

Řízená zdravotní péče v USA

Dana Šilhavá

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd

2007

Bakalářská práce

Sociologie a sociální politika

Konzultovala Ing. Bohumila Čabanová

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Praze, 27. 5. 2007

Šilhavá

Abstract

The goal of this thesis is to explain the managed care system in the USA, analyze its advantages and problems and show how it has developed. Unlike in Europe, American health care has always been provided by the private sector. The leading principle of managed health care is the union of financing and providing care in one organization. Managed care developed side by side with classical health insurance as an acceptable solution to the growing costs of health care, and thus accessibility for patients. The 90's, with the proposal for a national health care reform, meant the biggest boom for managed care. The reform did not take place in the end; however, its principles were applied through the market. Nowadays, traditional models of managed care are being criticized and new organizations are organized more freely. Managed care organizations can have various forms. What they have in common are cost control mechanisms, e.g. authorization systems, and ways of motivating providers to behave economically. The structure of patients' payments should hinder the overconsumption of medical and hospital services. Most experts believe that managed care does not impede quality for patients and that its advantages, mainly limiting the costs, outweigh the disadvantages.

Obsah

I Úvod	4
II Východiska americké zdravotní politiky	5
III Vznik pojištění a řízené zdravotní péče	8
Od úrazového ke klasickému zdravotnímu pojištění	8
Reakce AMA na zdravotní plány	9
Rozšíření klasického zdravotního pojištění	9
Kaiser-Permanente a vznik organizací řízené péče	10
IV Typy organizací řízené péče a jejich charakteristiky	13
Principy řízené péče	13
Základní typy MCO	13
Omezení nákladů	16
Autorizační systémy	17
Kontrola a motivace ke snižování nákladů	17
Kvalita	18
V Od zákona o HMO ke Clintonovu plánu	19
Teorie řízené konkurence	20
Clintonův návrh reformy zdravotnictví	21
Tržní posun k řízené péči	22
VI Současné problémy, výhody a trendy řízené péče	23
Výše nákladů – obavy pacientů	23
Výše zisků – obavy plátců	24
Kvalita – obava pacientů	24
Vládní regulace řízené péče	25
Dopad na lékaře	26
Ekvita a přístup pacientů k péči	27
VII Závěr	28
Literatura	29
Příloha: Projekt bakalářské práce	32

I Úvod

Spojené státy jsou výjimečné tím, že snad jako jediná rozvinutá země nemají systém veřejného zdravotnictví, který by se snažil zpřístupnit zdravotní péči všem občanům jako projev jejich práva na zdraví. Americký unikátní model zdravotnictví nechává poskytování a placení zdravotní péče téměř výhradně na soukromém sektoru.

Zdravotnický systém v USA je nechvalně znám pro svou vysokou nákladnost a problém s dostupností zdravotní péče pro určité kategorie společnosti, především pro etnické menšiny a chudší obyvatele. Bývá proto hojně kritizován jak zvenčí mezinárodními organizacemi a jinými zeměmi, tak i samotnými Američany. Přesto chybí vůle k jeho radikální změně pomocí státního zásahu, jak se projevilo při neúspěchu Clintonova návrhu na reformu v polovině devadesátých let.

Řízená péče je systémem zdravotnictví, který se přirozeně vyvinul jako reakce na zmíněné problémy, především na neúnosně rostoucí ceny pro pacienty. Organizace řízené péče jsou nejen obdobou našich zdravotních pojišťoven, tedy plátcem zdravotního pojištění, ale i místem, kde je zdravotní péče pacientům poskytována. Řízená péče představuje principy, které charakterizují současnou americkou zdravotní péči nejlépe. Přesto se dá americké zdravotnictví těžko úplně přesně popsat, jelikož funguje v tržním prostředí, které se neustále vyvíjí.

Cílem mé práce je vysvětlit, co je to řízená péče, jak funguje a jak se vyvinula. Z pohledu současnosti analyzuji její výhody i problémy, ukazuji její vlastnosti a specifika. S ohledem na výjimečnost zdravotní politiky v USA pak popisuji, jak a proč se vyvinula a jaké jsou její současné trendy.

Zajímá mě řízená péče jako principy zdravotnictví i konkrétní formy organizací řízené péče s jejich charakteristikami. Chtěla bych zjistit, jak jsou zde uspořádány vztahy mezi pacienty, poskytovateli a plátcem a jak je tento systém vnímán z hlediska etičnosti, kvality, cenové výhodnosti a vhodnosti. Také bych ráda ukázala hlavní rozdíly řízené péče oproti klasickému pojištění s výkonovým placením.

Závěrem se snažím analyzovat, jak vhodná je řízená péče jako tržní přístup ve zdravotnictví a co toto řešení přináší. K tvorbě své bakalářské práce jsem používala studium dokumentů a sekundární analýzu dat.

II Východiska americké zdravotní politiky

Americký přístup ke zdravotní politice je velice specifický. Američani jsou v porovnání s Evropany silnými ekonomickými liberály (dle jejich pojetí konzervativci), kteří nade vše ctí osobní svobodu, nedotknutelnost majetku a právo nakládat dle uvážení se svými prostředky. Jednotlivci by měla být nechána maximální svoboda, na druhou stranu pak nese zodpovědnost za vlastní život a musí se o sebe umět postarat. Američani nevěří v silnou centralizovanou vládu a její úlohu v regulaci sociální a veřejné politiky. Systém zdravotnictví odráží právě tyto principy.

Pro americké tržní pojetí zdravotnictví je typický výrok, který se v roce 1971 objevil v předním lékařském časopise: „Zdravotní péče není ani právo ani privilegium – je to služba poskytovaná lékaři a ostatními těm, kteří jsou ochotni za ni zaplatit.“ (Sade 1971) Pro tržní (též nazývaný pluralitní) systém je dále charakteristické, že zdravotní pojištění není chápáno jako nutnost, nýbrž jako volba jednotlivce, který zvažuje jeho pro a proti. Pojištění si potom pořídí, jednak pokud mu pomůže snížit výlohy na léčbu a nebo ho uklidní jistota, kterou přináší, ale taky jen pokud si ho může dovolit. Pacienti v tržním modelu, vědomi si nemalých výloh na zdravotní péči, věnují více času a pozornosti tomu, jak nejlépe a nejlevněji péči pořídí, ale také pak více za své peníze očekávají.

Autor knížky *Introduction to U.S. Health Policy* (Úvod do zdravotní politiky USA) Donald Barr je přesvědčen, že vnímání zdravotní péče jako ekonomického statku, se kterým se obchoduje dle pravidel nabídky a poptávky (a ne jako společenského dobra, které by mělo být k dispozici všem), je jedinečně americké. Ostatní rozvinuté země se zpravidla rozhodly zavést systém národního pojištění, který zajišťuje přístup k základní zdravotní péči všem. „Američani se (...) rozhodli pokládat zdravotní péči prvořadě za soukromý spotřební statek, z něž může být chudým garantován základní rozsah, ale který by měl být stále rozdělován spíše na základě schopnosti platit.“ (Reinhardt – Relman 1986)

Je pravda, že v současnosti už americké zdravotnictví čistě tržnímu modelu neodpovídá. Americká vláda na federální i státní úrovni do zdravotnictví víc a víc zasahuje, reguluje soukromé zdravotní plány a mnoha občanům na zdravotní péči přispívá (mj. program Medicaid a Medigap pro chudší obyvatelstvo), nebo ji v některých případech hradí úplně (program Medicare pro starší občany).

Američani si uvědomují, že tržní systém má mnoho nedokonalostí. Pacienti například nebývají ve skutečnosti dokonale informováni o možnostech lékařského ošetření. Pokud se jim přihodí úraz nebo se jim náhle udělá špatně, nebudou porovnávat služby v několika zařízeních, spíše si vyberou toho lékaře, který má ordinaci nejbliže a kterého znají. Spousta chudších Američanů se nechová racionálně a odkládá návštěvu na poslední chvíli, až jim nezůstane než zajet na pohotovost, kde utratí mnohonásobně víc, než kdyby chodili na pravidelné prohlídky. Pacienti také dopředu nedokážou odhadnout svůj stav tak, jako lékaři – netuší, kolik bude jejich léčba stát, jak moc je jejich problém vážný a jestli se tudíž vyplatí lékaře vůbec vyhledat. Nakonec existuje nerovnost i v informacích, kterými disponuje pacient versus jeho zdravotní plán. Zdravotní plán není schopný zjistit všechny dopředu existující zdravotní problémy, které budou ovlivňovat jeho budoucí nároky na péči, a nezná všechny okolnosti, které pacientův zdravotní stav ovlivňují.

Samozřejmě i lékaři ze soukromých ordinací stejně musí ošetřit akutní případy, ať už za to dostanou zapláceno, nebo na tom prodělají. V americké medicíně se velmi hledí na etiku, bez ohledu na zásadu ziskovosti.

V evropských zemích blahobytu narozdíl od USA bývá zdravotní péče chápána jako právo každého člověka. V České republice lze například najít v Listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavy, tuto formulaci: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Zdraví obyvatelstva je vnímáno jako záležitost všech, a to jak jako společenský cíl sám o sobě, tak i z hlediska jednotlivců kvůli prevenci šíření nález. V USA je právně zakotveno pouze právo na zdravotní péči pro osoby nad 65 let v rámci programu Medicare. S neexistencí práva na zdravotní péči souvisí, že v USA neexistuje ani jednotný standard základní úrovně zdravotní péče. Zkrátka kdo si víc zaplatí, může být ošetřen kvalitněji.

