

Opieka kierowana – koncepcja i definicje

Patent Wuj

Sama



foto: iStockphoto

Termin *opieka kierowana* (*managed care* – MC) stosowany jest do określonej, choć zróżnicowanej formy świadczeń zdrowotnych oferowanej przez podmioty łączące cechy świadczeniodawców (zwykle sieci lekarzy i placówek medycznych) i ubezpieczycieli.

Zgodnie z definicją *National Library of Medicine* (NLM), opieka kierowana to działania mające na celu osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia, przy ograniczeniu zbędnych kosztów poprzez wiele mechanizmów. Chodzi m.in. o zachęty ekonomiczne dla lekarzy i pacjentów, motywujące do wyboru optymalnych form opieki, mechanizmy oceny medycznej konieczności dostarczania wybranych usług, wyważenie 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 i intensywne zarządzanie w przypadkach wysokich kosztów opieki zdrowotnej.

Opieka kierowana jest szeroko rozpowszechniona w Stanach Zjednoczonych, lecz jej elementy są stopniowo adaptowane w innych krajach, głównie w Europie Zachodniej (Wielka Brytania, Hiszpania, Szwajcaria i Węgry), Australii oraz w Azji Południowo-Wschodniej. Opieka kierowana jest pojęciem obejmującym wiele mechanizmów i w praktyce może bardzo się różnić w różnych miejscach. Pojęcie to nie oznacza jednorodnej formy zapewniania opieki i często przedmiotem dyskusji bywa, co można nazwać opieką kierowaną, a co jeszcze lub już nie. By zidentyfikować najważniejsze cechy opieki kierowanej, pomocne jest prześledzenie ewolucji koncepcji w kraju, w którym powstała.

Początki

Za początek MC uznaje się powstanie w Tacoma w 1910 r. (w stanie Waszyngton) programu ochrony zdrowia o nazwie *Western Clinic*. Pracownicy i właściciele działających tam tartaków zaczęli płacić po 50 centów od osoby miesięcznie, zyskując w zamian dostęp do wielu świadczeń zdrowotnych. W kolejnych latach w ponad 20 miejscach w stanach Oregon i Waszyngton powstały podobne programy dla lokalnych społeczności, głównie związane z określonym lokalnym przemysłem lub grupą zawodową.

Dwadzieścia lat później w Elk City w Oklahomie powstał program zabezpieczenia medycznego dla farmerów. Każdy z nich złożył się na udziały w spółdzielni, która zbudowała szpital, a w zamian za to uzyskał zniżki przy korzystaniu z jego usług. Ciekawe, że inicjator tego przedsięwzięcia, dr Shadid, stracił członkostwo w lokalnym towarzystwie medycznym i licencję na prowadzenie praktyki medycznej. Dopiero po kolejnych 20 latach i wielu rozprawach sądowych prawo to zostało mu zwrócone.

W 1929 r. *Baylor Hospital* w Teksasie zaproponował 1500 nauczycielom dostęp do świadczeń na zasadzie *pre-paid*, co stało się początkiem systemu ubezpieczeniowego o nazwie *Blue Cross*. Stopniowo do programu zaczęli przystępować członkowie innych grup zawodowych, oraz inne szpitale. W 1939 r. sta-

” Inicjatywy opieki kierowanej wychodziły od środowiska medycznego, lekarzy i szpitali, a nie od przedsiębiorców ”

nowe towarzystwa medyczne (lekarские) zaczęły organizować sieci dostępu do usług lekarskich opłacanych na zasadzie *pre-paid*. W ten sposób powstał program *Blue Shield*. Te dwa filary *quasi-ubezpieczeń* stały się podstawą największego podmiotu ubezpieczeniowego w Stanach Zjednoczonych, działającego na zasadzie ubezpieczeń wzajemnych. W tym czasie tzw. komercyjne ubezpieczenia zdrowotne nie istniały.

