

Řízená péče a její efektivita

Publikováno: Zdravotnictví v ČR, 3, 1998, 55-57

Řízenou péči (managed care) rozumíme soubor právních, finančních, manažerských, informačních a medicínských nástrojů, které podporují poskytování kvalitní zdravotní péče efektivním způsobem. To, co je v řízené péči "řízeno", je chování lékařů. K ovlivňování efektivity jejich klinického stylu byla zavedena celá řada prostředků, jako je například selektivní kontrahování poskytovatelů (možnost jak nenavázat, tak rozvázat kontrakt), vybavení lékaře informacemi o medicínsko-ekonomických dopadech jeho chování a tím vytvoření mechanismů zpětné vazby či směrnice určující nejúčelnější postupy (řízení užití zdrojů). Významným nástrojem řízení je volba vhodného úhradového mechanismu a sdílení finančního rizika nákladů zdravotní péče mezi plátcem a poskytovatelem (1).

Historie

Řízená péče se vyvíjí ve Spojených Státech asi 60 let a několik posledních let i ve většině států Evropy. Za první aktivitu tohoto typu je pokládán zdravotní plán doktora Michaela Shalida z Elk City v Oklahomě, který vznikl v roce 1929 jako zdravotní družstvo místních farmářů. Historicky druhým projektem řízené péče je systém doktorů Donalda Rosse a Clifforda Loose z roku 1934, kteří za paušální poplatek pečovali o zdravotní stav 2 tisíc zaměstnanců Los Angeleských vodáren. V následujících dekádách vznikaly další organizace, které poskytovaly zdravotní péči svým abonentům na základě různě konstruovaného předplatného. Nejznámější z nich je asi Kaiser-Permanente Medical Care Program, který vznikl k zajištění zdravotní péče pro zaměstnance Kaiserových závodů v roce 1942 (2). Do sedmdesátých let byla řízená péče okrajovým modelem zajištění zdravotní péče obyvatel USA. Prudký růst nákladů ve zdravotnictví, který byl v USA daleko dramatičtější než v Evropě, vytvořil tlak na zvýšení efektivity v poskytování zdravotní péče. Dosavadní majoritní podoba zdravotnictví, charakterizovaná platbou za výkony (FFS), rizikově oceněným zdravotním pojištěním, svobodnou volbou lékaře, neodpovědností a fragmentací zdravotních služeb, je měněna směrem ke kompetitivním, integrovaným, komplexním a odpovědným systémům poskytování zdravotní péče - tedy systémům poskytujícím řízenou péči. Federální zákon z roku 1973 definoval podobu organizací udržujících zdraví (Health Maintenance Organisation - HMO) a přinesl řízené péči jak legislativní, tak finanční podporu. Počet klientů HMO stoupl z 9 milionů v roce 1980 na 65 milionů v roce 1996 a abonentů PPO (volnější formy řízené péče), která se kolem roku 1980 vytvořila, bylo v roce 1996 90 milionů (3). Počet Američanů zapojených do některé z forem řízené péče se v devadesátých letech zvyšuje o 12% ročně. V současné době skončilo období konkurence mezi systémy pracujícími v režimu řízené péče a otevřenými pojišťovenskými systémy hradícími náklady spojené s epizodami čerpání léčebné péče u libovolných poskytovatelů. Motorem dalšího vývoje je dnes v USA vzájemná konkurence jednotlivých systémů řízené péče

Typy řízené péče

Řízená péče tvoří v současnosti kontinuum od systémů s minimálním řízením nákladů a kvality (klasické pojištění s některými prvky řízení) až po systémy maximálně orientované na jejich kontrolu (zaměstnanecský model HMO). Vzájemné prolínání jednotlivých typů činí její taxonomii obtížnou, nicméně za základní modely kontinua řízené péče jsou pokládány:

Organizace udržující zdraví

(Health Maintenance Organizations - HMOs) jsou organizované zdravotní systémy, které odpovídají jak za financování, tak za poskytování komplexních zdravotních služeb svým klientům. Podle způsobu zapojení lékařů do organizace je rozeznáváno 5 modelů HMO: Zaměstnanecský model (Staff Model). Lékaři jsou zaměstnanci HMO, dostávají plat a prémie vázané na kvalitu a produktivitu práce. Skupinový model (Group Model). HMO kontrahuje pro péči o své klienty víceoborovou skupinovou praxi. Síťový model (Network Model). HMO vstupuje do smluvního vztahu s více skupinovými praxemi. Model sdružení individuálních praxí (Individual Practice Association Model - IPA model HMO). IPA je sdružení jednotlivých praxí, které si ponechávají svojí identitu. IPA vzniká buďto primárně dohodou jednotlivých lékařů - pak obvykle navazuje vztahy s více než jednou HMO, nebo je formována přímo pro potřeby HMO. HMO platí za své klienty IPA

kapitací a uvnitř IPA se prostředky rozdělují buďto platbou za výkony nebo kombinací kapitace a výkonů, přičemž část úhrady je vázána na finanční úspěšnost celku (sdílení rizika). Model založený na přímých kontraktech (Direct Contract Model). HMO kontrahuje lékaře přímo a platí je obdobně jako IPA.