Dalším americkým specifickým jsou silné vlivové skupiny soukromého sektoru, hlavně profesní organizace. Nejvýznamnější je Americká lékařská asociace (American Medical Association, AMA), sdružující lékaře na dobrovolném principu. AMA byla založena v roce 1847 a je největší americkou lékařskou asociací, ač reprezentuje méně než polovinu amerických lékařů. Vždy se stavěla odmítavě k vládním pojistným plánům a regulaci a byla silným oponentem národního zdravotního pojištění.

Lékaři jsou v USA nesmírně vážení, mají silnou autoritu a důvěru pacientů i vlády. Prestiž, náročnost vzdělání a riziko, že budou souzeni za špatný výkon, odráží

jejich plat, který je více než pětinasobně vyšší, než ten průměrný. Lékaři v minulosti značně ovlivňovali vládu a místní správy, které měly ve zvyku jim důvěřovat a konat opatření v jejich prospěch. V systému, který přistupoval ke zdravotní péči jako k tržnímu statku, si lékaři mohli sami stanovovat ceny za úkony tak vysoko, dokud za ně ještě pacienti byli ochotni platit. Čím víc se pak lékař snažil a čím kvalitnější péči poskytoval, tím vyšší poplatky mohl žádat, viděno zastánci tržního systému.

III Vznik pojištění a řízené zdravotní péče

Od úrazového ke klasickému zdravotnímu pojištění

Zdravotní pojištění se v USA v omezené míře používalo už v 19. století. Zpravidla se ale jednalo jen o formu, kdy měl být pacientovi nahrazen ušlý zisk za dobu, po kterou nemohl pracovat. Pojištění mělo chránit před rizikem přerušení výdělku v případě úrazu, nemoci nebo invalidity. Za situace, kdy pracoval jen jeden člen rodiny, byly následky pracovní neschopnosti katastrofální i bez ohledu na dodatečné léčebné výlohy. A pracovní úrazy bývaly v této době celkem běžné. Nejprve bylo pojištění určeno jen pracovníkům samotným, později se vztahovalo i na jejich rodiny nebo osoby na nich závislé, každopádně ale nebývalo určeno pro širokou veřejnost.

Kolem roku 1915 začal v USA vznikat tlak na rozšíření zdravotního pojištění, v Evropě totiž v této době mnoho zemí zavedlo buď povinné (univerzální) zdravotní pojištění nebo státní příspěvky na pojištění soukromé. Americkou diskusi o národním zdravotním pojištění ovšem přerušila první světová válka.

Až ve třicátých letech vzniklo ve Spojených státech zdravotní pojištění, které hradí náklady na lékařské ošetření. Rok 1929 otřásl s finanční jistotou lékařů i nemocnic. Jejich příjmy prudce klesly, protože lidé neměli dost prostředků na náhlé neočekávané léčebné výlohy. Proto začaly nemocnice experimentovat se zdravotními plány.

Nejlepšího výsledku dosáhl J. F. Kimball s plánem Baylor University Hospital. V roce 1930 se Kimball dohodl se skupinou 1250 učitelů z Dallasu v Texasu, že jim za 50 centů na měsíc zaručí až 21 dní v nemocnici ročně zdarma. Vznikl tak model pro soukromé neziskové nemocniční pojištění Blue Cross. Tento typ pojištění se rychle vyvinul v plány, které sdružovaly všechny nemocnice v dané oblasti. Do roku 1937 existovalo už 26 podobných plánů s více než 600 000 registrovanými pacienty. Lékaři byli spokojeni s rostoucí dostupností nemocniční péče a odpadnutím nepřijemností s vymáháním dluhů, pacienti s nízkými cenami a jistotou ošetření. Těsně po plánu Blue Cross vznikl na podobném principu na druhé straně USA plán Blue Shield pro těžaře a horníky. Během budoucích čtyř desetiletí tyto modely vyrostly do dominantní formy zdravotního pojištění, a pojištění Blue Cross/Blue Shield se stalo v USA pojmem. Plány fungovaly jako franšízy a byly kontrolovány asociacemi Blue Cross Association a National Association of Blue Shield Plans. Zatímco pojišťovací plány Blue Cross

sloužily k hrazení nemocničních úkonů, Blue Shield proplácely výlohy lékařům (v roce 1982 se asociace Blue Cross Association a National Association of Blue Shield Plans spojily; ač se plány Blue Cross a Blue Shield dají považovat za prototypy organizací řízené péče, vyvinuly se v klasické pojištění proplácející výkony dodatečně).

Reakce AMA na zdravotní plány

V americkém zdravotnictví měli vždy hlavní slovo lékaři a jejich nemocnice. Vztah pacienta a doktora byl brán jako přísně soukromý a lékaři si vymínili, že do něj nesmí vstupovat třetí strana. Mohli tedy celkem volně rozhodovat o místě a době své práce i o tom, jak ji budou provádět. Lékaři se báli především regulací cen a následného snížení svých příjmů. Americká lékařská asociace (AMA) tedy bojovala proti klasickému zdravotnímu pojištění i plánům předplacené péče. Označila plány Blue Cross/Blue Shield za ekonomicky nevhodné, neetické a škodlivé pro veřejné zájmy. Podle ní by zdravotní pojištění vedlo k „destruktivní konkurenci mezi profesními skupinami, zhoršení lékařských služeb, ztrátě důvěrných vztahů mezi pacienty a lékaři a demoralizaci lékařské profese.“ (American Medical Association 1932) A jelikož měla AMA značný vliv, k opravdu masovému rozšíření zdravotního pojištění nedošlo.

Rozšíření klasického zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění, které proplácí výlohy na léčbu, se od toho původního úrazového značně liší. Zatímco úrazové pojištění mělo čelit nízkému riziku vzácných a nepředvídaných událostí jako jsou nehody, pozdější zdravotní pojištění slouží k hrazení rutinní zdravotnické péče a chrání před předvídatelnými událostmi (ve Velké Británii proto např. existuje rozlišení zajištění - assurance: pro kompenzaci jistých událostí jako je smrt, a pojištění - insurance: pro eventuality, jako je požár).

Rozšíření plánů Blue Cross a Blue Shield zpřístupnilo nemocniční léčbu střední třídě. Do pozdních třicátých let byl roční nemocniční počet příjmů pacientů pro členy plánů Blue Cross v průměru o 50 procent vyšší než bylo národním průměrem. Plány Blue Cross byly neziskové a poplatky stanovovaly metodou „community rating“, tedy ve stejné výši pro všechny členy komunity bez ohledu na věk, pohlaví, zaměstnání a zdravotní stav. Začaly ovšem vznikat i komerční pojišťovny, a ty používaly metodu „experience rating“ – za každého si účtovaly jinou částku podle odhadnutého rizika, že onemocní. Komerční pojišťovny se zaměřily na mladou a zdravou populaci, a pro ty,

kteří by zdravotní péči potřebovali nejvíce, byly poplatky nakonec tak vysoké, že se jim pojištění nevyplatilo. Jakmile komerční pojišťovatelé vstoupili na trh se zdravotním pojištěním, byly plány Blue Cross nakonec kvůli konkurenceschopnosti dotlačeny ke stejným praktikám, jinak by na ně zbyli jen nejrizikovější pacienti a závratně by jim stouply náklady.

Za 2. světové války se americká vláda snažila zabránit inflaci, a tak zmrazila ceny většiny spotřebních statků a mezd. Tato opatření vydržela až do poválečného období. Na benefity (prémie nad rámec platu) se ovšem kontrola nevztahovala. A nejvýznamnější benefit, kterého se zaměstnanci dožadovali, bylo právě zdravotní pojištění.

Podobné opatření následovalo v roce 1954: Benefity se neměly započítávat jako zdanitelný příjem. Díky tomu vstoupilo na trh mnoho nových komerčních pojišťoven a postupně v USA vznikl systém zaměstnaneckého pojištění. Do roku 1995 nabízelo plány zdravotního pojištění přes 800 komerčních společností.

Kaiser-Permanente a vznik organizací řízené péče

Předchůdcem a vzorem pro organizace řízené péče HMO se ve třicátých letech stala společnost Kaiser-Permanente. Henry J. Kaiser byl ředitelem společnosti, která se od roku 1932 podílela na projektu stavby asi 200 mil dlouhého akvaduktu přes Kalifornskou poušť, který měl vést vodu do Los Angeles. Zaměstnával více než 5000 dělníků, jejichž pracovní úrazy byly příliš časté, a proto jim musel zajistit lékařskou péči. Ukázalo se ale, že při tradičním placení za výkon by se speciálně nově postavená nemocnice neuživila. Žádné jiné zdravotnické zařízení se přitom v blízkosti nenacházelo. Proto se Sydney Garfield, vedoucí nové nemocnice, dohodl s ředitelem Kaiserem na měsíčních poplatcích za pacienty, za něž bude všechna pracovní zranění ošetřovat. Jednalo se o tzv. servisní plán, který se lišil od klasického zdravotního pojištění v tom, že neproplácel jakékoliv a kýmkoliv provedené úkony, ale pracoval s pevným rozpočtem a vlastními lékaři. Toto opatření se ukázalo jako velmi šikovné.

