



MONITORHC.CZ



Mapa zdravotní péče ČR

Spravedlnost a efektivita

Monitor HC je obecně prospěšnou iniciativou
společnosti KlientPRO, s.r.o.



KlientPRO
INTELIGENTNÍ ŘEŠENÍ PRO ZDRAVOTNICTVÍ



WEB PROJEKTU

www.monitorhc.cz



PODROBNÁ ANALÝZA

(ke stažení)

www.monitorhc.cz/publikace



INTERAKTIVNÍ MAPA

www.monitorhc.cz/online-data

PŘEDMLUVA

V roce 2011 vyhrála společnost **KlientPRO** soutěž ministerstva zdravotnictví na lokalizaci holandského PCG modelu pro potřebu přerozdělení zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Nad rámec zadání ministerstva zdravotnictví KlientPRO na vlastní náklady provedlo řadu analýz spotřeby zdravotních služeb na území ČR. Výsledky byly natolik zajímavé, že jsme se rozhodli založit informační portál **Monitor HC** a shrnout naše zjištění do dvou volně dostupných publikací. Stručnější a pro laika přístupnější z těchto dvou publikací právě čtete. Její podrobnější a techničtější dvojče můžete získat na Monitor HC.

V centru pozornosti našich analýz leží otázky spravedlnosti v poskytování zdravotní péče a efektivního využívání veřejných zdrojů. Je spravedlivé, že se obyvatelům některých krajů dostává méně zdravotní péče než jinde? Je spravedlivé, aby některé zdravotní pojišťovny získávaly více prostředků, než odpovídá zdravotnímu stavu jejich klientů? Je přípustné, aby v léčení některých chronických onemocnění existovaly výrazné regionální rozdíly? Na tyto a další otázky se náš projekt snaží upozornit. Doufáme, že Vás naše zjištění zaujmou a pomohou Vám lépe se orientovat v bludišti zdravotnické problematiky. Jsme připraveni odpovědět na Vaše otázky a vážíme si jakékoli zpětné vazby.

OBSAH

Úvod	5
Problém přerozdělování	6
Demografický model	9
PCG model	10
Rozdíly ve spotřebě zdravotní péče	12
Hlavní zjištění	12
Spotřeba zdravotní péče závisí na místě bydliště	12
Způsob léčby chronicky nemocných závisí na regionu	16
Co rozdíly ve spotřebě péče způsobuje?	17
ČR: rekordman v počtu ambulantních návštěv	18
Potřebná, nebo zbytečná péče?	18
Způsob plateb zvyšuje návštěvnost	18
Bludiště „dalších faktorů“	18
Velká témata ve skrytu	19
Přerozdělování a spravedlnost	19
Přerozdělování a efektivita	19
Zveřejňovat výsledky, nebo... co?	20
Laboratoře a klinické registry	20
Dopad zveřejňování výsledků	20
Co způsobuje úhradová vyhláška?	20
Seznamte se s výsledky naší analýzy on line	21
Naše doporučení	22
Zdravotní pojišťovny v éře PCG	22
Místní politici v éře PCG	23
Nemocní i zdraví občané v éře PCG	24
Poskytovatelé péče v éře PCG	25
Závěrem	26

ÚVOD

Hlavními tématy publikace jsou přerozdělování prostředků veřejného zdravotního pojištění mezi zdravotní pojišťovny, geografická distribuce spotřeby zdravotní péče, (ne)rovnost v přístupu ke zdravotní péči a efektivita při zacházení s veřejnými zdroji. Populace klientů jednotlivých zdravotních pojišťoven (tzv. kmeny) se z různých důvodů liší, například věkem a přítomností určitých onemocnění. Zdroje by se proto měly přerozdělovat takovým způsobem, aby příjem každé pojišťovny odpovídal zdravotnímu riziku jejího kmene.

Není-li přerozdělování přesné, pojišťovny dostávají chybné pobídky, které se následně přenášejí na poskytovatele zdravotní péče, občany i pacienty. Tyto chybné pobídky a motivace v konečném důsledku vedou k plýtvání, které může dosahovat jednotek až desítek procent celkového objemu prostředků. Plýtvání a ne hospodárné zacházení se zdroji se samozřejmě podepisují na kvalitě péče a potažmo na zdravotním stavu, třeba právě Vašem!

Analýza spotřeby zdravotních služeb ukazuje, že dlouhá léta existují těžko ospravedlnitelné regionální rozdíly v objemu poskytovaných služeb, rozdíly mezi pojišťovnami i rozdíly v léčení chronických onemocnění. Tyto rozdíly souvisejí s nepřesným způsobem přerozdělování zdrojů veřejného zdravotního pojištění.

Co se na následujících stránkách dozvíte? Seznámíme Vás s nejrůznějšími rozdíly a nerovnoměrnostmi ve spotřebě zdravotní péče, které odhalila naše analýza dat z období 2010 až 2012. Předestřeme Vám, jak lze tyto rozdíly a nerovnoměrnosti vysvětlit, tedy čím jsou pravděpodobně způsobeny. Pokusíme se Vás přesvědčit, že tento stav je úzce spjatý s otázkou spravedlnosti při zacházení s veřejnými zdroji. Vždyť pojistné na veřejné zdravotní pojištění se pojistným pouze nazývá: ve skutečnosti jde o zvláštní formu daně a projev občanské solidarity. Na závěr rozebereme příležitosti, které přechod na PCG model přinese, a co přesně zdravotničtí aktéři – pojišťovny, politici, občané a poskytovatelé – mohou udělat, aby péče o zdraví byla poskytována spravedlivěji a efektivněji, než jak jsme doposud byli zvyklí.

PROBLÉM PŘEROZDĚLOVÁNÍ

Ve spotřebě zdravotní péče existují mezi lidmi propastné rozdíly. Všeobecně platí, že přibližně 20 % populace spotřebuje v daném roce asi 76 % všech zdrojů ve zdravotnictví. Na nejnáročnější 1 % obyvatel připadá asi jedna pětina všech zdrojů. Česká republika řeší toto dilema pomocí povinného veřejného zdravotního pojištění.

Pojištění není solidární, daň ano

Pojištění v obvyklém smyslu slova není ničím solidárním, ale prostě ochranou před nepředvídatelnými likvidačními výdaji, kterou si člověk platí formou pojistného. Kdo má vyšší riziko, platí vyšší pojistné. Tzv. veřejné zdravotní pojištění není pojištěním v tomto smyslu. Odvody na veřejné zdravotní pojištění mají povahu daně. Nejvíce přispívají ti, kdo mají nejvyšší příjmy, nikoli ti, kdo mají nejvyšší riziko. V tomto smyslu je systém solidární přinejmenším v té míře, v jaké jsou solidární všeobecné daně. Ti, kdo vydělávají více, jsou solidární s těmi, kdo vydělávají méně, či vůbec.

Jak (ne)udržet solidaritu

Do fondu veřejného zdravotního pojištění plynou odvody zaměstnanců, zaměstnavatelů a podnikatelů, které jsou závislé na výši příjmu. Dále sem plynou platby ze státního rozpočtu za děti a důchodce, tedy přímo ze všeobecných daní. Aby se tato obecně přijímaná solidarita výdělečně činné většiny s méně zdravou či ekonomicky neaktivní menšinou mohla naplno projevit, musí se vybrané zdroje přerozdělovat mezi pojišťovny spravedlivě, tedy podle zdravotního rizika klientů. Nepřesné přerozdělování je v nejobecnější rovině urážkou občanské solidarity. Solidární jsme se všemi bez rozdílu. Skutečnost ale tomuto ideálu neodpovídá a k některým spoluobčanům se dostává méně zdrojů, než by si vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zasloužili.

Malé rozdíly v riziku, velké peníze

Populace klientů jednotlivých zdravotních pojišťoven (kmeny) se z různých důvodů více či méně liší. Ačkoli jsou u každé pojišťovny registrovány stovky tisíc až milióny lidí, rozdíly mezi kmeny se tím „nevyruší“ ani „nevynulují“. I malé rozdíly ve zdravotním riziku mezi kmeny znamenají při ohromném objemu prostředků velké peníze a mají dopad na chování a bilanci pojišťoven, dostupnost a potažmo i kvalitu péče.

