

Řízená péče - cesta ke zvyšování efektivity

Moderní zdravotnické systémy konfrontované s neustálým růstem výdajů se nejrůznějšími způsoby snažily a snaží zavádět takové způsoby financování, aby udržely tento nárůst pod kontrolou a současně udržely, případně zvyšovaly kvalitu poskytované péče a přístup k ní. Jde zejména o metody založené na stanovování celkové výše úhrady poskytovateli předem. Znamé jsou především kapitální platby a tzv. globální rozpočty. **Je tu jasná snaha o to, posunout místo konfrontace na vlastního poskytovatele služby.** Na jedné straně se tak zvyšuje jeho finanční riziko a stupeň jeho “pohodlí”, na druhé straně mu tak vzniká možnost profitovat, pokud budou jeho náklady nižší, než předem stanovená platba.

Vyspělé země se tak do jisté míry paradoxně z našeho pohledu “vrací” k praxi, která byla typická pro náš bývalý systém. Zdravotnická zařízení začínají být financována prostřednictvím tzv. *global budgeting*, resp. prostřednictvím předem stanoveného (dohodnutého) rozpočtu. Přes jistou vnější podobnost existují podstatné rozdíly v objektivnosti stanoveného objemu rozpočtových prostředků vzhledem k potřebám a výkonnosti zařízení.

Logika tohoto přístupu je zjevná. Přenášení větší odpovědnosti na poskytovatele je snahou o **omezení výdajů realizované autoregulací nabídky** a snahou o důslednou hospodárnost při poskytování služeb. Do popředí se v této souvislosti dostává pojem “**řízená péče**”. Za šanci omezit tempo růstu celkových výdajů jsou plátcí péče ochotní zaplatit zvýšením podílu administrativních nákladů, resp. zaváděním administrativně a manažersky náročnějších forem organizace a financování zdravotní péče. Nejrůznější formy tzv. vnitřního trhu ve Velké Británii (viz Mooney 1986), či řízené soutěže (*managed competition* v USA) (pojem zaveden Enthovenem) jsou toho dokladem.

1 Pojem

Řízenou péčí (*managed care*) rozumím v této práci komplex organizačních, administrativních, finančních a medicínských opatření, podporujících efektivitu a kvalitu zdravotní péče cestou usměrňování a koordinování péče o pacienta tj. de facto redukováním svobodné volby. Stojí možná za zopakování, že motivací pro řízenou péči byla primárně snaha o kontrolu růstu nákladů - nelze však nevidět i efekty ve zvýšení míry koordinovanosti poskytování péče a tím i zvýšení jejího celkového účinku. Tato opatření jsou založená zejména na konkurenčním prostředí, decentralizovaném rozhodování, selektivním kontrahování poskytovatelů, sdílení finančního rizika poskytovateli a řízení přístupu ke specializované péči.

Kolébkou řízené péče jsou Spojené státy. Tamní systém je založen na hodnotách individualismu, takže pro většinu populace je vcelku přirozené, že rozsah (a částečně kvalita) zdravotní péče odpovídá tomu, co si jedinec (domácnost) chce a může dovolit. Vždy šlo o decentralizovaný systém, založený převážně na soukromé iniciativě, primárně financovaný prostřednictvím plateb za jednotlivé výkony, orientovaný na vysokou kvalitu služeb, komplikovaný - s obtížnou koordinací péče, ve kterém má velký význam svobodná volba, dochází v něm k velkému plýtvání prostředky, je v podstatě vytvořen “pro střední třídu” a obecně vede k nedostatečné prevenci (Williams 1993).

Za vůbec první aktivitu typu řízené péče je pokládán zdravotní plán doktora Michaela Shalida z Elk City v Oklahomě, který v roce 1929 soustředil místní farmáře (cca 600 rodin) ve zdravotním družstvu. Z vybraných členských příspěvků byla postavena nemocnice, která pro členy družstva poskytovala péči se značnou slevou (Vepřek 1998).

2 Health Maintenance Organizations

Pojem

Nejvýznamnější institucionální formou, prostřednictvím které se v USA uskutečňovala řízená péče jsou tzv. Health Maintenance Organizations (dále jen HMOs), což by se dalo přeložit nejlépe jako “organizace podporující (udržující) zdraví”, nicméně čeština běžně používá pouhou zkratku HMOs (čte se “ejč-em-ous”).

Revolučním rysem typickým pro HMOs byl způsob jejich financování. HMOs poskytují všeobecnou zdravotní péči na základě fixního periodického předplatného. Na rozdíl od pojišťovacích společností, součástí HMOs jsou i kontrahovaná zdravotnická zařízení, která přímo provádí zdravotnické služby. Každé takové zařízení souhlasí s

poskytováním potřebné péče pro zaregistrované osoby a za to obdrží pevně ročně stanovenou částku za jednu osobu. Dochází tu k propojení osob poskytovatele a plátce.

Zastánci HMOs věří, že tento druh organizace a financování zdravotní péče nejvíce motivuje subjekty k aktivitám podporujícím zdraví a k preventivním procedurám, neboť HMOs dosahují finančního přebytku pouze tehdy, když se náklady na uspokojování jejich smluvních závazků dostanou pod předplacené příjmy.

Odpůrci naopak poukazují na nepopiratelný fakt, že na rozdíl od financování podle výkonů jsou poskytovatelé služeb zainteresováni na eufemisticky řečeno hospodárnosti, což je může vést až k zanedbávání nutné péče.

Základní princip, na kterém vznikly první HMOs, je nám “baťovský” blízký. Velké loďařské společnosti hledaly ve 40tých letech způsob, jakým zajistit pro svoje zaměstnance co nejlevnější uspokojivou zdravotní péči. Jako nejvýhodnější forma se ukázalo provozování vlastních zdravotnických zařízení. Byla vytvořena dceřinná společnost, která “pojišťovala” zaměstnance velkých společností a zajišťovala pro ně lékařskou péči ve svých zařízeních. Postupně okruh svých klientů rozšiřovala i na osoby, které nezaměstnával původní zakladatelé.

