

Ako odmeňovať lekárov

Kapitáciu a platby za výkony by mali dopĺňať platby za výsledky liečby

Peter Goliaš

INEKO, jún 2011

Táto analýza vznikla ako súčasť projektu i-Health.sk, ktorý finančne podporuje zdravotná poisťovňa Dôvera.

Ako odmeňovať lekárov tak, aby boli motivovaní liečiť pacientov efektívne? Túto otázku rieši celý vyspelý svet. Najčastejšie využívané sú tri metódy odmeňovania:

1. Podľa tzv. kapitácie (anglicky capitation, t.j. fixná platba na každého evidovaného pacienta, zväčša rozlíšená podľa veku) – u nás sú takto odmeňovaní všeobecní lekári a gynekológovia. Nevýhodou je, že lekár dostane peniaze aj za pacienta, ktorý ho daný mesiac nenavštívi. Ďalšou nevýhodou je, že výška príjmu lekára nezohľadňuje skutočne odvedenú prácu a nemotivuje ho liečiť efektívne, resp. nemotivuje ho liečiť vôbec, keďže jeho motivácia je primárne minimalizovať náklady, aby mal čo najväčší príjem.
2. Podľa výkonov (anglicky fee-for service) – u nás sú takto odmeňovaní špecialisti a čiastočne, za vybrané preventívne výkony, aj všeobecní lekári. Nevýhodou je, že lekári sú motivovaní vykázať čo najviac výkonov bez ohľadu na skutočnú potrebu pacientov. To sa v praxi prejavuje napríklad tým, že si pacientov medzi sebou posielajú na množstvo rôznych, často zbytočných vyšetrení.
3. Dopredu stanoveným platom (anglicky salary, t.j. lekári sú zamestnancami nejakej inštitúcie) – u nás sú takto odmeňovaní najmä lekári v určitých typoch nemocníc, ktorí však majú tabuľkové, čiže štátom regulované platy. Nevýhodou je, že ak zamestnávateľ nie je motivovaný liečiť pacientov efektívne (čo je z pohľadu fungovania súťaže a tiež štátnej regulácie v zdravotníctve tvrdý oriešok), potom nebude motivovať ani svojich zamestnancov. Vo svete sa tento spôsob využíva najmä v lôžkových zariadeniach, ale zdravotné poisťovne napríklad v USA ho bežne využívajú aj pre všeobecných lekárov, ktorí pôsobia ako vstupná brána k poskytovanej starostlivosti (anglicky gatekeepers) a sú teda významným nástrojom na kontrolu výdavkov poisťovní. V praxi to znamená, že sa stávajú rozhodujúcim prvkom v tzv. riadenej starostlivosti (anglicky managed care), keď rozhodujú o tom, ku ktorému špecialistovi či do ktorej nemocnice sa pacient v prípade potreby pôjde liečiť.

Vzhľadom na nevýhody každej z uvedených metód sa vo vyspelom svete čoraz častejšie presadzujú nové metódy odmeňovania, a to napríklad:

- Odmeňovanie podľa tzv. epizódy (anglicky episode-based payment) – lekár (alebo skupina lekárov/poskytovateľov) dostane jednu fixnú platbu na liečbu pacienta v danom čase v závislosti od diagnózy, resp. epizódy, ktorou pacient v liečebnom procese prechádza. Táto platba zahŕňa popri platoch lekárov aj všetky ďalšie súvisiace náklady, napríklad na laboratórne vyšetrenia, lieky, zdravotnícky materiál, atď. U nás sa tomuto systému podobá platba za hospitalizáciu, ktorou sú odmeňované nemocnice. Zásadný rozdiel je však tom, že naša platba za hospitalizácie nezohľadňuje skutočné náklady súvisiace s liečbou. Vo svete ide skôr o systém podobný tzv. DRG (anglicky diagnosis-related groups), ktorý sa bežne využíva v nemocniciach a spočíva

v zoskupovaní výkonov súvisiacich s liečbou danej diagnózy a v priradení jednotných platieb pre danú skupinu výkonov. Metóda na báze epizód je rozšírením DRG systému aj mimo nemocníc, keďže zahŕňa celý reťazec poskytovanej starostlivosti súvisiacej s danou epizódou. Hlavnými výhodami je štandardizácia liečebného procesu a lepšia kontrola nákladov v celom reťazci poskytovateľov danej liečby. Výhodou oproti minulosti je aj to, že existujú štandardizované metódy, ktoré umožňujú upraviť výšku platby v závislosti od závažnosti ochorenia, resp. náročnosti liečby v individuálnych prípadoch. Napriek tomu ide zatiaľ o málo rozvinutú metódu, ktorá sa uplatňuje len pre úzky okruh zdravotnej starostlivosti. Najviac skúseností majú v USA (pozri napr. program [Prometheus](#)), zaoberajú sa ňou ale aj v Holandsku a Nemecku.