Perverzní pobídky

Výše odvodů ani příspěvků ze státního rozpočtu do systému veřejného zdravotního pojištění nijak nesouvisí se zdravotním rizikem jednotlivých pojištěnců, tedy s tím, kolik zdravotní péče budou v následujícím období pravděpodobně potřebovat. Výše odvodů závisí zejména na výši příjmu. Kmeny pojišťoven se různí. Proto přerozdělování. Přerozdělovat by se ale mělo co nejpřesněji, jinak se účastníci systému chovají „perverzně“, tedy nikoli tak, aby prostředky šly za těmi, kdo je nejvíce potřebují, tj. v našich podmínkách především za chronicky nemocnými spoluobčany. V konečném důsledku tak dochází k ne hospodárnému zacházení s penězi, které má zdravotnictví

k dispozici. Tyto ztráty se projevují v každodenním chodu zdravotnictví: vyplývané finance chybějí na chytrá řešení, přístroje, účinné léky, prevenci, vzdělávání, kvalifikovaný personál atd.

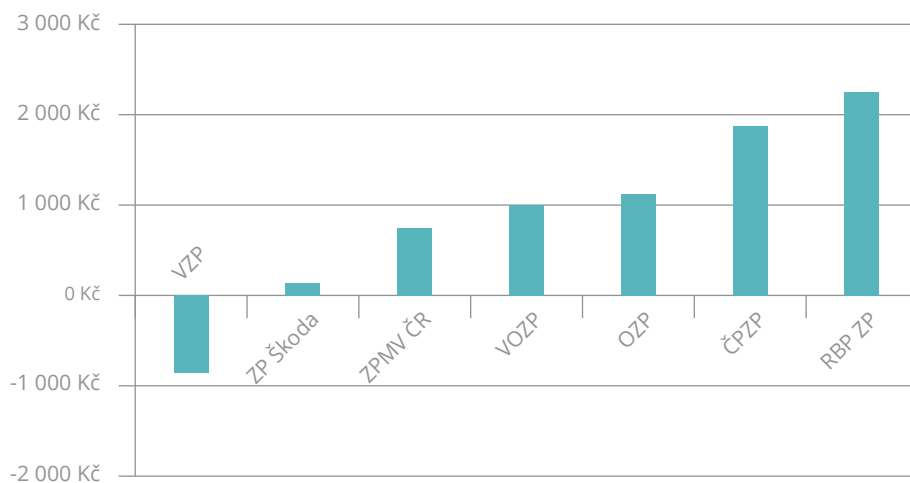
Zdraví lidé, pojdte k nám

V situaci, kdy je přerozdělování nepřesné, může být pro pojišťovnu výhodné získat co nejzdravější kmen. Jelikož na mladé (a zdravé) pojištěnce dostává více peněz, než odpovídá jejich zdravotnímu riziku, velký objem prostředků ušetří. Naopak chronicky nemocní pojištěnci jsou pro pojišťovnu čistá ztráta. Za takových okolností pojišťovna není motivována rozvíjet péči o chronicky nemocné, neboť riskuje, že úspěch takového programu by k ní přitáhl pojištěnce, kteří by ji mohli ekonomicky zničit.

Chronici se soustředí u VZP

Kdyby pojišťovny dostávaly ze zdravotního fondu na každého svého pojištěnce stejnou částku bez ohledu na riziko, VZP by velmi rychle zkrachovala, nebo by musela dramaticky omezit dostupnost zdravotní péče pro své pojištěnce. Ukazuje to Graf 1:

Graf 1. — Hypotetická bilance zdravotních pojišťoven přepočtená na jednoho pojištěnce v roce 2012



Pozn. Platí za předpokladu, že by zdravotní pojišťovny dostávaly na každého pojištěnce stejnou částku, což naštěstí neplatilo ani do konce roku 2017 díky přerozdělení podle pohlaví a věku (viz níže).

Zkratky: VZP - Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, ZP Škoda - Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, ZPMV ČR - Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, VOZP - Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, OZP - Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, ČPZP - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, RBP-ZP - Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Chronický paciente, těžko tě léčit

Perverzní pobídky při nepřesném přerozdělování ovlivňují i ostatní hráče: poskytovatele zdravotních služeb a pacienty. Pro zdravotníky může být například nevýhodné poskytovat komplexní péči starším, chronicky nemocným pacientům, neboť platby, které na ně dostávají od pojišťoven, jsou vzhledem k nákladům podhodnocené. Nepřesné přerozdělení má tudíž dopad na to, jak lékaři léčí určité skupiny pacientů. Jelikož právě péče o chronicky nemocné spolyká ohromnou část rozpočtu pojišťoven, podcenění tohoto druhu péče vede v konečném důsledku i k největším finančním ztrátám.

Mimořádně nákladní pojištěnci

Pro úplnost dodejme, že ne všechny zdroje veřejného zdravotního pojištění se přerozdělují podle rizika. Výjimku tvoří tzv. mimořádně nákladní pojištěnci. Překročí-li náklady na některého pojištěnce určitou hranici, je taková zdravotní péče pojišťovně proplacena ex post prakticky v plné výši. Riziko spojené se zvláště nákladnými klienty zdravotní pojišťovny tak vůbec nenesou. Péče o mimořádně nákladné pojištěnce odčerpává zhruba 10 % zdrojů veřejného zdravotního pojištění.

DEMOGRAFICKÝ MODEL

Dospět k výpočtu, jak přerozdělit prostředky fondu zdravotního pojištění v systému s více pojišťovnami, není jednoduchá záležitost a k úkolu lze přistoupit různě. Jednou z možností je využití poznatku, že potřeba péče do velké míry závisí na věku a pohlaví člověka. Víme například, že více péče spotřebují starší lidé, ale muži o něco dříve než ženy z důvodu kratší průměrné délky života; potřeba péče u žen se zvyšuje v období, kdy rodí děti apod. V ČR se přerozdělování financí mezi pojišťovny řídí zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, a souvisejícími právními předpisy. Tento zákon do konce roku 2017 nařizoval přerozdělení dle věku a pohlaví pojištěnců.

Nákladové indexy

Demografická metodika pracuje s 36 skupinami odstupňovanými po 5 letech, z nichž 18 je určeno pro muže a 18 pro ženy. Skupinami jsou např. ženy ve věku 30 až 34 let, 35 až 39 let atd. Pro každou skupinu se na základě dat z referenčního období, tj. předchozího kalendářního roku, vypočítá průměrná relativní nákladovost pojištěnce. Ta se vyjadřuje tzv. nákladovými indexy. Například mužům ve věku 25 až 29 let je připsán nákladový index X, mužům ve věku 70 až 74 let je připsán nákladový index Y apod. Čím větší číslo, tím větší poměrné náklady na příslušníka skupiny. Dle nákladových indexů pak probíhá pravidelné měsíční přerozdělení finančních prostředků mezi pojišťovny a s takto získanými prostředky pojišťovny musí hospodařit.

PCG MODEL

Přesnější způsob, jak prostředky veřejného zdravotního pojištění rozdělit, nabízí tzv. PCG model. Ten kromě věku a pohlaví bere v úvahu ještě přítomnost chronických onemocnění u jednotlivých pojištěnců prostřednictvím tzv. PCG klasifikace. Změna zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, z roku 2017 zavádí PCG klasifikaci i v České republice s platností od 1. ledna 2018.

Jaké léky užíváte, takovým onemocněním trpíte

PCG (pharmacy-based cost groups) model patří k nástrojům, jak odhadnout zdravotní riziko jednotlivců, tj. kolik a jakou zdravotní péči budou potřebovat, a tudíž i přibližně stanovit (predikovat) budoucí náklady. PCG model vychází ze zjištění, že náklady na zdravotní péči se velkou měrou odvíjejí od chronických onemocnění pacientů. Pravděpodobnou přítomnost či nepřítomnost těchto onemocnění PCG model odvozuje od druhu a spotřeby léků, které pacienti užívají.

Věk, pohlaví a chronické onemocnění

Bylo zjištěno, že druh, dávka a doba podávání určitých léků celkem dobře vypovídá o tom, jaké chronické onemocnění dotyčného trápí. Obyvatele či pojištěnce tak lze rozdělit do přesně vymezených skupin – např. ženy, věk 20 až 24 let, s chronickým onemocněním štítné žlázy – a pro ty pak stanovit zdravotní riziko, to jest odhadnout budoucí náklady na zdravotní péči.