Inicjatywa lekarzy

Opieka kierowana wywodzi się zatem ze środowiska medycznego, lekarzy i szpitali, a nie od przedsiębiorców, mających pomysł na zarabianie na usługach medycznych. Założenia organizacji opieki kierowanej (*managed care organizations* – MCO) były od swojego zarania takie, by oferować dostępną finansowo opiekę (dostarczaną w formie usług rzeczowych, *benefits in kind*), a placówkom medycznym (lekarzom i szpitalom) zapewniać stabilne przychody. Paradoksalnie, wielu przedstawicieli środowisk medycznych w Stanach Zjednoczonych było przeciwnych koncepcji MCO. W roku 1932 *American Medical Association* (AMA) zajęło bardzo stanowcze stanowisko przeciw MCO i innym formom opieki przedpłaconej. Było to spowodowane pojawieniem się w tym czasie raportu wpływowej grupy lekarzy, dentystów, specjalistów zdrowia publicznego i konsumentów pod nazwą *Committee on the Cost of Medical Care*. Grupa ta rekomendowała MC jako dostępną finansowo i efektywną kosztowo formę zapewnienia opieki zdrowotnej, *American Medical Association* wspierało zaś ubezpieczenia zdrowotne działające na zasadzie *indemnit*, czyli oparte na zwrocie kosztów usług opłaconych przez pacjenta.

Instytucje

Przed II wojną światową i w czasie wojny powstało wiele organizacji opieki kierowanej, z których część działa do dzisiaj. Wśród nich:

- *Kaiser Permanente* (1937 r.) w Kalifornii, stworzony przez dr. Sidneya Garfielda na potrzeby rodziny przedsiębiorców Kaiser. *Kaiser Permanente* zapewniał opiekę medyczną robotnikom zatrudnionym przez przedsiębiorstwa Kaiserów;
- *Group Health Association* (GHA, 1937 r.) w Waszyngtonie, stworzony jako organizacja wie-

„ Towarzystwa medyczne zwykle stawały w opozycji do tych instytucji i swoich kolegów – lekarzy, którzy je zakładali, zarzucając im ograniczanie wolności prowadzenia praktyki lekarskiej ”

nie został rozstrzygnięty na jej korzyść. W 1994 r. przejęta przez działającą dla zysku firmę *Humana Health Plans*;

- *Health Insurance Pland* (HIP, 1944 r.) – dla obszaru metropolitalnego Nowego Jorku;
- *Group Health Cooperative of Puget Sound*, w Seattle, (1944 r.), powstała ze składek 400 rodzin.

Wymienione organizacje działały w owym czasie najczęściej jako *pre-paid group practice*, choć czasem także jako podmioty zatrudniające lekarzy na etatach (*staff-model*). Towarzystwa medyczne zwykle stawały



„ Z czasem rozpowszechniły się modele, w których pacjenci mieli dostęp do specjalistów bez pośrednictwa lekarzy rodzinnych, lecz pod warunkiem wyższego współpłacenia ”

w opozycji do tych instytucji i swoich kolegów – lekarzy, którzy je zakładali, zarzucając im ograniczanie wolności prowadzenia praktyki lekarskiej. Jednak w związku z ich sukcesem rynkowym, z czasem same zaczęły się organizować w podobne formacje. W ten sposób powstały *independent practice association* (IPA), odmiana MCO oparta na związku samodzielnych praktyk. Jedną z pierwszych takich praktyk była San Joaquin Medical Foundation, której model biznesowy polegał na tym, że fundacja sprzedawała przedpłacone pakiety (abonamenty), a następnie płaciła swoim członkom – praktykom lekarskim, za usługę (*fee-for-service*) wykonaną na rzecz pacjenta, dbając jednocześnie o jakość świadczeń (system monitorowania jako-

rzycieli banków (*Home Owners Loan Corporation*), do ochrony przed niespłacaniem kredytów hipotecznych w sytuacji ponoszenia dużych wydatków na leczenie. Miała wieloletni proces z Towarzystwem Medycznym Dystryktu Kolumbia, który ostatecz-

ści). W późniejszych latach model ten zaczął być powtarzany przez firmy działające dla zysku, niekoniernie wywodzące się ze środowiska medycznego.