Rozsah

HMOs se postupně rozvíjely v celých Spojených státech. Hlavní centra však byla především na západním pobřeží (Kalifornie) a na východě. Zejména posledních dvou desetiletích zaznamenaly prudký rozvoj. V roce 1976 bylo do HMOs zapsaných pouhých 6 milionů osob. O čtyři roky později to bylo 9 milionů. Koncem roku 1987 se rozšířilo členství v HMOs a podobných aktivitách založených na předplatném na 30 milionů Američanů, což bylo 13% populace. Údaje za rok 1996 uvádějí, že v USA existovalo přes 550 HMOs, ve kterých bylo zapsáno na 65 milionů členů. Největší HMOs sdružují více než milion členů. (Unikátním gigantem je *Kaiser Foundation Health Plans*, ve které je zapsáno téměř 9 milionů osob...) Pokud bychom k členům HMOs připočetli rovněž abonenty tzv. organizací preferovaných poskytovatelů (*Preferred Provider Organizations*, dále jen *PPOs*), což je v podstatě minimální forma řízené péče, pak se **počet Američanů zapojených do některé z forem řízené péče v roce 1990 pohybuje kolem 90 milionů.**

PPOs se od HMOs liší tím, že PPOs nedostávají úhradu svých služeb prostřednictvím ročních kapitačních plateb. Jejich režim fungování je mnohem více podobný standardnímu zdravotnímu pojištění. Poskytovatelé sdružení v PPO nenesou finanční riziko, pokud jejich náklady převýší částku ročních kapitačních plateb. Nabízejí své služby za snížené ceny, které odrážejí to, že mají předem zajištěný “přísun” pacientů, kteří se zavazují k využívání služeb právě členů PPO oplátkou za nižší finanční spoluúčast (Podrobněji viz Feldstein 1993:323-325).

Organizační formy HMOs

Klasickou formou HMO byla **skupinová praxe** lékařů různých medicínských specializací, kteří byli v podstatě sami sobě zaměstnavateli, akcionáři nebo společníky. V současné době jsou již rozšířeny i další typy: tzv. **zaměstnanecký** (*Staff model*), ve kterém HMO zaměstnává lékaře a další pracovníky, aby poskytovali péči členům HMO v klinikách, patřících do vlastnictví HMO (11,2% z celkového počtu HMO); **asociační** (*IPA model*), kdy HMO uzavře smlouvu se sdružením (asociací) praktických lékařů, kteří poskytují služby členům HMO v rámci výkonu svých soukromých praxí (je nejrozšířenější - 62,6%); a tzv. **sít** (*Network model*), kdy HMO uzavírá smlouvy s několika společenstvími individuálních praktických lékařů (16%). O rozmanitosti organizačních forem vypovídá tabulka zařazená jako první příloha.

Důsledky

Jak jsem již uvedl výše, tento druh organizování a financování zdravotní péče motivuje subjekty k aktivitám podporujícím zdraví, k prevenci a bedlivému sledování úrovně využití kapacit a služeb. Na druhé straně existují oprávněné obavy odpůrců, že na rozdíl od financování podle výkonů, jsou poskytovatelé služeb zainteresováni na “neléčení”, což může vést až k zanedbávání nutné péče.

Od počátku proto musely HMOs čelit výrazné nedůvěře. Jejich filozofie byla natolik odlišná od převládajících zvyklostí, že se staly předmětem mimořádně přísné státní regulace a kontroly. Podmínky pro jejich podnikání byly v celé řadě aspektů mnohem přísnější než u ostatních subjektů. Měly a mají např. fixně stanoveny náklady na administrativu, musejí podrobně vykazovat stupeň vytížení svých pracovníků a zařízení apod. Tyto překážky

svým způsobem napomohly tomu, že v tomto typu organizací došlo k vývoji nesmírně inspirativních metod kontroly a snižování nákladů a sledování efektů poskytovaných služeb. Jde zejména o uplatnění samotného principu předplacené péče, techniky "řízené péče", uzavírání smluv s vybranými poskytovateli péče, přičemž se pracuje s obdobou "množstevního rabatu" (až o 30-40% obvyklých cen).

Měl jsem možnost během svého pobytu v USA navštívit menší HMO v oblasti San Francisca a podrobněji se seznámit s metodami její práce i strukturou. Tato HMO sdružovala 22,000 členy (v roce 1993), přičemž jedním z jejích cílů bylo poskytování zdravotních služeb bezdomovcům a chudým, což jinak není v případě HMOs příliš obvyklé. Lékaři zde dostávali běžnou mzdu, v době mé návštěvy byl připravován systém hmotné zainteresovanosti, neboť "organizace zaznamenala nižší produktivitu (měřeno kupříkladu počtem uskutečněných prohlídek za hodinu) než jiné srovnatelné organizace" (podle vyjádření ředitele). Běžnou praxí je sledování podrobných ukazatelů svědčících o vytíženosti pracovníků a zařízení (tzv. *utilization reviews*). Činnost organizace zajišťovalo cca 24 administrativních pracovníků, z toho 6 členů užšího vedení, zbytek tvořili sekretářky, úřednice a obsluha počítačů. Do sledování výkonů bylo dále zapojeno asi 18 diplomovaných zdravotních sester, které též (a to je běžná praxe v HMOs) obsluhovaly telefony a tvořily v podstatě první filtr, který měl zachytit banální případy, které nevyžadují prohlídku u lékaře. Ostatní nutné služby (ekonomické, právní) byly řešeny externě. Odhadované přímé administrativní náklady byly přes vysokou úroveň sledovanosti všech činností 8%, což bylo hluboko pod hranicí, kterou v Kalifornii stanovil zvláštní zákon pro HMOs - 15%. (Největší HMO - Kaiser dosahuje údajně 3% podílu administrativních nákladů díky úsporám z rozsahu.) V souvislosti s realizací programu péče o nemajetné je možná zajímavé, že velikost této konkrétní HMO je zcela dostačující k tomu, aby se prosadil zákon velkých čísel, jinými slovy případné ztráty v těchto případech byly kompenzovány jinými příjmy (značné zisky plynou z cca 6000 "komerčních" smluv).

