

Vliv spojení osob plátců a poskytovatelů zdravotní péče na efektivnost služeb

Text referátu na konferenci VŠB Ostrava 1997

Úvod

Mezi principy, na kterých je v současné době postaven náš systém všeobecného zdravotního pojištění, je *oddělenost osob plátců a poskytovatelů zdravotních služeb*. Jinými slovy zdravotní pojišťovny nevlastní a neprovozují zdravotnická zařízení. Svůj zájem na snížení nákladů na jimi proplácenou péči tak mohou v zásadě uspokojovat pouze výběrem efektivnějších poskytovatelů. Ze světa jsou nicméně známy i takové formy poskytování zdravotnických služeb, kdy jsou osoby plátců a poskytovatelů de facto spojeny. Jinými slovy jde o **případy, kdy zdravotní pojišťovny, resp. obdobné instituce vlastní zdravotnická zařízení, ve kterých je poskytována péče pro jejich pojištěnce, nebo kdy vlastní poskytovatelé zdravotnických služeb nabízejí svým potenciálním klientům, aby se u nich „pojistili“, resp. předplatili si právě u nich zdravotní péči pro sebe a svou rodinu.**

V situaci, kdy náš zdravotnický systém již několik let marně hledá uspokojivou formu svého fungování, se zkušenosti s takovou formou řešení vztahu mezi pacientem, „třetím plátcem“¹ a poskytovatelem zdravotní péče mohou jevit jako dosti inspirativní, jakkoliv ji současná legislativa neumožňuje. Z mnoha důvodů lze formulovat **hypotézu**, že *průlom do zásady oddělenosti by mohl znamenat pozitivní posun směrem k dosažení vyšší míry efektivnosti využití disponibilních zdrojů používaných na poskytování zdravotní péče*. Vycházíme přitom z předpokladu, 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 tomto příspěvku se pokusíme o diskusi možných pro a proti, s cílem iniciovat širší odbornou diskusi na toto téma, resp. seriózní výzkum této alternativy. Podrobněji se přitom zaměříme na tzv. *HMOs - Health Maintenance Organizations* jako vhodný příklad pro ověření reálného chování subjektů v podmínkách spojení osob plátců a poskytovatelů.

Subjekty rozhodovacího procesu a jejich role

V rozhodovacích procesech o alokaci zdrojů na zdravotnické služby jde v konečném efektu v podstatě o to, **komu a jaká**² zdravotní služba bude poskytnuta. Přeneseně lze slovy *Victoria Fuchse* říci, že jde o to, „kdo bude žít“.³ Jako v podstatě ve všech ostatních oblastech i zde

¹ „Třetím plátcem“ (plátcem třetí strany, *third party payer*) rozumí literatura subjekt, který provádí bezprostředně úhradu za poskytnutou zdravotní péči, pokud ji přímo neplatí pacient. V různých systémech může tuto funkci plnit stát, veřejné a soukromé zdravotní pojišťovny, charitativní organizace, vzájemné podpůrné fondy apod.

² Pod slovem *jaká* máme na mysli rovněž i všechny související dimenze (včasnost, kvalitu, nákladnost apod.)

³ Fuchs, V.: *Who Shall Live*, New York: Basic Books, 1974

existuje jasný rozpor mezi potřebami a omezenými zdroji na jejich uspokojení. *Někdo* musí tento rozpor řešit, resp. *nějak* se musí řešit. Současné zdravotnické systémy mají přes všechny své rozdíly jedno společné - jsou postaveny na tom, že uvedený rozpor nelze zcela vyřešit jinak standardním způsobem, tj. tržním mechanismem. Podíváme-li se na tradičně uváděné tři základní modely financování zdravotnictví, pak můžeme identifikovat v zásadě pět nejvýznamnějších subjektů, které se společně podílejí na rozhodování o tom, „kdo bude žít“. Bývají to v té či oné formě **vláda** (resp. stát ve své jednotě organizátora veřejné volby, regulátora vnějšího prostředí atd.), **třetí plátce**, typicky pojišťovna (resp. další třetí plátci, pokud jsou), **management zdravotnického zařízení**, **vlastní poskytovatel zdravotnických služeb** (nejčastěji lékař) a **pacient** (jako zákazník).