Przyspieszenie

Powolny rozwój rynku MCO w latach 60. XX wieku został znacznie przyspieszony na początku lat 70. Stało się to w znacznym stopniu za sprawą dr. Paula Ellwooda, znanego reprezentanta ówczesnego ruchu MCO. Za prezydentury Lyndona Johnsona uczestniczył on w tworzeniu *The Health Planning Act* (1966 r.), a kilka lat później, za prezydentury Richarda Nixona, tworzył podwaliny pod *The HMO Act* (1973 r.). Dyskusje, które doprowadziły do powstania tej ostatniej regulacji, dotyczyły głównie kwestii nadmiernego wzrostu kosztów państwowego programu *Medicare*, który posługiwał się w owym czasie metodami finansowania opartymi na opłatach za usługę (*fee-for-service* – FFS). W tym czasie władze federalne doszły do wniosku, że finansowanie usług zdrowotnych na zasadach FFS prowadzi do nadkonsumpcji, nadmiernego wzrostu obciążeń finansowych zarówno dla pracodawców, jak i samych pacjentów, natomiast często nie przekłada się na stan zdrowia pacjentów. Organizacje opieki kierowanej zostały wtedy nazwane *Health Maintenance Organizations* (HMO), ze względu na silny akcent na funkcje ochronny i poprawy stanu zdrowia. Konceptualnie HMO były stawiane w opozycji do działających reaktywnie komercyjnych ubezpieczeń i systemów działających na zasadzie *fee-for-service* (FFS).

Wzrost znaczenia

W propozycjach Ellwooda *Medicare* miała kontraktować MCO na zasadach kapitaacyjnych, zapewniając ubezpieczonemu pełen pakiet usług. Koncepcja ta nie doszła do skutku aż do roku 1982, lecz HMO Act spowodował znaczny wzrost rynku MCO, głównie poprzez:

- umożliwienie korzystania z publicznych grantów i kredytów na rozwój,
- zniesienie regulacji stanowych, które ograniczały w niektórych stanach działalność MCO,
- wymuszenie na średnich i dużych pracodawcach oferujących ubezpieczenie zdrowotne swoim pracownikom opcji HMO, tzn. możliwości realizacji ubezpieczenia poprzez plany MCO.

The HMO Act spowodował znaczny wzrost znaczenia MCO na rynku zapewniania opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych. Wraz z nim pojawiały się nowe tendencje rynkowe czy to w ramach MCO, czy też poza nimi, w tym w komercyjnych firmach ubezpieczeniowych (tzw. *indemnity*). Do tendencji powstających w latach 70. i 80. XX wieku należały:

- rozwój planów opieki opartych na sieci preferowanych świadczeniodawców (*preferred providers organiza-*

tions – PPO). Były one odpowiedzią rynku na HMO, zaadresowaną do osób preferujących większą swobodę w korzystaniu z usług w zamian za większą składkę. Jednocześnie PPO ograniczały sieć dostępnych świadczeniodawców, co oznaczało, że kierują strumień pacjentów do określonych świadczeniodawców, zapewniając im przychody, lecz w zamian za to wymagają upustów cenowych oraz spełniania określonych wymogów organizacyjnych (np. skierowań, powrotu informacji do zlecającego, poddawania się monitorowaniu jakości);

– rozwój mechanizmów kontroli korzystania (*utilization review* – UR), takich jak:

- wsteczne analizy rachunków szpitalnych, w celu identyfikowania ich przyczyn (od 1959 r.; m.in. *Blue Cross Western Pennsylvania* czy *Allegheny Country Medical Society Foundation*),
- autoryzacja przed zwykłymi (nie w trybie nagłym, *non-emergency*) przyjęciami do szpitali (od 1970 r.; *Medicare California*, ze stanowymi fundacjami towarzystw lekarskich),
- systematyczne analizy zasadności wykonywania świadczeń (*appropriateness in healthcare*), wprowadzone w 1972 r. na podstawie *Social Security Amendments*, wobec świadczeń dla pacjentów *Medicare* i *Medicaid*;
- zastosowanie mechanizmów ograniczających zbędne świadczenia, w komercyjnych ubezpieczeniach:
- druga opinia (*second opinion*) przed zabiegami planowymi,
- tzw. zarządzanie ciężkimi przypadkami (*large case management*), w przypadku kilku urazów naraz, pacjentów z nowotworami czy noworodków z niską masą urodzeniową,
- dostarczane wraz z ubezpieczeniem zdrowotnych przez pracodawców amerykańskich programy promocji zdrowia, profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób (np. *skrining*), okresowe oceny stanu zdrowia, udostępnienie sal gimnastycznych czy wejściówek na fitness, edukacja zdrowotna (np. przeciwnikotynowa).