HMOs si ve Spojených státech vypracovaly již natolik silnou pozici, že se pro některé politiky stávají dokonce nástrojem k dosažení významných úspor v rámci programu Medicare. Existují odhady, že kdyby se všechny osoby oprávněné využívat programu Medicare zapsaly do nějaké z HMO, došlo by k jednorázovému snížení nákladů ve výši 7%. (Rasell 1995). Na druhé straně je však potřeba uvést, že pravděpodobně neexistují důkazy pro tvrzení, že by dynamika růstu výdajů byla u HMOs v dnešní době nižší, než v sektoru financovaném podle výkonů. Jinými slovy, po této jednorázové úspoře by se trajektorie vývoje výdajů mohla opět vrátit na původní hodnoty.

3 Námitky proti řízené péči

Největší obavy, které ve vztahu k HMOs stále přetrvávají, se vztahují ke kvalitě poskytované péče. Některé studie (Safran 1994, Ware 1986) poukazují na to, že zejména skupiny pacientů s chronickými onemocněními mohou v systému HMO získávat horší péči než při platbách za výkony. Nemocní lidé s nižšími příjmy jsou vystaveni většímu riziku úmrtí než ti, kteří jsou pojištěni u zdravotních plánů založených na *fee-for-service*. Předplacená péče umožňuje lepší finanční přístup ke službám, avšak zhoršuje organizační přístup, kontinuitu a všestrannost péče. Relevantní je rovněž Rodgersova (1990) studie, která je zaměřena na změny v kvalitě péče o starší pacienty ošetřované v rámci programu Medicare, kteří měli jednu z pěti vybraných diagnóz. Šlo o porovnání intervalů 1981-82 a 1985-86. Byla analyzována úmrtnost, porovnávaly se skupiny pacientů a rovněž i nemocnic. Cílem bylo posoudit, zda změny v kvalitě péče souvisejí kauzálně se zavedením systému financování založeném na stanovení platby předem. Studie došla k těmto závěrům:

1. úmrtnost následující po hospitalizaci se nezměnila a zlepšení v péči poskytované v nemocnicích, které začalo již před zavedením nového systému, po zavedení pokračovalo, avšak
2. systém předem stanovené výše platby zvýšil pravděpodobnost, že pacient bude domů propuštěn v nestabilizovaném stavu;
3. výrazně se zvýšil stupeň vážnosti onemocnění při příjmu pacienta. Studie nedokázala rozlišit, nakolik se jednalo o objektivní demograficko-epidemiologický vývoj a nakolik to bylo způsobeno jinými faktory.

Masivní prosazování řízené péče na úkor tradičního výkonu lékařské praxe je dnes taženo především zájmy plátců, což jsou v amerických podmínkách především zaměstnavatelé (méně již soukromí klienti). Není překvapivé, že s růstem vlivu roste i odpor proti nim. Nositeli tohoto odporu jsou především lékaři a skupiny hájící zájmy a práva pacientů.

Podle některých průzkumů (New York Doctors 1997) např. téměř jedna polovina (45%) z 1000 dotazovaných lékařů zapojených do řízené péče věří, že řízená péče má “negativní dopad” na kvalitu vztahů mezi lékaři a pacienty, přičemž pouze 11% se domnívá, že díky řízené péči došlo ke zlepšení. 51% dotazovaných lékařů soudí, že řízená péče ohrožuje jejich schopnost přijímat profesionální soudy, 47% uvádí, že v příštích dvou letech se problém ještě zhorší. Lékaři podle této studie řízené péči vytykají nejvíce přemíru papírování, administrativy a z toho plynoucí nutnost “strávit méně času se svými pacienty”.

Negativní reakce, které s rozmachem řízené péče sílí, ústí v konkrétní opatření, která se snaží redukovat možné negativní působení principu řízené péče. Jedním z příkladů je zpracovávání národních standardů ochrany spotřebitele v podmínkách řízené péče. Velké zdravotní plány a celonárodní skupiny spotřebitelů (něco jako naše Sdružení na ochranu pacientů) nedávno ohlásily dosažení do té doby nevídané smlouvy o standardech ochrany spotřebitele. Smlouva byla uzavřena mezi třemi velkými HMO (jednou z nich je i výše zmíněný Kaiser....) a dvěma nejvýznamnějšími skupiny sdružující spotřebitele zdravotnických služeb.

Standards pokrývají osmnáct oblastí např.: přístupnost služeb, výběr zdravotního plánu, utajení medicínských informací, návaznost péče, poskytování informací spotřebitelům, úhradu neodkladné péče, experimentální péči, ochranu před diskriminací, apod. Záměrem je, aby se tyto standardy časem staly právně vymáhatelné a posloužily státní administrativě za vzor při vytváření zákonné úpravy. Jejich cílem je ochránit spotřebitele a dosáhnout spravedlivé, komplexní a účinné regulace a vyšší odpovědnosti zdravotnických plánů. Tím by mělo dojít k tomu, že opět vzroste důvěra klientů v kvalitu zdravotní péče a zdravotnický systém. Příloha 3 obsahuje znění dosavadních 18 přijatých principů.

Shrnutí kladných a záporných stránek řízené zdravotní péče v kontextu možné aplikace na naše poměry.

