

# Řízená péče jako nástroj kontroly nákladů

Publikováno: ZdN 5,1999,8-9

Snaha o získání kontroly nad růstem nákladů na zdravotní péči je společná všem zdravotním systémům od konce sedmdesátých let. Hlavní strategie evropských systémů spočívá ve snaze zamezit růstu nákladů systému jako celku cestou centrálně a administrativně zaváděných plošných regulací. Změny jsou mocensky prosazovány aktuálně vládoucí politickou garniturou a dosud žádná reforma nebyla úspěšně dokončena. Centrálně řízené reformy sice dosahují dílčích úspěchů, ale vlna odporu, kterou zákonitě vyvolají, předznamenává jejich konec. Společným problémem všech plošných opatření k zastropování nákladů na zdravotní péči je omezování péče (čekací listiny) a přesun části nákladů na pacienta. Tento proces je v přímém rozporu s krédem ekvity, které je hlavním vývěsním štítem evropských zdravotních systémů

Ve Spojených státech, které žádný "zdravotní systém" nemají, probíhá a probíhal vývoj zdravotnictví odlišně. V liberálním prostředí amerického zdravotnictví se výše nákladů stala problémem až tehdy, kdy začal stoupat počet lidí, kteří ztratili ochotu tento růst tolerovat. Poptávka po kvalitě za rozumnou cenu přivedla do amerického zdravotnictví v 70. letech nový prvek - řízení zdravotní péče. Tento, do té doby okrajový fenomén v zajištění zdravotní péče o americkou populaci, se během posledních 25 let stal hlavní formou poskytování zdravotních služeb. Je pozoruhodné, že se tato zásadní změna odehrála na základě soukromé iniciativy. Individualizované, fragmentované, extenzivně rozvíjené (FFS) a neodpovědné zdravotnictví bylo nahrazeno zdravotnictvím, ve kterém o přízeň občanů soutěží integrované, odpovědné a komplexní systémy zajištění zdravotní péče. Velikost změn, které proběhly v americkém zdravotnictví, setřídil profesor Miroslav Klain do následující tabulky:

tableheadercolumnkategorie columncolumnndříve columncolumnnyní columnheaderrowcolumnforma úhrady columncolumnza výkony columncolumnza osobu (předplacená péče) columnrowrowcolumnnfinanční riziko nese columncolumnpojišťovna columncolumnposkytovatel columnrowrowcolumnnklon k columncolumnnadužívání zdrav. péče columncolumnneposkytování zdrav. péče columnrowrowcolumnndůraz na columncolumnléčení columncolumnprevenci columnrowrowcolumnnnáklady columncolumnurčují cenu columncolumnse přizpůsobují příjmu columnrowrowcolumnnobchodní strategie poskytovatele columncolumnzvýšovat objem columncolumnsnížovat náklady columnrowrowcolumnnzdravotní služby columncolumnfragmentované columncolumnintegrované do sítě columnrowrowcolumnnpoptávka po columncolumnspecialistech columncolumnprimární péči columnrowrowcolumnn odpovědnost lékaře columncolumnk jednotlivému pacientovi columncolumnke všem registrovaným columnrowtableJednotliví poskytovatelé zdravotní péče se pod tlakem trhu dobrovolně (byť často s malým nadšením) podřídili řízení svého chování v rámci vertikálně integrovaných systémů. Systémy, hospodařící s předem definovaným objemem zdrojů, vytvářejí již třetí desetiletí mechanismy umožňující kontrolu nákladů. V současné době disponují ucelenými programy řídicími užití zdrojů, kvalitou a přístup ke zdravotní péči. Vlivem řízené péče se mění struktura poskytovatelů a vzorce jejich chování. Vzhledem rozdílné historické zkušenosti, společenské kultuře a zakotvenosti v čase nejsou tyto programy jako takové do našich končin bezprostředně přenositelné, ale právě zkušenosti z procesu jejich vytváření, protivenství, která musela být překonávána a zbrusu nové problémy, které nové uspořádání vyvolávalo, jsou pro nás nesporně zajímavé. Poznatky z klinického pokusu na 250 miliónech Američanů nás mohou jak inspirovat, tak uchránit od zbytečných omylů

