

Tomasz HERMANOWSKI, Jakub RUTKOWSKI  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
Zakład Farmakoekonomiki

## ZINTEGROWANA OPIEKA ZDROWOTNA. ZARYS PROBLEMATYKI

**Streszczenie.** Opieka zintegrowana jest jedną z najistotniejszych koncepcji związanych z zarządzaniem i organizacją systemów ochrony zdrowia. Według tej koncepcji podniesienie jakości i racjonalizację kosztów usług medycznych można osiągnąć przez koordynację procesu świadczenia usług oraz współdziałanie pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia. W nowych modelach opieki zintegrowanej uwypukla się również rolę współpracy pomiędzy opiekami zdrowotną a socjalną. Artykuł ten zarysowuje mechanizmy integracji oraz wytyczne WHO w zakresie opieki zintegrowanej.

**Słowa kluczowe:** opieka zintegrowana, InterQuality, model populacyjny, jakość w ochronie zdrowia.

## INTEGRATED CARE. OUTLINE OF THE ISSUE

**Summary.** Integrated care is one of the most important concepts related to management and organization of healthcare systems. According to this concept, improvement in the quality and rationalization of costs of medical services can be achieved through coordination of the provision of care and a cooperation between health care units. The role of relationship between health and social care is being increasingly highlighted. This article outlines the mechanisms of integration and the WHO guidelines in the field of integrated care.

**Keywords:** integrated care, InterQuality, population model, quality of healthcare.

### 1. Koncepcja i podstawowe pojęcia

Jedną z najważniejszych rekomendacji wynikających z Projektu InterQuality jest wprowadzenie zintegrowanej opieki zdrowotnej. Jest to projakościowa strategia zarządzania opieką zdrowotną, wykorzystująca dorobek Nowej Ekonomii Instytucjonalnej w celu ponownego, ponad 50 lat po epokowej publikacji Kennetha Arrowa [2], przeanalizowania roli

agenta w relacjach pomiędzy ubezpieczycielem, świadczeniodawcami a pacjentem. Wyniki badań, przeprowadzonych w ramach kierowanego przez dr. hab. Tomasza Hermanowskiego Międzynarodowego Projektu Badawczego 7 Programu Ramowego Unii Europejskiej – „Finansowanie Jakości w Opiece Zdrowotnej – InterQuality”, dowodzą, że w sytuacji szybkiego rozwoju technologii medycznych, zwłaszcza lekowych, lekarz nie może i nie musi być jedynym agentem, reprezentującym interesy pacjenta. Innowacyjnym rozwiązaniem tego dylematu, rekomendowanym we wnioskach, wynikających z Projektu InterQuality, jest powierzenie roli wspomagającego lekarzy nowego typu agenta, odpowiedzialnego za organizowanie dostępu pacjentów do leków, wyspecjalizowanej organizacji, zwanej Menadżerem Opieki Farmaceutycznej (ang. Pharmacy Benefit Manager), działającej na zlecenie instytucji ubezpieczeń zdrowotnych, na zasadzie outsourcingu, połączonego z podziałem ryzyka i korzyści. Na podobnych zasadach działają wyspecjalizowane firmy konsultingowe, wprowadzające zintegrowaną opiekę medyczną w Niemczech, o których mowa w dalszej części niniejszego artykułu.

Genezy koncepcji opieki zintegrowanej należy doszukiwać się w starzeniu się społeczeństw krajów wysoko rozwiniętych, płynącego zarówno z kręgów eksperckich, jak i od pacjentów krytycyzmu co do obecnych systemów ochrony zdrowia [6] oraz w idei upodmiotowienia pacjenta w procesie leczenia [17].

Wynikające z pogłębiającego podziału na wąskie specjalizacje fragmentaryzacja oraz brak ciągłości opieki są postrzegane jako jedne z największych niedoskonałości współczesnych systemów ochrony zdrowia. Szczególnie dotkliwa wydaje się słaba koordynacja pomiędzy sferą leczenia i sferą opieki nad pacjentami. Konsekwencjami tego są wyższe koszty systemu [14], niezadowolenie pacjentów [4] oraz suboptymalne efekty leczenia [21]. Próby wprowadzania zintegrowanej opieki zdrowotnej są więc motywowane zarówno zamiarem podwyższenia jakości, jak i ograniczeniem kosztów opieki.