- Odmeňovanie založené na výsledkoch liečby (anglicky pay-for-performance) v kombinácii s dodržiavaním štandardných liečebných postupov a ukazovateľov efektívnosti. Priekopníkmi sú USA, kde lekári bežne dostávajú odmeny podľa spokojnosti pacientov, zdravotného stavu rizikových pacientov, konkrétnych postupov pri liečbe, či podľa toho, ako často predpisujú generiká – základný zoznam indikátorov pozri [tu](#). Postupne sa táto metóda dostáva aj do európskych štátov. Napríklad vo Veľkej Británii sa používa od roku 2004 ako doplnok pri odmeňovaní všeobecných lekárov – podrobné informácie pozri [tu](#). Odmeňovanie anglických všeobecných lekárov je založené na kapitácii, plus až do 25% príjmu môžu získať podľa každoročného vyhodnotenia indikátorov kvality pre každú ambulanciu (v ročníku 2009/2010 to bolo 134 indikátorov), ktorá sa rozhodne prijať túto metódu (v praxi sa tak rozhodla drvivá väčšina ambulancií). Uvedené indikátory sú rozdelené do 4 oblastí:

1. Klinická starostlivosť (hodnotí výsledky liečby, resp. preventívne zákroky pre konkrétne diagnózy, jej váha je 70%). Príklady indikátorov:
 - Percento pacientov s ischemickou chorobou srdca, ktorým bol pri poslednom meraní za uplynulých 15 mesiacov zistený krvný tlak 150/90 alebo menej (17 bodov), resp. cholesterol 5 alebo menej (17 bodov).
 - Percento pacientov s hypertenziou, ktorým bol pri poslednom meraní za uplynulých 9 mesiacov zistený krvný tlak 150/90 alebo menej (57 bodov).
 - Percento pacientov s aspoň jedným z konkrétnych ochorení (napr. cukrovka, astma, hypertenzia, srdcovocievne choroby, atď.), ktorým bola za posledných 15 mesiacov zaevidovaná intenzita fajčenia (30 bodov), resp. im bolo doporučené prestať fajčiť (30 bodov).
 - Percento pacientov s astmou, ktorí podstúpili určené vyšetrenie za uplynulých 15 mesiacov (20 bodov).
 - Percento pacientov s novou diagnózou depresie, ktorým bola v čase diagnostikovania zistená závažnosť tohto ochorenia pomocou určeného prístroja (17 bodov).
2. Organizácia liečby (hodnotí evidenciu zdravotných záznamov, informovanie a vzdelávanie pacientov, atď., jej váha je 17%). Príklady indikátorov:
 - Aspoň 65% pacientom vo veku 45 rokov alebo viac bol za uplynulých 5 rokov zmeraný a zaevidovaný krvný tlak (10 bodov).
 - Ordinácia má aktuálne zhrnutia klinických záznamov pri najmenej 60% pacientov (25 bodov).
3. Skúsenosť pacientov (hodnotí napr. dostupnosť lekára pre pacientov, jej váha je 9%). Príklady indikátorov:
 - Dĺžka rutinnej objednanej konzultácie pacienta s lekárom je najmenej 10 minút, bez objednávky najmenej 8 minút (33 bodov).

4. Dodatočné služby (hodnotí napr. starostlivosť o tehotné ženy, dohľad nad zdravím detí, či používanie antikoncepcie, jej váha je 4%).

Každý indikátor má pridelený určitý počet bodov, pričom maximálny počet bodov môže byť 1000. Každá ambulancia dostáva peniaze podľa počtu zozbieraných bodov, napríklad v ročníku 2011/2012 je jeden bod ohodnotený priemernou platbou 130,51 libier. Výsledné platby pre ambulanciu sa ešte upravujú podľa jej vyťaženia a tiež podľa výskytu chronických ochorení v danej lokalite. Skóre každej ambulancie je zverejnené na webe a umožňuje porovnať ho s priemerom na trhu. Pacienti tak môžu zistiť celkovú úroveň kvality konkrétnej ambulancie a tiež dosiahnuté skóre pre každý indikátor resp. ich skupinu, ako aj porovnať tieto výsledky s inou ambulanciou alebo s priemerom na trhu. Podmienkou fungovania celého systému je kvalitný informačný systém, ktorý priebežne zbiera relevantné a presne definované údaje z jednotlivých ambulancií.