Řízenou péči (managed care) rozumíme soubor právních, finančních, manažerských, informačních a medicínských nástrojů, které podporují poskytování kvalitní zdravotní péče efektivním způsobem. Ten, kdo je v řízené péči zejména "řízen", je lékař, který ztrácí svoji dosavadní autonomii a výlučnost. Jeho chování je hodnoceno a ovlivňováno směrem ke klinickému stylu, kterým je dosahováno požadovaných výsledků s nejnižšími náklady. Změna chování je podmíněna proměnou postoje lékaře, který opouští svoji tradiční úzkou odpovědnost pouze k jednotlivému pacientovi a nevšimavost k ekonomickým souvislostem a stává se citlivým k nákladům a odpovědným k celému systému.

## Nástroje ovlivňující chování poskytovatelů

### Neřímé

Organizace řízené péče (ORP) ovlivňují finančními a nefinančními nástroji chování "svých" lékařů, ale současně modifikují chování i všech dalších lékařů ve svém okolí. Jejich vliv na okolí vyplývá z možnosti výběru lékařů zapojovaných do systému. ORP pochopitelně uzavírají přednostně smlouvy s lékaři, kteří poskytují kvalitní péči za rozumnou cenu. Lékař, pokud stojí o kontrakt s jednou či více ORP (a on stojí), upravuje své chování k obrazu žádanému v ORP.

## **Přímé**

### **Nefinanční, zaměřené na individuální lékaře**

#### **Výběr lékařů**

Americké ORP používají při výběru lékařů do panelu poskytovatelů pět zdrojů informací. Prvním jsou osobní názory a kontakty lékařského ředitele ORP a druhým jsou názory vedení nemocnice se kterou ORP spolupracuje a jejich odborníků. Dalším užitečným informačním kanálem je seznam lékařů, kteří již spolupracují s konkurenční ORP. Je zřejmé, že tito lékaři jsou ochotni spolupracovat v řízeném systému a současně již získali jisté zkušenosti a dovednosti. Posledními dvěma používanými informačními zdroji jsou místní lékařské společnosti a "zlaté stránky". Na získané adresy je možné rozeslat dotazníky a získat potřebné informace. Pokud rozhodnutí o vybudování ORP učiní významná pojišťovací společnost, pak může s výhodou použít vlastní data. Podle našich vlastních zkušeností jsou pro úspěšný výběr vhodných lékařů klíčové tři faktory - data pojišťovny o jejich dosavadním chování, názor nekonkurujících kolegů a specialistů, a konečně jeho vlastní ochota ke spolupráci. Ukazuje se, že naši lékaři dokáží své chování přizpůsobit podmínkám. Lékaři, kteří ve výkonovém systému pouštěli žilou pojišťovně, se zákonitě stávají platnými inovátory v prostředí řízené péče.

#### **Datová podpora**

Lékařům zapojených do řízené péče jsou poskytovány různě včasné a různě podrobné informace o tom, jaké jsou jejich výsledky ve srovnání s ostatními kolegy, jak je hodnotí jejich okolí, jak se jim daří být v souladu s doporučenými postupy. Takto zavedená zpětná vazba musí fungovat trvale, protože jinak dochází k návratu ke starým stereotypům.