Zauważyć należy mnogość definicji opieki zintegrowanej, a także brak ogólnie przyjętego aparatu pojęciowego w zakresie wymiarów, składowych czy kryteriów, jakie powinna spełniać opieka zintegrowanej. Opieka zintegrowana jest najczęściej rozpatrywana w wymiarach procesowym oraz strukturalnym. W pierwszym ujęciu nacisk kładzie się na koordynację rozmaitych działań, zarówno tych bezpośrednio związanych z procesem terapeutycznym, jak i wspomagających [19], w drugim natomiast na łączenie się kilku organizacji opieki zdrowotnej w jedną strukturę [12]. Wyróżnia się również trzy płaszczyzny, na których powinna odbywać się integracja opieki zdrowotnej, a mianowicie płaszczyznę: strukturalną, kliniczną i informacyjną [20]. Naukowcy odnoszą również integrację opieki zdrowotnej do trzech poziomów – makro, mezo i mikro. Poziom makro dotyczy polityki zdrowotnej, społecznej i powiązań międzysektorowych, mezo – współpracy między różnymi podmiotami leczniczymi, poziom mikro – integracji świadczenia usług medycznych na poziomie pacjenta [8, s. 102-104].

Według definicji opieki zintegrowanej WHO z 2001 r. opieka zintegrowana jest koncepcją łączącą zasoby na wejściu, proces świadczenia usług, zarządzanie i organizację usług zdrowotnych w odniesieniu do diagnostyki, terapii, rehabilitacji i promocji zdrowia [22]. Podkreślić należy zasadniczą rolę podstawowej opieki zdrowotnej, która wg dominującej opinii ekspertów i naukowców, ma zasadnicze znaczenie dla integracji opieki ze względu na funkcję „gate-keepera” i rolę koordynującą lekarzy pierwszego kontaktu oraz umiejscowienie lekarzy pierwszego kontaktu w społeczności lokalnej. Piśmiennictwo wskazuje również na rozwiązania związane z finansowym obszarem integracji opieki zdrowotnej, takie jak metoda płacenia za wyniki (pay-for-performance) czy tzw. opieka koordynowana, której charakterystyczną cechą jest przekazanie ról organizacyjnej i finansowej wyspecjalizowanym strukturom menadżerskim.

W kontekście zarysowanych wyżej wymiarów integracji opieki zdrowotnej, wymienić należy dwa modele organizacyjno-finansowe opieki zintegrowanej – model oparty na disease management pathways (DMP) oraz model populacyjny. Pierwszy z nich opiera się na koordynacji procesu świadczenia usług w grupie pacjentów cierpiących na określone, najczęściej przewlekłe, generujące duże koszty, schorzenia w przebiegu całości procesu terapeutycznego [15]. Poszczególne wizyty oraz pozostałe działania np. profilaktyczne, zgodnie z założeniami tego modelu, są traktowane jako elementy danego procesu, a nie jako osobne epizody.

Genezy modelu populacyjnego należy doszukiwać się w rosnącym, popartym wiarygodnymi dowodami naukowymi, przekonaniu o bardzo istotnym wpływie na stan zdrowia czynników związanych ze statusem socjoekonomicznym oraz stylem życia. Model populacyjny, w przeciwieństwie do modelu DMP, jest ukierunkowany na całość populacji (w wymiarze lokalnym lub przynależności do określonej tzw. accountable care organization, w przypadku USA) i przewiduje działania mające na celu wpływ na społeczne, ekonomiczne i środowiskowe determinanty zdrowia. Prezentuje więc podejście szersze niż model DMP, obejmujące również promocję zdrowego stylu życia, profilaktykę i dążenie do zmniejszania nierówności socjoekonomicznych. Wymaga integracji opieki zdrowotnej i szeroko rozumianej opieki społecznej. Model populacyjny zaczyna być obecnie postrzegany jako doskonalszy od tradycyjnie rozumianego modelu DMP, któremu zarzuca się koncentrację na usługach medycznych *per se*, zamiast na poprawie efektów zdrowotnych populacji [1].

