

Znamená více peněz ve zdravotnictví kvalitnější péči? Ne vždy



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

/Tomáš Mlčoch/

Znamená více peněz ve zdravotnictví kvalitnější péči? Ne vždy

Tomáš Mlčoch

iHeta, Praha

Vyšší výdaje ve zdravotnictví by měly znamenat za stávajících podmínek kvalitnější a dostupnější zdravotní péči. Američtí vědci Jonathan Skinner a John Wennenberg se dlouhodobě zabývají touto problematikou, tedy analýzou, zda vysokovýdajové oblasti USA poskytují lepší péči než nízkovýdajové. Jejich hojně citovaný článek *Geography and the debate over medicare reform* z roku 2002, jehož spoluautorkou je Elliot Fisherová (1), ukazuje, že americké regiony s vyššími výdaji *neposkytují* kvalitnější péči oproti těm s nižšími výdaji – a to i přes korekci na rozdílnost etnik, pohlaví, věku nebo zdravotního stavu daných populací. Přesněji, porovnání dvou extrémů v roce 1996 vyznělo takto: 8 414 USD v region Miami a 3 341 USD v oblasti Minneapolis. Proto si autoři kladli otázku, čím je tato skutečnost způsobena.

Aby mohli autoři lépe zmapovat výdaje, rozdělili je do tří skupin: efektivní péče, péče citlivá na preferenci jedince a péče citlivá na nabídku (či dostupnost) dané služby (2). V tabulce 1 je uvedeno toto rozdělení a zároveň čtyři faktory, které péči ovlivňují a v jaké míře. U efektivní péče je dlouhodobě klinicky prokázána účinnost (silné ovlivnění lékařskou teorií a lékařskými důkazy) a tato péče zahrnuje např. mamografická vyšetření, vyšetření očí u diabetiků, pro pacienty po infarktu nasazení terapie kyselinou acetylsalicylovou, β -blokátorů a různých jiných procedur. Region s vyššími výdaji by tedy měl – za předpokladu, že chce kvalitněji léčit – poskytovat více této efektivní péče, která má přímý a prokázaný dopad na zdraví lidí. Avšak není tomu ve skutečnosti tak, autoři nenašli *žádný* vztah a zjistili, že úroveň poskytování efektivní péče je stejná ve všech výdajových skupinách.

Tabulka 1 Kategorie lékařské péče (Podle 2)

	Faktory ovlivňující využití			
	Lékařská teorie	Lékařské důkazy	Nabídka zdrojů na hlavu	Důležitost preference pacienta
Efektivní péče	Silně	Silně	Slabě	Slabě
Péče citlivá na preferenci jedince	Silně	Proměnlivě	Proměnlivě	Silně
Péče citlivá na nabídku	Slabě	Slabě	Silně	Proměnlivě

Co se však naopak lišilo, byla právě péče citlivá na nabídku, u které není přímo prokázána klinická účinnost. Byly to především konzultace specialisty, návštěvy lékařů, doba hospitalizace či přijetí na JIP, a to zejména u pacientů v konečném stadiu života. Autoři v tomto ohledu dále tvrdí, že: „medicínské texty a časopisy jsou například mlčenlivé k inkrementální hodnotě tříměsíčního versus šestiměsíčního intervalu mezi návštěvou doktora pro pacienty s obtížemi jako diabetes nebo hypertenze.“

Autoři Fisherová a spol. následně v článku, který vyšel v *Annals of Internal Medicine*, dospívají k podobným závěrům. Zjistili, že největší rozdíly jsou v konečné péči, počtu dnů v nemocnici a na JIP a dále jde o počet testů a menších procedur (např. laryngoskopie, CT nebo MRI mozku, elektroencefalografie a jiných). I přes tyto rozdíly v péči však regiony s vyššími výdaji nevykazovaly kvalitnější péči.¹ V navazujícím článku (3) titíž autoři ukazují, že i přes tyto rozdíly v péči (používají stejné výdajové dělení) nemají vysokovýdajové regiony nižší mortalitu při vybraných onemocněních (zlomenina kyčle, kolorektální karcinom, akutní infarkt myokardu) a uzavírají: „regionální rozdíly ve výdajích Medicare pozorované v celých USA jsou nepravděpodobné při poskytování významných [zdravotních] benefitů, pokud jde o zvýšenou šanci na přežití.“ (str. 295).