#### **Doporučené postupy**

Doporučené léčebné a diagnostické postupy pomáhají lékařům optimalizovat chování a zvyšovat standardnost chování celé zapojené lékařské komunity. Zatímco u nás dosud všichni představitelé lékařského stavu deklarují svoji touhu se standardizaci podřídit a dokonce chtějí mít místo doporučených postupů závazné standardy, jsou američtí lékaři ke standardům daleko rezervovanější. Jejich první reakce byly povětšinou odmítavé, protože jednak vnímali doporučené postupy jako jakousi kuchařku, která omezí svobodu jejich invence a jednak se obávali jejich vlivu na posouzení lékařova postupu soudem. Postupem času začali doporučené postupy tolerovat a dnes se zdá, že je již berou jako součást své profese. Doporučené postupy jsou jedním z nástrojů řízení, ale jejich dopad nelze přeceňovat. V reálu vše většinou probíhá tak, že praktický lékař, kterému se podaří úspěšně uzavřít kontrakt se pěti ORP ve svém okolí si jejich doporučené postupy uloží na viditelné místo v ordinaci a od té doby na nich jenom utírá prach. Ono je totiž opravdu obtížné modifikovat své chování podle toho, u které ORP je jeho pacient právě přihlášen. Vliv doporučených postupů na jeho chování je spíše psychologický - jejich existence podporuje racionalitu jeho chování. Doporučené postupy v současnosti pokrývají celý rozsah medicíny, ale v začátcích svého vytváření byly vytvářeny přednostně pro nákladné a čtené diagnózy

#### **Společná řeč**

Medicínsky vyškolení lékaři a ekonomicky trénovaní manažeři nehovoří stejnou řečí a tak byla, a někde stále ještě je, důvodem nezdaru neschopnost vzájemné komunikace. S pochopením slovníku a motivací toho druhého jde ruku v ruce i důvěra ve společný cíl a potřeba spolupráce. Lékaři zapojení do ORP musí získat vnitřní přesvědčení, že jejich citlivost k nákladům se vyplatí jak jim, tak všem jejich pacientům. V tomto směru by

mohla být naše situace příznivá, protože většina našich zdravotnických manažerů vyšla z lékařského prostředí

## Pozitivní stimulace

Pozitivní motivace vede k výraznější a trvalejší změně chování lékaře požadovaným směrem než motivace negativní. Přílišné tlačení na pilu vede k nespojenosti a pasivní rezistenci. Administrativně sice vše může vypadat báječně, ale konečný výsledek bude neuspokojivý. Vedle finančního ohodnocení, které je odvozeno od dobrých výsledků je v amerických OŘP zvykem motivovat lékaře organizací "seminářů", diplomy a rozmanitým pozornostmi. Organizace, ve kterých panují dobré vztahy mezi řídicími složkami a lékaři, jsou úspěšnější než ty, ve kterých vládou vášně. Nicméně, jak varuje Peter Kongstvedt, nelze rezignovat na řízení neboť: "Svého času existovalo mnoho zdravotních plánů přátelských k lékařům, po kterých nezbylo o mnoho více než jen kouřící rumiště"

## Postupné kroky

Chování lékařů se nezmění dnem zapojení do řízené péče. Proces jeho ovlivňování je postupný. Obvyklým prvním krokem jsou kolegiální diskuze v lékařské komunitě o tom, jak lépe řešit jednotlivé případy a o tom, jaké jsou ekonomické dopady jednotlivých alternativ. Vzniklý zájem by měl být posilován pozitivní zpětnou vazbou, která informuje lékaře o dosažených úspěších. Teprve po zdárném vytvoření komunikativního prostředí lze začít lékařům jemně vnucovat postupy, které oni sami spontánně nevolí. Příkladem by mohlo být převzetí pacienta s cystickou fibrózou praktickým lékařem k dlouhodobé intravenózní aplikaci antibiotik v domácím prostředí. Pro praktického lékaře to sice představuje vyšší zatížení, ale pro OŘP nižší náklady a pro pacienta vyšší míru komfortu. Tímto je arsenál kroků pro kooperující lékaře vyčerpán a další spolupráce se odehrává v této rovině. Vůči lékařům, kteří se řízené péči upsali, ale chovají se v rozporu s přijatými pravidly hry, se používá více či méně zjevná demonstrace síly formou příkazu. Lékaři je uloženo chovat se v souladu s dohodnutým postupem a je upozorněn na své závazky k organizaci. Váha příkazu je podepřena možností snížení finanční úhrady nebo neproplacením sporných služeb. V řídkých případech ani tento krok nevede k navození očekávaného chování. Pak přicházejí na řadu výše zmíněné sankční opatření a v nejhorším případě ukončení kontraktu