Nadrzędne cele opieki zintegrowanej w modelu populacyjnym Institute for Healthcare Improvement zdefiniował trójako (ang. triple aim), jako: poprawę satysfakcji pacjentów, poprawę statusu zdrowotnego populacji oraz ograniczenie kosztów systemu ochrony zdrowia.

## 2. Mierzenie jakości w opiece zintegrowanej

Wśród badaczy zajmujących się problematyką jakości w ochronie zdrowia dominuje obecnie interpretacja jakości jako zdolności do spełnienia oczekiwań i potrzeb pacjenta [10, 11]. Ponadto, jakością usług wiązana jest silnie z jakością procesów [16]. Na szczególną uwagę zasługują tu koncepcja tworzenia łańcucha wartości, który określa zarówno elementy danego procesu usługowego, jak i standardy tego procesu. Elementy tego łańcucha to budowanie zasobów wiedzy, informowanie pacjenta, prewencja czynników ryzyka, diagnostyka, przygotowanie do zabiegu, zabieg, rehabilitacja i leczenie chorób współistniejących [7]. W kontekście opieki zintegrowanej wartość generowana dla pacjenta jest wypadkową współpracy i koordynacji działań między różnymi usługodawcami. Według Rudawskiej, jakość obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej to zdolność sieci usługodawców do tworzenia łańcucha wartości dla pacjenta, w którym centralną rolę odgrywa percepcja dokonań sieci usługodawców przez finalnego beneficjenta usług [8, s. 172-173]. Działania usługodawców tworzące łańcuch muszą być ze sobą powiązane i skoordynowane.

Pomiar jakości opieki zintegrowanej wymaga narzędzi odnoszących się nie do pojedynczych usług medycznych, ale do całości procesu opieki nad pacjentem. Narzędzi takich istnieje niewiele w porównaniu do liczby klasycznych instrumentów, służących do oceny jakości pojedynczej hospitalizacji czy wizyty u lekarza pierwszego kontaktu. Najczęściej wykorzystywanymi narzędziami służącymi do oceny jakości opieki zintegrowanej są PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care), PSQ-18 (Patient Satisfaction Questionnaire) i CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Pierwszy z nich posługuje się następującymi kategoriami: zaangażowanie pacjenta, wsparcie decyzyjne, wytyczanie celów, rozwiązywanie problemów oraz kontynuacja opieki. Instrument opiera się na dwudziestu stwierdzeniach i pięciostopniowej skali, za pomocą której pacjenci określają częstość występowania określonych atrybutów jakości. Kwestionariusz przeznaczony jest dla pacjentów przewlekle chorych i może być adaptowany do określonych jednostek chorobowych [13]. CAHPS i PSQ-18 są kwestionariuszami służącym do oceny satysfakcji pacjenta w różnych obszarach tematycznych za pomocą kilkustopniowej skali.

Zarysowane wyżej instrumenty mają swój rodowód w Stanach Zjednoczonych. Zostały one adaptowane do warunków europejskich w Danii, Niemczech (PACIC) i w Wielkiej Brytanii (inny instrument adaptowany z USA- RAND Health). Adaptacja tych narzędzi naraża na pewne trudności, związanych z odwoływaniem się do doświadczeń pacjentów (różnych w różnych państwach) oraz różnicami kulturowymi i społecznymi [8, s. 210]. Inne podejście do oceny jakości opieki zintegrowanej opiera się na wskaźnikach jakości opracowanych i zwalidowanych przez grupy eksperckie. Tematyka ta stanowi istotną część obszaru działalności takich organizacji jak National Quality Forum, działających w Stanach Zjednoczonych czy OECD i WHO. Wskaźniki te można podzielić na kilka głównych kategorii:

- miary statusu zdrowotnego populacji na poziomie systemowym, takiej jak śmiertelność w określonych jednostkach chorobowych, dobrostan, odsetek populacji wykazujący pożądane zachowania prozdrowotne,
- miary typu „proxy” pośrednio określające efekty zdrowotne, takie jak liczba hospitalizacji, których dało się uniknąć, długość pobytu w szpitalu czy liczba określonych zdarzeń niepożądanych,
- miary użytkowania zasobami ludzkimi i finansowymi określające intensywność opieki podstawowej i szpitalnej,
- miary procesowe określające zgodność postępowania z wytycznymi medycznymi lub kulturę organizacyjną.