Právě tyto subjekty rozhodují o základních otázkách, které mají bezprostřední vliv na úroveň efektivity fungování zdravotnictví, ať již ji definujeme jakkoliv, neboť postihují obě základní složky: náklady a efekty.

1. kolik zdrojů bude použito, resp. jaká bude **celková výše výdajů** (resp. jak velkou část HDP vynaloží společnost na zdravotnictví);
2. jak velký **objem služeb** bude za tyto prostředky produkován (je závislý na míře technické efektivity odvětví);
3. jaká bude **struktura a kvalita** těchto služeb (což má vztah zejména ke kategoriím *potřeby* a *poptávky*, které mohou do jisté míry alternativně vystupovat v chápání efektivity a na rozhodnutích se podílejí: a) vláda, stanovováním kategorií plně a částečně hrazené péče jakož i plněním své role při plánování a usměrňování investic..., b) management zdravotnických zařízení tím, jak volí trajektorii rozvoje daného zařízení, c) vlastní poskytovatelé v závislosti na schopnostech, možnostech a ochotě reagovat na potřeby zdravotního stavu populace či poptávce po zdravotnických službách);
4. **kdo** bude **producentem (poskytovatelem)**, ke komu budou alokovány disponibilní zdroje aby jich využil při produkci služeb;
5. **kdo** bude **zákazníkem (příjemcem služby)** a kdo ne, kdo bude léčen, kdo nikoliv, kdo získá službu hned a kdo bude muset čekat apod.

To, jak se výše uvedené subjekty podílejí na těchto rozhodnutích, se samozřejmě výrazně liší systém od systému. Na tomto místě není místo na podrobnější výklad.

Snad jen pro ilustraci: V našich podmínkách je celková výše výdajů závislá cca z 90 procent na rozhodnutí veřejné moci, neboť ta stanovuje sazbu všeobecného zdravotního pojistného a výši přímých výdajů na zdravotnictví, které protékají veřejnými rozpočty. Jinými slovy, můžeme si ji zjednodušeně představit jako předem fixně stanovenou částku, která je *nezávislá* na celkovém množství výkonů produkovaných v systému. Drtivá většina těchto prostředků je svěřena do správy třetích plátců - pojišťoven, které je alokují mezi poskytovatele podle pravidel, které v podstatě vytváří vláda. Shodou okolností je doposud základním pravidlem, že výše platby je *závislá* na množství produkovaných výkonů. To vytváří **první „třetí plochu“ (místo konfrontace)** - stav, kdy je jeden ze subjektů vystaven rozporu mezi omezenými zdroji a poptávkou po nich (zde v podobě nároků na proplacení výkonů ze strany zdravotnických zařízení).

V situaci klasického *fee-for-service* (za předpokladu, že ceny nejsou poskytovatelům diktovány a že spotřebitel nemusí část nákladů hradit přímými platbami) je to pak „třetí plocha“ jediná. Pojišťovna pak má v podstatě jenom dvě možnosti, jak situaci řešit. Může smluvně omezovat objemy proplácené péče a může vybírat nejehospodárněji fungující poskytovatele. Druhá možnost předpokládá, že pojišťovna jako plátce detailně zná okolnosti,

za kterých poskytovatel produkuje služby a může si vybírat ty, u nichž je poměr mezi kvalitou a množstvím péče na jedné straně a náklady na straně druhé pro ni příznivý. (Pokud v daném území existuje více než jeden poskytovatel, dochází k tlaku na ty méně efektivní a v konečném důsledku to může vést až k jejich selekci a ukončení činnosti.) Předpoklad neregulované ceny není příliš realistický. Obvykle je cena za výkon buď výsledkem státní regulace nebo alespoň dohody, což vytváří **druhé místo konfrontace** s omezeností zdrojů. Dochází k ní u poskytovatele, který je většinou vystaven nutností optimalizovat své výstupy s ohledem na jejich relativní ceny a strukturu nákladů. (**Třetím místem konfrontace** ještě může být **pacient** (domácnost), pokud jsou v systému uplatněny přímé platby.⁴)

Moderní zdravotnické systémy konfrontované s neustálým růstem výdajů se nejrůznějšími způsoby snažily a snaží zavádět takové způsoby financování, aby udržely tento nárůst pod kontrolou. Jde zejména o metody založené na stanovování celkové výše úhrady poskytovateli předem. Známe 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. Logika tohoto přístupu je zjevná. Na trzích, kde dochází k nabídkou indukované poptávce je omezení výdajů realizováno autoregulací nabídky a snahou o důslednou hospodárnost při poskytování služeb. (Stejnou logiku mají, mimochodem, i u nás zaváděné platby podle diagnózy.)