## Zapojení

Častou chybou amerických OŘP je neosobní a suchá komunikace s lékaři, která se projevuje jednosměrným tokem papírů. Existence smlouvy s OŘP je lékaři připomínána novými směnicemi, revizními nálezy, případně upozorněními na porušení doporučených postupů. Je zřejmé, že takto oslovený lékař nepropadne okouzlení ze své OŘP. Mázivem dobrého fungování celého systému je pravidelný a častý kontakt mezi administrací OŘP (administrátorem) a lékaři. Administrátor se setkává s lékaři na pravidelných schůzkách, navštěvuje lékaře v ordinacích a občas s nimi vymění pár milých slov telefonicky. Právě tyto neformální hovory ovlivňují chování lékařů daleko více než sebelépe zpracované směrnice. Je historickou zkušeností, že poslové špatných zpráv jsou krátkověcí. Stejně tak může dopadnou OŘP, o které lékař slyší jenom ve chvíli, kdy jsou nějaké problémy.

## Individualizace

Kongstvedt klade na srdce všem, kteří se řízením lékařů zabývají, aby nepodlehli pokušení reagovat na každý, i sporadicky se vyskytující problém, vydáváním dalších a dalších směrnic. Takže, pokud dva doktoři ze stovky nějak obcházejí stávající pravidla hry, tak si to vyřídíte s nimi přímo a nekomplikujte život ostatním.

## Sankce

Stejně jako v jiných organizacích je potřeba mít mechanismy jak postihovat ty, kteří v některé oblasti porušili či porušují přijatá pravidla hry. S jejich použitím je to stejné jako s každou silovou hrozbou - účinnost klesá s rostoucím počtem nasazení, proto je třeba využívat celý disciplinární arsenál velmi citlivě. Pro oblast medicíny a její kvality si každá OŘP vytváří svojí vlastní odbornou lékařskou komisi, která závažná pochybení hodnotí a navrhuje sankční opatření. Každý provinilec musí být informován o charakteru svého prohřešku a o tom, jaká náprava se od něj čeká. Procedurální náležitosti spojené s prověřováním pochybení v oblasti kvality

poskytované péče jsou ošetřeny zákonem z roku 1986 (The Health Care Quality Improvement Act). Použitelné sankce tvoří plynulou škálu od ústní domluvy, přes písemnou důtku spojenou s pokutou až po rozvázání smlouvy. Poněkud jiný je přístup k lékaři, který sice dělá dobrou medicínu a dodržuje základní pravidla, ale je neúnosně nákladný. Při nezdaru všech výše uvedených technik je s takovým lékařem rozvázána smlouva

## Problémy

Měnit chování dospělého člověka a k tomu ještě lékaře, je obtížné. My lékaři jsme trénováni k samostatnému uvažování a zvykli jsme si na roli autority. Proto se neradi podřizujeme řízení někým druhým, který ještě navíc není ani odborníkem v našem oboru. Máme rozdílné zkušenosti, různé zvyky a zlozvyky a dosud jsme nebyly zvyklí uvažovat o nákladech našeho konání. Řízení zdravotní péče vyvíjí na lékaře tlak směrem k vyšší citlivosti k nákladům a čím je tento tlak vyšší, tím větší rezistenci může vyvolat. Proto se vyplatí aktivně vyhledávat postupy, které dosahují cíle s co nejmenší emoční rozladou. Jednou z oblastí, kde vznikají konflikty, je výběr specialistů do sítě OŘP. Je i naší zkušeností, že pro vytvoření funkční sítě specializovaných služeb, je spolupráce s praktickými lékaři klíčová. Administrátor má sice poslední slovo, ale je vhodné, když mu ho napíší praktičtí lékaři. Pokud to bude jejich volba, tak i spolupráce v rámci panelu poskytovatelů bude hladší. Lékaři se také nesnadno vyrovnávají se změnou své role. Ve starém systému "vybojovávali" na pojišťovně pro svého pacienta maximum možné péče, v systému OŘP jim mizí vnější "nepřítel" jenom oni sami musí rozhodnout o charakteru poskytované péče. Toto rozhodování není snadné a je na plánu, aby lékaři pomohl s řešením tohoto problému (datová podpora, doporučené postupy atd.). Starý vzorec etického chování nahrazuje nový. Omezení zbytečných výdajů uspoří prostředky, které pak mohou být použity tam, kde přinesou pacientům větší užitek. Lékař, který věří v přínos realokace zdrojů, je klíčem k efektivitě OŘ