### 3. Główne mechanizmy opieki zintegrowanej

Największe dokonania we wprowadzaniu zintegrowanej opieki zdrowotnej mają Stany Zjednoczone, wymienić należy takich świadczeniodawców jak Kaiser Permanente, Evercare oraz Pfizer [8, s. 117-119]. W Europie dominującą pozycję mają kraje skandynawskie, Holandia, Wielka Brytania i Niemcy. Na uwagę zasługuje wdrożony w Niemczech, w rejonie Kinzigtal, populacyjny model opieki zintegrowanej oparty na współpracy firmy wyspecjalizowanej w zarządzaniu usługami zdrowotnymi, lokalnej sieci lekarzy pierwszego kontaktu oraz dwóch firm ubezpieczeniowych. Na poziomie lokalnym rozwiązania opieki zintegrowanej są wprowadzane również w Polsce przez prywatnych świadczeniodawców, czego przykładem jest Centrum Medyczno-Diagnostyczne działające na terenie Siedlec i sąsiednich powiatów. Wprowadzanie opieki zintegrowanej różni się między państwami pod względem zakresu i typu stosowanych rozwiązań, które mogą mieć charakter systemowy, ukierunkowany na zmniejszanie barier między sektorami systemu ochrony zdrowia czy też polepszania współpracy między profesjonalistami medycznymi.

Mechanizmy opieki zintegrowanej można podzielić na kilka głównych kategorii, zgodnie z podziałem na poziomy integracji – mikro, mezo i makro, wspomnianym w punkcie 1. Na poziomie mikro mechanizmy integracyjne mają na celu przede wszystkim polepszenie komunikacji oraz współpracy pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami. Do kategorii tej zaliczyć można rozwiązania z zakresu e-health i m-health, programy szkoleń, protokoły postępowania przy przejściu pacjenta pomiędzy usługodawcami, tworzenie multidyscyplinarnych zespołów medycznych czy platform edukacyjnych [8, s. 133-134].

Z poziomem mezo wiąże się pojęcie zarządzania przypadkiem (case management). Określa ono działania mające na celu koordynację opieki nad pacjentem w systemie, w celu optymalizacji struktury usług, a przez to maksymalizację efektów zdrowotnych i ekonomicznych [18]. Obowiązki menadżera przypadku, w zależności od przyjętych

rozwiązań szczegółowych, sprawowane mogą być przez pielęgniarki, lekarza, pracownika socjalnego lub niewielki zespół profesjonalistów [8, s. 134]. Mechanizmy na poziomie makro związane są przede wszystkim z wprowadzeniem metod finansowania sprzyjających integracji opieki zdrowotnej.

W punkcie tym wspomnieć należy również o pojęciu zarządzania zasobami placówek medycznych (utilization management), które określa system bodźców mających na celu skłonienie profesjonalistów medycznych do postępowania sprzyjającego podnoszeniu zarówno efektywności, jak i jakości świadczonych usług [3]. Mechanizmami integracyjnymi, które służą tym celom są tzw. ścieżki pacjentów, które polegają na standaryzacji i obiektywizacji procesu usługowego, zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach naukowych (evidence based-medicine). Pacjenci danej populacji są stratyfikowani ze względu na potrzeby zdrowotne i każda z wyłonionych w ten sposób grup poddawana jest dedykowanym dla niej działaniom prewencyjnym lub terapeutycznym. Nadrzędnym celem ścieżek pacjentów jest dobór takich form opieki, które będą generować najlepsze efekty zdrowotne, będąc przy tym możliwie najmniej kosztochłonne.

Do mechanizmów związanych z zarządzaniem zasobami zaliczyć również należy te, które służą mają skróceniu lub ograniczeniu liczby hospitalizacji, takie jak centra szybkiej diagnozy [15, p.8] czy konsylia lekarskie zwoływane w celu potwierdzenia konieczności skierowania pacjenta do szpitala.