ATC klasifikace

Pro léky existuje podrobná, mezinárodně uznávaná anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace (ATC). Všechny systémy evidence léků běžně s touto klasifikací pracují, tj. každý léčivý přípravek (přesněji v něm obsažená účinná látka) má svůj ATC kód. Kódy pak lze počítačově zpracovávat a z lékového profilu konkrétního pacienta s určitou přesností odvodit, zda a jakým chronickým onemocněním trpí. Jelikož zdravotní pojišťovny znají nejen věk a pohlaví svých klientů, ale mají prakticky kompletní přehled o jejich lécích včetně ATC skupiny, mohou pojištěnce rozřadit do rizikových PCG skupin podle spotřeby léků s danými ATC kódy.

Výhody PCG

Zásadními výhodami PCG jsou dobrá dostupnost výchozích údajů a přesnost. Údaje o věku a pohlaví jsou k dispozici o každém obyvatele. Pojišťovny vědí, komu byl kdy předepsán jaký lék a z jaké ATC skupiny. PCG tak s relativně malými náklady přináší velmi dobrý odhad zdravotního rizika, a tím zajišťují podstatně spravedlivější přerozdělení zdrojů veřejného zdravotního pojištění mezi zdravotní pojišťovny. Pojišťovny pak nejsou finančně „trestány“ za chronicky nemocné klienty.

CDS: předchůdce PCG

V 90. letech 20. století přišel Michael Von Korff ve Spojených státech s modelem, jenž umožňoval poměrně přesně odhadnout náklady na léčbu pacientů na základě znalosti dat o jejich předchozí spotřebě léků. Výsledkem byl ukazatel zvaný skóre chronického onemocnění (Chronic Disease Score, CDS). Von Korff podle údajů o roční spotřebě léků rozdělil pacienty do 28 skupin představujících různé chronické choroby. A dokázal, že s pomocí modelu lze účinně předpovědět mortalitu, pravděpodobnost hospitalizace i náklady na zdravotní služby.

PCG v Holandsku

Principem CDS se v Evropě jako první inspirovalo Nizozemí, které se později stalo příkladem pro další země. PCG klasifikace vznikla přizpůsobením CDS evropským podmínkám a oproti americké metodě pracuje s ATC skupinami. V Holandsku se PCG model pro přerozdělování zdrojů zdravotního pojištění využívá od roku 2002. V současné době využívají Nizozemci pro odhad budoucích rizik ještě propracovanější metodiku, kdy vedle demografických faktorů a přítomnosti chronických chorob zohledňují socioekonomický status pojištěnců, jejich diagnózu během poslední hospitalizace (DCG) a zdravotní postižení.

PCG v České republice

KlientPRO lokalizovalo holandský PCG model do českého prostředí spolu s občanským sdružením ReformaZdravotnictví.cz (tehdy Reforma zdravotnictví-forum.cz) již v roce 2006, a to pro potřeby ocenění rizika zejména v systémech řízené péče. Ačkoli jsme model nabídli několika zdravotním pojišťovnám, myšlenka, že je třeba pozorně sledovat potřeby různých skupin pojištěnců a lépe porozumět rozdílům ve spotřebě zdravotní péče, se v té době neujala. Od roku 2011 se ministerstvo zdravotnictví nicméně snaží o přesnější přerozdělení s použitím PCG modelu. Z těchto důvodů KlientPRO v letech 2011 až 2012 PCG model lokalizovalo pro Českou republiku a ministerstvu zdravotnictví navrhlo výpočet přerozdělení změnit.

PCG na Slovensku

Od roku 2012 se upravený nizozemský PCG model využívá pro přerozdělení zdrojů veřejného zdravotního pojištění na Slovensku. Společnost KlientPRO dodala pro implementaci své know-how. Na rozdíl od Nizozemí a od verze pro Českou republiku slovenský model nepracuje s příslušností jednoho pojištěnce do více PCG skupin, což model činí méně přesným. Slovenská metodika přerozdělení nepracuje ani s ex post kompenzací skutečných nákladů na vysoce nákladné pojištěnce (tj. zajištěním části rizika).

ROZDÍLY VE SPOTŘEBĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Naše analýza spotřeby zdravotní péče provedená na datech za období 2011 a 2012 je svojí úplností a kvalitou první svého druhu od vzniku systému více zdravotních pojišťoven v 90. letech. Výpočty jsou unikátní v tom, že pracují s anonymizovanými individuálními údaji o spotřebě zdravotních služeb (v Kč) **všech více než 10 milionů účastníků veřejného zdravotního pojištění**. Druhou výjimečnou vlastností analýzy je fakt, že při porovnávání spotřeby péče mezi různými populacemi (např. mezi pojištěnci bydlícími v určitých okresech ČR) zohledňujeme díky PCG modelu nejen věk a pohlaví srovnávaných populací, ale do velké míry i jejich zdravotní stav. Výsledky potvrdily podezření, že ve spotřebě péče existují významné geografické a další rozdíly, které se přímo dotýkají otázek rovného přístupu k péči a hospodárního zacházení s veřejnými zdroji. V následujících řádcích tyto rozdíly blíže popisujeme a pokoušíme se vysvětlit jejich příčiny.

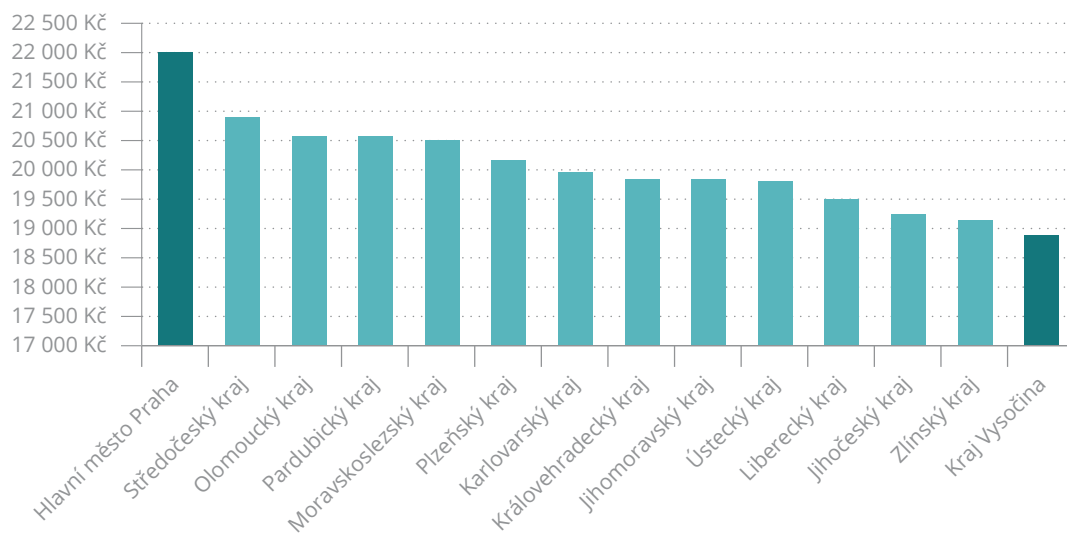
Hlavní zjištění

K nejzajímavějším výsledkům analýzy patří regionální rozdíly. Jedná se o rozdíly v objemu poskytnuté péče, rozdíly na úrovni léčby chronických onemocnění a rozdíly mezi pojišťovnami a nelze je vysvětlit ani rozdílnou demografickou strukturou, ani rozdílnou přítomností chronických chorob.

Spotřeba zdravotní péče závisí na místě bydliště

Na jednoho pojištěnce, **po zohlednění různé demografické struktury i nemocnosti (přesněji PCG klasifikace)**, připadá v různých krajích různý objem péče. Pacientům s trvalým bydlištěm na Vysočině, ve Zlínském nebo Jihočeském kraji se dostává podstatně méně zdravotní péče, než je v Česku obvyklé. Pacienti v Praze naopak čerpají zdravotní péče významně více.

