

# Skutečná reforma veřejného zdravotnictví?



**Institut pro zdravotní ekonomiku a technology assessment  
(iHETA)**

**/Tomáš Mičoch, Tomáš Doležal/**

## Skutečná reforma veřejného zdravotnictví?

Tomáš Mlčoch, Tomáš Doležal

S nástupem nové vlády se opět otevírají otázky různých reforem, včetně té zdravotní. Potíž je však v tom, že o post ministra zdravotnictví není přílišný zájem. To není žádným překvapením. Zdravotnictví je totiž specifický resort, kombinující odborný medicínsko-farmaceutický pohled s pohledem ekonomickým. Hlavním specifikem je například úhradový systém ve zdravotnictví, který bychom rádi v tomto příspěvku glosovali.

Zdravotní systémy v Evropě a Severní Americe se potýkají s rostoucími náklady na zdravotnictví (v ČR je růst od roku 2001 do 2011 o 80 % v nominálním vyjádření, a o 47 % po očištění o inflaci).<sup>1</sup> Proto vyvstávají otázky, jak tento růst výdajů přinejmenším zbrzdit a jak celý systém zefektivnit. Přesně tomuto se věnuje ve shrnujícím článku Mark McClellan (2011).

V první řadě se státy snaží všemožně regulovat kvantitu péče (např. nehrazením nákladné nebo naopak velmi levné péče, stanovováním limitů lékařů, zaváděním spoluúčasti pacientů) a cenu poskytované péče (maximálními cenami léků, platbami za výkony aj.). Tyto kroky sice krátkodobě skutečně sníží náklady zdravotního systému, ale jsou opravdu dlouhodobým řešením? Patrně nikoliv, soudě podle vývoje nákladů zdravotních systémů. Proto je třeba jít dále a navrhnout taková řešení, která budou mít skutečný a dlouhodobý dopad na zdravotní systém.

Jedním z takových řešení je například důrazné hrazení léčby, která má klinicky prokázanou účinnost. To ostatně píše i koaliční smlouva: „[n]aopak omezíme úhrady léčivých přípravků a zdravotních pomůcek, které nemají jednoznačně klinicky prokázaný terapeutický efekt.“<sup>2</sup> Pokud se vydávají peníze na prostředky bez prokázané klinické účinnosti, logicky nezbyvají peníze na opravdu účinné prostředky a tak vzniká rozdíl mezi tím, jaké kvality péče je skutečně možné dosáhnout a jaká péče je reálně poskytována.<sup>3,4</sup> Toto je v souladu s principy value-based pricing, HTA (Health Technology Assessment) a dalším klinickým a ekonomickým zhodnocováním zdravotních prostředků a intervencí).

Dalším řešením může být například platba ne za pouhý zdravotní výkon sám o sobě, ale za dosažení určitého klinického cíle. U běžných služeb (oprava auta, jídlo v restauraci) nám jde o to, zda je služba vykonána *správně*, a pokud ne, nemusíme za ni povětšinou platit. Ve zdravotnictví tomu tak není – neplatíme lékařům za počet uzdravených pacientů, ale za počet výkonů, které provedou. To může vést k tomu, že někteří lékaři nedbají na to, zda se pacient skutečně uzdravil,

---

<sup>1</sup> Léky v číslech, iHETA, dostupné online na [http://www.iheta.org/ext/publication/files/rocenka\\_finalni\\_verze.pdf](http://www.iheta.org/ext/publication/files/rocenka_finalni_verze.pdf).

<sup>2</sup> Dostupná např. na <http://www.kdu.cz/getattachment/Zpravy/Aktualne/2013/Zneni-navrhu-Koalicni-smlouvy/KOALICNI-SMLOUVA.pdf.aspx>.

<sup>3</sup> Tím se zabýval i můj minulý text v Medical Tribune, který se věnoval neprokázané klinické účinnosti délky hospitalizace a rozdílům v hospitalizačních nákladech, dostupný online na [http://www.iheta.org/ext/publication/files/Vicepen%C4%9Bz\\_finaltext.pdf](http://www.iheta.org/ext/publication/files/Vicepen%C4%9Bz_finaltext.pdf).