W Danii, Finlandii, Holandii i Grecji wdrożono inicjatywy integrujące opiekę zdrowotną i społeczną przez tworzenie osiedli mieszkaniowych, przystosowanych do życia osób przewlekle chorych [15]

#### **4. WHO Global Strategy on People-Centered and Integrated Health Services**

Przewyciężenie fragmentaryzacji opieki stało się jednym z priorytetów WHO w 2003r. [14]. Na uwagę zasługuje raport tej organizacji, przedstawiony na konferencji w Edynburgu w marcu 2015r., nakreślający kierunki wdrażania i pożądane atrybuty opieki zintegrowanej [22]. Należy zauważyć, że model opieki zintegrowanej propagowany przez WHO jest modelem populacyjnym. Kładzie on silny nacisk na świadomą partycypację pacjentów (a właściwie całej populacji) w systemie ochrony zdrowia, a jako główny cel tegoż systemu stawia dbałość o holistycznie pojęte potrzeby zdrowotne i społeczne populacji. Realizacja tego celu wymaga odbywającej się na poziomie lokalnym współpracy pomiędzy sektorem ochrony zdrowia, opieki socjalnej i edukacji. WHO wskazuje na zasadniczą rolę podstawowej opieki zdrowotnej, a obecnym systemom ochrony zdrowia zarzuca zbyt dużą koncentrację na kosztochłonnych usługach świadczonych w sektorze szpitalnym.

WHO postrzega koncepcję opieki zintegrowanej nie jako zestaw gotowych rozwiązań, uniwersalnych dla każdego systemu ochrony zdrowia, lecz jako pryncypium konstrukcji systemu świadczenia usług, które powinno być odpowiednio dostosowywane do uwarunkowań instytucjonalnych danego państwa.

WHO opiera strategię integracji opieki zdrowotnej na następujących filarach:

- wzmocnieniu pozycji pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem grup o niskim statusie socjoekonomicznym, pojętym jako angażowanie w proces wyboru optymalnej terapii, motywowanie do zdrowego stylu życia i edukację zdrowotną,
- wzmocnieniu struktur zarządzania przez stworzenie spójnej polityki zdrowotnej, programów operacyjnych oraz rozwiązań prawnych dzięki partnerskiej współpracy rządu, władz regionalnych, lokalnych i społeczeństwa obywatelskiego oraz delegowanie odpowiedzialności w systemie ochrony zdrowia przez upodmiotowanie pacjentów, stworzenie systemu pozwalającego na ocenę jakości usług oraz systemu kar i nagród dla świadczeniodawców,
- zwiększeniu znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej i racjonalizacji kosztochłonnych usług w sektorze szpitalnym,
- koordynacji procesów świadczenia usług medycznych,
- stworzenia środowiska przyjaznego wdrażaniu opieki zintegrowanej przez wieledziałań obejmujących zjednoczenie sił politycznych wokół realizacji wspólnych celów zdrowotnych, dialogu społecznym, zaangażowaniu nauki i wdrożeniu odpowiednich standardów integralności, odpowiedzialności i transparentności,
- opartego na strukturach rządowych przywództwa zdolnego do jednoczenia wysiłków interesariuszy o sprzecznych dążeniach.

W Polsce, jak dotąd nie było skryształizowanej koncepcji wdrażania opieki zintegrowanej. Podejmowane w przeszłości przez niektóre firmy farmaceutyczne próby wdrażania programów DMP, takich jak program leczenia nadciśnienie tętniczego „Vita Longa” firmy SmithKline, nie spotkały się ze zrozumieniem Ministerstwa Zdrowia.

Jak można było się przekonać podczas dyskusji nad raportem firmy EY na temat opieki zintegrowanej na Forum Ekonomicznego w Krynicy w 2013r. w gremiach decyzyjnych resortu zdrowia ścierają się aktualnie trzy poglądy, wyrażane przez interesariuszy, reprezentujących sprzeczne interesy trzech najważniejszych grup zawodowych:

- lekarzy medycyny rodzinnej,
- specjalistów,
- szpitali.

