

Spis treści

Wstęp	9
Część I	
Ujęcie ekonomiczno-instytucjonalne – elementy teorii	17
1. Systemy opieki zdrowotnej w perspektywie dynamicznego wzrostu wydatków i postulatów poprawy jakości opieki	19
1.1. Determinanty wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną	19
1.2. Funkcje i pryncypia systemu opieki zdrowotnej	22
1.3. Opieka zdrowotna w ujęciu teorii ekonomii	27
1.3.1. Asymetria informacji i niepewność	27
1.3.2. Jakość opieki zdrowotnej	30
1.4. Koordynowana opieka zdrowotna a koszty i jakość	37
1.4.1. Zarządzanie opieką (tezy badawcze)	37
1.4.2. Ujęcie ekonomiczno-instytucjonalne	49
2. Relacje kontraktowe w ujęciu instytucjonalnym	58
2.1. Teoria agencji a sektor opieki zdrowotnej	58
2.2. Koszty transakcyjne	68
2.3. Kontrakty w opiece zdrowotnej	76
2.4. Umowy w podstawowej opiece zdrowotnej a filozofia medycyny rodzinnej	83
Część II	
Instytucje i organizacje – przegląd doświadczeń międzynarodowych	89
3. Instytucje koordynowanej opieki zdrowotnej a koszty i jakość	91
3.1. Czynniki rozwoju koordynowanej opieki zdrowotnej	91

3.2. Instytucje koordynowanej opieki zdrowotnej	95
3.2.1. Definicja koordynowanej opieki zdrowotnej	95
3.2.2. Bodźce finansowe i kontrakty kapitałowe	98
3.2.3. Bodźce ukierunkowane na pacjenta	105
3.2.4. Zarządzanie decyzjami klinicznymi	107
3.2.5. Organizacje koordynowanej opieki zdrowotnej a zakres i forma integracji ubezpieczeń i dostawców	124
3.3. Potencjalne słabości opieki koordynowanej	126
3.3.1. Destrukcyjność jakości opieki zdrowotnej	126
3.3.2. Ograniczanie autonomii podmiotów sektora zdrowia i selekcja rodzajów ryzyka	133
4. Organizacje koordynowanej opieki zdrowotnej na świecie	137
4.1. Pożytki z „uczenia się od innych”	137
4.2. Stany Zjednoczone (USA)	140
4.2.1. Typy organizacji koordynowanej opieki zdrowotnej	140
4.2.2. Oceny amerykańskiej opieki koordynowanej	148
4.3. Zjednoczone Królestwo	162
4.3.1. Narodowa Służba Zdrowia	162
4.3.2. Nowe relacje kontraktowe – model dysponowania budżetem przez lekarzy ogólnych (GPFH)	166
4.3.3. Eksperyment z nabywaniem kompleksowej opieki medycznej (TPP)	174
4.3.4. Od eksperymentu do rozwiązań uniwersalnych – Grupy Praktyk Opieki Podstawowej (PCG/PCT)	183
Część III	
Empiryczna analiza programu pilotażowego	191
5. Program pilotażowy – przedmiot badania i projekt analizy	193
5.1. Otoczenie instytucjonalne i przesłanki motywujące do wdrożenia programu pilotażowego	193
5.2. Cele i zasady organizacji programu pilotażowego	199
5.3. Metoda badania empirycznego. Źródła i charakterystyka danych	202
5.4. Jakość badania empirycznego. Uczenie się przez doświadczenie a czynniki egzogeniczne	215
6. Bodźce do nadzoru nad jakością i kosztami opieki zdrowotnej – analiza danych	221
6.1. Bodźce do nadzoru nad jakością	221

6.1.1. Monitorowanie jakości opieki zdrowotnej i działania w celu jej poprawy	222
6.1.2. Warunki dostępności	240
6.1.3. Czy ograniczono dostęp do świadczeń zdrowotnych?	245
6.1.4. Sieci dostawców a swoboda wyboru miejsca leczenia – ograniczanie autonomii pacjenta?	253
6.2. Bodźce do nadzoru nad kosztami	265
6.2.1. Bodźce ekonomiczne motywujące do efektywnego zarządzania opieką	265
6.2.2. Ustalanie budżetu	268
6.2.3. Zarządzanie opieką i racjonalizacja wydatków	272
6.2.4. Pozaekonomiczna natura bodźców w KOZ	296
6.2.5. Efekty zewnętrzne nadzoru nad kosztami	301
6.3. Nowe relacje kontraktowe	309
6.3.1. Kontrakty selekcyjne	309
6.3.2. Wybór poziomu płatnika	319
7. Efekty zewnętrzne i lokalna krytyka pilotażu	329
7.1. Warunki współpracy POZ i SOA a stabilność rozwiązań. Wizerunek medialny i okres przygotowań	330
7.2. Skala pilotażu i dwupoziomowość opieki zdrowotnej	338
7.3. Kryteria doboru świadczeniodawców	343
7.4. Asymetria informacji i koszty transakcyjne	345
7.5. Status pilotażowy, jakość umów i zewnętrzna zmiana instytucjonalna	354
7.6. Determinanty porażki	358
7.7. Mapa grup interesu. Koszty i korzyści z wdrożenia programu pilotażowego	366
Zakończenie	373
Aneks	393
Struktura ankiet wykorzystanych podczas wywiadów	393
Wykaz skrótów	401
Bibliografia	403