A. Výhody

- současný vývoj prokazuje, že v pluralitním modelu se HMOs daří prosazovat na trhu “zdravotních plánů” resp. zdravotních pojištění v konkurenci s jinými schémata, založenými na platbách za výkony. Důvodem je nepochybně schopnost nabízet výrazně konkurenceschopnou cenu pojistného. To je nepřímý důkaz toho, že jako nástroj na udržení nákladů na zdravotní péči je forma HMO účinná;
- nižší náklady jsou mimo jiné dosahovány i tím, že HMOs pro zapojená zdravotnická zařízení znamenají *jistotu* “přisunu” pacientů (neboť ti jsou většinou smluvně vázáni, že potřebnou péči budou získávat právě v příslušných zařízeních - což je mimochodem pro řadu Američanů naprosto nepřijatelné omezení, které nejsou ochotni podstoupit, ani když to s sebou nese nižší pojistné...), takže zde dochází k úsporám z rozsahu a úsporám administrativních nákladů. Proto i ceny vnitřně “úctované” zařízeními mohou být nižší;
- tato forma vede poskytovatele k tomu, aby oproti *fee-for-service* preferovali primární péči a prevenci, neboť jen tak “ušetří” za nákladnou nemocniční péči. Organizaci se vyplatí udržet své členy zdravé. Obdobnou motivaci má pochopitelně i praktický lékař, který bude financován kapitální platbou. Zásadní rozdíl je však v tom, že ekonomická zainteresovanost tohoto lékaře končí na prahu jeho ordinace. Pokud přeci jenom “jeho” pacient onemocní a musí využít služeb nemocnice, nemá to žádný vliv na jeho ekonomický výsledek. HMOs naopak většinou poskytují komplexní zdravotní péči;
- řízení péče, kontrola nákladovosti, využívání zdrojů a vytíženosti kapacit je mnohem bezprostřednější. Organizace tvoří jeden celek, který je propojen a má společný zájem. Koordinované plánování rozvoje může přinášet další úspory, v podstatě nemůže dojít k nadbytečnému vybavování přístrojovou technikou atd.
- HMO není v pozici pojišťovny, která neovlivňuje fakticky léčbu, ani poskytovatele, který nemá důvod se marketingově zaměřovat na pacienty. Dochází k organickému propojení a výsledkem je vyšší míra inovací ve vztahu k potřebám klientů.

B. Nevýhody

- hrozí, že hmotná zainteresovanost na “neléčení” povede k zanedbání péče či k její nižší kvalitě. V USA jsou tyto obavy časté a existuje řada případů, kdy se prokázala jejich oprávněnost. Hlavním

protiargumentem by mohla být komerční úspěšnost HMOs. Pokud si lidé kupují péči tímto způsobem, asi to s kvalitou nebude tak zlé. Faktem ovšem je, kupujícími na tomto trhu nebývají převážně jednotlivci, nýbrž velcí a střední zaměstnavatelé pro své zaměstnance. Je evidentní, že otázka kvality péče pro tyto kupující nemusí znamenat tolik, co cena. Závažnějším protiargumentem je ovšem právní prostředí. Soudní procesy o zanedbání péče tvoří standardní náplň činnosti civilních soudů v USA a živí se jimi řada advokátů. Výše vyplácených náhrad je enormní a obavy lékařů značné. Toto prostředí neposkytuje příliš prostoru pro zanedbání péče. Je otázkou, jak by to vypadalo u nás.

- Na trhu se zdravotním pojištěním vždy dochází k adverznímu výběru a tzv. “*cream skimming*”. Jednotliví plátcí pochopitelně bojují zejména o bohaté a zdravé klienty. Je otázkou, zda nižší náklady HMOs nejsou způsobeny “lepší” strukturou pojištěnců. Problém s financováním velmi drahé a intenzivní péče pro zhruba 10% populace není řešitelný v podstatě žádným trikem s toky finančních prostředků.
- lze předpokládat, že pro drtivou většinu zdravotnických pracovníků u nás není princip HMOs příliš přitažlivý. Filozofie léčby *lege artis*, pokud možno bez starostí o finanční souvislosti je velmi rozšířená a tradiční. Námitky na neetičnost takového uspořádání vztahů by byly ty z nejmírnějších.
- Je nejisté, nakolik budou pojištěnci u nás motivováni k tomu, aby vstupovali do organizací (resp. plánů tohoto typu). Výměna svobody volby za nižší pojistné u nás není v podstatě možná. Částečně se dá uvažovat o kompenzaci poskytováním nadstandardů, individuálním přístupem apod. Velice poučné jsou v této souvislosti zkušenosti z počátků praktického uplatňování principů řízení péče v České republice, o kterých pojednává následující subkapitola.

4 Řízená péče v ČR

Je jisté, že i kdyby zkušenosti s řízenou péčí byly jednoznačně kladné, což nejsou, neznamenalo by to nezbytně, že jde o formu, která by mohla být nějakým způsobem úspěšně využita v našem systému. Ten je značně odlišný od amerického. Nepochybně však jde o inspiraci, která stojí za důkladnou analýzu.

Tato úvaha již od letošního roku (1998) není ryze akademická. Skupina soustředěná v “Týmu DG plus” připravila ve spolupráci s Oborovou zdravotní pojišťovnou zaměstnanců bank a spořitelen projekt řízení péče pro české prostředí. Tento projekt je pilotně testován v Praze pod názvem **Zdravotní plán Střešovice**. Díky laskavosti pracovníků Týmu DG plus jsem měl možnost se blíže seznámit s fungováním plánu a principy, na kterém je postaven. Vzhledem k tomu, že se v našich podmínkách jedná o **principiálně zcela nový přístup k zvyšování efektivity poskytování zdravotní péče**, považuji za užitečné (a nezbytné) tento projekt blížeji popsat. (Pod “principiální novostí přístupu v našich podmínkách” rozumím to, že projekt spočívá na zásadách upřednostnění individuální aktivity oproti vyčkávání “státní” akce, vytváření “ostrůvků pozitivní deviance” oproti všeobecnému defetismu, preferování pozitivního myšlení před negativismem.)

