

Spis treści

Wstęp

Część I

Ujęcie ekonomiczno-instytucjonalne elementy teorii

1. Systemy opieki zdrowotnej w perspektywie dynamicznego wzrostu wydatków i postulatów poprawy jakości opieki

1.1. Determinanty wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną

1.2. Funkcje i pryncypia systemu opieki zdrowotnej

1.3. Opieka zdrowotna w ujęciu teorii ekonomii

1.3.1. Asymetria informacji i niepewność

1.3.2. Jakość opieki zdrowotnej

1.4. Koordynowana opieka zdrowotna a koszty i jakość

1.4.1. Zarządzanie opieką (tezy badawcze)

1.4.2. Ujęcie ekonomiczno-instytucjonalne

2. Relacje kontraktowe w ujęciu instytucjonalnym

2.1. Teoria agencji a sektor opieki zdrowotnej

2.2. Koszty transakcyjne

2.3. Kontrakty w opiece zdrowotnej

2.4. Umowy w podstawowej opiece zdrowotnej a filozofia medycyny rodzinnej

Część II

Instytucje i organizacje przegląd doświadczeń międzynarodowych

3. Instytucje koordynowanej opieki zdrowotnej a koszty i jakość

3.1. Czynniki rozwoju koordynowanej opieki zdrowotnej

3.2. Instytucje koordynowanej opieki zdrowotnej

3.2.1. Definicja koordynowanej opieki zdrowotnej

3.2.2. Bodźce finansowe i kontrakty kapitałowe

3.2.3. Bodźce ukierunkowane na pacjenta

3.2.4. Zarządzanie decyzjami klinicznymi

3.2.5. Organizacje koordynowanej opieki zdrowotnej a zakres i forma integracji ubezpieczeń i dostawców

3.3. Potencjalne słabości opieki koordynowanej

3.3.1. Destrukcja jakości opieki zdrowotnej

3.3.2. Ograniczanie autonomii podmiotów sektora zdrowia i selekcja rodzajów ryzyka

4. Organizacje koordynowanej opieki zdrowotnej na świecie

4.1. Pożytki z „uczenia się od innych”

4.2. Stany Zjednoczone (USA)

4.2.1. Typy organizacji koordynowanej opieki zdrowotnej

4.2.2. Oceny amerykańskiej opieki koordynowanej

4.3. Zjednoczone Królestwo

4.3.1. Narodowa Służba Zdrowia

4.3.2. Nowe relacje kontraktowe model dysponowania budżetem przez lekarzy ogólnych (GPFH)

4.3.3. Eksperyment z nabywaniem kompleksowej opieki medycznej (TPP)

4.3.4. Od eksperymentu do rozwiązań uniwersalnych Grupy Praktyk Opieki Podstawowej (PCG/PCT)

Część III

Empiryczna analiza programu pilotażowego

5. Program pilotażowy przedmiot badania i projekt analizy

5.1. Otoczenie instytucjonalne i przesłanki motywujące do wdrożenia programu pilotażowego

5.2. Cele i zasady organizacji programu pilotażowego

5.3. Metoda badania empirycznego. Źródła i charakterystyka danych

5.4. Jakość badania empirycznego. Uczucie się przez doświadczenie a czynniki egzogeniczne

6. Bodźce do nadzoru nad jakością i kosztami opieki zdrowotnej analiza danych

6.1. Bodźce do nadzoru nad jakością

6.1.1. Monitorowanie jakości opieki zdrowotnej i działania w celu jej poprawy

6.1.2. Warunki dostępności

6.1.3. Czy ograniczono dostęp do świadczeń zdrowotnych?

6.1.4. Sieci dostawców a swoboda wyboru miejsca leczenia ograniczanie autonomii pacjenta?

6.2. Bodźce do nadzoru nad kosztami

6.2.1. Bodźce ekonomiczne motywujące do efektywnego zarządzania opieką

6.2.2. Ustalanie budżetu

6.2.3. Zarządzanie opieką i racjonalizacja wydatków

6.2.4. Pozaekonomiczna natura bodźców w KOZ

6.2.5. Efekty zewnętrzne nadzoru nad kosztami

6.3. Nowe relacje kontraktowe

6.3.1. Kontrakty selekcyjne

6.3.2. Wybór poziomu płatnika

7. Efekty zewnętrzne i lokalna krytyka pilotażu

7.1. Warunki współpracy POZ i SOA a stabilność rozwiązań. Wizerunek medialny i okres przygotowań

7.2. Skala pilotażu i dwupoziomowość opieki zdrowotnej

7.3. Kryteria doboru świadczeniodawców

7.4. Asymetria informacji i koszty transakcyjne

7.5. Status pilotażowy, jakość umów i zewnętrzna zmiana instytucjonalna

7.6. Determinanty porażki

7.7. Mapa grup interesu. Koszty i korzyści z wdrożenia programu pilotażowego

Zakończenie

Aneks

Struktura ankiet wykorzystanych podczas wywiadów

Wykaz skrótów

Bibliografia