Wobec niemożności uzgodnienia wspólnego stanowiska rozpatrywana była m.in. koncepcja przeprowadzenia w Polsce trzech pilotażowych wdrożeń opieki zintegrowanej. W każdym z nich rolę integratora miałyby pełnić inna grupa zawodowa. Przyjęcie modelu populacyjnego oraz powierzenie lekarzom medycyny rodzinnej zadania wdrażania opieki zintegrowanej mogłoby doprowadzić do zmiany układu sił w sektorze opieki zdrowotnej oraz zmiany

priorytetów w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych i leków, przez szybszy wzrost nakładów na POZ, kosztem niższej dynamiki wzrostu nakładów na leczenie szpitalne.

## Bibliografia

1. Alderwick H., Ham Ch., Buck D.: Population health systems. Going beyond integrated care, The King's Fund, 2015.
2. Arrow J.K.: Uncertainty and the welfare economics of medical care, *The American Economic Review*, no. 53, 1963.
3. Brown R.: The Promise of Care Coordination. Models that Decrease Hospitalization and Improve Outcomes for Medicare Beneficiaries with Chronic Illnesses. Report commissioned by the National Coalition for Care Coordination, Washington 2009.
4. Gröne O., Garcia-Barbero M.: Approaches Towards Measuring Integration and Continuity of Care, World Health Organization, Copenhagen 2004.
5. Gröne O., Garcia-Barbero M.: Trends in Integrated Care- Reflections on Conceptual Issues, World Health Organization, Copenhagen 2002.
6. Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. D.C: National Academy Press, Washington 2001.
7. Porter M.E., Olmsted Teisberg E.: Redefining healthcare. Creating Value Based Competition on Results. Boston 2006, p. 203.
8. Rudawska I.: Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta. Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
9. WHO Global Strategy on People-Centered and Integrated Health Services. Interim Report, World Health Organization, Copenhagen 2015.
10. Wildman D., Gaster L.: Quality in Public Services: Managers' Choices, Open University Press, Buckingham 1995, p. 91.
11. Azam M., Rahman Z., Talib F., Singh K.J.: A critical study of quality parameters in health care establishment: developing an integrated quality model. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2012, no. 5, p. 387-402.
12. Devers K.J. et al.: Implementing organized delivery systems: an integration scorecard, *Health Care Manage Review*, no. 3, 1994.
13. Glasgow R.E., Whitesides H., Nelson C.C., King D.K.: Use of Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with Diabetic Patients: Relationship to Patient Characteristics, Receipt of Care and Self-management. *Diabetes Care* 2005 (28), p. 2655-2661.
14. Gröne O., Garcia-Barbero M.: Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services, *International Journal of Integrated Care*, 2001 (1).



15. Leichsenring K.: Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 2004 (4).
16. Lisiecka K.: Efektywność systemów zarządzania jakością, *Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*, nr 6, 2003, s. 14.
17. Mur-Veeman I., Hardy B., Steenbergen M., Wistow G.: Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health Policy*, no. 3, 2003, p. 227-41.
18. Norris S.L.: The Effectiveness of Disease and Case Management for People with Diabetes. A Systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2002 (22), no 4, suppl. 1, p.15-38.
19. Strandberg-Larsen M., Krasnik A.: Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *International Journal of Integrated Care*, 2009 (9).
20. Wan T.T., Lin B.Y., Ma A.: Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems, *Journal of Medical Systems*, 2002 (26), p.127-143.
21. Weinberg D.B.: Beyond Our Walls: Impact of Patient and Provider Coordination across the Continuum on Outcomes for Surgical Patients, *Health Services Research* 2007, no. 1, p. 7-24.
22. WHO European Office for Integrated Care Health Care Services: Integrated Care. Working Definition, 2001.

## Abstract

Integrated care, despite being in the centre of interest of researchers for several decades, in most countries still faces significant difficulties with regards to successful implementation. However New Institutional Economics, developments of international organizations concerned with public healthcare and practical experiences gathered so far provide an opportunity to better understand mechanisms of integration and to analyse institutional settings influencing integrated care schemes. This article outlines mechanisms of integration and WHO guidelines in the field of integrated care.