<sup>4</sup> Při realizaci takového opatření by se také musely zavést určité check-listy či příručky, podle kterých by se mělo postupovat při léčbě a které by byly striktně postaveny na evidence-based medicine.

ale spíše na to, aby provedli příslušný počet výkonů, za které dostanou zapláceno. Pokud by se určitým způsobem zavedla *bonifikace za uzdravené pacienty nebo za dosažený léčebný účinek* (tzv. „*pay for outcome*“ nebo „*pay for performance*“), byli by dobří lékaři a poskytovatelé obecně zvýhodněni a ostatní by jistě měli dodatečnou motivaci, aby léčili co nejlépe.

Ukázkovým příkladem může být britský pay-for-performance program, určený pro praktické lékaře, na který bylo vyčleněno 1,8 miliardy liber. Tento program sleduje 146 ukazatelů kvality, na jejichž základě bonifikuje ty lékaře, kteří je plní, a ta zařízení, jež jim vyhovují. Z těchto ukazatelů je 76 klasifikováno jako ukazatele klinické kvality a 70 jako organizační a pro organizaci pacientů důležité ukazatele (Doran et al. 2006, Cromwell et al. 2011). Pokud bychom se podívali na nejnovější verzi tohoto programu,<sup>5</sup> jsou tyto ukazatele dále rozděleny do pěti částí: 1) prevence předčasného úmrtí, 2) zlepšení kvality péče pro dlouhodobě nemocné pacienty, 3) pomoc při zotavení, 4) ujištění, aby měli pacienti dobrý pocit z poskytované péče, 5) a léčení v bezpečných podmínkách a ochrana před újmami, jimž se lze vyhnout. Například pro prevenci předčasného úmrtí jsou těmito ukazateli včasná detekce rakoviny, snížená mortalita rakoviny, respiračních onemocnění, onemocnění jater, nebo prenatální kontroly jednou za méně než 13 týdnů; v případě újem, jimž se lze vyhnout, je to incidence infekcí MRSA a *Clostridium difficile*.

Tyto ukazatele jsou jakýmsi zprostředkujícími cíli, jež mají zajistit zlepšení v indikátorech (ty jsou často průnikem několika z pěti částí vyjmenovaných výše) přímo vázaných na prémii pro lékaře či danou oblast, která je rovna v maximu 5 librárn ročně.<sup>6</sup> Konkrétně 25 % (u ostatních pěti je to 15 %) z této pětilibrové prémie je vázáno na odvratitelná přijetí na pohotovost a hospitalizace<sup>7</sup> – jde o složenou míru neplánovaných hospitalizací u chronických nemocí (dospělí), neplánované hospitalizace při astmatu, diabetu a epilepsii (u dětí) nebo hospitalizace pro komplikace, které běžně nemají být ošetřovány v nemocnici. Pokud nastane snížení či nulová změna v tomto ukazateli nebo je nepřímá standardizovaná míra přijetí menší než 1 000 pacientů na 100 000 obyvatel, dostane lékař 1,25 libry za daný rok za pacienta. Za dalších 5 dílčích splněných ukazatelů může lékař dostat dodatečných 3,75 libry (5\*0,75). Zajímavé je rovněž to, že ač tuto platbu dostane konkrétní lékař, celkový ukazatel se vypočítává z výsledků dané oblasti (v manuálu NHS má modelová oblast 160 000 pacientů), což motivuje právě ke spolupráci lékařů v oblasti a komplexnější a ucelenější péči.

<sup>5</sup> Přehled ukazatelů Clinical Commissioning Group Outcome Indicator Set je dostupný online na <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/ccg-ois-1415-at-a-glance.pdf>. Detailní popis je pak dostupný online na <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/ccg-ois-1415-tech-guid.pdf>.