## Finanční, pro oblast primární medicíny

Způsob, jakým jsou praktičtí lékaři odměňováni, závisí na typu OŘP a tedy na vztahu mezi lékařem a OŘP. Lékaři v zaměstnaneckém poměru dostávají plat a pro ty ostatní je dnes nejrozšířenější formou základní úhrady kapitace (paušální platba za péči o klienty OŘP, do které není zahrnuta ústavní a specializovaná péče), i když platba za výkony není zcela opuštěna (většinou je spojena s některým z regulačních opatření jakými je např. omezení rozpočtem, klouzavá cena, redukováná cena, sdílení rizika atd.). Na tyto základní formy kompenzace lékařů navazují další typy finančních motivací

## Požitky

Slouží zejména k motivaci lékařů v zaměstnaneckém poměru. Poskytování požitků je pro OŘP výhodné z daňových důvodů a umožňuje šetřit mzdové prostředky, protože celkový prospěch lékaře OŘP musí být srovnatelný s příjmy nezávislých kolegů. Všechny OŘP svým lékařům standardně nabízejí pojištění proti malpraxi, životní pojištění, zdravotní pojištění, proplácení nákladů spojených se vzděláváním, licenční poplatky (komora), očkování a nemocenskou. Jednotlivé OŘP se pak liší v tom, čím tento základní balíček požitků vylepší (od poskytnutí auta a penzijního programu až po "otcovskou" dovolenou a proplácení činností, které přímo nesouvisí s prací pro OŘP)

## Sdílení rizika - kapitace, zádržné a zajištění

Všichni lékaři, kterým platí OŘP paušální poplatek za péči o klienty, berou na sebe riziko ztráty v případě, že jimi ošetřovaná skupina spotřebuje více jejich péče, než pokrývá kapitace. Na straně druhé jim zůstává vše co ušetří v případě, že péče, kterou u nich čerpají registrovaní pacienti bude nákladově podprůměrná. Praktický lékař placený ať platem nebo kapitací, si může snižovat své náklady jejich přesunem do specializované nebo institucionální péče. K tomu, aby tak nečinil bylo vytvořeno zádržné. OŘP mají většinou vytvořeny tři fondy - pro primární, indukovanou ambulantní a ústavní péči. Do těchto tří fondů se dělí předplatné každého klienta OŘP přibližně v poměru 1 : 1,5 : 3 a odpovídající péče je z těchto fondů proplácena. Lékaři primární péče je během roku zadržena část platu či kapitace a výše zádržného se pohybuje mezi 5% - 20% platu nebo kapitace platby (nižší zádržné (5% - 10%) se týká většinou lékařů v zaměstnaneckém poměru, lékařům na kapitaci je většinou zadržováno 20, ale někdy i více procent). Tyto zadržené prostředky použije OŘP k uhrazení nákladů spojených s případným přečerpaním fondů indukované a ústavní péče. Pokud se přečerpaní nekonalo, je celé zádržné po skončení fiskálního roku lékaři vyplaceno. V případě, že přečerpaní nespotebovalo celé zádržné,

dostává lékař to, co zbylo. Podle záměrů OŘP lze zádržné vztahovat k individuálnímu chování praktického lékaře, či ke společným výsledkům celé lékařské komunity. V případě individualizace odpovědnosti za celkové náklady je pro celkovou korektnost potřeba omezit vliv náhody. K tomu slouží zajištění proti nadměrným nákladům. Zajištění z bilance fondů vyřazuje náklady na zdravotní péči o pacienta se zvláště nákladným onemocněním, nebo je započítává jenom do stanoveného limit