Graf 2. — Průměrná spotřeba zdravotní péče na jednoho pojištěnce podle krajů po zohlednění pohlaví, věku a chronických onemocnění



Jak ukazuje Graf 2, pojištěnci na Vysočině čerpají v průměru o 14 % méně péče než pojištěnci v Praze. Spotřeba péče (vyjádřená v korunách) je přitom přizpůsobena riziku predikovanému PCG modelem, proto nelze tyto rozdíly vysvětlit rozdílným věkem ani různou četností chronických chorob mezi jednotlivými kmeny (zde obecně ve smyslu „skupin pojištěnců“). Nelze je vysvětlit ani vyšším soustředěním nákladné péče v hlavním městě, neboť náklady se připisují podle trvalého bydliště.



Pro vyjádření rozdílů ve spotřebě zdravotní péče jednotlivých - např. regionálně definovaných - populací (kmenů) používáme tzv. **průměrnou individuální bilanci dané populace**, např. pojištěnců v Praze nebo Jihlavě. Toto číslo vyjadřuje průměrnou odchylku skutečné spotřeby zdravotní péče oceněné v korunách od spotřeby očekávané PCG modelem, tj. rozdíl mezi skutečnou spotřebou zdravotní péče oceněnou v korunách a spotřebou očekávanou (obvyklou), po zohlednění věku, pohlaví a chronických chorob. Pokud populace spotřebovává právě tolik péče, kolik odpovídá jejímu riziku, má vyrovnanou bilanci (okolo nuly).

Pokud jde o PCG skupiny, jejich bilance jsou v celé populaci pojištěnců ČR více nebo méně záporné, neboť PCG model nekompenzuje úplně jejich riziko. Proto je dobré porovnávat zde spotřebu péče nikoli s nulou, ale s bilancí obvyklou v celé ČR, které říkáme **baseline**.

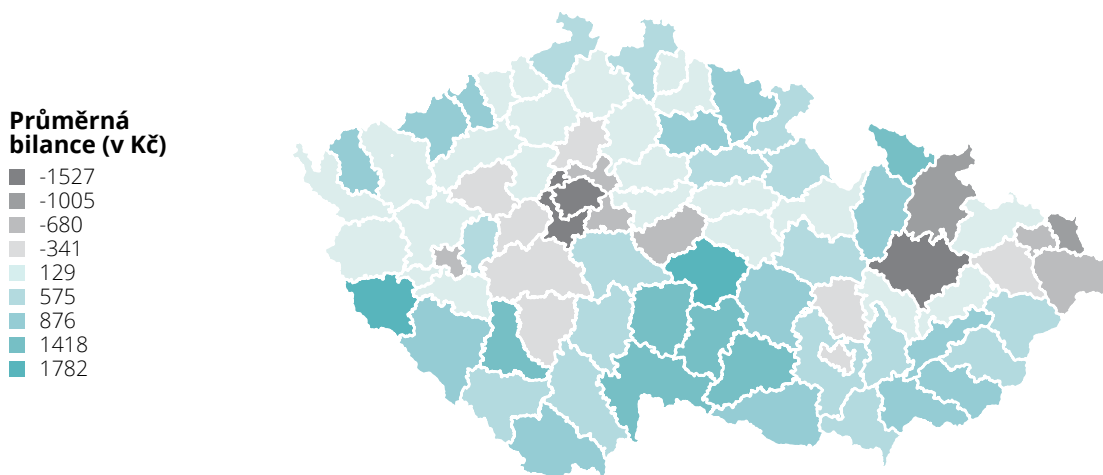
Má-li tedy určitý kmen **zápornou průměrnou individuální bilanci vzhledem k nule či baseline**, znamená to, že lidé v této populaci **potřebují více péče (a stojí více peněz)**, než je na úrovni celé ČR obvyklé pro populaci se shodnými demografickými charakteristikami a přítomností chronických chorob. Znamená to také, že pojištěnci v této populaci **čerpají více péče, než na kolik „mají nárok“**, pokud nárokem rozumíme péči obvyklou v celé ČR (opět vzhledem k riziku této populace, tedy po zohlednění věku, pohlaví a přítomnosti chronických chorob).

Populace, které vykazují **přebytkovou bilanci vzhledem k nule či baseline**, spotřebovávají méně péče, než je v ČR obvyklé vzhledem k jejich riziku, a **jsou tedy de facto kráceny ve svém nároku na zdravotní péči**.

Upozornění: z porovnání je vyloučena zvláště nákladná péče (cca 10 % spotřeby).

Geografické rozdíly vyniknou ještě výrazněji, porovnáme-li menší územní celky, například okresy. Statisticky významné rozdíly v individuální bilanci populací mezi 76 okresy ČR plus hlavním městem Praha jsme prokázali na datech z let 2011 i 2012 (shoda očekávané bilance byla zamítnuta s p-hodnotou menší než 0,001). Výsledky znázorňuje Obrázek 1. Okresy lze rozdělit do 9 clusterů s podobnou průměrnou bilancí; každému clusteru odpovídá na obrázku jeden barevný odstín.

Obrázek 1. — Rozdělení okresů ČR do clusterů dle průměrné bilance (data z roku 2011)



Porovnání clusterů s nejvyšší a nejnižší průměrnou bilancí (tj. s nejnižší a nejvyšší spotřebou zdravotní péče) ukazuje Tabulka 1. Průměrný náklad pojištěnce v ČR (očistěný od zajištění zvláště nákladné péče) měl v roce 2011 hodnotu 17 821 Kč.

Tabulka 1. — Okresy s nejvyšší a nejnižší spotřebou zdravotní péče

CHARAKTERISTIKA CLUSTERU	OKRESY	PRŮMĚRNÁ BILANCE	ODCHYLKA OD PRŮMĚRU ČR (V %)	POČET OBYVATEL	KČ SPOTŘEBOVANÉ NAVÍC (+) / NEVYUŽITÉ (-)
Nejvyšší spotřeba zdravotní péče	Praha, Praha-západ a Olomouc	-1 527 Kč	8,6 %	1 608 102	2 455 571 754 Kč
Nejnižší spotřeba zdravotní péče	Domažlice, Havlíčkův Brod	1 782 Kč	10 %	152 200	-271 220 400 Kč

Nejnákladnější cluster (okresy Praha, Praha-západ, Olomouc) se od republikového průměru odchyluje o 8,6 %. Jinak řečeno, po započtení rizikového ocenění jsou pojištěnci v nejnákladnějším clusteru o 8,6 % nákladnější než republikový průměr. Bilance v nejméně nákladném clusteru (okresy Domažlice a Havlíčkův Brod) se od průměru odchyluje o 10 % v opačném směru; pojištěnci v tomto clusteru jsou tedy o 10 % méně nákladní než republikový průměr. Lze tedy říci, že **ve skupině okresů s nejnižší spotřebou zdravotní péče jsou náklady na jednoho rizikově standardizovaného pojištěnce o 18,6 % nižší než ve skupině okresů, kde je spotřeba péče nejvyšší**. To je poměrně velký rozdíl, vezmeme-li v úvahu, o jakých objemech peněz zde hovoříme: na zdravotní péči obyvatel clusteru s nejvyšší spotřebou bylo vynaloženo téměř o 2,5 miliardy Kč více, než odpovídalo jejich zdravotnímu riziku (viz Tabulka 1). Naopak obyvatelé okresů Domažlice a Havlíčkův Brod měli dle svého zdravotního rizika nárok na péči o 271 miliónů Kč nákladnější. O rok starší data nám ukázala nerovnoměrnost ještě o něco vyšší: **v roce 2012 byl rozdíl mezi clusterem s nejvyšší a nejnižší spotřebou péče 19 %**. Podrobné výsledky pro všechny okresy ČR naleznete v rozšířené verzi této publikace na Monitor HC.

Zastoupení okresů v clusteru s nejvyšší spotřebou péče nás vede k domněnce, že v okresech s fakultní nemocnicí nebo v její blízkosti je průměrná bilance nízká a pojištěnci nákladnější. Nasvědčuje tomu i nízká průměrná bilance v okresech Plzeň-město (-761 Kč), Ostrava-město (-678 Kč), Praha-východ (-586 Kč) a Brno-město (-433 Kč); naopak vysoká bilance, tj. málo nákladní pojištěnci, v okrese Hradec Králové (474 Kč) tuto domněnku nepotvrzuje.