<sup>6</sup> Celkem je 6 konečných cílů, na základě, kterých jsou lékaři placeni: 1) potenciální počet let ztraceného života z příčin, které jsou definovány jako „vyhnutelné“; 2) zlepšení přístupu k psychologickým terapiím; 3) odvratitelná přijetí na pohotovost (do nemocnice); 4) adresování problémů zmíněných ve „Friends and family test“; 5) zlepšení vykazování o nehodách spojených s bezpečností; 6) další ukazatel, který je určen lokální komisí a který má adresovat problém v dané oblasti. Viz online na adrese <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/qual-prem-guid.pdf>.

<sup>7</sup> To se týká částí popsaných výše: 2) zlepšení kvality péče pro pacienty s dlouhodobou nemocí, 3) pomoc při zotavení pacientů.

Na podobném principu je založena i úhrada nemocniční péče pomocí DRG (Diagnosis Related Groups), kdy nemocnice dostává úhradu za jednu ukončenou hospitalizaci v podobě fixní částky bez ohledu na délku hospitalizace a celkové náklady zdravotnického zařízení. V tomto způsobu platby sice není jemněji zohledněn zdravotní stav pacienta na konci zdravotní intervence, ale v rámci hospitalizace mu byla poskytnuta předem definovaná zdravotní péče.

Co se týče např. praktických lékařů, ti by mohli dostávat – po dohodě s pojišťovnami a pro zvýšení motivace záchytu pacientů v raném stadiu nemoci, které je snáze léčitelné – určitou fixní částku za nález takového pacienta. To by opět motivovalo k důslednějším kontrolám zdravotního stavu pacientů či rizikových pacientů zvaním na preventivní prohlídky, vypisováním preventivních krevních testů aj. Případně by se mohla bonifikovat preventivní péče a časná intervence i u ambulantních specialistů. Včasný záchyt pacientů by tak dále mohl zefektivnit fungování zdravotního systému. V USA a Velké Británii jsou takové programy implementovány například v péči o diabetiky nebo pacienty s diagnózou chronického kardiovaskulárního onemocnění.

Nicméně pro každou analýzu či hospodářskou politiku jsou vždy potřeba kvalitní data. Data jsou však podmíněna vyplňováním dotazníků, odesíláním dat, či budováním složitých systémů na sběr a úschovu dat. Jak však Mark McClellan navrhuje, existuje možnost platit zdravotnickým zařízením za hlášení (reportování) o pacientech. Uvádí, že v USA dostávají lékaři programu Medicare dodatečnou platbu ve výši 1 až 1,5 % za to, že nahlásí ministerstvu soubor informací týkajících se především poskytování evidence-based lékařské péče (EBM) a procesu jejího dosahování. Podobně nemocnice dostanou částku dokonce ve výši 2 %. Tyto platby motivují dodávat toliko potřebná data, na jejichž základě se pak mohou provádět různé analýzy. Samozřejmě, že tyto platby zprvu zvýší náklady systému, nicméně v delším horizontu může ministerstvo vyhodnotit, kde jsou „hluchá“ místa v systému, a navrhnout opatření, která celý zdravotní systém zefektivní – a co je nejdůležitější, v konečném výsledku se tím zkvalitní péče o pacienty.

Jak je z výše uvedených návrhů patrné, regulace ve zdravotnictví se nemusí omezovat pouze na *přímou* regulaci ceny či množství poskytované péče. Ve zmíněných opatřeních jde naopak zejména o snahu dodatečně motivovat lékaře a lékařská zařízení, aby poskytovali kvalitní péči a péči v souladu s EBM. Je však otázkou, zda taková opatření budou v praxi realizována a jaká na ně bude odezva ze strany samotných lékařů.

## Zdroje

McClellan M. Reforming payments to healthcare providers: the key to slowing healthcare cost growth while improving quality? *Journal of Economic Perspectives* 2011;25:69–92. Dostupný online na <http://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/jep.25.2.69>.

Cromwell J, Trisolini GM, Pope CG, et al. Pay for performance in health care: methods and approaches, RTI press 2011.

Doran T, Fullwood C, Gravelle H, et al. Pay-for-Performance Programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006;355:375–84.