Andrew Kerner, Uniwersytet w Michigan

Partnerstwo Publiczno-Prywatne w rozwoju przestrzeni miejskiej.

Polska praktyka na tle regulacji unijnych.

Tuna Tasan-Kok, Uniwersytet w Utrechcie

Magdalena Załączna, Uniwersytet Łódzki

Innowacyjność sektora MSP w Polsce. Rządowe programy wsparcia a luka finansowa.

Darek Klonowski, Brandon University

Biurokracja na bank. Koszty obowiązków biurokratycznych polskich regulacji bankowych.

Janusz Paczocha, Narodowy Bank Polski

Wojciech Rogowski, Narodowy Bank Polski, Szkoła Główna Handlowa

Paweł Kłosiewicz, Narodowy Bank Polski, Wyższa Szkoła Zarządzania i Prawa im. Heleny Chodkowskiej w Warszawie

Wojciech Kozłowski, Narodowy Bank Polski

Wykorzystanie ewaluacji w zarządzaniu programami unijnymi w Polsce.

Martin Ferry, University of Strathclyde

Karol Olejniczak, EUROREG Uniwersytet Warszawski

Wpływ Trybunału Konstytucyjnego na polski porządek prawny.

Tomasz Stawecki, Uniwersytet Warszawski

Wiesław Staśkiewicz, Uniwersytet Warszawski

Jan Winczorek, Uniwersytet Warszawski

Występowanie sfer korupcji w zarządzaniu polską administracją rządową.

Paul Heywood, Uniwersytet w Nottingham

Jan-Hinrik Meyer-Sahling, Uniwersytet w Nottingham

Efektywność zarządzania długiem w samorządach.

Michał Bitner, Uniwersytet Warszawski

Krzysztof S. Cichocki, Instytut Badań Systemowych w Polskiej Akademii Nauk

Zagospodarowanie przestrzenne. Polskie prawo na tle standardów demokratycznego państwa prawnego.

Hubert Ireneusz Izdebski, Uniwersytet Warszawski

Aleksander Nelicki, Unia Metropolii Polskich

Igor Zachariasz, Unia Metropolii Polskich

Organizacja procesu budżetowego w Polsce. Reguły budżetowe a stabilność fiskalna i gospodarcza.

Jürgen von Hagen, Centrum Studiów Integracji Europejskiej, Uniwersytet w Bonn, Niemcy

Mark Hallerberg, Wydział Nauk Politycznych, Uniwersytet Emory w Atlancie, Stany Zjednoczone

Strategie orzekania sądowego. O wykonywaniu władzy dyskrecyjnej przez sędziów sądów administracyjnych w sprawach gospodarczych i podatkowych.

Denis Galligan, The Centre for Socio-Legal Studies, Oxford University

Marcin Matczak, Polska Akademia Nauk, Kancelaria Domański Zakrzewski i Palinka

Stanowienie prawa w Polsce. Reguły legislacyjne a jakość ustawodawstwa.

Klaus H. Goetz, London School of Economics and Political Science

Radosław Zubek, London School of Economics and Political Science Raporty

LSE Obserwatorium Środkowoeuropejskie

Barometr legislacyjny.

Radosław Zubek, Instytut Europejski w London School of Economics and Political Science

Marcin Matczak, Uniwersytet Oksfordzki

Agnieszka Cieleń, Uniwersytet Warszawski

Tomasz Zalasieński, Domański Zakrzewski Palinka Sp.k.

Sprawny Parlament. Wpływ partii i reguł na przewidywalność legislacyjną.

Radosław Zubek, London School of Economics and Political Science

Klaus H. Goetz, London School of Economics and Political Science

Christian Stecker, Uniwersytet w Poczdamie

Planowanie legislacyjne w Europie Środkowej.

Radosław Zubek, European Department, London School of Economics and Political Science

Klaus Goetz, German and European Governance, Potsdam University

Martin Lodge, Government Department, London School of Economics and Political Science

Wykonywanie prawa Unii Europejskiej. Wpływ organizacji administracji rządowej na transpozycję dyrektyw UE.

Radosław Zubek, Uniwersytet Oksfordzki

Katarína Staroňová, Uniwersytet im. Jana Komeňského w Słowacji

Wszystkie raporty dostępne do pobrania ze strony www.sprawnepanstwo.pl



The main body of the page is a large, empty white space, indicating that the content has not been rendered or is otherwise blank.



Autorzy

Katarzyna Kowalska

Katarzyna Kowalska jest absolwentem oraz adiunktem na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego. Ukończyła także IESE Business School w Barcelonie. Laureatka dwóch nagród za najlepszą pracę doktorską w latach 2005-2006 (w konkursach Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych oraz Banku Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych im. Witolda Kuli). Stypendysta KBN oraz Fundacji na rzecz Nauki Polskiej. Autorka licznych publikacji naukowych z zakresu ekonomiki zdrowia, m.in. w Health Policy, Journal of Health Care for the Poor and Underserved, Gospodarce Narodowej, Studiach Ekonomicznych, Przeglądzie Organizacji, Polityce Społecznej, Lekarzu Rodzinnym.
[kkowalska@wne.uw.edu.pl]

Witold Paweł Kalbarczyk

Absolwent WUM, lekarz chorób wewnętrznych (nie praktykujący), ekspert ochrony zdrowia, doświadczony menedżer branży ubezpieczeniowej i emerytalnej. Od wielu lat jego zainteresowania skupiają się wokół organizacji i finansowania systemów ochrony zdrowia. Jeden z pionierów propagowania w Polsce idei efektywnego zarządzania ochroną zdrowia i jej jakością w oparciu o koncepcję koordynowanej opieki zdrowotnej. Propagator wprowadzenia w Polsce prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Współautor propozycji reform systemu ochrony zdrowia w Polsce (1992 - KLD i 2008 - PIU).
[neokalbar@wp.pl]



**SPRAWNE PAŃSTWO
PROGRAM EY**

Rondo ONZ 1
00-124 Warszawa
tel. +48 (22) 557 70 00
fax +48 (22) 557 70 01
www.sprawnepanstwo.pl