V roce 1938 se Henry Kaiser rozhodl podílet se na stavbě přehrady ve státě Washington. Garfield s Kaiserem se znovu dohodli a vytvořili servisní plán pro dělníky i s jejich rodinami. Garfieldovi a jeho nemocnici se projekt opět vyplatil, a navíc byly velmi potěšené odbory.

Asociace AMA již dříve vydala prohlášení, že kapitační platby lékařům jsou neetické, připodobnila tento způsob práce k sovětským praktikám (čehož se Američani hrozili a stranili nejvíce) a varovala, že servisní plány můžou znamenat konec soukromé zdravotní praxe. Garfield s Kaiserem měli ovšem tu výhodu, že jejich organizace působily ve venkovských oblastech, proto se AMA o tuto záležitost příliš nestarala.

Za 2. světové války se Kaiser pustil do stavění lodí a znovu se obrátil na Garfielda kvůli zdravotnímu plánu pro své zaměstnance i s jejich rodinami v Portlandu, Oregonu a Richmondu. Tentokrát se ale AMA postavila tvrdě proti a zakázala Garfieldovi využívat místní nemocnice. Garfield se tedy rozhodl nemocnice u všech loděnic buď koupit nebo nechat postavit.

Po 2. světové válce se chtělo mnoho lidí, kteří u Kaisera nepracovali, k jeho servisnímu plánu přidat. Lidem se líbila jak požadovaná cena, tak záruka potřebné zdravotní péče. AMA ovšem stále předplacené skupinové praxe odmítala a mnoho podobných organizací postavila před soud. Předplacené servisní plány však většinou u soudu vyhrály a AMA musela proti Kaiserovu plánu přestat bojovat.

Kaiserův plán se v průběhu 50. a 60. let rozšířil po celých Spojených státech, hlavně díky oblíbenosti u odborů. V porovnání s platbami za výkon u klasického pojištění či z vlastní kapsy byl pro pacienty stále výhodnější. Stal se největší „health maintenance organization“ (HMO) v zemi, i když se tomu tak ještě neříkalo. HMO byla založená na spolupráci a vzájemné závislosti mezi doktory, nemocnicemi a zdravotním plánem. Zdravotní plán a činnost nemocnice byly osvobozeny od daní, jelikož fungovaly jako neziskové organizace. Jen práce lékařů měla být zisková.

To, že byly servisní zdravotní plány schopny poskytovat péči s konzistentně menšími náklady než klasická zdravotní pojištění, vysvětlovali kritici tím, že tyto plány přitahovaly spíše mladší a zdravější pacienty, kteří potřebovali méně péče. Kdyby se starali o srovnatelnou populaci, výhody nízkých nákladů by prý zmizely. Tuto domněnku vyvrátil v 80. letech výzkum provedený společností Rand Corporation (Manning et al. 1984), který sledoval výdaje za lékařskou péči v průběhu tří až pěti let u 2 skupin náhodně rozdělených pacientů, v prvním případě pojištěných normálním pojištěním, v druhém případě krytých servisním plánem (Group Health Cooperative of Puget Sound). Zdravotní plány jim byly placeny. Tento výzkum ukázal, že předplacená skupinová praxe může být o třetinu levnější než pojištění. Rozdíl vznikl hlavně díky menšímu využívání nemocnic a technicky náročných procedur, ne kvůli omezením na primární nebo ambulantní péči. Nicméně, pacienti ze skupin předplacené praxe byli

s péčí mnohem méně spokojeni než ti ostatní. (Davies et al. 1986) Stěžovali si na přístup k péči a její mezilidské aspekty. Naopak s čekací dobou byli spokojenější. Ve spokojenosti s technickou kvalitou se nenašel rozdíl.

V pojistném systému proplácení jednotlivých výkonů, na rozdíl od servisních plánů, motivace udržovat náklady nízko neexistuje. Pacienti hradí jen jejich malou část, takže je plná výše moc nezajímá. Nemocnice zase dostávají zapláceno za každého pacienta bez ohledu na to, jak vážný je jeho stav a jak nezbytné zákroky provádějí. Lékaři si dokonce přejí poskytovat péče více, protože čím víc zákroků, tím větší bude jejich příjem. A konečně zdravotní pojišťovnu vysoké platby taky neznepokojují, protože když v jednom roce prodělá, zvedne poplatky napřesrok.

V servisních plánech a pozdějších HMO se musí náklady hlídat neustále. Pokud by HMO použila většinu svých prostředků hned v prvních měsících roku, nezbylo by jí dost peněz ke konci, a lékaři by nedostali zpět zadržanou část platů nebo by měli problémy s vedením organizace. Lékaři v HMO tedy musí poskytovat jen tu péči, která je opravdu nezbytná.

Lidé si samozřejmě začali všimnout výhodnosti servisních plánů. Mnoho předáků odborů, v čele s Waltrem Reutherem z odborů United Auto Workers, začalo žádat národní reformu zdravotnictví založenou na rozšíření předplaceného servisního modelu. V roce 1970 odstartoval senátor Edward Kennedy debatu o národní zdravotnické reformě. Modelů řešení existovalo mnoho. Ačkoliv se Kongres nebyl schopný shodnout na obsáhlejší reformě, prosadil v roce 1973 Health Maintenance Organizations Act (Zákon o HMO). Nadále byly předplacené servisní plány známy jako health maintenance organizations, HMO. Zákon o HMO způsobil mnoho změn: Odstranil místně přetrvávající státní zákony, které bránily v činnosti HMO, nabídl federální dotace pro vznik nových, neziskových HMO a definoval minimální standardy k získání certifikace „federally qualified HMO“, přičemž klíčovou vlastností měl být neziskový princip. Kde byly HMO k dispozici, museli zaměstnavatelé nabízející pojištění dát svým zaměstnancům jako možnost i HMO. Jako kompromis vůči AMA povolil Kongres pod nálepkou HMO fungování i výkonově placených organizací IPA, independent practice association.

IV Typy organizací řízené péče a jejich charakteristiky

Principy řízené péče

Řízená péče (Managed Care) představuje principy, na nichž je postaveno fungování organizací, jako jsou HMO (health maintenance organization) a jiných organizací řízené péče, MCO (managed care organization). Tyto organizace propojují poskytování a financování zdravotnických služeb, přičemž umožňují plátcům provádět značnou ekonomickou kontrolu a spolurozhodovat, které služby budou poskytnuty a které ne. Poskytovatelé jsou vždy vůči plátcům ekonomicky zodpovědní. Nesou část finančního rizika plánu tím, že se jejich úkony musí vejít do ročního rozpočtu organizace, jinak přijdou o zadržené příspěvky (withholds) nebo budou vedením penalizováni.

Vedení organizace má (po reformách v devadesátých letech už jen částečně) právo si vybrat zdravotnická zařízení, lékaře a další zaměstnance, kteří se budou starat o členy plánu. Pacienti tím mají omezený výběr, u koho se mohou nechat ošetřit, tedy jen u poskytovatelů, kteří jsou s plánem spojeni. Mají sice možnost nechat se ošetřit i jinde, potom ale přichází o výhodu proplacení výloh.

Plán průběžně monitoruje praktiky svých poskytovatelů a zdravotní výsledky u jejich pacientů, aby mohl identifikovat odchylky od kvality a standardů výkonnosti. Pokud jsou u některého lékaře výsledky nebo způsob činnosti nevyhovující, bude mu to nejprve oznámeno, později může být penalizován, v nejzazším případě s ním může být rozvázána smlouva.

Podle struktury pojištěné populace a její rizikovosti MCO odhadují budoucí náklady a stanovují příspěvky na další rok. Registrovaní pacienti platí formou kapitačních plateb nebo přímých snížených plateb za výkon. Předtím, než mohou zajít za specialistou v rámci plánu, si musí sehnat doporučení od praktického lékaře („gatekeeping“; v devadesátých letech bylo toto omezení částečně odstraněno).

Základní typy MCO

Říká se, že pokud jste viděli jeden plán řízené péče, pak jste viděli jeden plán řízené péče. Jejich rozmanitost je totiž obrovská. Plány se liší především rozvětveností

systému – volností při výběru poskytovatele, a formou plateb: používají kapitace s dodatečnými spoluplatbami a prvotními platbami pacientů „deductibles“, nebo platby od výkonu, přičemž je pro členy plánu oproti ostatním pacientům stanovena sleva. Historicky nejstarší formou je HMO, ta nejdříve představovala synonymum řízené péče. Později vznikly volnější formy, které vlastně ztrácejí výhody a charakteristické vlastnosti řízené péče, tak jak byla zamýšlena.

✘ Plně integrovaný, zaměstnanecký model HMO (staff model HMO)

V tomto modelu organizace řízené péče vlastní a spravuje zdravotnické zařízení a zaměstnává své lékaře. Je jakousi nemocnicí a pojišťovnou zároveň. Lékařům je vyplácen fixní plat a nejsou dále nijak motivováni poskytovat více péče. Nemocnice má stanoven roční rozpočet a musí s rozvahou využívat své zdroje, aby jí i koncem roku zbylo dostatečně peněz. Čím více a čím nákladnější zdravotní péči organizace poskytuje, tím více se snižuje zůstatek tohoto rozpočtu a zisk zařízení. Pacienti či jejich zaměstnavatelé platí kapitační platbu přímo organizaci HMO a péči získávají jedině od její nemocnice a lékařů. Lékaři naopak pracují pouze pro tuto HMO. Příkladem zaměstnaneckého modelu HMO je Kaiser Permanente nebo The Group Health Cooperative of Puget Sound.

