

Řízená péče - cesta k dospělosti

Publikováno: Zdravotní pojištění a revizní lékařství, 3,1999,55-56

Souhrn

Evropské zdravotní systémy vznikaly v době "laciné" medicíny jako systémy sociální. Tyto systémy spolehlivě distribuují dávky podle předem stanovených pravidel, ale mají omezenou schopnost průběžné adaptace na změnu prostředí. Jejich statický charakter se projevil v posledních třech desetiletích, kdy snaha o řešení rostoucích rozporů mezi potřebami a omezenými zdroji vedla k sérii reformních procesů. Dočasná účinnost tradiční regulačních a řídicích nástrojů vedla k poptávce po dynamickém zdravotním systému nadaném schopností autoregulace. Efektivita alokace a užití zdrojů takového systému bude výsledkem dynamické rovnováhy při uspokojování zájmů všech subjektů, které se na jejich alokaci podílejí. Množství, struktura a kvalita poskytované zdravotní péče pak bude určována interakcí informovaných a motivovaných subjektů a nikoli stanovena normativně. Řízená péče (managed care) odpovídá požadavkům kladeným na dynamický zdravotní systém a osvědčila se ve Spojených Státech. Její principy jsou aplikovatelné v evropském kulturním a legislativním prostředí a ve většině evropských států jsou dnes projekty řízené péče testovány. Řízená péče vstupuje do českého zdravotnictví evolučně a nenásilně a v dohledné době má reálnou šanci jeho efektivitu zvýšit zásadním způsobem

Klíčová slova

Řízená zdravotní péče, Managed Care, efektivita, alokace zdrojů, reforma zdravotnictví, dynamická rovnováha

České zdravotnictví má problémy. A není v tom samo. Všechny rozvinuté země hledají takové uspořádání svého zdravotnictví, které by bylo schopno řešit rozpor mezi rostoucími potřebami a omezenými zdroji k jejich uspokojení. Hlavním tématem světového zdravotnictví posledních třiceti let tedy není boj proti jednotlivým chorobám, ale snaha o adaptaci na novou realitu rychle rostoucích nákladů.

Růst nákladů v našem zdravotnictví a změnu jejich struktury lze dokumentovat jak v měřítku tohoto století, tak na posledním desetiletí. Naši dědové vynakládali v období mezi dvěma světovými válkami na své zajištění v nemoci 3,9 % svého příjmu a z toho 60 % směřovalo na nemocenskou (tedy na úhradu ušlé mzdy). Vlastní zdravotní péče byla kryta 40 % z uvedených 3,9 % (Papeš). Dnes směřuje do zdravotního pojištění a na nemocenskou 18,3 % našeho daňového základu a z toho většina (74 %) připadá na zajištění zdravotní péče. Fenomén růstu nákladů ve zdravotnictví k nám dorazil s téměř dvacetiletým zpožděním. Po rozpadu státního monopolu na poskytování zdravotní péče, který do zdravotnictví vkládal kolem 5% HDP (5,3 % v roce 1988), se podíl zdravotnictví na HDP zvyšoval do roku 1995, kdy dosáhl 7,5%. V následujících letech došlo k mírnému poklesu údajů oficiálních statistik (7,3 % HDP v r. 1998), způsobené dílem změnou metodiky propočtu HDP a dílem přesunem části nákladů mimo oficiální evidence provázené omezením dostupnosti péče. O skutečném poklesu nákladů tedy nelze hovořit

Na zvyšování nákladů na zdravotní péči se ve všech zdravotních systémech podílejí dvě skupiny příčin. Mezi nejdůležitější objektivní příčiny je řazen rozvoj medicínských technologií, společně se stárnutím populace a růstem jak očekávání lidí, tak míry jejich ochoty za zdravotní služby platit. Subjektivní příčiny spočívají ve schopnosti systému efektivně alokovat a užívat zdroje. Zatímco s "objektivními" příčinami růstu nákladů mnoho nenaděláme, je oblast alokační efektivity potenciálním zdrojem významných úspor. Právě lepší využívání vynakládaných prostředků je nadějí, že rozvoj medicíny bude moci pokračovat bez toho, že by podvázal další oblasti života společnosti