Vztah mezi plátcem a poskytovateli

Ač to tak, posuzováno zkušenostmi z fungování českého systému všeobecného zdravotního pojištění, možná nevypadá, třetí plátcem a poskyvatelům služeb jsou historicky vzato spojenci. V zásadě každá cesta, která vedla k tomu, že jednotliví pacienti nebyli přímo konfrontováni s náklady na poskytovanou péči, zvyšovala koupěschopnou poptávku po zdravotnických službách, zvětšovala „trh“ a ve svých důsledcích byla pro poskytovatele nesmírně žádoucí. Poskytnuté výkony byly zcela resp. častěji z části propláceny, aniž by se poskytovatel musel zatěžovat administrativou spojenou s případným vymáháním nebo nesl riziko nedobytnosti pohledávek u jednotlivých pacientů. Z hlediska poskytovatelů šlo o ideální stav, kdy se mohli plně soustředit na čistě odborné medicínské aspekty poskytované služby. Specifika působení konkurence ve zdravotnictví, kde dlouho převládala spíše konkurence kvalitou než konkurence cenová, způsobovala strmé tempo nárůstu celkových výdajů.

Tím, jak se zvýšily celkové výdaje, staly se zdroje relativně vzácnějšími. Zvýšil se tlak na omezování výdajů. V systémech, které byly založeny na konkurenci plátců (typicky soukromých pojišťoven) začíná působit cenová konkurence na trhu se zdravotním pojištěním. Pojišťovny se různými metodami snaží snižovat své náklady. Prosazují např. pevné sazebníky platné pro vztahy s kontrahovanými partnery. Zavádějí tzv. „obvyklé“, „převládající“ resp. „přiměřené“ ceny⁵. Poskyvatelé na tento trend přistupují, neboť relativní snížení ceny je kompenzováno udržením či zvýšením objemu výkonů. Obdobná situace byla i v systémech založených na povinném veřejném pojištění či přímo ve znárodněných zdravotnictvích. Zde jsou to především vlády, které ve své roli třetího plátce hledají způsoby, jak omezit tempo

⁴ Koneckonců, existuje ještě i čtvrté místo konfrontace, a to v situaci, kdy je vláda konfrontována s politickými tlaky při stanovování celkové výše veřejných prostředků určených na zdravotnictví.

⁵ Blíže např. Malý (1993)

výdajů. Nejlehčí pozici zde měly ty vlády, které současně „poskytovaly“ služby (např. Velká Británie). Ty mohly vcelku pohodlně pracovat s globálními rozpočty pro „své“ nemocnice, kontrolovat management, mít detailní přehled o nákladovosti, plánovat a koncepčně řídit celé odvětví. Úspěch v kontrole růstu nákladů byl však na druhé straně vykupován i některými negativními jevy. Zejména bývají uváděny: nedostatkovost některých typů služeb, pořadníky a čekací lhůty apod. Ostatně negativa tohoto uspořádání jsou u nás ještě v dobré paměti a některá přetrvávají dodnes.

Ke spojení osob plátců a poskytovatelů však docházelo i jinými formami a v podmínkách ryze liberálních modelů (máme zde na mysli především USA). Došlo k tomu zcela přirozenou formou. Hlavní motivací přitom byl (jak jinak) motiv ekonomického přínosu. Některé z těchto forem prokázaly během uplynulých desetiletí svoji životnost a stávají se významnou alternativní formou zajištění zdravotní péče pro značnou část populace.

Health Maintenance Organizations (HMOs)

Základní princip, na kterém vznikly první HMOs, je nám vcelku dobře známý. Velké loděřské 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.

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. Koncem roku 1987 se rozšířilo členství v HMOs a podobných aktivitách založených na předplatném na 30 milionů Američanů, což bylo 13 % populace. Poslední údaje za rok 1992 uvádějí, že v USA existovalo 546 HMOs, ve kterých bylo zapsáno 41,4 milionu členů. Největší HMO sdružují více než milion členů. (Unikátním gigantem je *Kaiser Foundation Health Plans*, ve které je zapsáno více než 6,5 milionu osob...)