Organizace preferovaných poskytovatelů

(Preferred Provider Organizations - PPOs) jsou organizace, jejichž prostřednictvím kontrahují pojišťovny nebo zaměstnavatelé u vybraných poskytovatelů zdravotní služby pro své pojištěnce či zaměstnance. V klasickém uspořádání kontrahovaný lékař souhlasí, že bude respektovat pravidla PPO (řízení nákladů) a stanovený způsob úhrady (cena jeho služeb pro PPO je o cca 20% nižší než pro ostatní). PPO na oplátku motivuje své klienty k čerpání péče u těchto vybraných doktorů. Na rozdíl od HMO může klient navštěvovat libovolné doktory, nicméně pokud navštíví lékaře ze sítě PPO, tak platí významně nižší spoluúčast

Organizace exkluzivních poskytovatelů

(Exclusive Provider Organizations - EPOs) jsou obdobou předchozích s tím rozdílem, že jejich klienti nemají svobodnou volbu lékaře a mohou se léčit jen u lékařů kontrahovaných v rámci EPOs.

HMO se svobodou volby

(Point-of-Service HMO - POS HMO nebo také POS Plan) je poměrně mladým hybridem (prvé POS HMO začaly vznikat kolem roku 1985) mezi PPO a HMO. Klient může čerpat služby tam kde se mu zlíbí, ale pokud je čerpá v rámci HMO, jeho spoluúčast je nižší (4).

Efektivita řízení péče

Dramaticky se zvyšující podíl organizací řídicích zdravotní péči na zdravotnickém trhu ve Spojených Státech je jasným dokladem toho, že tento způsob zajištění zdravotní péče snižuje náklady, a to bez odstrašujícího zhoršení kvality poskytovaných služeb. Dnešní podoba organizace a obsahu zdravotní péče v USA je výsledkem dlouhodobého, a ne vždy úspěšného, procesu hledání oblastí, ve kterých lze efektivitu zvýšit. Současně s identifikací možných zdrojů úspor se vymýšlely způsoby jak potenciální úspory změnit na úspory skutečné. Je zřejmé, že místa očekávaných úspor i způsoby jejich dosažení, se v průběhu času měnily a měnit se budou i nadále.

Rozsáhlá Luftova studie z konce sedmdesátých let (5) analyzuje rozdíly mezi řízenou péčí a otevřeným pojišťovenským systémem od roku 1950. Celkové náklady na zdravotní péči poskytovanou systémem řízené péče byly o 10 - 40% nižší než u konvenčního pojištění. Nejvyšší rozdíl byl zaznamenán v polovině šedesátých let mezi náklady Kaiser-Permanente a Blue Cross/ Blue Shield. Kaiser-Permanente v té době zajišťoval zdravotní péči s náklady o 88% nižšími než nejnižší zdravotní pojišťovna. Organizace řízené péče (ORP) dosahovaly příznivějších nákladů téměř výhradně menším počtem hospitalizací (o 30% méně), zatímco v ostatních ukazatelích se jejich péče o klienty signifikantně nelišila od péče zajišťované konvenční pojišťovnou (shodné počty ambulantních kontaktů, obdobné délky pobytu v nemocnici, žádné rozdíly v nákladech na hospitalizační epizodu). Ze studie je zřejmé, že ve sledovaném období neovlivnilo řízení péče klinický styl lékařů, ale jenom jejich postoje. Působení motivačních nástrojů řízené péče se promítlo do vyšší ochoty praktických lékařů nést odpovědnost za své pacienty a v jejich větší uvážlivosti při rozhodování o potřebě lůžkové péče.

V osmdesátých letech a devadesátých letech se vliv řízení zdravotní péče začíná odrážet i na klinickém stylu lékařů. ORP mají i nadále nižší počet hospitalizací (o 26 - 37%) (6) než zdravotní pojišťovny, ale současně je doba pobytu na lůžku klienta ORP o 1 - 20 % (průměrně o 14%) kratší než konvenčního pojištěnce (1). Kratší doba hospitalizace snižuje náklady, které jsou ještě dále příznivě ovlivněny tím, že se lékaři zapojení do řízené péče daleko častěji rozhodují pro ekonomičtější variantu diagnostického a léčebného postupu (o 22 %) než jejich nemotivovaní kolegové. Samozřejmě, že se jedná jen ty případy, kdy existují medicínsky rovnocenné alternativy. Rostoucí podíl ORP na zdravotnickém trhu tak příznivě ovlivňuje celkové náklady na lůžkovou péči. Robinsonova studie (7) uvádí, že desetiprocentní zvýšení podílu řízené péče vedlo během 6 let v Kalifornii k snížení růstu nákladů na hospitalizovaného pacienta o 9,6%. Dopad řízené péče se nejvíce projeví v oblastech s nadbytečnými lůžkovými kapacitami ve kterých je velká konkurence mezi jednotlivými