## **Prémie**

Zatímco zádržné je pojistkou OŘP pro případ růstu nákladů v indukované a ústavní péči (čili nástroj spíše represivní), jsou prémie nástrojem motivujícím lékaře ke snaze o finanční úspěšnost OŘP. Jejich výše může být u zaměstnanců odvozena od platu (běžně 10%), nebo od velikosti úspory. Pokud je odvozována od výše úspor, je obvykle zastropována procentem platu (nejčastěji 20 %). Prémie pro smluvně navázané lékaře většinou vychází z velikosti úspory ve fondech indukované a ústavní péče, opět může být individualizovaná nebo kolektivní a její výše se nejčastěji pohybuje kolem 50% z ušetřených prostředků

## **Finanční, pro oblast specializované či indukované ambulantní péče.**

Náklady na specializovanou či indukovanou ambulantní péči jsou primárně ovlivňovány motivací praktických lékařů k racionálnímu zvažování jejich indikací a definováním sítě těchto služeb. Nástroje finančního řízení nehrají v tomto segmentu zdravotní péče tak významnou roli, jako v oblasti primární či ústavní péče. Vzhledem k odlišnému postavení specialisty v našem a americkém zdravotním systému, patří některé z používaných finančních nástrojů do oblasti naší ústavní péče. Velikost zakázky, kterou OŘP specialistovi může přinést, dává OŘP dobrou vyjednávací pozici, která vede k zajištění lepších služeb pro své klienty (zejména včasnost) a obecně k nižší jednotkové ceně. Pro honorování těchto služeb lze použít snad všechny úhradové mechanismy - platbu za výkony, platbu za výkony se slevou (- 20%) pevnou, či klouzající (čím větší zakázka, tím větší sleva), platbu za výkony s cenou stanovenou indexací sazebníku, kapitaci, paušální platbu s doplatky dle míry využití, hodinovou mzdu, APG (ambulatory patient groups - ambulantní ekvivalent DRG). V této skupině lze také použít výše uvedené motivační nástroje, i když to nebývá běžné

## **Nástroje ovlivňující chování nemocnice**

Lůžková péče tvoří až 40% nákladů OŘP. Proto se všechny systémy řízené péče snaží její poskytování učinit co nejefektivnějším a jejich úsilí má výsledky. Klienti OŘP jsou o 26 - 37% méně hospitalizováni než klienti otevřených systémů, a když se do nemocnice dostanou, tak v ní stráví o 14% méně času. Lékaři, kteří léčí klienty OŘP, se o 22% častěji rozhodují pro ekonomičtější variantu diagnostického a léčebného postupu než jejich nemotivovaní kolegové. Tyto výsledky jsou důsledkem aplikace těchto nástrojů

## **Nefinanční**

### **Výběr vhodných nemocnic**

Při hledání vhodných nemocnic pro systémy řízené péče hrají roli tři skupiny kritérií. První zahrnují veškeré dostupné informace o jejich efektivitě. Druhým a důležitým faktorem je úroveň reputace nemocnice ve svém okolí. Žádná OŘP nenaláká klienty na neoblíbenou a obávanou nemocnici. Pokud předchozí kritéria dávají uspokojivé výstupy je pro konečné rozhodnutí míra ochoty nemocnice s OŘP jak spolupracovat, tak s ní sdílet finanční riziko.

### **Souhlas OŘP s hospitalizací**

Lékař (nemocnice) uvažující o přijetí pacienta do lůžkové péče nebo k ambulantnímu výkonu si musí předem vyžádat souhlas OŘP. Prvoplánový záměr zamezit zbytečným hospitalizacím dnes ustoupil do pozadí a důvod pro odsouhlasení přijetí je trojí. Prvním je posouzení, zda problémy přivádějící pacienta do nemocnice by nebylo výhodnější řešit někde jinde (ať již v zařízení typu LDN nebo naopak ve specializovaném centru). Druhým důvodem je možnost předem připravit strategii péče pro období, kdy důvody pro hospitalizaci na akutním oddělení pominou - zajištění rehabilitační péče, domácí péče atp. Poslední důvod je dán potřebami

finančního řízení plánu. Díky včasné informovanosti lze kvalifikovaně provádět operativní řízení. Toto opáření se samozřejmě nevztahuje na akutní záležitosti, nicméně i tak je obvykle nemocnice povinna informovat OŘP do 24 hodin po přijetí jejího klienta

## **Předoperační vyšetření a termín přijetí**

Potřebná laboratorní vyšetření se přednostně provádějí v zařízeních kontrahovaných OŘP (nižší cena) a pacient je přijímán k hospitalizaci až v den výkonu.