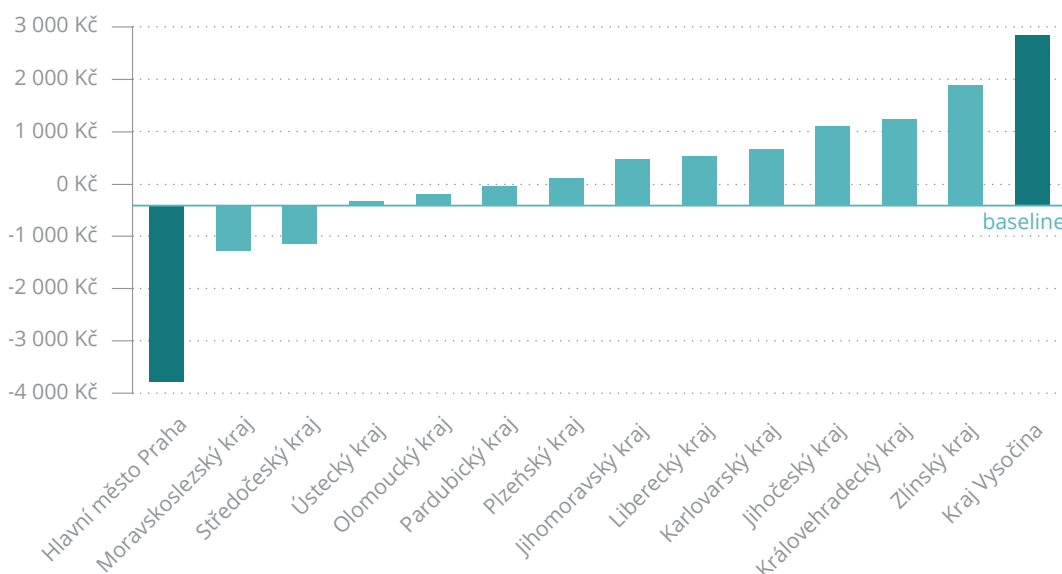
Za povšimnutí stojí i skutečnosti, že vysokou průměrnou bilancí (nízkou spotřebu péče) má všech pět okresů v Kraji Vysočina (Žďár nad Sázavou 753 Kč, Jihlava 1 456 Kč, Třebíč 1 472 Kč, Pelhřimov 1 531 Kč, Havlíčkův Brod 1 890 Kč). Může to být způsobeno nižší dostupností poskytovatelů zdravotní péče v oblasti nebo velkou dojezdovou vzdáleností do fakultních nemocnic. Jedním z ukazatelů dostupnosti zdravotní péče je počet nemocničních lůžek na 10 000 obyvatel. Výše tohoto ukazatele však nižší dostupnosti zdravotní péče v Kraji Vysočina nenásvědčuje (Kraj Vysočina je s počtem 51,8 lůžek na 10 000 obyvatel i s počtem hospitalizací na 9. místě ze 14 krajů ČR)¹.

¹ Zdroj ÚZIS: Lůžková péče, data z roku 2012.

Způsob léčby chronicky nemocných závisí na regionu

Péče o chronicky nemocné představuje ve zdravotnictví drtivou část nákladů, přibližně 80 %. Protože populace územních celků, jejichž spotřebu porovnáváme, zahrnuje i zdravé lidi, u chronicky nemocných jsou geografické rozdíly ve spotřebě péče ve skutečnosti ještě vyšší. Jinak řečeno, geografické rozdíly ve spotřebě péče jsou způsobeny zejména rozdíly v péči o chronicky nemocné. Proto trpíte-li chronickou chorobou, způsob jejího léčení a s tím spojené náklady závisí na tom, kde bydlíte. Jako příklad uvádíme rozdíly ve spotřebě péče na úrovni krajů u pacientů klasifikovaných do PCG skupiny Poruchy štítné žlázy (Graf 3).

Graf 3. — Průměrné bilance na úrovni krajů u pojištěnců klasifikovaných do PCG skupiny Poruchy štítné žlázy (data z roku 2012)



Pozn.: Graf lze též chápat jako průměrné odchylky skutečné spotřeby péče od spotřeby očekávané PCG modelem v PCG skupině Poruchy štítné žlázy. Nulová odchylka odpovídá situaci, kdy populace čerpá právě tolik, kolik odpovídá předpokládaným výdajům na tuto skupinu dle údajů za ČR jako celek. Deficit znamená, že daná populace čerpá více, než odpovídá očekávaným (oprávněným) nákladům, u přebytku je tomu naopak: lidé čerpají méně, než odpovídá republikovému průměru.

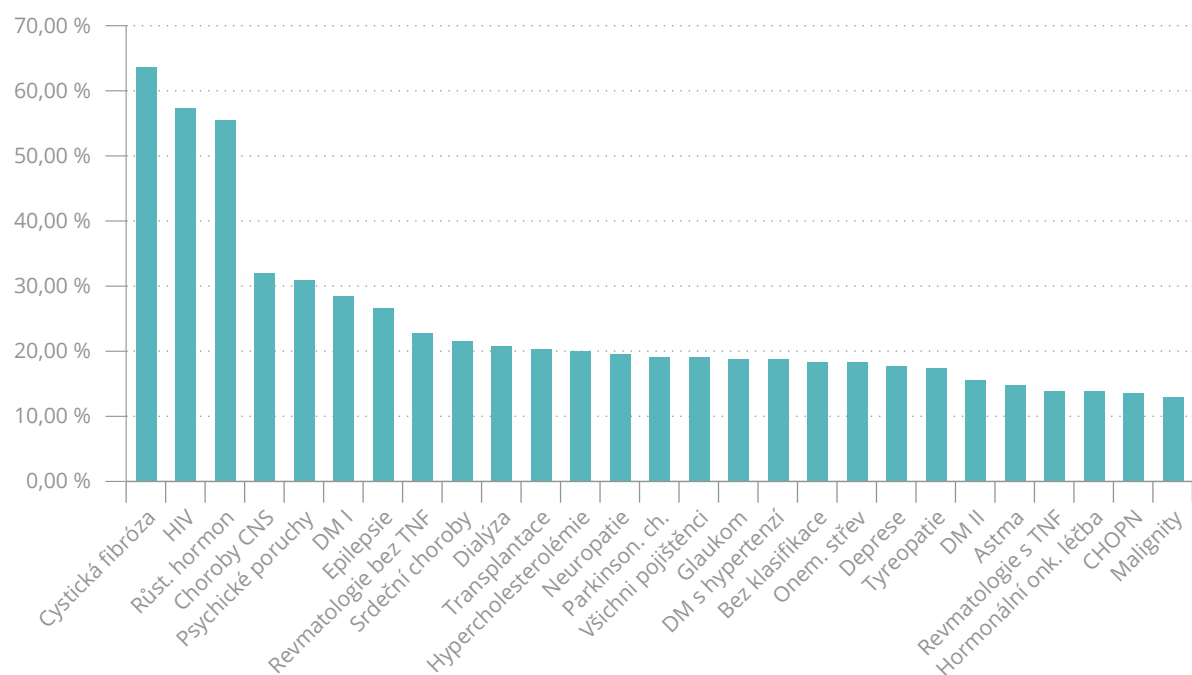
Z Grafu 3 je patrné, že pojištěnci s poruchami štítné žlázy žijící v Praze čerpají v průměru roční péči o 17,9 % dražší než pojištěnci se stejnou PCG klasifikací z Vysočiny. Bilance těchto pacientů v Praze je o 10,3 % horší a na Vysočině o 7,6 % lepší než průměrné celkové výdaje na pojištěnce s touto diagnózou. Podrobný přehled rozdílů na úrovni krajů pro všechny PCG skupiny najdete v rozšířené verzi této publikace na Monitor HC.

Podobně jako u celkové spotřeby péče, ještě výraznější nerovnoměrnosti mezi PCG skupinami panují na úrovni okresů. Například pacienti trpící epilepsií ze skupiny okresů s nejvyššími náklady na léčbu epilepsie čerpají v průměru o 26,5 % péče (tj. 15 005 Kč ročně) více než pacienti ze skupiny okresů, kde jsou náklady na léčbu tohoto onemocnění

nejnižší. Pro srovnání: průměrné náklady veřejného zdravotního pojištění na jednoho pojištěnce v ČR v roce 2012 (včetně vysoce nákladné péče) činily 20 291 Kč, tedy jen o 5 tisíc Kč ročně více než zmíněný rozdíl.