Zdravotní plán Střešovice

Zdravotní plán Střešovice (dále jen ZPS) zahájil svou činnost 1. dubna 1998. Jeho iniciátory byli odborníci, kteří se pokoušeli o uplatnění principů řízení péče již o dva roky dříve v 1. České národní zdravotní pojišťovně, zejména dr. Vepřek a dr. Macháček. Jejich partnerem se stala Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank a spořitelen (dále jen OZP).

Projekt je postaven na klasických principech režimu řízení péče (podle Vepřek 1998):

- selektivním kontrahování poskytovatelů, kde se uplatňují hlediska kvality, úspornosti, sdílení finančního rizika a schopnosti kooperace;
- řízení nákladů zdravotní péče prostřednictvím používání nástrojů typu *gate-keeping*, standardů, vertikální koordinace péče a sdílení informací a posilování prevence;
- řízení kvality sledováním spokojenosti pacientů, hodnocením výsledků léčení.

Z hlediska institucionálního je ZPS je organizační formou vytvořenou soustavou vzájemně korespondujících smluv, kterou sdílejí s OZP vybraní poskytovatelé (tzv. panel poskytovatelů) a klienti OZP, kteří se k Plánu

přihlásí.

Poskytovatelé

Panel poskytovatelů je tvořen vybranými ambulantními lékaři, Ústřední vojenskou nemocnicí v Praze a Klinikou dětského a dorostového lékařství Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. V současné době tvoří panel poskytovatelů 71 praktických lékařů, poskytujících primární péči jak dospělým (2/3) tak i dětem (1/3) a cca 10 ambulantních specialistů.

Tito poskytovatelé jsou **motivováni** k poskytování kvalitní zdravotní péče soustavou materiálních i nemateriálních nástrojů. Mezi nejvýznamnější patří stabilizování klientely, podíl na kontrole čerpání finančních prostředků a na dosažených úsporách a v neposlední řadě radost a vzrušení z účasti na nově se rodící věci.

Klienti

Program se v současnosti týká v té či oné formě více než 7 tisíc pojištěnců (do konce roku počítá odhad s 10 tisíci pojištěnci - potencionálními klienty). Právě tomuto množství pojištěnců OZP totiž poskytují zdravotní péči lékaři tvořící panel poskytovatelů. Vlastních klientů ZPS (pojištěnců, kteří přímo podepsali klientskou smlouvu s Plánem) bylo k 1. září 476.

Klienti ZPS, kteří čerpají péči u smluvních poskytovatelů, získávají výhody, které je mají motivovat k účasti. Jak jsem již zdůraznil výše, plán nemůže zvýhodnit klienty výší jejich plateb na zdravotní pojištění. Pracuje s poněkud subtilnějšími nástroji. Jsou jimi:

- obecně řečeno kvalitnější služby spočívající především ve speciálním objednávkovém systému, který šetří čas (a nervy) klientů. Propagační leták pak navíc zmiňuje “racionální indikaci péče” a “sledování kvality” což považují osobně za velice hezké ukázky toho, že jednu věc lze nazírat z mnoha pohledů a hodnotit ji pak diametrálně odlišně. Nevysloveně tu zní varování, že jinak by péče mohla být “neracionálně indikovaná” honbou za body, resp. “bez sledování kvality”;
- posílení postavení klienta jako pacienta, který se stává aktivním subjektem poskytování péče majícím právo na informace i na to, aby s ním lékař konzultoval způsob a postup léčby apod.
- možnost zařazení do preventivních programů a
- získání slev na některé nadstandardní služby

Po šesti měsících fungování plánu je zcela předčasné činit jakékoliv závěry o účinnosti těchto motivačních nástrojů. Teoreticky jde z velké části o věci, které by měly být v dobře fungujícím zdravotnickém systému samozřejmostí. To, že v praxi samozřejmostí nejsou a jejich získání tedy může motivovat pojištěnce, je dosti nelichotivým vysvědčením současného českého zdravotnictví.

Podmínkou účasti klienta v ZPS je registrace k trvalé péči u některého z lékařů primární péče. Klient čerpá zdravotní péči, spadající do rozsahu zdravotní péče poskytované panelem, **zpravidla** uvnitř panelu a na **doporučení lékaře primární péče**, u kterého je registrován. Změkčení těchto povinností představuje možnost klienta zvolit si maximálně jednoho “osobního lékaře” mimo panel a soustavně u něj čerpat zdravotní péči. Smluvně jsou rovněž ošetřeny situace, kdy je klient nucen čerpat zdravotní péči poskytovanou panelem u jiných poskytovatelů z důvodu nebezpečí prodlení anebo velké vzdálenosti.

Pojišťovna

Motivace pojišťovny je zjevná. V první řadě se jí nabízí možnost, jak omezit výdaje na poskytovanou péči prostřednictvím zainteresování poskytovatelů péče. Současně může uspořít významnou částku na revizní činnosti, neboť ta se vlastně stává systémovou součástí fungování plánu a na aktivní roli jednotlivých lékařů při vyhodnocování způsobů léčby je založena hlavní metoda kontroly nákladů. Rovněž významné je zvýšení informovanosti, které může využít pro “hodnocení účelnosti zdravotních služeb, které poskytují její další smluvní partneři” (Vepřek 1998:11). Pokud by se ZPS ukázal jako úspěšný, mohl by OZP přilákat další pojištěnce.

Nástroje kontroly nákladů a kvality péče

Filozofie kontroly nákladů vychází z ověřených vzorů. Je známo, že jakákoliv “racionalizace” poskytování péče, která by byla lékaři nucena zvnějšku, pravděpodobně narazí na jeho odpor. Šanci má pouze přístup, ve kterém se sjednocování (a fakticky i racionalizace) způsobů léčby děje “zezdola”, resp. v neformálních kolektivech lékařů spojených společným zájmem. Schůzky, na kterých lékaři, členové panelu poskytovatelů, probírají vybrané (sporné) případy, vzájemně je konzultují a zaujímají stanoviska k odůvodněnosti konkrétního postupu (a tedy i výdaje), mohou být dosti účinné ve smyslu postupné krystalizace “standardizovaných” postupů. Fakt, že jde o kolektivní akci lékařů, by měl být dostatečnou zárukou, že nepřeváží ekonomické hledisko nad etickým a medicínským.