Může si české zdravotnictví z těchto studií vzít nějaké poučení? Vzhledem k tomu, že se nemocnice v České republice potýkají poměrně s velkými finančními problémy a zároveň jsou Češi v popředí, co do počtu nemocničních lůžek na počet obyvatel,² mohl by snížený počet nemocničních lůžek přinést dodatečné úspory. Přesněji, v době zmiňovaných provedených výzkumů (okolo roku 2000) se průměrný počet lůžek dle statistik OECD v USA pohyboval okolo 3,5 lůžka na 100 000 obyvatel a v ČR byla v roce 2011 tato hodnota 6,8, u akutních pak 3,0 v USA a 4,7 v ČR. Z tohoto pohledu se jeví jako nadměrná zejména neakutní nemocniční lůžka a zároveň – v duchu přenositelnosti vědeckých znalostí – nemůže být patrně pochyb o tom, že by snížený počet lůžek vedl ke snížení kvality poskytované péče. Nicméně pro přesnější analýzu by bylo potřeba zjistit, do jaké míry se poskytuje *efektivní péče* v duchu studie Wennberga, Skinnera a Fisherové (3) a do jaké míry se určitá péče poskytuje jen proto, že je z určitých důvodů dostupná (např. historicky). Pokud by nebyla ohrožena kvalita péče, mohl by se následně snížit počet lůžek.

Současně by se mohla provést osvětová kampaň praktických lékařů ohledně *gate-keepingu* s upozorněním na možnosti, jak zadržet pacienty ještě před nástupem do nemocnice a připravit například bonifikaci určitých výkonů, které by zastavení pacientů u praktiků podporovaly. Tato kampaň by mohla dále omezit nadbytečná vyšetření provedená v nemocnicích, čímž by se rovněž mohly snížit náklady nemocnic při *zachování* standardu péče či úrovně efektivní péče.

Závěrem, efektivní a účinná péče nutně neznamená – jak ukazují výše zmíněné studie – že musí být také drahá. Pokud je skutečným cílem zdravotního systému kvalitně léčit pacienty, je třeba se zaměřit na množství a dostupnost efektivní péče, u které je prokázána klinická účinnost a jejíž potenciálně zvýšené výdaje by bylo možné financovat právě z úspor nabídkově citlivé péče. Přebytková lůžka v nemocnicích, úspory z dodatečných vyšetření praktiky nebo úspory z včasného řešení zdravotních problémů ještě před nástupem do nemocnice jsou položky, které by mohly pomoci přesunout výdaje tam, kde jsou z pohledu pacientů potřebnější.

¹Měřeno například, zda dostal pacient s infarktem: reperfuzi během 12 hodin, kyselinu acetylsalicylovou v nemocnici a při propuštění z nemocnice, inhibitory ACE při propuštění, β -blokátory, dále zda pacienti dostávají očkování proti chřipce nebo pneumonii aj.

²V nedávném článku na webu iHETA o nákladech nemocnic jsem upozorňoval na finanční problémy mnoha nemocnic a také na skutečnost, že ČR je v popředí mezi zeměmi co do podílu výdajů na nemocniční péči: http://www.iheta.org/ext/publication/files/Nemocnice_hl.ukazatele%20a%20naklady_final.pdf.

Literatura

- 1) Wennberg EJ, Fisher SE, Skinner SJ. Geography and the debate over medicare reform. *Health Aff (Millwood)* 2002 Jul-Dec;Suppl Web Exclusives:W96-114.
- 2) Fisher SE, Wennberg ED, Skinner AT, et al. The implications of regional variations in medicare spending. Part 1: The content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med* 2003;138:273–87.
- 3) Fisher SE, Wennberg ED, Skinner AT, et al. The implications of regional variations in medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med* 2003;138:288–98.