

# KOORDYNOWANA OPIEKA ZDROWOTNA - DOŚWIADCZENIA MIĘDZYNARODOWE

---

XV FORUM SZPITALI w Poznaniu  
10-11 października 2016

dr Katarzyna Kowalska  
*kkowalska@wne.uw.edu.pl*



---

UNIwersytet Warszawski  
**Wydział Nauk Ekonomicznych**

---

# Jak zdefiniować KOORDYNOWANĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ?

---

- KOZ to **sieć współpracujących ze sobą** dostawców usług medycznych, tworzona 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, 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.
- Finansowanie wg ryczałtowych przedpłat (**kapitacja**).



# STANY ZJEDNOCZONE - dziś

---

- Wydatki na zdrowie stanowią 17,9% PKB (WHO 2011),
- w 2011 roku ok. 50 mln spośród 315 mln obywateli amerykańskich nie posiadało żadnego ubezpieczenia,
- ok. 135 mln Amerykanów (44% ogółu populacji) korzystało z różnych programów wykorzystujących KOZ.



# Liczba ubezpieczonych w USA wg typu organizacji ubezpieczającej oraz charakteru planu ubezpiecz. w 2010 r

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 Kozierekiewicz 2011 s. 31; za CDC 2010 (<http://www.cdc.gov/nchs/fastasts/hinsure.htm>).



# KOZ W STANACH – HISTORYCZNIE (w liczbach)

---

- 1970 – 3 mln
- 1980 – 9 mln
- 1999 – 175 mln (wg niektórych źródeł)
- Udział rozwiązań typu KOZ na rynku komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych USA wynosił 20% w 1985 roku i 70% w 1990 roku



# KOZ W STANACH – Jak to wszystko się zaczęło?

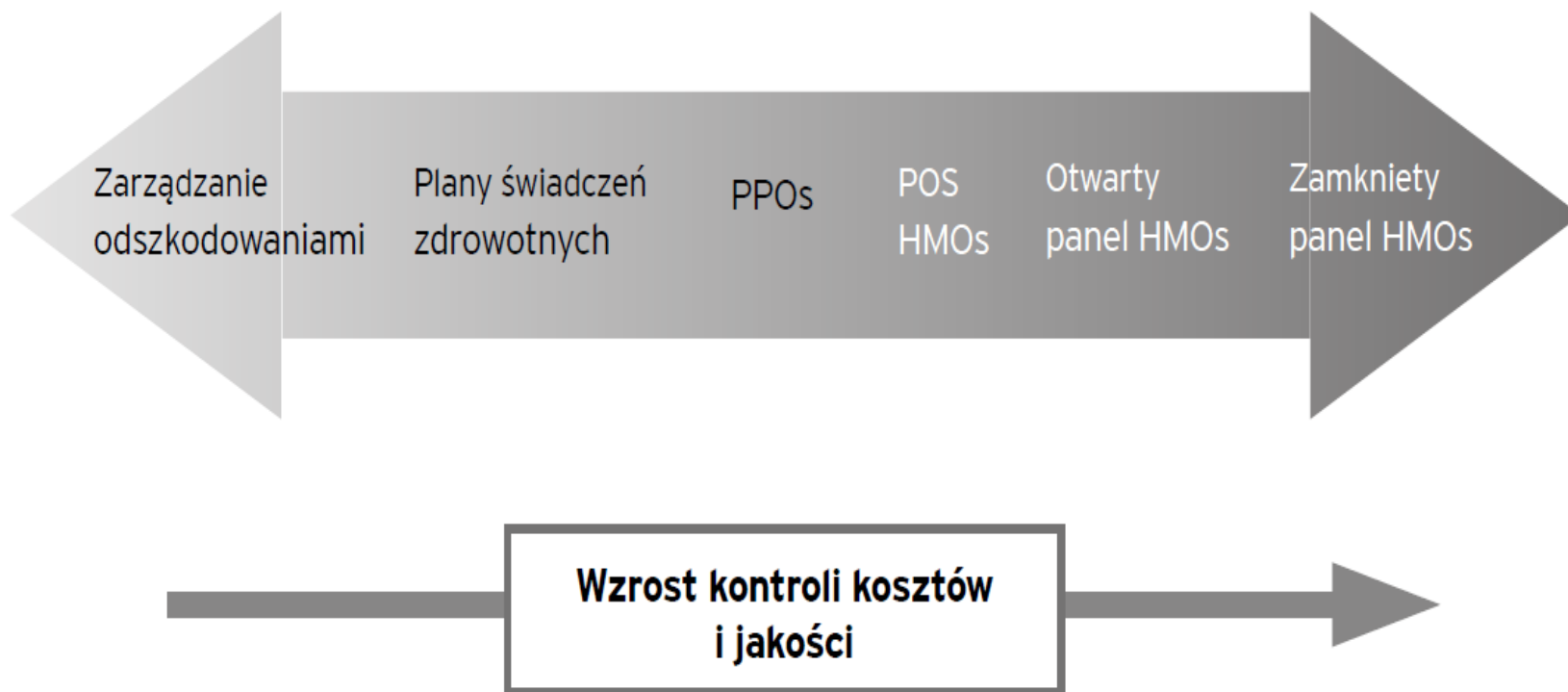
---

Pierwsze „spółdzielnie”:

- ✓ Western Clinic (Tacoma, 1910, tartaki),
  - ✓ spółdzielnia farmerów w Elk City (Oklahoma, 1930),
  - ✓ Blue Cross (nauczyciele, 1929),
  - ✓ Blue Shield,
  - ✓ Sidney Garfield i *Kaiser Health Permanente* (robotnicy budowlani)
- impuls „organizacyjny”
  - impuls „korporacyjny”
  - impuls „regulacyjny” → Paul Elwood, Alain Enthoven, prezydent Nixon, HMO Act (1973)



# Struktury organizacyjne opieki koordynowanej – kontinuum Wagnera



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



# Oceny amerykańskiej KOZ?

---

... fragmentaryczność

... analizy o charakterze ogólnym

... meta-analizy

1. Wykorzystanie zasobów
2. Profilaktyka i promocja zdrowia (identyfikacja grup podwyższonego ryzyka, diagnostyka onkologiczna, stosowanie się do zaleceń terapeutycznych)
3. Jakość opieki
4. Satysfakcja pacjenta
5. Równość w leczeniu
6. Wydatki na opiekę zdrowotną





# Co z doświadczeń amerykańskich wynika dla Polski?

---

- różnorodność dopuszczalnych konfiguracji organizacyjnych
- szerokie spektrum instytucjonalne w ramach opieki koordynowanej
- mechanizmy nadzoru zewnętrznego nad jakością
  - *NCQA, HEDIS*
- mechanizmy wewnętrznego nadzoru nad jakością:
  - *disease management / case management*



# WIELKA BRYTANIA (Zjednoczone Królestwo)

---

- Narodowa Służba Zdrowia (1948 – dziś)  
(National Health Service – NHS)
- finansowanie zamknięte - podatki
- wydatki na zdrowie stanowią ok. 9,3% PKB  
(por. średnia OECD)
- udział wydatków publicznych 82,7%  
(prywatnych - 17,3%).
- całkowita kwota wydatków na zdrowie per  
capita - 3322 USD PPP



# WIELKA BRYTANIA (reformy)

---

- Cezura 1991 r → ku wewnętrznemu rynkowi
- GP-fundholding (tj. *general practitioner fund holding*) - **oddzielenie funkcji nabywcy od funkcji dostawcy świadczeń medycznych;**
- Alain Enthoven, Alan Maynard
- Nabywcy: amerykański wzorzec organizacyjny: PCPG (Primary Care Purchasing Groups)
- GP i AHA // dostawcy: trusty NHS, prywatne praktyki; tzw. quasi-market / internal market → rozwój strategii nabywania świadczeń; innowacyjność w obrębie kształtowania „ścieżek leczenia



## GP – fundholding (1 etap)

---

- od 1991 do 1996 – 50% populacji brytyjskiej,
- kolejne edycje; wymagany „rozmiar” listy pacjentów
- dobrowolność przedsięwzięcia
- zakres odpowiedzialności: SOA, leki na receptę, koszty personelu niemedycznego, zabiegi planowe w szpitalach i opieka środowiskowa // E&A – odrębnie //
- zasada: im większe praktyki, tym większa swoboda w nabywaniu świadczeń
- od kontraktów blokowych do kapitaacji.



# Total purchasing pilots (TPP, 2 etap)

---

- od 1995 program pilotażowy organizowania i nabywania kompleksowej opieki medycznej przez lekarzy rodzinnych,
- brak uregulowań legislacyjnych,
- arbitralnie określone „podzbiory usług”,
- problemy z mierzeniem ryzyka i domykaniem budżetów na kolejny rok → Agencje ds. Zdrowia ubezpieczycielem ost. instancji
- Efektywność adaptacyjna; integracja pionowa i pozioma; współpraca.
- Multifundusze, rozmycie odpowiedzialności



# Primary Care Groups/Trusts (PCG/T, 3 etap)

---

- do 1997 GPFH i TPP występują równolegle,
- Od 1999 Grupy Praktyk Opieki Podstawowej (Primary Care Group – PCG),
- nabywca w coraz większym stopniu staje się jednostką administracyjną z własną strukturą zarządczą i osobowością prawną (Primary Care Trust – PCT), która działa na danym terenie,
- Współdziałanie w miejsce konkurencji, kontrakty długoterminowe, określona populacja,
- 5 poziomów PCG



# Czego uczą nas doświadczenia brytyjskie?

---

- wartość ewolucyjnego poprawiania efektywności i jakości opieki zdrowotnej (GPFH, TPP, PCG); jednokierunkowość zmian i konsekwencja,
- znaczenie sposobu wdrażania (dobrowolność → dwupoziomowość),
- czytelność bodźców (dysponowanie nadwyżką),
- metodologia wyznaczania stawki kapitacyjnej („nadmuchiwanie budżetu”),
- ryzyka tymczasowość pilotaży (TPP) / wybiórczość danych,
- rozwój systemu pomiarów jakości,
- **duże zdolności adaptacyjne inicjatyw oddolnych**



# Dziękuję za uwagę

---

dr Katarzyna Kowalska  
Uniwersytet Warszawski  
Wydział Nauk Ekonomicznych  
*kkowalska@wne.uw.edu.pl*



---

UNIWERSYTET WARSZAWSKI  
**Wydział Nauk Ekonomicznych**

---