Plán počítá s postupným rozšiřováním participace jednotlivých lékařů na finančním riziku. Již dnes se k “virtuálnímu” účtu každého praktického lékaře, který vede administrátor plánu, přičítají náklady na indikovanou specializovanou péči.

Pravidla fungování zdravotního plánu budou pochopitelně postupně doplňována a zpřesňována, jak se budou zvětšovat zkušenosti z jeho fungování. Několik měsíců jeho existence je zatím příliš krátké období pro jakékoliv hodnocení. Vedení plánu předpokládá, že první zkušenosti, které by mohly vypovídat o praktických aspektech uplatnění principů řízení péče v našem systému, lze předpokládat po vyhodnocení prvního roku činnosti a teprve alespoň tříletá časová řada bude moci skutečně rozhodnout o validitě těchto zkušeností.

ŘÍP

Významnou aktivitou, jejímž posláním je podpora uplatnění principů řízení péče u nás, je **Zájmové sdružení právnických osob pro řízenou péči ŘÍP**. Sdružení vzniklo na podzim roku 1997. Bylo založeno pěti poskytovateli lůžkové zdravotní péče s regionální působností, kteří si vzájemně nekonkurují. Iniciátorem projektu byl “Tým DG plus”, tj. stejné osoby jako u ZPS.

Cílem sdružení je (podle informačního letáku):

- soustředit materiální a nemateriální zdroje k řešení společných problémů
- společně vyvíjet a unifikovat nástroje řízení nemocnic vzhledem ke kontrole nákladů
- vytvořit společný nákupní systém soustřeďující poptávku a dosahující výhodnějších nákupních cen
- společně aplikovat systém sledování kvality zdravotní péče a výsledků
- vytvořit nabídku směřovanou ke zdravotním pojišťovnám, založenou na konceptu řízení péče, obsahující návrh na sdílení finančního rizika nebo *založit zdravotní pojišťovnu, paralelně provozující na regionálním principu plány řízení péče* (zvýrazněno I.M. - jde o pokus vytvořit “českou” HMO)
- společně vyvíjet technologie řízení v rámci těchto plánů.

V rámci Řípu je v současnosti řešeno sedm konkrétních projektů, z nichž nejzajímavější jsou:

- Projekt “Identifikace nákladů na případ”, sloužící k vytvoření metodiky identifikace nákladů nemocnice na lůžkový pobyt pacienta s konkrétní diagnózou. Tyto údaje umožní zúčastněným poskytovatelům vyjednávat s plátcem na bázi podstatně vyšší informovanosti a tudíž i vyjednávací síly v případě, že dojde k plánovanému přechodu na úhradu za případ (DRG).
- Projekt “Společné nakupování”, jehož cílem je připravit technologii společného nakupování zdravotnického materiálu a léků s jasným záměrem dosáhnout snížení nákupních cen a úspory administrativních nákladů.
- Projekt “Burza”, spočívající ve vytvoření sdílené databáze všeho, co členské nemocnice nabízejí ostatním - nevyužitý majetek, služby atd.

Shrnutí

- Koncept řízené péče představuje komplex organizačních, administrativních, finančních a medicínských opatření, podporujících efektivitu a kvalitu zdravotní péče cestou usměrňování a koordinování péče o pacienta. Tato opatření jsou založená zejména na kompenzovaném omezení svobodné volby pacienta, konkurenčním prostředí, decentralizovaném rozhodování, selektivním kontrahování poskytovatelů, sdílení finančního rizika poskytovateli prostřednictvím použití metod úhrady založených na platbě předem a řízení přístupu ke specializované péči.
- Z řady důvodů lze formulovat hypotézu, že aplikace principů, na kterých jsou postaveny HMOs by mohl znamenat pozitivní posun směrem k dosažení vyšší míry efektivnosti využití disponibilních zdrojů používaných na poskytování zdravotní péče. Argumentem svědčícím pro tuto hypotézu je, že efektivnost využití zdrojů je ovlivňována zejména chováním poskytovatelů služeb, kteří do značné míry reagují na působení finančních nástrojů vytvářených danými systémy a uplatňovanými plátcí, a to včetně různých systémů hmotné zainteresovanosti. Zdá se, že tam, kde dochází k propojení těchto subjektů, jsou vytvořeny lepší předpoklady pro účinnější kontrolu nákladů.
- Na druhé straně pochopitelně existují obavy, zda takové uspořádání není v konečném důsledku v rozporu se zájmy pacientů a s kvalitou zdravotní péče.
- V České republice se od loňského roku začínají zatím nesměle objevovat konkrétní iniciativy vycházející z principů řízené péče. Zdá se, že ani výrazná odlišnost našeho systému všeobecného zdravotního pojištění není nepřekonatelnou překážkou pro jejich uplatnění v zájmu zvýšení efektivnosti poskytování zdravotní péče a kontroly nákladů.