nemocnicemi. Orientace na ambulantní způsob ošetřování klientů OŘP se promítá do frekvence jejich kontaktů s lékaři primární a ambulantní specializované péče - OŘP vykazují vyšší nebo stejnou frekvenci kontaktů ve srovnání s pojišťovny. Občasné mediální obviňování OŘP z neposkytování potřebné péče nenachází oporu ve výsledcích početných srovnávacích studií (1). Z nich vyplývá, že OŘP poskytují lepší prevenci a stejnou nebo mírně lepší léčebnou péči jako konvenční zdravotní pojišťovny (čtrnáct ze 17 šetření v jednotlivých medicínských oblastech prokázalo vyšší nebo stejnou kvalitu péče o klienty OŘP). Průzkumy spokojenosti prokazují, že klienti OŘP jsou velmi spokojeni s poměrem mezi výší předplatného (pojištění) a poskytovanými službami, i když někteří by si přáli vyšší komfort služeb (pokud možno za stejné peníze)

V současné době se zdá, že konkurence s konvenčním pojištěním, která stimulovala OŘP ke zvyšování efektivity a snižování nákladů, ztrácí svůj náboj. Američané roku 1998 netrpí nouzí a za vyšší komfort a za pocit jistoty, že se v případě nemoci setkají s tou nejlepší myslitelnou péčí, jsou ochotni si platit větší předplatné. Této poptávce se přizpůsobuje nabídka a některé HMO v letošním roce výrazně zvýšily své předplatné.

Řízená péče v Evropě a u nás

Všechny evropské zdravotní systémy (pojišťovenské i národní) se obtížně vyrovnávají se společným problémem - jak udržet rovnováhu mezi zdravotními potřebami a disponibilními zdroji. Růst nákladů, který ovlivňuje chod zdravotních systémů od 70. let, vyvolal ve všech západoevropských zemích kaskádu různě úspěšných reforem orientovaných na zadržení tohoto růstu. Úspěšnost i zdařilých opatření je časově limitována, protože nároky na zdroje pro zdravotnictví rostou nepochybně rychleji než jejich vytváření. Začíná převládat názor, že vymyšlení dokonalého a do nejmenších detailů propracovaného systému je marněním času a energie. Myšlenkový proud, který začíná převládat, razí přesvědčení, že místo snahy o regulaci každého detailu je třeba vytvořit takové prostředí, ve kterém by se nová řešení sama rodila. Řízená péče je jednou z možných cest, protože takové prostředí vytváří. Modely vytvořené ve Spojených Státech se nedají ve své dnešní vyzrálé podobě jen tak snadno přesadit do Evropy, ale principy jejich fungování a mnoho z nástrojů řízení nákladů, které používají a které si odzkoušely, mohou pomoci při vytváření jejich evropských protějšků. Většina západoevropských zemí si ověřuje možnosti řízené péče v pilotních projektech a Česká republika v tomto směru není pozadu (8)

Zvyšování efektivity v poskytování zdravotní péče je nepřetržitým hledáním stále účelnějších postupů. Je to jediný proces, který může umožnit trvale udržitelný rozvoj medicíny. K tomu aby probíhal je třeba vytvořit vhodně motivující prostředí. Prostor řízené péče je jedním, a možná jediným, z nich.

Autoři:

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

Zdroje:

1. Miller, R. H., Luft, H.S.: Managed care plans performance since 1980, JAMA, 1994, 271, s. 1512-1519.
2. MacLeod, G. K.: An overview of managed health care, in Essentials of Managed Health Care, Aspen Publishers, Galthersburg, Maryland, 1995, s. 3.
3. Enthoven, A.C.: Market based reform of U.S. health care financing and delivery: managed care and managed competition, Innovations in Health Care Financing, World Bank Discussion Paper No. 365, 1997, s. 195-213.
4. Wagner, E.R.: Types of managed care organizations, in Essentials of Managed Health Care, Aspen Publishers, Galthersburg, Maryland, 1995, 25-32.
5. Luft, H.S.: How do Health Maintenance Organizations achieve their "savings", The New England Journal of Medicine, 1978, 24, s.1336-1343.
6. Greenfield, S., Nelson, E.C., Zubkoff M. et al: Variation in resource utilization among medical specialties and systems of care" results from the Medical Outcomes Study, JAMA, 1992, 267, s. 1624-1630.
7. Robinson, J.C.: HMO market penetration and hospital cost inflation in California, JAMA, 1991, 226, s. 2719-2723.
8. Macháček, T. a kol.: Projekt systému řízené zdravotní péče (interní studie - OZP), Tým DGplus, Praha, 1997.