Statické systémy

Problém evropských systémů je v historicky zastaralém pohledu na zajišťování zdravotní péče. Zdravotní systémy vznikaly v době, kdy vlastní zdravotní péče byla laciná a jejich hlavním posláním bylo zajistit rodinu během nemoci jejího živitele, tedy jako systémy sociální. Proto jsou všechny evropské modely konstruovány na distribuci dávek a jejich rozhodovací potenciál je velmi omezený. Jsou to tedy systémy statické. Je pro ně

charakteristická převaha centrálního řízení, normování, korporativismus a recidivující konflikty mezi jednotlivými zájmovými skupinami. Statické systémy preferují zájmy silnějších, ztěžují zavádění nových technologií, konzervují staré nešvary a své potíže řeší na úkor pacientů (čekací listiny, omezování péče). Systémy se na průběžný vývoj jak medicíny tak okolního prostředí adaptují ve skocích až po té, co skupina, která je dosavadním nastavením systému poškozována získá větší sílu, než skupina, která má z dosavadního uspořádání věcí prospěch. Každé zvýšení efektivity systému je něčí ztrátou.

Také u nás máme statický zdravotní systém, ve kterém pravidla hry určují výsledky střetů mezi pojišťovny a korporacemi poskytovatelů. Jejich dosavadním výsledkem je tiché přenášení dopadů finanční tísně zdravotnictví na ty, kteří zdravotní služby potřebují a při pokračování trendu stávajícího vývoje se brzy dostaneme do situace ostatních postkomunistických států, ve kterých alokace veřejných zdrojů má jen omezený vliv na rozsah a kvalitu poskytované péče. Všichni se shodují, že je se současným zdravotnictvím třeba něco dělat. Jenom je otázkou co. Ti, kteří vnímají zdravotnictví jako statický systém si představují, že je možné provést "objektivní ekonomickou analýzu", která by zjistila kolik peněz vlastně zdravotnictví potřebuje, a pak je buďto někde obstatat, nebo rozsah zdravotní péče omezit. Ze stejného soudku jsou představy, že zvýšením regulačních a kontrolních opatření, společně se snížením administrativních nákladů, se získají nějaké další peníze. Není tomu tak, protože systémy rozdělené na dozorce a chovance mají velmi nízkou efektivitu. Bez motivace všech zúčastněných, bez patřičných informací a bez komunikace, je zvýšení efektivity systému nereálné. Zdravotnictví již nikdy nebude statickým systémem, ve kterém lze vše rozškatloukat, a který lze řídit centrálně. Vývoj medicínských technologií a potřeb populace v konfrontaci s omezenými zdroji staví každé normování do sisyfovského postavení, z principu věci je každá norma zastaralá ve chvíli svého vyhlášení

Reformy evropských zdravotních systémů

Hlavní strategie evropských systémů byly zaměřeny na zamezení růstu nákladů cestou centrálně a administrativně zaváděných plošných regulací. Mezi nejužívanější nástroje tohoto typu patří snižování počtu poskytovatelů (zmenšování lůžkového fondu, limity počtu specialistů), regulace cen služeb, materiálů a léků, zavádění výdajových stropů a pokusy o regulaci poptávky (1). Všechna tato opatření sice přechodně zlepšují finanční stabilitu systému, ale jenom do další finanční krize. Navíc ve chvíli, kdy tvůrci reformy ztratí politickou moc, končí i reforma. Zatím žádná reforma zdravotnictví v Evropě neproběhla tak, jak byla původně plánována. Po každé z nich zůstalo něco dobrého, ale stále více roste poptávka po zásadní změně fungování zdravotních systémů. Proto jsou téměř v každé zemi západní Evropy testovány prvky systému, schopného průběžně řešit rozpor mezi potřebami a zdroji, tedy systému dynamického