## **Seznam ambulantně prováděných výkonů**

Mnoho diagnostických i terapeutických zákroků, dříve vyhrazených nemocniční péči, lze s menšími náklady provádět ambulantně. Proto je v rámci každé OŘP dohodnut soupis všech výkonů, které je výhodnější poskytovat klientům ambulantním způsobem. Pokud se vyskytne potřeba pacienta k některému z výkonů na seznamu hospitalizovat, je třeba si vyžádat souhlas OŘP.

## **Stanovení maximální doby hospitalizace**

OŘP deklaruje maximální počet ošetřovacích dní, které může nemocnice dostat zapláceno při péči o definované onemocnění. Nemocnice ví předem, že na pacienta přijatého na plánovanou cholecystektomii si může vykázat maximálně tři ošetřovací dny, a tak tomu přizpůsobuje své chování. Koncept maximální ošetřovací doby je jednodušší, ale zřejmě i méně efektivní alternativou konceptu DRG. Jeho uplatnění v systému, který platí nemocniční služby úhradou za ošetřovací den, má své výhody a problémy. Jeho nesmírnou výhodou je jednoduchost a jednoznačnost. Stanovením pravidel se snižují dohady nad konkrétními pacienty a pro dohled nad jejich dodržováním není potřeba zaměstnávat vysoce kvalifikované odborníky. Oproti úhradě podle DRG je tento mechanický systém málo motivující pro zkracování ošetřovací doby pod stanovené maximum. Pro nemocnici je výhodné se vždy "strefit" do maxima. Osobně si myslím, že tento koncept je již zastaralý a pro nás nevhodný. A to jak pro to, že posiluje antagonistické vztahy mezi plátcí a poskytovateli, tak pro to, že zamezuje přirozenému vývoji - motivace nemocnice zkracovat ošetřovací dobu pod stanovené maximum je nulová

## **Činnost asistenční sestry**

Asistenční sestra je v OŘP ten, který je v trvalé interakci jak s pacienty, tak s poskytovateli zdravotní péče. Obrazně řečeno, asistenční sestry jsou jak smysly, tak rukama plánu řízené péče. Jejich rolí je:

- shromažďovat informace o tom, co se dělo, děje a chystá dít s klienty plánu, kteří jsou v nemocniční péči
- provádět denní vizity u hospitalizovaných pacientů (v oblastech s obtížnou geografickou dostupností alespoň telefonicky)
- porovnávat průběh hospitalizace se stanovenými kritérii a reagovat při rozporech
- připravovat hladký průběh propuštění a následné péče

Zejména tento poslední bod je pro efektivní péči o pacienta důležitý. Asistenční sestra se postará o to, aby v den kdy může být pacient propuštěn, bylo vše potřebné připraveno. Pokud je třeba místo v rehabilitačním ústavě, je zamluveno, je-li třeba nějaká speciální protetická pomůcka, je včas objednána. Vedle těchto více méně technických záležitostí je starostí asistenční sestry také informovat rodiny nemocného o tom kdy mohou svého blízkého doma očekávat, jakým způsobem o něj bude třeba pečovat, jaké věci si k tomu mají obstarat a tak podobně.

## **Finanční**

Ve většině států USA je možné uzavřít s nemocnicí libovolný kontrakt, a to jak s ohledem na formu, tak na výši úhrady. Jednání o kontraktu bývají dlouhodobá (několik měsíců) a jejich výsledek závisí vedle vyjednávacích schopností OŘP také charakteru nemocnice a její vnitřní situaci. Neziskové nemocnice jsou obecně daleko méně flexibilní při jednáních než nemocnice orientované na profit a stejně tak nemocnice, která má většinu

svých kapacit plně vytížených je méně ochotná přistoupit na snížení ceny než ta, která může svůj výkon zvýšit bez výraznějšího ovlivnění svých fixních nákladů. Obecně jsou přitažlivé ty nemocnice, které mají vyhlášené porodnice, protože přitahují mladá manželství

## **Používané úhradové mechanismy**

### **Proplacení pohledávky nemocnice**

Jednoduché, ale pro OŘP nejméně výhodné. Používá se jen v situaci, kdy OŘP potřebuje zajistit některou konkrétní službu v nemocnici pro své klienty a nemá na výběr.