Termín health maintenance organization vymysleli Lewis Butler a Paul Ellwood. Název „prepaid group practice organization“ (předplacená skupinová praxe) totiž stále pobuřoval odpůrce kapitačních plateb, jako je Americká lékařská asociace (AMA). Nový název měl evokovat představu udržování (maintaining) zdraví pacientů při kontrolovaných nákladech a cenách pro pacienty. Termín řízená péče se začal používat až v druhé polovině 80. let a má co do činění spíše s marketingovou terminologií.

✘ HMO se skupinovou praxí (group model HMO)

Zaměstnanecký model HMO představuje zdravotní plán, který nevlastní žádnou nemocnici ani přímo nezaměstnává lékaře. Místo toho uzavírá smlouvy s nemocnicí a se skupinami lékařů – samostatnými sdruženými lékařskými praxemi, a s jednotlivými nemocnicemi. Sdružené lékařské praxe dostávají od HMO podíl kapitačních plateb a zavazují se za to poskytnout nezbytné lékařské služby zúčastněným pacientům. Uvnitř každé skupiny pak lékaři dostávají zaplacenou formou platu, fixní roční částky nebo platbou za výkon, podle toho, jak je skupina vnitřně organizovaná. Zdravotnickým

zařízením může být placena buď fixní částka za rok, nebo můžou dostávat peníze dle počtu příjmů pacientů.

Vazba mezi HMO a lékaři je zde velmi těsná. Smlouva může být exkluzivní, nebo lékaři smejí mít dohody i s dalšími HMO. HMO taky může uzavřít smlouvy s několika sdruženými praxemi, aby zajistila komplexní služby pro své klienty.

✘ HMO s individuálními nezávislými praxemi (IPA HMO, independent practice association HMO)

Další organizací řízené péče je IPA, což je obvykle lokálně spravovaná, samotnými lékaři vytvořená korporace. HMO uzavírá smlouvy s nezávisle praktikujícími lékaři, kteří poskytují péči ve vlastních ordinacích. Tato HMO přijímá za členy kapitační poplatky a lékaři jsou odměňováni buď částí kapitační platby na pacienta, nebo pacienty ošetřují za zvýhodněné poplatky za výkon. Nemocnicím je placeno dle počtu příjmů pacientů. Lékaři mívají vedle činnosti pro HMO stále soukromé pacienty, a také mohou uzavírat smlouvy s několika HMO najednou, jelikož jedna HMO by pro ně nemusela zajistit dost širokou síť pacientů.

IPA hodně připomíná tradiční systém platby za výkon. Povolit v roce 1973 IPA byl taky ústupek vůči AMA, který kongres učinil, aby mohl být HMO Act vůbec schválen. AMA se tímto pokoušela systém platby za výkon zachránit. Klíčovým rozdílem mezi klasickým pojištěním a jakoukoliv HMO ovšem je, že pro pojištění neexistuje limit, kolik peněz může být ročně za péči vydáno, kdežto pro HMO je stanoven strop podle výše kapitační platby a počtu členů.

✘ Organizace preferovaných poskytovatelů (PPO, preferred provider organization)

Od roku 1973 se vynořila spousta plánů, které konkurovaly jak HMO, tak klasickým pojišťovněm. Používají podobné strategie, jak snižovat náklady, ale jsou organizovány volněji než HMO a právně nesplňují její kritéria.

PPO je obvykle nabízena pojišťovněmi jako alternativa k tradičnímu pojištění, které dodatečně proplácí úkony u jakéhokoliv poskytovatele. Pojišťovna uzavírá smlouvy s nemocnicemi a skupinami lékařů, kteří se zavážou dát jejím pacientům slevu. Tito poskytovatelé jsou označeni jako preferovaní poskytovatelé. Pacient registrovaný u PPO může žádat péči kdekoliv, pokud ale bude zvolený doktor nebo nemocnice mimo

seznam preferovaných poskytovatelů, pacient si zaplatí znatelně více. Obvykle existuje i určité omezení na využívání nemocnic. Omezení PPO pro pacienty jsou celkem malé. Nevýhodou je, že lékaři nemají žádný zájem na úspěchu společnosti, takže mizí typické výhody řízené péče.

✘ POS, point of service

Plán POS je hybrid mezi PPO a HMO. Jeho pacienti mají tři možnosti využívání péče, pokaždé s jinou mírou spoluúčasti. Pokud pacient využívá péči od lékařů ve své HMO (uvnitř POS plánu), platí velmi málo (obvykle do \$10 za návštěvu). Pokud využije síť preferovaných poskytovatelů asociovaných s POS, zaplatí větší část výdajů (asi 20 % z celkové částky). A nakonec, pokud pacient využije péči mimo síť smluvních poskytovatelů, platí si značnou část – asi 40-50 %.

✘ Organizace lékařů a nemocnice (PHO, physician-hospital organization)

Jde o spojení zdravotnického zařízení a lékařů, kteří se dohodli vytvořit vlastní místní plán. Odpadají přitom poplatky zprostředkující organizaci, ve kterou se některé plány vlastně proměnily a navíc lékařům nemluví tolik lidí do jejich rozhodnutí. Podobné plány nebývají bohužel dostatečně finančně zajištěné. Je potřeba spojit několik stovek lékařů a více nemocnicí dohromady a mít dostatek členů, aby mohl plán krytí i mimořádné a neočekávané výdaje. Krom toho, pokud zrovna plán nedisponuje pro některého pacienta potřebným specialistou, musí ho najít mimo svou síť a veškeré výdaje (bez povinnosti pacienta cokoliv doplácet) zaplatit sám.

Omezení nákladů

Novější formy řízené péče se původní HMO dost vzdálily, bylo tedy otázkou, zda stále mají ve srovnání s pojištěním a výkonovým placením výhodu omezení nákladů. Proto byla v roce 1994 podniknuta velká studie (Safran et al. 1994). Po čtyři roky byli sledováni chronicky nemocní pacienti ve třech typech organizací: velká HMO, IPA HMO a tradiční pojistný plán. HMO měla relativně nejnižší náklady a vykazovala nejlepší spolupráci mezi primárními lékaři a specialisty. Pacienti HMO ovšem hodnotili nejnegativněji přístup k péči, její kontinuitu a úplnost. V hodnocení mezilidské nebo technické dovednosti lékařů se významné rozdíly neprojevíly.

Výsledky tedy byly podobné dřívějšímu, Randovu výzkumu: Organizace HMO dokážou šetřit prostředky, mají ovšem problém s kvalitou primární péče, což vede k nižší spokojenosti pacientů. IPA HMO spadají ve výsledcích někam mezi HMO a pojišťovny. Do 90. let tedy HMO získaly reputaci alternativy pojišťoven, která dokáže snížit náklady a neohrožit přitom příliš kvalitou péče.

Autorizační systémy

Jedním znakem řízené zdravotní péče jsou autorizační systémy. Ve volnějším systémech (PHO) se může jednat jen o formální opatření, jako je vyplňování formulářů před registrací pacienta v nemocnici, u přísnějších forem, jako je HMO, ale může jít o komplexní systém autorizací před jakýmkoliv zákrokem kromě primární péče.

Autorizační systémy plní mnoho funkcí. Především umožňují vedení zvážít, které úkony jsou nejpotřebnější a měly by být provedeny přednostně, a které naopak nejsou vhodné vůbec. Zadruhé musí být rozhodnuto, kde a kým bude zákrok proveden, podle toho, s kým má organizace uzavřené smlouvy. Dále umožňuje tento systém monitorovat, jaké úkony se v současnosti provádějí, a rozvrhnout si tak hospodaření do budoucnosti.

Pro primární péči není potřeba autorizace v žádné organizaci, problémem je ovšem určit, co by mělo vyžadovat autorizaci ze sekundární lékařské péče. Obvykle jde o jakékoliv služby, které neposkytuje přímo praktický lékař. Čím užší plán, tím lepší a efektivnější je možná kontrola. V užších plánech řízené péče může autorizovat sám praktický lékař (ovšem to, že lékař pacienta doporučí specialistovi, ještě automaticky neznamená schválení úkonů, které má specialista provést), u větších a volnějších plánů je obvykle potřeba počkat na svolení od personálu. Pokud pacientův stav splňuje dané podmínky a pokud je zákrok v možnostech plánu, pak je schválen. Pokud schválen není a jedná se o volnější organizaci, jako je PPO, může být stále proveden, ale nebude proplacen v plné výši.

Kontrola a motivace ke snižování nákladů

Na lékaře klade řízená péče vysoká očekávání. Management organizace si vede záznamy, jak často lékaři vydávají drahé léky a doporučují k pobytu v nemocnici, na operace a na náročná vyšetření. Následně mohou být lékaři, o kterých se vedení

domnívá, že způsobují nadměrné výdaje, penalizování, nebo s nimi může být ukončena spolupráce.