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%).

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. Zastánci HMOs věří, že tento druh organizace 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.

Zajímavá je v této souvislosti studie Uwe Reinhardta, která shrnuje výsledky řízeného experimentu, porovnávajícího využívání zdravotní péče v rámci HMO a v podmínkách tradiční medicíny s poplatky za službu. (Reinhardt, U., 1987 cit. dle Stiglitz, J.E. 1988) V rámci experimentu bylo náhodně rozděleno 1,580 pacientů buď do péče lékařů placených podle služeb, nebo do HMO. Kromě těchto náhodně určených nových členů HMO sledovala studie také vzorek osob již dříve zaregistrovaných v HMO. Tabulka 1 předkládá některé z výsledků této studie. Především se zjistilo se, že pacienti v HMO tendovali k menšímu používání služeb nemocnic (40 procent) než pacienti platící za služby, proto i jejich roční výdaje za zdravotní péči byly podstatně nižší (25 procent) než u skupin léčených v podmínkách tradičního systému. Pacienti HMO měli také sklon přijímat relativně **více preventivní péče**. Reinhardtova studie uvádí i další zajímavé závěry, jako například hodnocení dopadu relativního snížení přijímané nemocniční péče na zdravotní stav různých skupin apod. Pozitivní dopady jednoznačně převažují.

Tabulka 1 ÚDAJE SROVNÁVAJÍCÍ VYUŽÍVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE: HMO VERSUS PLATBY ZA SLUŽBY (Pramen: Reinhardt, U., 1987, cit. podle Stiglitz, J.E., 1988:303, zkráceno IM)

druh pojištění	užití služeb nemocnic (na 100 členů)		užití ambulantních služeb (na 100 členů)	roční výdaje na osobu ⁴ (v dolarech)
	přijatých	dnů	lékařských prohlídek	
HMO, experiment¹	8,4	49	4,3	439
HMO, kontrolní²	8,3	38	4,7	469
platby za služby³				
zdarma	13,8	83	4,2	609
25%	10,0	87	3,5	620
95%	10,5	46	3,2	459
paušálně	8,8	28	3,3	413

¹osoby zapsané do HMO pro potřeby experimentu

²osoby již dříve v HMO na základě dobrovolnosti

³v experimentu bylo z hlediska pacienta několik způsobů realizace principu platby za službu: a) zcela bezplatná péče, b) spoluúčast ve výši 25 procent, c) spoluúčast 95 procent a d) péče, která přesahovala paušální částku, byla zdarma. Maximální roční výdaje byly limitovány v závislosti na příjmu a nepřekročily 1,000 dolarů.

⁴včetně služeb zajištěných mimo rámec HMO

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).

Autor měl možnost během svého pobytu v USA navštívit menší HMO v oblasti San Franciska a podrobněji se seznámit s metodami její práce i strukturou. Tato HMO sdružovala 22,000 členy (v roce 1993), přičemž jedním z jejích cílů je poskytování zdravotních služeb bezdomovcům a chudým, což není příliš obvyklé. Lékaři zde dostávají běžnou mzdu, je připravován systém hmotné zainteresovanosti, neboť HMO zaznamenal nižší produktivitu (měřeno kupříkladu počtem uskutečněných prohlídek za hodinu) než jiné srovnatelné organizace. Běžnou praxí je sledování podrobných ukazatelů svědčících o vytiženosti pracovníků a zařízení (tzv. *utilization reviews*). Činnost HMO zajišťuje cca 24 administrativních pracovníků, z toho 6 členů užšího vedení, zbytek tvoří sekretářky, úřednice a obsluha počítačů. Do sledování výkonů je dále zapojeno asi 18 diplomovaných zdravotních sester, které též (a to je běžná praxe v HMO) obsluhují telefony a tvoří v podstatě první filtr, který má zachytit banální případy, které nevyžadují prohlídku u lékaře. Ostatní nutné služby (ekonomické, právní) jsou řešeny externě. Odhadované přímé administrativní náklady jsou při vší sledovanosti 8% což je hluboko pod hranicí, kterou stanovuje 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 HMO je zcela dostačující k tomu aby se prosadil zákon velkých čísel, jinými slovy ztráta je na druhé straně kompenzována vysoce ziskovými plány (značné zisky plynou z cca 6000 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.⁶ 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%.⁷ 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.