Dynamický systém

Zdravotnictví v příštím tisíciletí by mělo být dynamickým systémem schopným průběžné adaptace na změny. Efektivita alokace a užití zdrojů bude výsledkem dynamické rovnováhy při uspokojování zájmů všech subjektů, které se na jejich alokaci podílejí. Množství, struktura a kvalita poskytované zdravotní péče bude určována interakcí informovaných a motivovaných subjektů (2), tedy nikoli rozhodnutím nějaké komise. Znamená to posílení odpovědnosti občanů a možnosti jejich individuální volby. Rozhodování doktorů, složitější o každodenní řešení etického problému mezi odpovědností k individuálnímu pacientovi a ke společnosti, bude citlivější k nákladové stránce sdílením finančního rizika s plátcem. Pojišťovny se stanou aktivními kupci služeb pro své klienty a stát v roli rozhodčího bude hlídat aby se někomu nedálo příkoří, a podle potřeby upravovat pravidla hry. Cílem není hledání konečného řešení, ale vytvoření prostředí, ve kterém nová řešení vznikají

Řízená péče

Při vytváření takového prostředí se můžeme nechat inspirovat zkušenostmi z druhého břehu Atlantiku, kde přirozený vývoj vedl ke vzniku vertikálně integrovaných systémů, které mají požadované rysy. Tyto systémy jsou integrovanými, komplexními, odpovědnými a kompetitivními systémy zajišťujícími zdravotní péči (3) a pro procesy, které v nich probíhají v důsledku vhodných motivací a informací se vžil název řízená péče (managed care). Tyto systémy, hospodařící s předem definovaným objemem zdrojů, vytvářejí již třetí desetiletí mechanismy řízení jak přístupu ke zdravotní péči, tak její kvality a užití zdrojů (4,5). Řízená péče změnila strukturu poskytovatelů i vzorce jejich chování a úspěchem na zdravotním trhu prokázala své přednosti (6)

Vzhledem k odlišnosti našeho kulturního a legislativního prostředí a rozložení procesů v čase není možné

převzít americkou podobu řízené péče "na klíč". Těch třicet let, během kterých se řízená péče rozvinula do své dnešní podoby, se nedá jen tak přeskočit. Musíme si prodělat její jednotlivé etapy a americké zkušenosti nám to mohou usnadnit. Ameriku nemůžeme kopírovat, ale můžeme se v ní leccos naučit, získat nápady a občas i varování před slepou uličkou (7). Naše současná legislativa nám v zavádění řízení péče nebrání, a tak jsme na tom v mnoha ohledech lépe než naši kolegové v EU. Vznik řízené péče je podmíněn možnostmi sdílení jak informací (o medicíně, kvalitě a ekonomice), tak finančního rizika (motivace) mezi plátcí, poskytovateli a pojišťovnicí. K tomu přistupuje možnost uzavírání selektivních kontraktů mezi plátcí a poskytovateli, možnost řídit přístup ke specializované péči a existence konkurenčního prostředí. Všem zmíněným podmínkám lze v České republice dostat.

V prostředí řízené péče má každý subjekt (pojišťovna, poskytovatel, pojištěnec i administrátor) svá práva i povinnosti a do systému se zapojuje ze svého svobodného rozhodnutí. Vzhledem ke svému přirozenému regionálnímu charakteru mohou systémy řízené péče vstupovat do českého zdravotnictví postupně a evolučně. V současné době je řízená péče u nás na začátku svého vývoje, ale je velmi pravděpodobné, že během několika let výrazně ovlivní podobu našeho zdravotnictví. Statický systém, založený koncem minulého století, se postupně a nenásilně promění v systém dynamický, který je přiměřenější dnešní a budoucí podobě zajištění zdravotní péče

Autoři:

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

Zdroje:

1. Vepřek,P.: Hlavní rysy reformy zdravotnictví v Evropě, Zdravotnické Noviny, 4, 1997, 5 - 6.
2. Malý,I.: Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví, Masarykova Univerzita, Brno 1998
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. Vepřek,P.: Řízená péče a její efektivita, Zdravotnictví v České republice, 3, 1998, 55 - 57
5. Vepřek, P: Řízená péče jako nástroj kontroly nákladů, Zdravotnické noviny, 5, 1999, 8 - 9
6. Miller, R. H., Luft, H.S.: Managed care plans performance since 1980, JAMA, 1994, 271, s. 1512-1519.
7. Vepřek,P.: Řízená péče - definice, historie, typy a budoucnost, Zdravotnické Noviny, 25, 1998, 7

Copyright ©2002 Tým DG plus, spol. s r.o.; Poslední změna: 2002-08-12 13:47:22