Motivace ke snižování výdajů má různé formy. Pokud jsou lékaři odměňováni platbou za výkon, bývá jim zadržováno 10-15 procent z poplatků. Měla by jim pak být pravidelně poskytována přesná data, aby věděli, kolik prostředků ze společného rozpočtu už vyčerpali. Pokud se koncem roku ukáže, že byl rozpočet překročen, odečte se jim tato nadměrná částka jejich zástavy. Kromě penalizací mohou být lékaři motivováni i pozitivně. Koncem roku dostávají bonus, který se odvíjí od toho, kolik pomohli „ušetřit“. Většinou se jedná o výsledky lékařů jako celé skupiny, ne jednotlivců, jelikož to je považováno za etičtější.

Lékaři musí být seznámeni s pravidly práce a uznávanými postupy. Bývají školeni, jaké způsoby léčby jsou v těch kterých případech nejlepší, a naopak jaké by byly pravděpodobně odmítnuty. Nezbytná je častá komunikace mezi manažery a lékaři.

Lékaři od práce pro MCO očekávají méně autonomie. Stěžují si, že by mnohdy rádi poskytli nějaký úkon, vědí ale, že bude rozumnější a jednodušší to neudělat, jinak by museli zdlouhavě přesvědčovat mnohdy medicínsky nevyškolené vedení o nezbytnosti zákroků. Nelíbí se jim, že rozhodování se dostalo do rukou byrokratů.

Kvalita

Kvůli opatřením na snižování nákladů a pár mediálními skandálům kolem odmítnutí lékařských úkonů se pacienti začali obávat, zda dostávají skutečně kvalitní léčbu. Lidé byli s řízenou péčí výrazně méně spokojeni, než s nekontrolovanou péčí v minulosti. Je ovšem otázkou, nakolik to bylo způsobeno skutečnými nedostatky, a nakolik nedůvěrou k novému systému. Pacienti nebývají schopni posoudit, co jsou dobré výsledky, jsou však schopni zhodnotit používané metody. Např. ač je při určitém typu úrazů kotníku velice nepravděpodobné, že by došlo ke zlomení kosti, většina pacientů se bude cítit zanedbaných, pokud nebudou zrentgenováni, což však představuje zbytečné náklady navíc.

V Od zákona o HMO ke Clintonovu plánu

Zákon o HMO z roku 1973 vznikl hlavně kvůli rostoucím nákladům na zdravotnictví. Americká vláda se rozhodla podporovat šíření HMO nejen regulací, ale i finančně, plány ovšem musely splňovat tři podmínky: nabízet členům specifickou šíři výhod, účtovat každému stejné měsíční poplatky bez ohledu na zdravotní stav (používat „community rating“) a fungovat na neziskovém principu.

Zpočátku měl Zákon o HMO opačný než zamýšlený efekt. Pravidla pro zakládání totiž byla velmi přísná, požadovala např. hrazení mnoha služeb, které klasické pojistné plány ani nenabízely. Pojišťovny taky profitovaly z toho, že používaly „experience rating“, tedy požadovaly různé poplatky od různě rizikových skupin obyvatelstva. Nové HMO zkrátka měly velkou konkurenční nevýhodu. Proto do dvou let od roku 1973 žádné nové HMO nevznikly. V roce 1976 Kongres reagoval snížením požadavků pro získání federální finanční a regulační podpory, a konečně začal rozmach řízené péče. Do roka vzniklo více než 50 nových HMO, které mohly získat federální podporu, a v roce 1981 už bylo v HMO registrovaných přes 10 milionů Američanů. Od té doby zapojení do plánů HMO dále rostlo.

Vláda zpočátku trvala na tom, aby HMO byly neziskové organizace. V prvních letech tomu tak téměř vždy bylo. V 80. letech se ovšem politická nálada v USA značně změnila. K moci se dostal prezident Ronald Reagan a v senátu získali většinu republikáni (ekonomicky liberálnější než demokrati). Prezident Reagan byl příznivcem neomezované tržní ekonomiky a vzdal se nároku na regulaci HMO. Nové HMO už neměly dostávat federální dotace, zato ale mohly snadněji získat federální certifikaci. Mezi lety 1981 a 1989 se členství v HMO více než ztrojnásobilo. Jelikož Kongres za vlády prezidenta Reagana zrušil podmínku neziskovosti HMO, k roku 1989 z nich zůstalo neziskových jen něco málo přes polovinu.

V devadesátých letech rozmach HMO pokračoval. K roku 1998 už bylo v plánech HMO registrováno 79 milionů lidí, z toho téměř dvě třetiny v ziskových. Za předchozích 25 let se úplně změnil systém placení z výkonového způsobu na kapitace, a místo neziskového principu převážil ziskový. Díky úspěšnosti a oblíbenosti řízené péče se začalo mluvit o celonárodní reformě zdravotnictví. Prezidentem byl zvolen Bill Clinton, který svou kampaň založil právě především na slibu zdravotnické reformy, a členové Kongresu byli tomuto nápadu taky nakloněni. Modelem se měla stát „řízená konkurence“ (managed competition).

Teorie řízené konkurence

Alain Enthoven ze Stanfordské Univerzity už v roce 1980 ve své knize *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care* doporučil reformu zdravotnictví založenou na řízené péči, která by umožnila jeho větší efektivitu. Argumentoval současnými nedostatky, např. tím, že u normálního pojištění mají lidé tendenci využívat zdravotnické služby více, než by skutečně potřebovali (tzv. morální hazard). Kdyby pojištění nebyli, více by šetřili a zvažovali, kdy ještě k lékaři zajít a co všechno od něj očekávat. V roce 1989 Enthoven s Richardem Kronickem svůj návrh upravil a nazval ho „consumer choice health plan“. (Enthoven – Kronick 1989) Nápady z této knihy tvoří jádro Clintonova pozdějšího návrhu na reformu zdravotnictví.

Enthoven byl přesvědčený, že nejefektivnější způsob uspořádání zdravotní péče bude tržní řešení. Řízená konkurence se ovšem měla vyhnout tržním selháním běžným v dosavadním systému. Měla vypadat asi takto: Zaměstnanci z různých firem by se spojili a vytvořili by „health insurance purchasing cooperative“ (HIPC). Skupiny HIPC by si vybíraly mezi různými HMO a dalšími plány řízené zdravotní péče, aby zvolili ty nejlepší varianty. Na základě zvážení kvality a ceny by HIPC vybralo několik plánů a nabídlo je svým členům. Všechny plány řízené péče, které by v konkurenci chtěly obstát, by musely poskytovat základní balíček služeb, pokrývající stanovený rozsah zdravotní péče. V minulosti bylo pro pacienty obtížné vybírat si mezi plány, jelikož každý nabízel za různé ceny různý rozsah služeb. Pokud by všechny měly stejné podmínky a výhody, bylo by možné vybírat jednoduše pouze na základě cen. HMO a jiné organizace by mohly nabízet i obsažnější balíčky služeb. Za ty by si ale pacienti museli sami připlatit, přičemž tyto dodatečné náklady by už nebyly vyjmuty z daně. Jinak by se lidé o rozsahu svého plánu nerozhodovali rozumně a efektivně.

V řízené konkurenci by se veškeré pojištění obstarávalo jediné přes skupiny HIPC. Ty by byly organizovány na regionální bázi, s jednou HIPC na region. Služby a jejich proplácení by mohl nabízet jakýkoliv druh MCO, spolek HIPC by pouze neakceptoval ty organizace, které by neposkytovaly standardně kvalitní služby.

Enthoven s Kronickem uznávali, že jediným ověřeným způsobem, jak zastavit rostoucí výdaje na zdravotní péči a sladit jejich poměr s růstem HDP, je vládní financování zdravotnictví s jedním globálním rozpočtem. Zhodnotili ovšem, že při americké nechuti k centralizované vládě toto řešení není možné, neboť by se nesetkalo se širší podporou. Enthoven věřil, že nová forma konkurence povede k nákladově

efektivní péči, jelikož efektivní organizace budou prosperovat, zatímco ty neefektivní se budou muset buď zlepšit, nebo odejít z trhu.

V minulosti americký zdravotnický systém obsahoval mnoho prvků, které motivovaly k používání více péče, než bylo nezbytné, např. osvobození zdravotního pojištění od daní. Proto pacienti očekávali více péče, než bylo nezbytné, a lékaři prováděli mnoho nákladné péče s pramalým dodatečným užitekem. Tyto neefektivnosti měl nový systém odstranit.

Clintonův návrh reformy zdravotnictví

Během prezidentské kampaně v roce 1992 Bill Clinton slíbil, že pokud bude zvolen, přistoupí k reformě amerického systému zdravotnictví. Brzy po nastoupení se také svého plánu chopil. Učinil ovšem jedno kriticky špatné rozhodnutí. Místo aby konkrétní podobu reformy nechal na projednání Kongresu, vytvořil pod vedením první dámy Hillary Clintonové komisi odborníků a tu pověřil úkolem vypracovat detailní návrh změn. Vzniklý plán se opíral o Enthovenovu teorii řízené konkurence. Lišil se jen v několika ohledech: Clintonův plán počítal s jednou HIPC na každý stát, kdežto Enthovenovy regiony pro HIPC měly být mnohem menší. Clintonův plán požadoval, aby byl standardní balíček služeb a jeho cena stanoveny institucí „National Health Board“. Enthoven obojí nechával na silách trhu.