Příloha A

Klasifikace typů HMOs (Health Maintenance Organizations) Pramen: převzato z GHAA Journal/ 44 Spring 1986

organizační charakteristiky	1 Klasický zaměstnanecký	2 Klas. skupinové praxe	3 Varianta zaměstnaneckého	4 Varianta skupinové praxe	5 Varianta skupinové praxe	6 Klasická síťová	7 Varianta asociační (IPA)	8 Klasická asociační
A. Vztah HMO/ nemocnice								
1. vlastní/řídí	+	+	-	-	-	-	-	-
2. smluvní	-	-	+	+	+	+	+	+
B. Typ praxe								
1. Skupinová	+	+	+	+	+	-	-	-
2. Několik skupin	-	-	-	-	-	+	-	-
3. Privátní praxe	-	-	-	-	-	-	+	+
C. Vztah HMO/ lékaři								
1. Zaměstnanec	+	-	+	-	-	-	-	-
2. Smluvní (přímý)	-	+	-	+	+	+	+	-
3. Smluvní (IPA)	-	-	-	-	-	-	-	+
D. Platby lékařům								
1. Mzda	+	-	+	-	-	-	-	-
2. Kapitační	-	+	-	+	-	-	-	-
3. Za výkony	-	-	-	-	+	+	+	+

Příloha B

Návrhy národních standardů ochrany spotřebitele v podmínkách řízené péče v USA

Pramen: Internet, <http://www.familiesusa.org/hmoagre.htm> (vlastní překlad)

- 1. Přístup ke službám.** K tomu, aby organizace poskytující zdravotní péči zajistily přístup ke kvalitní péči, měly by:
 - mít dostatek lékařů, specialistů a dalších poskytovatelů, kteří by poskytovali včasnou, odpovídající péči 24 hodin denně, sedm dní v týdnu;
 - umožňovat pacientkám přímý přístup ke gynekologům a porodníkům;
 - umožňovat přístup ke specialistům a zařízením poskytující speciální péči, kteří jsou napojeni na danou organizaci prostřednictvím léčebných plánů, včetně tzv. trvalých souhlasů s léčbou u specialisty;
 - umožňovat, aby pacienti mohli zdarma vyhledat péči i mimo definovanou síť zařízení, pokud v ní zdravotnická organizace nemá dostatečně kvalifikovaného či zkušeného lékaře nebo nemá napojení na nějaké známé zařízení poskytující specializovanou péči a jedná se přitom o službu zahrnutou do zdravotního plánu spotřebitele;
 - poskytovat služby a produkty způsobem, který bere ohled na jazykové a kulturní rozdíly.
- 2. Výběr mezi zdravotními plány.** Jednotlivcům by měla být dána možnost výběru svého zdravotního plánu
- 3. Utajení informací.** Měla by existovat přísná ochrana proti neoprávněnému šíření informací organizacemi poskytující zdravotní péči. Ty by měly zajistit že utajení osobních informací jejich členů a pacientů je zaručeno. Informace o individuálních osobách by neměly být šířeny, s výjimkou případů:
 - kdy je to nutné pro zajištění kvality, pro plátce či poskytovatele péče (např. když je potřeba zkontrolovat, zda je daná osoba oprávněna využívat péče, nebo v zájmu řádného průběhu plateb), nebo v zájmu výzkumu (ovšem tato data by neměla obsahovat identifikátory pacientů, které by mohly vést k narušování soukromí a poškodit pacienty);
 - kdy s tím jednotlivé osoby souhlasí, nebo
 - když to vyplývá ze závazných právních předpisů.
- 4. Kontinuita péče.** Členům (pacientům) by mělo být umožněno, aby si vybrali svého vlastního praktického lékaře a mohli ho kdykoliv změnit. Organizace by měly podporovat primární péči a zajišťovat, aby lékařské zprávy byly úplné a dostupné jak pro členy, tak i poskytovatele péče. Členové, kteří jsou léčeni s vážnou nemocí nebo kteří jsou v druhém trimestru těhotenství, by měli mít možnost, aby o ně mohli nadále pečovat jejich lékaři - specialisté, a to až do 60 dnů poté, co těmto poskytovatelům byla ze strany organizace ukončena smlouva (z jiných důvodů, než nedostatečné kvality péče). Totéž by mělo platit v případě, že pacient získává péči na základě skupinového kontraktu a v souvislosti se změnou zdravotního plánu by mu jinak skončila možnost zvolit si pokračování péče u svého původního lékaře.
- 5. Šíření informací spotřebitelům.** Organizace poskytující zdravotní péči by měly poskytovat spotřebitelům informace, jako např.: seznam druhů péče, na kterou mají v rámci zdravotního plánu nárok a ne kterou nárok není; návod jak získat službu, vybrat si lékaře či od koho je nutné získávat příslušná doporučení ke specialistům; jaké jsou na ně kladeny požadavky z hlediska spoluúčasti; jména a doporučení lékařů, se kterými má organizace smlouvu; popis způsobů úhrad lékařům za jejich práci; procedury používané pro řízení využití služeb; popis omezení souvisejících s předepisováním léků; mechanismus přístupu k péči v případě akutního ohrožení včetně řešení této situace pokud k ní dojde mimo danou síť zdrav. zařízení; jakým způsobem se rozhoduje o úhradě za výzkumné či experimentální léčebné postupy; jak se řeší stížnosti a odvolání, jak se zachází s osobními daty a jak organizace spolupracuje s organizacemi chránící spotřebitele a s příslušnými vládními agenturami.