Rozdíly na úrovni okresů v objemu spotřebované péče u pacientů zařazených do PCG skupin přehledně zachycuje Graf 4. Jsou v něm ukázány relativní (procentuální) rozdíly ve spotřebě péče, srovnáme-li skupinu (cluster) okresů s nejvyšší a nejvyšší spotřebou péče pro danou PCG skupinu.

Graf 4. — Procentuální rozdíly ve spotřebě péče u pacientů zařazených do PCG skupin: v rámci PCG skupiny jsou porovnány okresy s nejvyšší a nejvyšší spotřebou péče (data z roku 2012)



Co rozdíly ve spotřebě péče způsobuje?

Vysvětlení výše popsaných rozdílů je obtížné a vyžadovalo by podrobný výzkum. O tom, co se ve zdravotnictví děje, máme totiž jen kusé informace. Za klíčový faktor však považujeme různou hustotu specializovaných ambulantních služeb v různých oblastech republiky. Na chování pojišťoven, poskytovatelů i pacientů má zásadní dopad i dosavadní nepřesné přerozdělování zdrojů veřejného zdravotního pojištění.

ČR: rekordman v počtu ambulantních návštěv

Česká republika patří k zemím s nejvyšším počtem kontaktů s ambulantními lékaři na světě. Oblasti s nejvyšší hustotou specializovaných ambulancí se překrývají s oblastmi, kde je nejvyšší spotřeba péče ze strany chronických pacientů. Pro hlavní část regionálních rozdílů v tuto chvíli neexistuje lepší vysvětlení než velmi dobrá dostupnost specializovaných ambulantních služeb v místech, kde je současně vysoká spotřeba zdravotní péče, a naopak.

Potřebná, nebo zbytečná péče?

Přímá úměrnost mezi hustotou sítě a spotřebou služeb ještě neříká, zda je poskytnutá péče potřebná, či nikoli. Především z důvodu atypické pozice ČR v mezinárodních srovnáních se domníváme, že významná část péče v regionech s nadprůměrnou spotřebou je vynakládána zbytečně. Jinak řečeno, spotřebu péče určuje chování pacientů i lékařů v závislosti na dostupnosti služeb spíše než objektivní zdravotní potřeby. Zaměříme-li se na pacienty, ti budou v místech s nízkou hustotou sítě zvažovat, zda se jim dlouhá cesta k lékaři vyplatí, a nebudou tudíž svého lékaře tak často vídat, nebudou tak často vyšetřováni atd.

Způsob plateb zvyšuje návštěvnost

Zdravotní pojišťovny používají pro stanovení maximálního limitu úhrady péče poskytnuté v ambulancích vzorec, do kterého se výrazně promítá počet „unikátních“ pacientů za uplynulé čtvrtletí. Díky tomuto nastavení plateb je pro lékaře výhodné, když k němu v průběhu čtvrtletí přijde co nejvíce různých pacientů, nejlépe jen jednou a nejlépe jen na nenáročnou kontrolu. V regionech, kde je velká nabídka ambulantních služeb a nouze o pacienty, to může vést k tomu, že si lékaři zvou pacienty na častější kontroly. Rozdíly ve spotřebě a průměrných nákladech však nemusejí znamenat, že v regionech s nižšími náklady je péče málo kvalitní, nebo že tam lékaři dosahují horších výsledků. Hodnocení kvality péče ve vztahu k nákladům vyžaduje samostatné posouzení.

Bludiště „dalších faktorů“

O řadě dalších faktorů souvisejících s rozdílnou péčí se můžeme pouze dohadovat. Například pokud bychom prokázali souvislost mezi častějšími kontrolami a lepšími výsledky, bylo by to z důvodu účinnější farmakoterapie nebo prosté skutečnosti, že člověk častěji chodí k lékaři, poslouchá jeho rady, dodržuje doporučení a více dbá o své zdraví?

VELKÁ TÉMATA VE SKRYTU

Pod nánosem čísel, grafů a faktorů se skrývají zásadní společenská a politická témata, která úzce souvisejí s našimi představami o nemocech, jejich léčbě a způsobech, jak tuto léčbu zaplatit. Jedná se o otázky spravedlnosti, solidarity, efektivity, porovnávání poskytovatelů zdravotních služeb atd.

Přerozdělování a spravedlnost

Nepřesné přerozdělování zdrojů vede k nespravedlnostem a narušení solidárního principu veřejného zdravotního pojištění. Určité skupiny pacientů jsou znevýhodňovány na úkor jiných. V situaci, kdy se četnost chronických chorob v populaci zvyšuje a péče o ně polyká velkou většinu zdrojů, zohlednění zdravotního rizika právě této skupiny nemocných nabývá zásadního významu. Co nejpresnější přerozdělení představuje nutnou podmínku, aby soutěž mezi zdravotními pojišťovnami fungovala ve prospěch všech občanů, tj. aby všichni pojištěnci bez rozdílu dostávali adekvátní péči. Pouze tak se solidarita veřejného systému může naplno projevit.

Přerozdělování a efektivita

Podrobná analýza regionálních rozdílů napovídá, že v regionech s vysokou spotřebou zdravotní péče dochází k výraznému plýtvání penězi. Zbytečné kontakty se specialisty v řadě případů vedou ke zbytečným vyšetřením, zbytečnému předepisování léků atd. Nepřesné přerozdělování tento stav dále zhoršuje. Zdravotní pojišťovny se spíše soustředí na získávání zdravých klientů, než aby podporovaly komplexní zdravotní služby pro chronicky nemocné. Způsob plateb nutí provozovatele specializovaných ambulancí, aby si objednávali zbytečně mnoho pacientů, místo aby rozlišovali mezi těmi, kdo skutečně potřebují důkladnější sledování, např. pacienty se závažnými chronickými chorobami, a těmi, kdo tak častý monitoring nepotřebují. Jsou tak financovány i aktivity a služby, jejichž efekt v lepším případě není zřejmý a v krajním případě mohou pacienta poškozovat. Zdrojů se naopak nedostává tam, kde je jich skutečně zapotřebí a kde by měly prokazatelný efekt.

Zveřejňovat výsledky, nebo... co?

Česká diskuse o kvalitě zdravotní péče se dlouhodobě vyhýbá zásadnímu tématu: zveřejňování výsledků péče. Samozřejmě zde nemíníme léčbu jednotlivých pacientů, ale dobře definovaných (a rizikově standardizovaných) skupin, např. pacientů s cukrovkou, různými druhy nádorů, vysokým krevním tlakem apod. Je nezbytné, aby na základě výsledků byly porovnávány jednotlivé zdravotní pojišťovny, kraje, okresy... Pouze porovnáním výsledků totiž můžeme zjistit, co je plýtvání, co je nedostatečná a co nadbytečná péče. Bez údajů o výsledcích zůstává zdravotnictví černou skříňkou na utrácení veřejných zdrojů. Skříňkou, kde se „něco“ děje, ale nikdo neví, co přesně. Paradoxně nejhorší přístup k informacím o výsledcích péče mají ti, kterých se tato otázka týká nejvíce a zcela bezprostředně: pacienti.

Laboratoře a klinické registry

S postupující elektronizací paleta dostupných výsledků rychle narůstá. Již nyní existují v elektronické podobě výsledky všech laboratorních vyšetření a některé laboratorní hodnoty přímo či nepřímo odrážejí léčebné zásahy a někdy i výsledky péče. K dalším významným zdrojům patří tzv. klinické registry shromažďující informace o léčbě pacientů s přesně definovanými diagnózami. Většinu registrů spravují odborné lékařské společnosti, někdy i farmaceutické firmy a zdravotní pojišťovny. Ačkoli správci některých registrů úspěšnost léčby pravidelně zveřejňují, vědomě se vyhýbají porovnávání pracovišť a jednotlivých regionů.

Dopad zveřejňování výsledků

Výzkum prokázal, že zveřejňování výsledků péče není samoučelným cvičením, ale skutečně vede ke zlepšení kvality. Zjištění mohou samozřejmě být různá, často i překvapivá. Statisticky významně vyšší spotřeba péče může mít jednoznačný přínos, jindy však rozdíl hraničí se statistickou chybou a užitečnost části poskytnuté péče lze přinejmenším brát v potaz. Výjimkou nejsou ani případy, kdy vyšší spotřeba péče snížila přínos pro pacienta. Otázkou v dnešní době není, zda zveřejňovat, ale jaká měřítka zvolit a jak je prezentovat, aby srovnání byla férová a srozumitelná co největšímu počtu lidí.