V Kongresu bylo navrženo ještě několik alternativních plánů, z nichž některé stavěly na řízené konkurenci, některé ne. Zdálo se, že řízená péče se povinně stane univerzálním modelem zdravotnictví, vše ale dopadlo jinak. Zatímco si Clintonova komise dávala načas, aby dopracovala detaily svého plánu, politická nálada v zemi se dramaticky změnila. Republikáni vycítili možnost využít návrh reformy ke kompromitaci svých protivníků. Plán vykreslili jako další utlačování svobody občanů autoritářskou nerozumnou vládou, a v kongresových diskusích se jim podařilo zpochybnit detaily reformy.

V této době už se zmobilizoval pojišťovnický sektor, který se cítil ohrožený potenciálním tlakem od nakupujících skupin HIPC, a vytvořil obdivuhodně efektivní a chytlavé série televizních spotů napadajících Clintonův návrh. Lidi vystrašila představa silných vládních zásahů a zbytečné byrokracie, a téměř přes noc tak úplně změnil názor na řízenou péči. Politické okolnosti už nebyly příznivé změně. Clintonův plán byl poražen a republikáni veřejnost ujistili, že v dohledné době žádná reforma nehrozí.

Tržní posun k řízené péči

Přestože se Kongresu nepodařilo přijmout národní zdravotnickou reformu, došlo v 90. letech ve zdravotnictví k hlubokým změnám. Tento posun měl mnoho charakteristik Enthovenova návrhu řízené konkurence. Prudce stoupající náklady na zdravotnictví spojené s rostoucí obeztností veřejnosti s konceptem řízené péče přiměly mnoho zaměstnavatelů k nápadu tento systém péče přece jen vyzkoušet. Někteří zaměstnavatelé se spojili, aby vytvořili skupiny HIPC nakupující zdravotní péči, tak jak si to představovala původní teorie řízené konkurence.

Mnoho skupin HIPC bylo celkem úspěšných v omezování ceny zdravotních plánů tím, že organizace přesvědčily, aby si cenově konkurovaly. Dokud zaměstnavatelé zařizovali zdravotní plány každý zvlášť, nemusely je plány brát tak vážně, jako když nakupovali ve velkém ve spolupráci se všemi lokálními firmami. Příkladem jedné z prvních a úspěšných HIPC je kalifornská skupina Pacific Business Group on Health (PBGH). Zaměstnavatelé, kteří se v ní spojili, se rozhodli nabídnout svým zaměstnancům jen ty zdravotní plány, které po společné domluvě schválili, za ceny jimi vysmlouvané. PBGH zastupovala stovky až tisíce potenciálních pacientů, takže byla ve smlouvání nízkých cen a výhodných podmínek velmi úspěšná. Jen málo poskytovatelů si nechalo ujít příležitost získat si členy PBGH, znamenalo by to totiž potenciální ztrátu tisíců zákazníků.

Pro zaměstnavatele z PBGH se na mnoho let cena za zdravotní péči pro zaměstnance ustálila. Zdálo se, že řízená konkurence i bez nařízení ze zákona funguje. Podobný úspěch měly i některé další skupiny, např. zaměstnanci veřejného sektoru sdružení ve skupinách jako je California Public Employees Retirement System (CalPERS) nebo Federal Employees Health Benefits Plan (FEHBP).

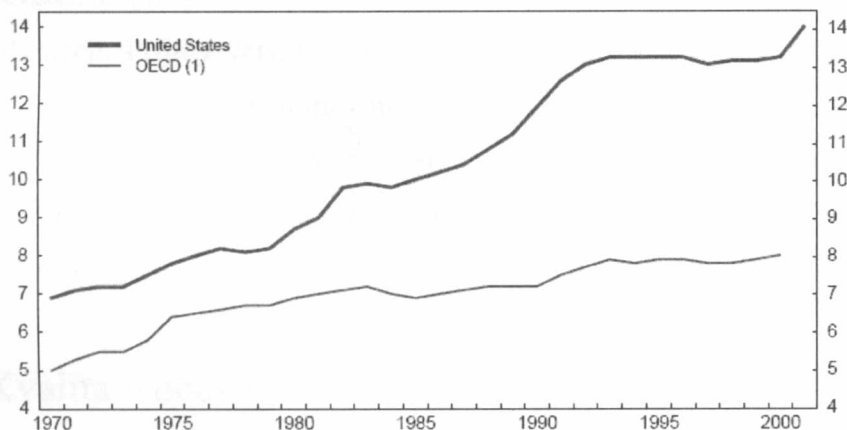
V devadesátých letech se tedy skupinám HIPC podařilo zpomalit růst nákladů na zdravotní péči a zdravotnický systém se úplně přesunul k řízené péči. V roce 1998 už v zemi existovalo 1037 organizací PPO a 647 HMO, a to i bez federální reformy.

VI Současné problémy, výhody a trendy řízené péče

Výše nákladů – obavy pacientů

Těžko se dá vyvrátit teorie, že organizace řízené péče díky kapitacím místo plateb za výkon dokážou snížit náklady a fungovat efektivněji. Ve skutečnosti ovšem můžou být efekty řízené péče omezené, jelikož na poskytovatele a plátce působí tlak pacientů a současné technologické a populační trendy. Pacienti mají vysoká očekávání a požadují co nejmodernější péči, navíc populace stárne a péče je tak potřeba stále více. Zároveň žene ceny nahoru prudký technologický vývoj. Studie ukazují, že řízená péče je schopna fungovat levněji oproti klasickému modelu výkonové platby, ale není schopna zvrátit růst těchto výdajů. Bez strukturálních změn amerického zdravotnictví, které by se vyrovnaly se stále většími nároky pacientů, se růst cen zřejmě výrazně nezpomalí.

Z grafu je vidět, jak se v 90. letech ustálily výdaje Američanů na zdravotní péči a jak růst nyní dále pokračuje. Osa y znázorňuje náklady na zdravotnictví jako procenta hrubého národního produktu. (Centers 2002)



Řízená péče nejvíce šetří díky prevenci, častějšímu využití ambulantní léčby a následnému snížení rozsahu nemocniční péče. Pomocí autorizací taky minimalizuje zákroky, které nejsou nezbytné a jejichž výsledky nejsou prokázány. Výdaje na léky se jí však omezit nepodařilo, nebo o to spíše ani neusiluje, jelikož farmaceutické firmy nabízejí za předepisování svých léků různé odměny. Mezi lety 1993 a 1996 vše

vypadalo velice optimisticky, růst ročních poplatků za zdravotní plány byl menší než 2 procenta. Od té doby ovšem poplatky opět rostly, v roce 1999 už růst činil 7,3 procenta. (Barr 2002, s.149)

Pacienti přitom sami nevěří, že by platili za zdravotní péči méně, než kdyby řízená péče neexistovala. Od původního nadšení řízenou péčí v 80. a 90. letech se toho hodně změnilo, nyní mají všichni tendenci spíše řízenou péči kritizovat.

Výše zisků – obavy plátců

V minulosti neziskové HMO jako Kaiser-Permanente používaly okolo 95 procent poplatků od pacientů přímo na provádění péče. V dnešních ziskových MCO jde na samotnou péči mezi 70 a 85 procenty. Čím méně, tím je plán neefektivnější a je veřejností odsuzován jako neetický. Paradoxně ale, čím více peněz jde na léčení, tím hůře pro organizaci. Akcionáři totiž budou investovat jen do společnosti s určitým procentem zisku, a bez akcionářů plán dlouho nepřežije.

Co se týče samotné ziskovosti „ziskové“ péče, nejsou současné organizace řízené péče velice úspěšné. Průměrné roční zisky organizací HMO mezi lety 1988 a 1995 činily 38 procent, mezi lety 95 a 97 už šlo o jedenáctiprocentní ztráty. Jiné formy MCO dosahovaly ve stejném rozmezí průměrných zisků 23 procent, respektive devatenáctiprocentních ztrát. Akcionáři se nyní od MCO kvůli jejich problémům odvracejí. Příjmy většiny plánů řízené péče kriticky klesly. V roce 1997 např. plány vykázaly dohromady ztrátu 1 miliardy USD. Proto od té doby k nespokojenosti pacientů opět zvyšují poplatky. (Barr 2001, s. 149) Pokud plán neprosperuje, doplatí na to nakonec i pacienti. Můžou přijít o lékaře, na které byli zvyklí, a jejich blízká nemocnice se může zavřít.

Kvalita – obava pacientů

Zisková podoba péče a důraz na omezení nákladů vyvolal u pacientů obavy o kvalitu péče. Jsou nespokojeni s povinností autorizace zdravotních úkonů, omezeným přístupem ke specialistům a limitováním pobytu v nemocnici. Tvrdí, že z nemocnic bývají propouštěni „quicker and sicker“ – rychleji a nemocnější.

Kromě rizika nedostatečnosti léčby se pacienti bouří i proti nižšímu komfortu u současných zdravotních plánů. Jedná se o horší materiální vybavení, ale i o delší čekací lhůty na vyšetření a střídání poskytovatelů v plánech. Sotva si lidé na jednoho lékaře

zvyknou, přestane s ním plán spolupracovat a najde si nějakého lépe vyhovujícího a méně náročného.