6. **Zajištění služeb první pomoci resp. pohotovosti.** Zdravotní plány by měly krýt zdravotní péči poskytovanou v případě naléhavé potřeby. Mělo by jít o případy, kdy může být i běžně obezřetný laik rozumně přesvědčen, že trpí náhlou zdravotní poruchou. V zájmu toho, aby byla zajištěna kontinuita péče, poté, co je pacient stabilizován, měla by příslušná zařízení do 30 minut informovat organizaci zajišťující zdravotní péči pro daného pacienta a získat souhlas pro jakékoliv další lékařsky nezbytné post-stabilizační úkony. Organizace by měla na tuto žádost reagovat do 30 minut od přijetí hovoru a pokud je to nutné zajistit přístup ke “svému” lékaři, pokud zamýšlí zamítnout žádost o souhlas s další péčí. Organizace by měly své členy poučovat o dostupnosti, umístění a správnému využívání zdravotnických služeb a všech způsobech případné spoluúčasti na úhradě nákladů za tyto služby.
7. **Zdůvodňování situací, kdy je péče nehrazená z důvodu své experimentální povahy.** Organizace by měly mít nějaký objektivní postup, kterým by hodnotily nové léky, zařízení, procedury a terapie. Také by měly používat nějakého vnějšího, nezávislého kontrolního procesu, který by zkoumal případy vážně nemocných osob, kterým byla zamítnuta úhrada experimentální léčby.
8. **Vytváření seznamů léčiv.** Organizace, které hradí předepsaná léčiva a používají restriktivních seznamů, by měly umožnit lékařům, aby se mohli účastnit na jejich tvorbě a vytvořit systémovou možnost pro uplatnění výjimek, pokud je lékařsky nezbytné použít léku, který v seznamu nefiguruje.
9. **Zveřejňování údajů o ztrátovosti.** Organizace by měly jednotným způsobem počítat a zveřejňovat, kolik z vybraných peněz jde na úhradu za zdravotní péči a kolik spíše na administrativu, zisk a ostatní účely. Zákazníci by tak mohli posoudit, kolik procent z jejich plateb slouží na úhradu zdravotní péče.
10. **Ochrana proti diskriminaci.** Organizace by neměly při poskytování zdravotní péče nikoho diskriminovat na základě věku, pohlaví, rasy, původu, jazyku, náboženství, socio-ekonomického postavení, sexuální orientace, druhu postižení, genetického vybavení, zdravotního stavu či zdroje plateb. Měly by vytvořit síť poskytovatelů, které jsou “kulturálně” kompetentní. Reforma zdravotního pojištění by měla odstranit diskriminační praktiky, které ztěžují přístup ke zdravotním plánům pro ty, u nichž je vysoké riziko velmi nákladné péče.
11. **Ombudsmeni.** Spotřebitelé by měli mít možnost obrátit se na nezávislého ombudsmana, který by fungoval na neziskovém principu, a organizace by s nimi přitom měly spolupracovat. Ten by měl spotřebitelům pomáhat při orientaci v informacích o jednotlivých zdrav. plánech. Měly by je poučovat o jejich právech, vyšetřovat jejich stížnosti a pomáhat jim zpracovávat jejich stížnosti a odvolání.
12. **Úhrada péče poskytnuté mimo stanovenou síť.** Organizace by měly krýt péči poskytovanou v nebezpečí ohrožení života a neodkladnou péči pro své členy i mimo oblast svých služeb.
13. **Měření výkonnosti a vykazování dat.** Organizace by měly splňovat národní standardy pro měření a vykazování výkonnosti v oblastech, jako jsou: kvalita péče, přístup k péči, spokojenost pacientů, finanční stabilita. Mělo by existovat společná snaha o vytvoření celonárodního souboru základních dat zaměřených na výstupy a vědecky odvozených ukazatelů, které by vznikly z již existujících pokusů. Standardy by měly zajišťovat odpovídající utajení a o ochranu soukromí jednotlivců. Organizace by měly zveřejňovat výsledky hodnocení výkonnosti a být objektem pro nezávislý audit, který by zajišťoval přesnost.
14. **Komunikace mezi poskytovatelem a pacientem.** U informací o zdravotním stavu pacienta a možnostech léčení by organizace neměly omezovat jejich výměnu mezi poskytovateli zdravotní péče a pacienty. Neměly by postihovat ty poskytovatele péče, kteří v dobré víře bránili svoje pacienty, pomáhali jim s vyplňováním formulářů k žádostem o náhrady nebo sdělovali své obavy o kvalitu péče státním úřadům nebo managementu organizací poskytujících zdravotnické služby.
15. **Důvěryhodnost poskytovatelů péče.** Organizace a skupiny poskytovatelů péče by měly vyvinout psané standardy podobné těm, které jsou používány *National Committee for Quality Assurance* při najímání a uzavírání smluv s lékaři, ostatními pracovníky a zdravotnickými zařízeními. Organizace by neměly diskriminovat ty poskytovatele, kteří léčí vyšší počet pacientů s nákladnými nebo chronickými zdravotními problémy.
16. **Ekonomická zainteresovanost poskytovatelů.** Ani organizace ani skupiny poskytovatelů by neměly

používat finančních nástrojů k tomu, aby přímo podporovali poskytovatele k nadměrným výkonům (přeléčení - *overtreat*) nebo omezovali medicínsky nezbytnou péči. Kapitace s plným rizikem by neměla být uplatňována na jednotlivého poskytovatele. Tam kde dochází k financování jednotlivých poskytovatelů prostřednictvím kapitace, měla by být aplikována pouze na služby, které jsou přímo poskytovány daným zdravotnickým pracovníkem. Pokud jsou jednotliví poskytovatelé či malé skupiny financovány prostřednictvím kapitací, nebo pokud nesou poskytovatelé významné finanční riziko, měly by být použity vhodné pojistky, jako např. pojištění ztrát poskytovatelů apod. Všeobecné informace o způsobu financování poskytovatelů by měly být zveřejněny.

17. **Zajištění kvality.** Na všechny organizace by se měly vztahovat srovnatelné všestranné požadavky zajištění kvality. Národní standardy zajišťování kvality by se neměly dublovat a měly by nabízet široké spektrum specifických metod a aktivit využitelných k dosažení těchto standardů a k zohlednění rozdílů mezi jednotlivými zdravotními plány. Standardy by měly umožnit externí prověření kvality péče, které by prováděli kvalifikovaní zdravotničtí profesionálové, nezávislí na daném zdravotním plánu a odpovědní příslušné kontrolní instituci.
18. **Řízení využívání služeb.** Řízení využívání služeb by mělo podléhat by vhodné regulaci, která by zahrnovala požadavky na využívání řádně licencovaných poskytovatelů při hodnocení klinické vhodnosti zamítavých rozhodnutí. Organizace by měly činit včasné a - pokud je to nezbytné - i urychlená rozhodnutí a udávat zásadní důvody pro svá záporná stanoviska a instrukce k zahajování odvolacího řízení. Organizacím by se mělo zakázat, aby přijímaly v rámci svého řízení využívání služeb taková kompenzační opatření, která by vytvářela pohnutky k přijímání záporných rozhodnutí.