Co způsobuje úhradová vyhláška?

Nemůžeme zde nezmínit problematiku úhradové vyhlášky, právního předpisu, který z velké části určuje, kolik prostředků z fondu zdravotního pojištění každoročně proudí ke kterému poskytovateli zdravotních služeb. Navzdory veřejným prohlášením vyhláška nezaručuje ani dobrou dostupnost služeb, ani efektivitu zacházení s veřejnými zdroji, nezaručuje spravedlivou odměnu pro kvalitní poskytovatele, ani nereaguje pružně na rychlý pokrok v některých medicínských oborech (neb nemůže). Vyhláška ve své podstatě jen s mírnými odchylkami potvrzuje výši plateb v předchozích letech

a činí tak příjmy poskytovatelů víceméně předpověditelnými. Historická výše plateb zdravotnickým zařízením však spíše než cokoli jiného odráží nekoncepční zdravotnickou politiku, legislativní přemety, lobbistické úspěchy nejrozličnějších zájmových skupin, aktuální pnutí státního rozpočtu a další vlivy. Úhradová vyhláška do sebe nasává i dlouhodobé neoprávněné geografické rozdíly ve spotřebě péče a přenáší je do dalších období. Je tak pravděpodobné, že právě tento předpis se podepisuje i na alarmujících rozdílech ve spotřebě, a tedy i dostupnosti zdravotních služeb, mezi regiony České republiky. A samozřejmě z principu brzdí a znehodnocuje žádoucí změny ve struktuře a objemu poskytnuté péče tak, aby odpovídaly potřebám občanů ČR, což dobře odhaluje analýza přerozdělování pomocí PCG modelu. Neexistuje důvod, proč by úhradová vyhláška nemohla být zrušena a jednoduše nahrazena smluvními vztahy mezi poskytovateli péče a zdravotními pojišťovnami tak, aby obě strany mohly lépe reagovat na měnící se potřeby pacientů a pojištěnců.

SEZNAMTE SE S VÝSLEDKY NAŠÍ ANALÝZY ON LINE

Abychom zájemcům umožnili samostatně pracovat s daty, vytvořili jsme on-line srovnávač, který ukazuje některé výsledky našich analýz spotřeby zdravotní péče. Uživatel si může zvolit region (či skupinu regionů), chronickou chorobu ve smyslu PCG rizikové skupiny (či několik těchto skupin) a jednu či více zdravotních pojišťoven. Srovnávač zobrazuje výsledky v podobě sloupcových grafů a připojuje další parametry jako například počet pojištěnců, průměrné náklady na pojištěnce za rok apod. Výsledky si lze stáhnout do počítače jako soubor v excelovém formátu csv. Pro podrobnější výsledky a interpretace odkazujeme do rozsáhlejší sesterské publikace na Monitor HC.



PODROBNÁ ANALÝZA

(ke stažení)

www.monitorhc.cz/publikace



INTERAKTIVNÍ MAPA

www.monitorhc.cz/online-data

NAŠE DOPORUČENÍ



Zdravotní pojišťovny v éře PCG

Díky PCG modelu dojde k podstatně lepšímu vyrovnání nesouladů způsobených různou povahou kmenů. Pojišťovny s relativně větším množstvím chronicky nemocných pojištěnců získají z veřejného zdravotního pojištění více prostředků a budou si moci dovolit investovat do péče o chroniky více peněz. Naopak pojišťovny se zdravějším kmenem budou nuceny šetřit.

Pracujte s on-line daty

Doporučujeme zdravotním pojišťovnám, aby pomocí on-line srovnávače Monitor HC zjistily, jaká je situace pojištěnců jejich kmene, a porovnal je s konkurenčními pojišťovnami. Zjistěte, ve kterých regionech čerpají vaši pojištěnci nadprůměrné, nebo naopak podprůměrné objemy péče vzhledem k průměru regionu. Výsledky interpretujte opatrně, neboť výpočty nemusí být úplně přesné. V každém případě mohou existovat pádné důvody pro cílenou práci s rizikovými skupinami pojištěnců, případně pro regionální řízení péče. Tyto důvody lze rozpoznat a popsat na základě důkladné analýzy. Pomocí kvantitativní analýzy lze také určit, jaký typ péče klientům konkrétní pojišťovny chybí.

Podpořte lepší organizaci péče

Doporučujeme zdravotním pojišťovnám, aby ve spolupráci s regionálními poskytovateli vytvářely integrované systémy řízení péče umožňující lepší koordinaci zdravotních služeb a efektivnější hospodaření se zdroji a nabídly tyto služby svým pojištěncům.

Šijte péči na míru

Doporučujeme zdravotním pojišťovnám, aby ve spolupráci s místními poskytovateli vytvořily specializované léčebné programy, které chronicky nemocným přinesou lepší výsledky a při správném provedení sníží výdaje. Nejlépe se to daří právě v systémech řízení péče.

Trvejte na zveřejňování výsledků

Doporučujeme zdravotním pojišťovnám, aby trvaly na zveřejňování výsledků péče! Jedině se znalostí výsledků péče – samozřejmě v porovnání s její spotřebou, respektive vynaloženými náklady - lze podniknout kroky směřující ke skutečnému zefektivnění.

Investujte do prevence a vzdělávání

Doporučujeme zdravotním pojišťovnám, aby získané informace využily k identifikování skupin chronicky nemocných, u nichž preventivně-edukační programy nejvíce sníží náklady na péči.

Vhodným způsobem rozšiřujte klientelu

Doporučujeme získávat nové klienty v oblastech, kde je dnes malá hustota sítě a bilance zdravotního pojištění tu obvykle končí přebytkem. Jako pobídka k přestupu může sloužit zvýšení dostupnosti péče v dané lokalitě.



Místní politici v éře PCG

Naše analýza odkryla závažné regionální rozdíly a nerovnosti v oblasti spotřeby a poskytování zdravotní péče. Tato zjištění se přímo dotýkají spravedlnosti v přístupu k veřejným zdrojům a jejich hospodárnému užívání. Jde tedy o navýsost politické téma, které by nemělo uniknout pozornosti volených zástupců.

Politikům doporučujeme:

- **Porovnejte svůj kraj** (region) s ostatními v našem on-line srovnávači Monitor HC. Rozdíly mezi okresy naleznete v podrobné publikaci.
- **Prostudujte si další údaje**, např. o chronických onemocněních, v naší podrobné publikaci.
- **Zasadte se o zveřejňování výsledků**, aby bylo možné vést debatu o efektivitě péče na základě tvrdých dat, a nikoli pouhých dojmů. Posouzení efektivity péče s cílem zjistit, kde se plýtvá a v jakém rozsahu, se neobejde bez porovnání výsledků péče při léčbě konkrétních chorob. Tyto údaje nejsou v České republice běžně k dispozici. Efektivitu vynaložených prostředků tak není možné nezávisle posoudit. U některých chorob může být vyšší čerpání péče oprávněné. U těchto chorob bychom se měli soustředit na regiony s nízkou spotřebou péče a hledat cesty, jak spotřebu zvýšit. U nemocí, kde je vyšší spotřeba služeb neopodstatněná, bychom naopak měli péči omezit. Získáte-li výsledky péče, požadujte analýzu jejího možného zlepšení tam, kde jsou výsledky špatné.

- **Zjistěte, kde je příliš řídká, nebo příliš hustá síť poskytovatelů.** Odhalte další příčiny rozdílů v objemu péče ve vašem kraji i na úrovni menších územních celků.
- **Zajímejte se o specializované léčebné programy pro chronicky nemocné,** které mohou pomoci stárnoucí populaci.
- **Zaměřte se na osvětu.** Šíření informací o tom, kolik péče stojí a proč, zvyšuje občanské povědomí o ekonomice zdravotnictví. Pacienti pak lépe chápou souvislosti a nevyužívají zdravotní služby zbytečně. Za zbytečnou péčí pacient obvykle nemusí přímo platit, ale ztrácí svůj čas a promrhané prostředky pak chybí jinde.
- **Podporujte zrušení úhradové vyhlášky.**



Nemocní i zdraví občané v éře PCG

Nepřesné přerozdělování zdrojů mezi zdravotní pojišťovny a neoprávněné regionální rozdíly se promítají do kvality péče jako takové. Měly by proto zajímat každého občana. Jak zdravého a výdělečně činného, aby získal představu, jak zdravotnictví zachází s jeho solidárními příspěvky, tak akutně či chronicky nemocného, aby si byl vědom negativních důsledků pro své zdraví.