Innowacja – dojrzewanie – restrukturyzacja

W kolejnych latach zaznaczyły się dalsze zmiany na rynku MCO, które Kongsstvedt (2009 r.) określa jako triadę *innowacja – dojrzewanie – restrukturyzacja*:

- innowacja** polegała głównie na powstawaniu nowych rozwiązań organizacyjnych i narzędzi zarządzania. Rozwiązania organizacyjne, jakie pojawiały się w latach 1985–2000, to np. *integrated delivery systems* (IDS), grupy świadczeniodawców; praktyk lekarskich i szpitali, które wspólnie przystępowały do kontraktów z ubezpieczycielami w tym MCO. IDS występowały w dwóch formach:
 - szpitali z lekarzami zatrudnionymi w formie umów o pracę,

- konsorcjów szpitalno-lekarskich (*physicians-hospital organizations* – PHO).

IDS oferowały swoje usługi ubezpieczycielom, zdejmując z nich konieczność negocjowania z każdym ze świadczeniodawców z osobna i to była ich główna przewaga rynkowa. Poza tym zwykle rozliczały się z ubezpieczycielami, tak jak inni świadczeniodawcy, w oparciu o usługi (FFS) lub kapitaż.

Prócz IDS pojawiały się na rynku sieci świadczeniodawców oferujących pewien określony, wąski zakres opieki, np. opiekę psychiatryczną, opiekę nad cukrzykami czy pacjentami z chorobami serca. Organizacje

ce organizations, choć także różnorodne, cechowały się ścisłym przestrzeganiem zasady korzystania z placówek znajdujących się w sieci danego HMO. W latach koniunktury gospodarczej, gdy klienci mogli pozwolić sobie na większe obciążenia kosztami leczenia, popularność zaczęły zdobywać formy dostarczania usług, które pozwalały na większą swobodę wyboru świadczeniodawcy.

W ten sposób rozwinęła się formuła *preferred-provider organizations* (PPO), które nie ograniczały pacjenta ściśle, ale kosztowały więcej (w formie płaconych składek) oraz wymagały szerszych i większych dopłat (współpłacenia);

– drugim elementem dojrzewania systemów MCO był rozwój zewnętrznych mechanizmów oceny działalności. Ponieważ kanonem ekonomii zdrowia jest konstatacja o ograniczonej informacji, którą dysponuje konsument, działalność regulacyjna oraz ewolucja rynkowa szła w kierunku wzmocnienia pacjenta/klienta w jego decyzjach w wyborze tego czy innego dostawcy.

W ten sposób powstał *National Committee for Quality Assurance* (NCQA), pierwotnie jako organizacja powołana przez izbę gospodarczą MCO, z czasem zyskująca niezależność (nadzór prowadzony przez przedstawicieli pracodawców, związków zawodowych oraz organizacji konsumenckich). NCQA prowadził (i prowadzi) akredytację HMO, co czasem było wymagane przez pracodawców przed podjęciem przez nich kontraktów z takimi firmami. NCQA rozszerzył także działalność na *carve-out organizations*, PPO i inne organizacje zapewniające opiekę zdrowotną.

Raporty

Najbardziej znanym dokonaniem NCQA jest *Health Care Effectiveness Data and Information Set* (HEDIS). Narzędzie to, w formie standardowego okresowego raportu dostarczanego przez oceniane organizacje, stanowi źródło porównań wykorzystywane przez klientów (instytucjonalnych i indywidualnych), a także administrację publiczną, do dokonywania oceny i podejmowania decyzji w zakresie nabywania pakietów w instytucjach MCO.