Ačkoliv se v médiích objevilo pár případů odmítnuté péče, které závažně poškodily zdraví pacienta, studie opakovaně dokazují, že kvalita péče v řízené péči je minimálně stejná jako při výkonnostních platbách. Členové organizací HMO mají údajně více průběžných testů, absolvují více prohlídek a účastní se častěji preventivních programů než klienti klasických pojistných plánů. (Miller – Luft 1997)

Často navíc stejní lékaři poskytují péči jak za přímé platby za výkon, tak za slevy nebo kapitace pro členy plánů řízené péče. A když se pomine možnost zamítnutí zdravotní péče, neměla by se kvalita v těchto dvou případech lišit, jelikož se odvíjí právě od důkladnosti péče poskytovatele a jeho schopností.

Přesto si značně více lidí myslí, že HMO zhoršily kvalitu péče o nemocné, než kolik si jich myslí, že ji zlepšily. (Blendon et al. 1998) Věří, že existence autorizačního systému je automaticky připravuje o služby, kterých by se jim jinak dostalo, zvláště proto, že sami lékaři si na povinnost autorizace a přílišný dohled stěžují. Nespokojenost může pramenit i právě z celkové atmosféry kritičnosti vůči HMO. Lidé se někdy nesprávně domnívají, že jsou členy HMO a tato mylná domněnka jejich hodnocení plánu ovlivňuje významněji než skutečnost, jestli jimi opravdu jsou.

Vládní regulace řízené péče

Obavy veřejnosti a nespokojenost lékařů zapříčinily snahy zákonodárců řízenou péči regulovat. Vznikly mnohé zákony „patients' rights“, které definují, na co mají pacienti zdravotních plánů právo. Což je pozoruhodné, jelikož jinak američtí občané z Ústavy ani jiného zákona právo na samotnou zdravotní péči nemají. Patients' rights většinou zahrnují právo navštívit specialistu, mít proplacenou pohotovostní péči a právo stěžovat si na odmítnutí péče. Jedná se o stovky různých zákonů jak na státních, tak na federální úrovni. Většina amerických států odhlasovala zákony „any willing provider“, které požadují, aby plán nabídl smlouvu jakémukoliv lékaři, který o to projeví zájem. To jde ovšem přímo proti principům řízené péče výběru poskytovatelů a vystavuje plán nebezpečí, že v něm bude přemíra specialistů. Toto opatření má chránit pacienty, kteří si stěžovali na časté střídání lékařů v organizacích.

Hlavní, federální zákon The Patient Bill of Rights, definuje mimo jiné práva pacientů navštívit přímo, bez doporučení kvalifikovaného specialistu, a zaručuje

kontinuitu lékařské péče od stejného poskytovatele pro ty, kteří už u něj začali soustavnou léčbu. Mnoho států vydalo směrnice, jak dlouho mají pacienti zůstat v nemocnici s konkrétními případy.

Organizace řízené péče nyní musí poskytovat podrobné informace o kvalitě péče ve svých zařízeních. Federální i státní vlády tato data shromažďují, monitorují a kontrolují úroveň péče. Jde o organizaci NCQA (National Committee on Quality Assurance), která vznikla v roce 1979, a organizace HEDIS (The Health Plan Employer Data and Information Set), která funguje od roku 1989. Díky nim mají pacienti a zaměstnavatelé lepší možnost výběru a srovnání alternativ. To zároveň zvyšuje konkurenci mezi plány a má hnát jejich kvalitu nahoru a ceny dolů.

Regulace MCO a preference pacientů vedou k tomu, že postupně mizí pevné plány jako HMO a řízená péče ztrácí charakteristické výhody, díky kterým byla tak převratná. Volnější struktury organizací už nedovolují tak výraznou kontrolu nákladů díky autorizačním systémům (navíc si ji ani většina lidí nepřeje) a vládní regulace omezují autoritu vedení plánu kvůli nemožnosti výběru vyhovujících lékařů.

Pacienti si přejí volnější a širší síť poskytovatelů a plány s méně administrativními kontrolami. Proto jsou klasické HMO na ústupu, a naopak prosperují organizace jako PPO a POS.

Dopad na lékaře

Lékaři jsou nejvíce rozčarováni z toho, že jim platy rostou menším tempem, než před nástupem řízené péče. Např. mezi lety 1993 a 1997 zůstaly téměř stejné. Na druhou stranu v mezinárodním srovnání se američtí doktoři mají stále dobře – medián jejich příjmů v roce 1997 činil 163 000 USD (u radiologů 260 000, u pediatrů 120 000), průměrné platy jsou samozřejmě ještě vyšší. (Zhang – Tran 1999)

Lékaři jsou ale nespokojeni nejen kvůli platům. Jsou současným systémem velice svazováni a je na ně vyvíjen protichůdný tlak ze stran pacientů a vedení organizace. Lékaři byli zvyklí, že do jejich vztahu s pacienty nikdo nezasahoval. Najednou za nimi neustále stojí manažeři, kteří rozhodují o tom, jak bude pacient léčen. Ač bývá většina úkonů schválena, stále jsou autorizace nepříjemnou administrativní povinností, kvůli které mohou mít lékaři pocit, že ztrácejí autoritu a svéprávnost rozhodovat.

Lékař, který spolupracuje s několika typy organizací řízené péče najednou, musí po každém pacientovi vyžadovat jinou výši spoluplatby, musí za něj plánům vyplňovat

jiné formuláře a potýkat se s jiným systémem autorizace. Navíc si lékař musí neustále hlídat, kolik prostředků už vyčerpal, aby nakonec dostal zpět zadržené peníze nebo nebyl penalizován. To vše přináší zmatek a nadbytečnou administrativní zátěž, na kterou lékaři nejsou připraveni.

Ekvita a přístup pacientů k péči

Organizace řízené péče fungují v tržním prostředí, a trh přitom není schopný řešit problémy spravedlnosti a přístupu k péči všech jednotlivců. Organizace se kvůli maximalizaci zisku soustředí více na určité kategorie pacientů, výnosné typy péče a na místa s větší koncentrací obyvatel. Např. ve venkovských oblastech se provoz zdravotních zařízení nevyplatí, takže lidé musí i s akutními problémy daleko dojíždět. Řízená péče taky sama o sobě není solidární a neřeší velký problém nepojištěnosti a podpojištěnosti určitých skupin obyvatel. Organizace MCO se stále rizikovějším obyvatelům snaží vyhýbat a naopak lákají perspektivnější a bohatší klienty – např. tím, že se zaměřují na velice výdělečnou prenatální péči spíše než na geriatrickou.

Problém spravedlnosti, se kterým se není řízená péče schopna sama vypořádat, se snaží řešit federální a státní vlády. Nejchudším obyvatelům a seniorům stát zdravotní plány platí, využívá většinou právě plány řízené péče.

VII Závěr

Zdá se, že řízená péče je vhodné tržní řešení problému vysokých nákladů na zdravotnictví. Spojené státy americké mají sice v mezinárodním srovnání stále největší náklady na zdravotnictví v absolutních číslech, na hlavu i v poměru k HDP, ale řízená péče aspoň v 90. letech pomohla jejich růst mírně snížit. Zároveň se ukázalo, že se zásadně nezhoršila kvalita péče. Mnoho pacientů o tom sice zůstává přesvědčeno, někdy jde ale spíše o jejich subjektivní pocity způsobené sníženým zákaznickým komfortem a menší volností při výběru poskytovatelů. Řízená péče se tedy dá brát jako úspěšný experiment, který by se dal použít i v jiných zemích.

Řízená péče pomohla zaměřit se na kontinuální zdravotní péči a prevenci, což dříve v USA nebylo samozřejmostí. V systému placení od výkonu lékaři profitovali z nemocnosti pacientů, kdežto nynější placení kapítacemi lékaře odměňuje za pacienty zdravé.

Vzhledem k tomu, že řízená péče funguje v tržním prostředí, si dobře vede právě v aspektech, které trh obecně zvládá. Jde např. o schopnost inovace, využívání nových postupů, efektivitu, předávání si zkušeností mezi organizacemi atd. Díky velké konkurenci se postupně vytváří jistý standard zdravotní péče. Řízená péče objevila řadu přístupů, jak platit poskytovatelům a motivovat jejich produktivitu, omezit nadměrnou péči, a přitom zachovat určitou kvalitu.

Na druhou stranu si řízená péče neporadila s diskriminací etnických minorit, chudších obyvatel a obyvatel z venkovských oblastí v přístupu ke zdravotní péči. Tyto nedostatky se za využití řízené péče snaží korigovat americká federální vláda a jednotlivé státy.

Řízená péče prošla mnoha fázemi vývoje, s největším rozmachem v 90. letech. Po nadšení, které v minulém desetiletí vyvolala, dnes přichází spíše zklamání a odklon od pevně uspořádaných organizací, jako je HMO. Dnešní organizace mají opět mnoho společného s původním pojištěním, odborníci se přesto shodují, že návrat od kapítací k platbám za výkon je velice nepravděpodobný. V budoucnosti pravděpodobně dojde ještě k větší standardizaci úrovně zdravotní péče a k větší regulaci ze strany státu.