### **Zlevněná pohledávka nemocnice**

Nemocnice pošle účet OŘP, stejně jako kterémukoli jinému plátcí, ale OŘP z něho proplatí jen dohodnutou část (např. 90%).

### **Klouzavé zlevnění pohledávky nemocnice**

Sleva za nemocniční služby se zvyšuje s velikostí zakázky

### **Platba za ošetrovací den**

Mohou se dohodnout výše plateb podle typů lůžek, charakteru péče či podle dne hospitalizace. Je to jednoduchá, ale znamená motivaci k prodlužování jak hospitalizace, tak k ponechávání pacientů na lépe placených lůžkách. Vyvolává potřebu užívání regulačních mechanismů typu stanovení maximální ošetrovací doby.

### **Klouzavá platba za ošetrovací den**

V závislosti na velikosti zakázky se snižuje cena ošetrovacího dne.

### **DRG (Diagnosis-Related Groups)**

Úhrada na základě DRG představuje silnou motivaci pro nemocnici ke zvýšení efektivity činnosti, protože úspory, kterých může dosáhnout, mohou být významné. Z této úspory nemá OŘP žádný prospěch a vzhledem k tomu, že OŘP jsou většinou schopny dostatečně efektivně organizovat péči o své pacienty, je jejich malý zájem o úhradu na základě DRG pochopitelný. DRG používají ty OŘP, které nedisponují dostatečnými nástroji k ovlivnění chování nemocnice.

### **Platba za případ**

OŘP si může dohodnout s nemocnicí cenu některých výkonů či služeb, bez ohledu na to, jaký rámcový úhradový typ si zvolila. Klasickým příkladem je cena porodu.

### **Pronájem postelí**

Poměrně raritní typ v rámci kterého si OŘP pronajme v nemocnici určitý počet postelí za paušální poplatek a obsazuje je podle svých potřeb.

### **Platba za klienta (kapitace)**

Nemocnice přebírá odpovědnost za zajištění všech služeb v rámci segmentu ústavní péče. Její příjem na klienta

plánu je odvozen od procenta z příjmu OŘP (kolísá s výší pojistného) nebo jako suma částek kalkulovaných na základě jejich věku a pohlaví.

## **Zálohové platby**

Finančně silná OŘP může poskytnout nemocnici peníze předem (zálohová platba) a tuto zálohu doplňovat pokud je dočerpána k dohodnuté hranici. Díky tomuto uspořádání může OŘP dosáhnou významně větší slevy za nemocniční služby.

## **Sankce a prémie**

Kontrakt mezi nemocnicí a OŘP může obsahovat pravidla, která se nemocnice zavazuje dodržovat. V závislosti na tom, jak svým závazkům dostojí, je buďto penalizována nebo odměněna. Technickým řešením bývá obvykle zádržné.

## **Závěr**

Řízená péče uspěla v minimálně regulovaném zdravotnictví Spojených států pro svojí efektivitu a schopnost adaptace na změnu prostředí. Její klientela se od začátků devadesátých letch zvětšuje o 12% ročně, přičemž roce 1996 dosáhl počet předplatitelů HMO 65 milionů a pro PPO (volnější formu řízené péče) se rozhodlo 90 milionů Američanů. Nástroje, které používá, prokázaly, že přinášejí užitek těm, kteří je dokáží používat. Uvidíme, zda se časem zabydlí také u nás.

Autoři:

- MUDr. Pavel Vepřek, Tým DG plus, s.r.o.

Copyright ©2002 Tým DG plus, spol. s r.o.; Poslední změna: 2002-08-12 13:22:58