Ewolucja mechanizmów zarządzania (kierowania) kosztami opieki

Pierwotnie narzędzia te skupione były tylko na leczeniu szpitalnym, ponieważ stanowiło ono główną część kosztów wszystkich ubezpieczycieli zdrowotnych. Z czasem, gdy leczenie szpitalne zmniejszyło swój udział w kosztach, zainteresowanie przesunęło się na refundację (dostarczanie) leków, diagnostykę i usługi ambulatoryjne. Ponieważ znaczna część wydatków związana jest z leczeniem niewielkiej liczby pacjentów z ciężkimi i przewlekłymi chorobami, rozwinęła się szczególnie koncepcja *disease management* (DM).



foto: iStockphoto

„ Rynek opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych oprócz wad ma fundamentalną zaletę – oferuje medycynę o najwyższej jakości na świecie ”

te, tzw. *carve-out organizations*, oferowały zintegrowaną opiekę, określaną jako *disease management* czy *case management*.

Płatki i rekiny

Wymienione rozwiązania nie okazały się trwałe; IDS z jednej strony – zaczęły ewoluować w samodzielne MCO, z drugiej – rozpadały się z powodu błędów zarządzania i niedostatecznych motywacji do utrzymania jedności. *Carve-out organizations*, choć dalej działają, często zostały wchłonięte przez większe organizacje, m.in. by zapewnić lepszą współpracę z innymi niż *wykrojone* obszarami medycyny.

b) **dojrzewanie** objawiało się następującymi zjawiskami:

- stopniowym rozwojem luźniejszych form świadczenia usług od tradycyjnych HMO. *Health maintenance*

OFERTA JAKIEJ JESZCZE NIE BYŁO!



DUŻY WYBÓR MODELI VOLVO Z ROCZNIKA 2009

Volvo C30 od 61 088 PLN

Volvo S40 od 66 646 PLN

Volvo V50 od 70 594 PLN

SKORZYSTAJ Z RABATU AŻ DO 11%

DLA MODELI VOLVO V50, V70, XC70 ORAZ XC90 MOŻLIWOŚĆ ODLICZENIA VAT.
SPRAWDŹ TEŻ ATRAKCYJNE FINANSOWANIE 0%. OFERTA WAŻNA DO WYCZERPANIA ZAPASÓW.

JUŻ DZIŚ ODWIEDŹ NASZ SALON

Firma Karlik Autoryzowany Dealer Volvo

ul. abpa A. Baraniaka 4, Poznań-Malta, tel.061 872 90 62, www.karlik.dealervolvo.pl, salon@karlik.dealervolvo.pl



Volvo. for life

c) **restrukturyzacja** związana była z generalnie dobrą koniunkturą gospodarczą w Stanach Zjednoczonych w omawianym okresie (lata 90. XX w.). Dobra koniunktura skłaniała do poszukiwania bardziej komfortowych i często droższych form zapewniania opieki; jak wspomniano wcześniej – zaznaczył się trend odwrotu od ścisłych HMO w kierunku PPO oraz *point-of-service* (POS), które są jeszcze bardziej luźne w sensie ograniczeń korzystania z nich.

Tendencja ta nie mogła pozostać bez odpowiedzi rynku; w sytuacji, gdy ścisłe modele HMO stawały się mniej popularne, firmy, które je prowadziły, zaczęły wprowadzać zmiany w swoim działaniu i implemento-

Następowała także stopniowa konsolidacja podmiotów na rynku:

- praktyki indywidualne łączyły się w praktyki grupowe, uzyskując silniejszą pozycję przetargową wobec wszelkich ubezpieczycieli,
- szpitale tworzyły sieci szpitali, dzieląc funkcje i uzyskując efekt ekonomii skali w zakupach i kontraktowaniu usług dla ubezpieczycieli,
- same firmy MCO łączyły się w sieci lub podlegały przejęciom, by zaspokoić oczekiwania klientów korporacyjnych działających na terenie całych Stanów Zjednoczonych,
- w końcu tradycyjne ubezpieczenia, ponosząc porażkę na rynku, zaczęły przejmować firmy MCO lub budować własne.

„ Nowe narzędzia pierwotnie skupione były tylko na lecznictwie szpitalnym. Z czasem zainteresowanie przesunęło się na refundację (dostarczanie) leków ”

wały mechanizmy znane od konkurentów. W ten sposób HMO kreowały produkty PPO i POS, a ponieważ generalnie rynek *managed care* wygrywał z rynkiem *indemnity*, tradycyjne firmy ubezpieczeniowe tworzyły produkty *managed care*.