Literatura

American Medical Association: The Committee on the Costs of Medical Care. *JAMA*, 1932, 99, s. 1950. ISSN 0098-7484 In Sultz, Harry A. – Young, Kristina M. *Health Care USA: understanding its organization and delivery*. Gaithersburg: Aspen Publishers, 1999, s. 36. ISBN 0-8342-1167-X.

Barr, Donald A. *Introduction to U.S. Health Policy: the organization, financing and delivery of health care in America*. San Francisco: Benjamin Cummnigs, 2002. ISBN 0-205-32419-3.

Blendon, R. J., et al. Understanding the Manager Care Backlash. *Health Affairs*, 1998, vol. 17, no. 4, s. 80-94. ISSN 0278-2715 In Thorpe, Kenneth E. Managed Care as Victim or Villain? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1999, vol. 24, no. 5, s. 954. ISSN 1527-1927.

Centers for Medicare and Medicaid Services. *National Health Expenditures*, March 2002 In Docteur, Elizabeth – Suppanz, Cannes – Woo, Jaejoon. *The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform* [online]. OECD, Economics Department, 27.2.2003, s. 21, [citováno 2.3.2007].

URL:<[http://www.oalis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/a17bfa31f942be2cc1256cdb00332d3c/\\$FILE/JT00140050.PDF](http://www.oalis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/a17bfa31f942be2cc1256cdb00332d3c/$FILE/JT00140050.PDF)>.

Davies, A. R. et al. Consumer Acceptance of Prepaid an Fee-for-Service Medical Care: Results from a Randomized Controlled Trial. *Health Services Research*, 1986, 21, s. 429-49 In Barr, Donald A. *Introduction to U.S. Health Policy: the organization, financing and delivery of health care in America*. San Francisco: Benjamin Cummnigs, 2002, s. 80. ISBN 0-205-32419-3.

Docteur, Elizabeth – Suppanz, Cannes – Woo, Jaejoon. *The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform* [online]. OECD, Economics Department, 27.2.2003, [citováno 2.3.2007].

URL:<[http://www.oalis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/a17bfa31f942be2cc1256cdb00332d3c/\\$FILE/JT00140050.PDF](http://www.oalis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/a17bfa31f942be2cc1256cdb00332d3c/$FILE/JT00140050.PDF)>.

Durdisová, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9.

Enthoven, Alain. *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*. Reading (Massachusetts): Addison-Wesley, 1980 In Barr, Donald A.

Introduction to U.S. Health Policy: the organization, financing and delivery of health care in America. San Francisco: Benjamin Cummings, 2002, s. 129. ISBN 0-205-32419-3.

Enthoven, Alain – Kronick, R. A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s. *New England Journal of Medicine*, 1989, 320, s. 29-37, 94-101. ISSN 0028-4793 In Barr, Donald A. *Introduction to U.S. Health Policy: the organization, financing and delivery of health care in America.* San Francisco: Benjamin Cummings, 2002, s. 129. ISBN 0-205-32419-3.

Hall, Mark A. The Death of Manager Care: A Regulatory Autopsy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2005, vol. 30, no. 3, s. 427-452. ISSN 1527-1927.

Kongstvedt, Peter R. *Essentials of Managed Health Care.* Gaithersburg: Aspen Publishers, 1995. ISBN 0-8342-0610-2.

Křížová, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání.* Praha: vlastní nákl., 1998. ISBN 80-238-0937-7.

Listina základních práv a svobod. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., hl. 4., čl. 31.

Manning et al. A Controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Practice on Use of Services. *New England Journal of Medicine*, 1984, 310, s. 1505-10. ISSN 0028-4793 In Barr, Donald A. *Introduction to U.S. Health Policy: the organization, financing and delivery of health care in America.* San Francisco: Benjamin Cummings, 2002, s. 79. ISBN 0-205-32419-3.

Miller, R. H. – Luft, H. S. Does managed care lead to better or worse quality of care? *Health Affairs*, 1997, 16, vol. 16, no. 5, s. 7-25. ISSN 0278-2715 In Sekhri, Neelam K. *Managed care: the US experience* [online]. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78, 6, s. 838, [citováno 2.3.2007].

URL:<[http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number%206/78\(6\)830-844.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number%206/78(6)830-844.pdf)>.

The Public, Managed Care, and Consumer Protections [online]. [citováno 2.3.2007]. URL:<<http://www.kff.org/spotlight/managedcare/index.cfm>>.

Reinhardt, U.E. – Relman, A. S. Debating For-Profit Health Care and the Ethics of Physicians. *Health Affairs*, 1986, vol. 5, no. 2, s. 23. ISSN 0278-2715 In Barr, Donald A. *Introduction to U.S. Health Policy: the organization, financing and delivery of health care in America.* San Francisco: Benjamin Cummings, 2002, s.2. ISBN 0-205-32419-3.

Sade, R. M. Medical Care as a Right: A Refutation. *New England Journal of Medicine*, 1971, 285, s. 1289. ISSN 0028-4793 In Barr, Donald A. *Introduction to U.S.*

Health Policy: the organization, financing and delivery of health care in America. San Francisco: Benjamin Cummnigs, 2002, s.2. ISBN 0-205-32419-3.

Safran, D. – Tarlov, A. R. – Rogers, W. H. Primary Care Performance in Fee-for-Service and Prepaid Health Systems. *Jama*, 1994, 271, s. 1579-86. ISSN 0098-7484.

Sekhri, Neelam K. *Managed care: the US experience* [online]. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78, 6, [citováno 2.3.2007].

URL:<[http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number%206/78\(6\)830-844.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number%206/78(6)830-844.pdf)>.

Sultz, Harry A. – Young, Kristina M. *Health Care USA: understanding its organization and delivery*. Gaithersburg: Aspen Publishers, 1999. ISBN 0-8342-1167-X.

Thorpe, Kenneth E. Managed Care as Victim or Villain? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1999, vol. 24, no. 5, s. 954. ISSN 1527-1927.

Wilensky, Gail R. What's behind the Public's Backlash? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, October 1999, vol. 24, no. 5, s. 1015-1019. ISSN 1527-1927.

Zhang, P. – Tran, S. L. *Physician Socioeconomic Statistics*. Chicago: American Medical Association, 1999 In Barr, Donald A. *Introduction to U.S. Health Policy: the organization, financing and delivery of health care in America*. San Francisco: Benjamin Cummnigs, 2002, s. 41-42. ISBN 0-205-32419-3.

Příloha: Projekt bakalářské práce

Řízená zdravotní péče v USA

Chtěla bych popsat, jak funguje řízená zdravotní péče (managed health care), zhodnotit ji a posoudit, zda je perspektivní její využití v budoucnu a ve více zemích. Řízená péče je zvláštní systém poskytování zdravotnických služeb, typický pro USA v posledních pár letech. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou zde zároveň plátcí, tzn. „pojištěnec“ platí měsíční poplatky přímo své síti zdravotních poskytovatelů, a za to získává péči zadarmo či s nižší spoluúčastí.

Výhodou je, že zaměstnanci této sítě poskytovatelů mají lepší přehled o výdajích za léčbu, a jelikož se do zdravotnictví v USA investuje v porovnání s jinými zeměmi extrémně mnoho peněz, slibovali si Američani od řízené péče především snížení nákladů. Proto se řízená péče v 90. letech rychle rozšiřovala. Nejběžnější formou řízené péče byly organizace HMO (Health Maintenance Organization). Později se rozšířily spíše její volnější formy, hlavně PPO (Preferred Provider Organization). V současnosti je originální podoba tohoto systému velmi kritizována, a to především proto, že pacientům omezuje možnost volby lékaře, a protože se pacienti obávají nižší kvality péče (prý se na nich lékaři snaží ušetřit, náklady totiž pocítují přímo). Zajímalo by mě, jak se v současnosti situace vyvíjí a jestli Američani na řízenou péči definitivně zanevrou, či ji pouze pozmění. Pokud bude řízená péče úspěšná, dalo by se přemýšlet o jejím využití i v jiných zemích.

Předběžná struktura práce

Úvod: co je to řízená péče, proč je důležitá

Zdravotní pojištění a zdravotnický systém v USA, jeho odlišnosti od českého systému

Místo řízené péče v americkém zdravotním systému

Podoby řízené péče, způsob jejího fungování

Historický vývoj řízené péče

Klady a zápory: kvalita, spravedlnost, efektivnost...

Zkušenosti v USA, možné využití v budoucnosti a v jiných zemích

Jak zatím ovlivnila řízená péče Českou republiku

Závěr

Orientační seznam literatury

Health Insurance Regulation in the United States

<http://www.paho.org/Spanish/HDP/hdd/usa.pdf>

Managed Care: The US Experience

[http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number%206/78\(6\)830-844.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number%206/78(6)830-844.pdf)

Private Health Insurance in OECD Countries

<http://www.oecd.org/dataoecd/42/6/33820355.pdf>

The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform

http://www.oecdwash.org/PDFILES/us_health_ecowp350.pdf

Who Pays for Health Systems?

[http://whqlibdoc.who.int/whr/2000/WHR_2000_\(chp5\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2000/WHR_2000_(chp5).pdf)

Why do Health Systems Matter?

[http://whqlibdoc.who.int/whr/2000/WHR_2000_\(chp1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2000/WHR_2000_(chp1).pdf)

Křížová, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha. 3. lékařská fakulta UK, 1998

Konzultant

Ing. Bohumila Čabanová