Nemocným i zdravým spoluobčanům doporučujeme:

- **Zajímejte se o výsledky péče.** Skutečnost, že údaje o výsledcích péče nejsou běžně dostupné, má v případě chronicky nemocných ještě závažnější důsledky než u ostatních pacientů. V péči o chronicky nemocné jsou totiž největší možnosti pro zefektivnění (a zkvalitnění) zdravotnictví. Nelze vyloučit, že pacienti s poruchami štítné žlázy nedostávají na Vysočině, ve Zlínském a Královéhradeckém kraji všechnu potřebnou péči. Nebo naopak v Praze může být péče nadbytečná. Bez dat o výsledcích péče to však neumíme říci. U řady chorob je přitom měření výsledků péče překvapivě snadné. Pro některá onemocnění tyto údaje již existují, ale nedostanou se z laboratorí, ordinací či registrů odborných společností ke zdravotním pojišťovnám a veřejnosti. Příkladem může být cukrovka, vysoký krevní tlak, vysoký cholesterol i zhoubné nádory.
- **Podporujte osvědčené politiky,** kteří se zasazují o zveřejňování výsledků péče. To je totiž nezbytný první krok ke skutečně efektivnímu zdravotnictví.
- **Požadujte lepší organizaci a návaznost péče.** V krajích, kde se na pojištěnce s chronickými chorobami utrácí nejvíce, lze čerpání péče výrazně zefektivnit: zamezit zdvojení vyšetření, podporovat dlouhodobě efektivnější léčbu atd. Nejlepší výsledky v tomto směru nabízí metody tzv. řízené péče.
- **Porovnejte situaci chronicky nemocných** ve vašem kraji s kraji ostatními pomocí našeho on-line srovnávače Monitor HC. Zajímají-li vás podrobnější informace o regionu či okresu, kde bydlíte, najdete je v rozsáhlejší sesterské publikaci na Monitor HC. Ptejte se politiků, proč je dostupnost péče ve vašem kraji taková, jaká je.

Na základě cílené analýzy lze určit, zda pro léčbu konkrétních chronických onemocnění je v regionu dostatek zdravotnických zařízení.

- **Važte si přístupu vaší pojišťovny, zasazuje-li se o to, aby se s prostředky veřejného zdravotního pojištění neplývalo.** ČR patří k zemím s nejvyšším počtem návštěv ambulantních specialistů na světě. Bydlíte-li v místech s vysokou dostupností takových služeb, uvědomte si, že část poskytnuté péče nemusí přinášet žádný prospěch. Co se promrhá, jinde chybí. Důležité zdravotní služby zůstávají podvyvinuté, neboť se jim nedostává prostředků.
- **Podporujte standardizaci péče:** zajímejte se, zda jste léčeni dle nejnovějších odborných doporučení.
- **Informujte se** v naší podrobné publikaci, kolik jednotlivé zdravotní pojišťovny vydávají na léčbu různých chronických onemocnění.
- **Dbejte o své zdraví. Nezapomínejte na to, že podstatná část - údajně až polovina - výsledku, tedy jak zvládáte svoji chronickou chorobu, vůbec nezávisí na čerpání zdravotních služeb, ale na tom, jak dobře či špatně se o své zdraví staráte vy sami!**



Poskytovatelé péče v éře PCG

Největší rozdíly ve spotřebě péče mezi PCG skupinami lze pozorovat na úrovni okresů, respektive mezi skupinou okresů s nejvyšším objemem poskytnuté péče a skupinou okresů s nejmenším objemem péče. Dle našich analýz je tento rozdíl vyšší než 25 % pro sedm PCG skupin:

- Cystická fibróza, HIV/AIDS, léčba růstovým hormonem, choroby centrálního nervového systému, psychické poruchy, diabetes mellitus typu I, epilepsie.

U pěti PCG skupin je tento rozdíl naopak nižší než 15 %:

- Astma, revmatologická onemocnění léčená biologickou léčbou, hormonální onkologická léčba, chronická obstrukční plicní nemoc, malignity.

Je téměř jisté, že se ve velkých rozdílech v objemu poskytnuté péče odrážejí rozdíly v samotném způsobu léčby. Naopak malé rozdíly spíše poukazují na léčbu podobnější, tj. probíhající podle jednotných uznávaných standardů. Znovu však opakujeme: bez údajů o výsledcích nemůžeme činit závěry o tom, zda vyšší spotřeba péče určité PCG skupiny v některých okresech nutně znamená vyšší kvalitu.

Poskytovatelům zdravotní péče doporučujeme:

- **Monitorujte a zveřejňujte výsledky své péče.** Dokud nebudou běžně přístupné výsledky péče, nebudeme vědět, jaký druh péče (též vzhledem k nákladům) má jaký efekt. U kterých chronických onemocnění a typů pacientů se vyplatí častější monitoring?

- **Nabídněte chronikům specifické léčebné programy.** Po zavedení přerozdělování dle PCG klasifikace budou pojišťovny dostávat větší objem prostředků na chronicky nemocné pacienty. Jelikož je péče o chronicky nemocné v rozpočtu pojišťoven zdaleka nejvyšší položkou, existuje zde také velký prostor k úsporám. Pro pojišťovny se tito pacienti stanou finančně zajímavou skupinou a budou dávat přednost poskytovatelům, kteří nabídnou komplexní péči šitou na míru.
- **Uvažujte o řízené péči.** V místech s vysokou hustotou služeb může být vhodné změnit organizaci péče jako celku. Tzv. řízená péče zlepší návaznost služeb, omezí dublování vyšetření a celkově zvýší kvalitu. Provozujete-li praxi ve větším městě, domluvte se s příbuznými odbornostmi na vytvoření systému řízené péče pro konkrétní skupiny chronicky nemocných. **Nabídněte svůj systém pojišťovně výměnou za podíl na dosažených úsporách.**
- **Informujte se o situaci v kraji:** zjistěte si pomocí našeho on-line srovnávače Monitor HC, které chronické choroby spotřebovávají nadprůměrný, nebo naopak podprůměrný objem péče. Údaje na úrovni okresů naleznete v naší podrobné publikaci.
- **Podporujte standardizaci péče.** Pracujete-li ve větším zdravotnickém zařízení, průběžně integrujte odborná doporučení do konkrétních pracovních postupů.
- **Seznamte se s charakteristikami PCG skupin** v naší podrobné, volně dostupné publikaci.
- **Podporujte zrušení úhradové vyhlášky.**

ZÁVĚREM

Doufáme, že naše iniciativa Monitor HC vzbudí hlad po analýze údajů o spotřebě zdravotní péče i pro další roky: 2013, 2014 atd. Zlepšovat léčebné postupy a organizaci péče nelze bez podrobných a věrohodných údajů. Věříme, že výsledky našeho snažení pomohou zkultivovat diskusi o tom, jak spravedlivěji a účelněji zacházet s prostředky plynoucími do zdravotnictví. Povzbudí-li naše aktivita odpovědné osoby k provedení konkrétních změn, budeme velmi rádi.

Po zavedení přerozdělování dle PCG se dalším zásadním přelomem musí stát postupné zveřejňování výsledků péče! Jen tak lze efektivitu zdravotních služeb dlouhodobě sledovat, poměřovat a vyhodnocovat. Jen tak si začneme uvědomovat, co nám solidárně financované zdravotnictví skutečně přináší, a kde přesně se nacházejí jeho slabá místa. Čím dříve se tak stane, tím lépe pro nás všechny.

Ostatně soudíme, že úhradová vyhláška musí být zničena...

Tato volně dostupná publikace je součástí projektu Monitor HC.

Web projektu:

www.monitorhc.cz

Podrobná analýza ke stažení:

www.monitorhc.cz/publikace

Interaktivní mapa:

www.monitorhc.cz/online-data

© 2017 KlientPRO, s.r.o.

Mírová 98/18, 703 00 Ostrava-Vítkovice

Tel: +420 777 202 154

www.klientpro.cz

ISBN 978-80-270-3305-8



978-80-270-3305-8