Pozycja lekarzy

Pozycja lekarzy w ramach HMO i PPO także ulegała zmianie; ze ścisłych związków w rodzaju *staff-model* lub *group model* HMO, rynek ewoluował w kierunku *independent practice associations* (IPA), gdzie lekarze i ich grupowe praktyki pozostali w luźnym związku z kilkoma MCO.

Oczekiwania klientów zmieniały także podejście do roli lekarzy rodzinnych/POZ (PCP). O ile w tradycyjnych HMO lekarze ci stanowili konieczny etap dostępu do świadczeń (*gatekeeper*), z czasem rozpowszechniały się modele, w których pacjenci mieli dostęp do specjalistów bez pośrednictwa lekarzy rodzinnych, lecz pod warunkiem wyższych opłat współpłacenia. Nie znaczy to, że funkcja lekarzy rodzinnych wszędzie została wyeliminowana, lecz w grupach klientów skłonnych ponosić większe koszty w zamian za większą swobodę korzystania z systemu została zredukowana.

Kryzys

Ostatnie lata, jeszcze poprzedzające kryzys finansowy, choć zwiastujące już pogarszające się warunki ekonomiczne, przyniosły kolejne zmiany na rynku. Na początku XXI w. amerykańscy klienci są zamożni i wymagający, często niecierpliwi w odniesieniu do ochrony zdrowia, za którą płacą bardzo dużo. Krytyka systemu ochrony zdrowia, której spektakularnym ukoronowaniem jest plan Obamy, prowadziła do dalszych ewolucji rynku MCO. Na początku nowego tysiąclecia skłonność do ponoszenia wydatków na zdrowie była duża, co w konsekwencji doprowadziło do znacznego wzrostu kosztów dla pracodawców i pacjentów. W zamian za to pacjenci otrzymali większą swobodę w korzystaniu ze świadczeń i jeszcze większy komfort, co najlepiej oddaje nowo wytworzona forma opieki o nazwie *consumer-directed health plans* (CDHP). Pod koniec tego okresu klienci zaczęli jednak zaciskać pasa, a firmy MCO zaczęły stosować coraz większe współpłacenie oraz inne mechanizmy motywujące pacjentów do oszczędnego korzystania z opieki (np. *saving accounts*).

W tym samym czasie rozwijają się narzędzia *disease management* nakierowane na najbardziej kosztowne kategorie pacjentów, bardzo silnie zaznacza się też dostępność do informacji konsumenckiej i zachęcanie do dokonywania aktywnych wyborów przez pacjentów. Zauważa się także powrót do bardziej restrykcyjnych form typu HMO, szczególnie w środowiskach i rejonach doświadczonych silnie spadkiem koniunktury gospodarczej.

Rynek opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych jest bardzo różnorodny i dynamiczny. Z jednej strony ma wiele wad, jak choćby bardzo wysokie koszty działania, ale z drugiej – oferuje medycynę o najwyższej jakości na świecie. Ma w tym wszystkim jedną bardzo ważną cechę, której nie ma większość systemów w innych rozwiniętych krajach – daje możliwość wyboru i zaspokojenia każdych preferencji.

Adam Kozierekiewicz



NASZE INNOWACYJNE URZĄDZENIA ZWIĘKSZĄ
TWOJĄ SZANSĘ NA DOTACJE UNIJNE.

**Proponujemy elastyczne
rozwiązania finansowe:**

- ✓ dzierżawa
- ✓ atrakcyjny leasing
- ✓ nieoprocentowane raty



ASP
STERRAD[®] NX[™]
sterylizator plazmowy



ASP
STERRAD[®] 100NX[™]
sterylizator plazmowy



ASP
ADAPTASCOPE[™]
myjnia-dezynfektor do endoskopów



Johnson & Johnson Poland Sp. z o.o., ul. Ilżecka 24, 02-135, Warszawa, Poland
Tel.: +48 22 237 80 81, Fax: +48 22 237 80 01, mobile: +48 667 607 038,
e-mail: lskrzypc@its.jnj.com, www.sterrad.com.pl

ADVANCED STERILIZATION PRODUCT

Division of Medos International Sàrl
a **Johnson & Johnson** company