Největší obavy, které ve vztahu k HMOs stále přetrvávají, se vztahují ke kvalitě poskytované péče. Některé nové studie (Safran, Tarlov a Rogers 1994, Ware et al. 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*. Výsledky podobných studií nepřekvapují. Je jasné, že úspory musejí být něčím „zaplacený“, typicky snížením intenzity péče.

Zobecnění

Je jisté, že i kdyby zkušenosti s fungováním HMOs 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. Pokusme se nicméně o určité **shrnutí kladných a záporných stránek** této formy poskytování zdravotní péče.

⁶ Republikánští kongresmani navrhli masívní snížení výdajů programu Medicare, které by umožnilo dosáhnout do roku 2002 vyrovnaného federálního rozpočtu. Zvýšení počtu osob, přihlášených v HMOs je vedle návrhu na snížení výše plateb lékařům a zvýšení finanční spoluúčasti samotných pojištěnců jedním z hlavních nástrojů.

⁷ viz. Rasell, 1995.

Zároveň se pokusíme identifikovat i některé *podmínky*, které umožňují, resp. brání jejímu využití u v našich podmínkách.

A. Výhody

- současný vývoj prokazuje, že v liberálním 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. V našich podmínkách, kdy cena pojistného (zatím) není faktorem ovlivňujícím výběr pojistného plánu, není žádný ze subjektů motivován k vytváření takovéto formy. Prvním předpokladem pro uplatnění principů HMOs by tedy bylo vytvoření skutečného trhu se zdravotním pojištěním, resp. soutěže mezi plátcí. Do jisté míry by se absence cenové konkurence dala kompenzovat nadstandardními službami apod., které by mohli být klientům poskytovány díky relativně nižším nákladům. I tato možnost však poněkud naráží na současnou právní úpravu.
- nižší náklady jsou mimo jiné dosahovány i tím, že HMOs pro zapojená zdravotnická zařízení znamenají *jistotu* „přísunu“ 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 „účtované“ 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 kapitační 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. (Na Internetu dokonce existuje domácí stránka odpůrců řízené péče, která tyto případy shromažďuje, archivuje a publikuje...) 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 advesnímu 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 sporné, co by u nás motivovalo pojištěnce k tomu, aby vstupovali do organizací tohoto typu. Výměna svobody volby za nižší pojistné u nás není v podstatě možná. Jak jsme již uvedli výše, částečně se dá uvažovat o kompenzaci poskytováním nadstandardů, individuálním přístupem apod.

* * * * *

Uvedené úvahy prezentovaly spíše otázky a hypotézy než odpovědi a důkazy. Problematika forem poskytování zdravotní péče a její financování je stále velmi živá a заслужuje si důkladného zkoumání. Domníváme se, že již brzy budeme moci zkoumat praktické dopady působení principu předplacené péče i u nás. Kdo ví, možná že nás v budoucích letech bude čekat také prolomení zásady oddělenosti osob plátců a poskytovatelů služeb. Další aspekty tohoto problému budou každopádně předmětem našeho budoucího výzkumu.

Literatura:

- Malý, I. (1993). Vliv způsobu financování zdravotnictví na efektivnost zdravotnických služeb. Kandidátská disertační práce, VŠB 1993
- Rasell, E.: (1995). *Unworkable Schemes for Cutting Medicare: Proposals to Trim Program Risk Serious Damage to the System*, Issues Brief #107 (Economic Policy Institute, 1995 [<http://epn.org/idea/economy/epmedi.html>]).
- Safran, D.G., Tarlov, A.R., Rodgers, W.H. (1994). „Primary Care Performance in Fee-for-Service and Prepaid Health Care Systems: Results From the Medical Outcomes Study.“ *Journal of the American Medical Association*, Vol. 271, No. 20, pp. 1579-86
- Stiglitz, J.E. (1988). *Economics of the Public sector*, Norton, New York, 1988, 2nd. Ed.
- Ware, J.E. et. Al. (1986). „Comparison of Health Outcomes at a Health Maintenance Organization With Those of Fee-For-Service.“ *Lancet* (May 3), pp. 1017-22