Nedostatkom britského systému môže byť, že konečnú podobu indikátorov (navrhnutých nezávislou odbornou organizáciou NICE) určujú rokovania verejnej poisťovne (NHS) a komory všeobecných lekárov, čím sa oslabuje prísnosť kritérií a tiež ich schopnosť rozlíšiť lepšie od horších ambulancií. Rizikom aplikácie podobného systému je tiež zavalenie ambulancií byrokraciou, či možnosť podvádzania pri zadávaní údajov. Napriek tomu **platby za výsledky liečby môžu pri správnom nastavení zmeniť motivácie lekárov tak, aby liečili ľudí efektívne. Preto je dobré sa týmto systémom inšpirovať a pokúsiť sa zaviesť niektoré prvky aj u nás.**

Východiská už položila reforma z roku 2004, odkedy sa indikátory kvality zostavujú aj na Slovensku (napr. zoznam indikátorov za rok 2009 pozri [tu](#)). Viac-menej však ide o formálnu záležitosť, ktorá má pre pacienta aj pre motiváciu lekárov takmer nulový význam. Príčiny sú nasledovné:

- Ministerstvo zdravotníctva indikátory nezostavuje pravidelne, napríklad za roky 2007 a 2008 ich nezostavilo vôbec. Poskytovatelia tak nemali čo plniť a poisťovne nemali čo vyhodnocovať.
- Zverejnené indikátory platné pre ambulantnú starostlivosť majú relatívne chudobnú štruktúru (napr. pre všeobecných lekárov ide za rok 2009 o päť indikátorov kvality a štyri indikátory efektívnosti) a vzhľadom na výsledky liečby aj slabú vypovedaciu schopnosť.

Indikátory kvality a efektívnosti vydané vládou pre rok 2009

<i>Všeobecní lékaři</i>	<i>Špecialisti</i>
Počet pacientov ošetrovaných počas lekárskej služby prvej pomoci – pomer k počtu kapitolovaných poistencov	Manažment chronickej starostlivosti pre diabetológiu a pneumológiu – pomer prijatí do ústavnej zdravotnej starostlivosti k celkovému počtu pacientov s danou diagnózou
Počet hospitalizácií pre vybrané diagnózy – pomer k počtu kapitolovaných poistencov	Nepredpokladané prijatia do ústavnej starostlivosti po jednoduchovej chirurgii – pomer pacientov, ktorí podstúpili jednoduchovú zdravotnú starostlivosť v daných odboroch a boli do 72 hodín prijatí do ústavnej zdravotnej starostlivosti ku všetkým pacientom, ktorí podstúpili jednoduchovú zdravotnú starostlivosť v danom odbore

Návštevy u pacientov – pomer návštev k počtu kapítovaných poistencov	Zubný kaz vo veku do a nad 18 rokov – pomer počtu zubných výplní k celkovému počtu extrakcií
	Náklady na zdravotnícke pomôcky – pomer daného lekára k priemeru v danej odbornosti
Spoločné	
Náklady na lieky – pomer daného lekára k priemeru v danej odbornosti	
Náklady na dopravnú službu	
Náklady na spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (napr. vyšetrenia v laboratóriách)	
Počet vykonaných preventívnych prehliadok – pomer k počtu kapítovaných poistencov: - Všeobecní lekári pre dospelých: Komplexné prehliadky - Všeobecní lekári pre deti a dorast: Prehliadky vo veku do 1 roka, plus zisťovanie cholesterolu vo veku 11 a 17 rokov - Gynekológovia: Gynekologická preventívna prehliadka, skrining rakoviny krčka maternice	
Pomer počtu jednoznačne identifikovaných pacientov vyšetrených v ambulancii k celkovému počtu pacientov ošetrovaných v ambulancii v sledovanom období.	

- Indikátory umožňujú minimálne rozlíšenie poskytovateľov podľa ich plnenia (v zásade sú len tri výstupy – štandardná, nízka a vysoká úroveň starostlivosti).
- Zdravotné poisťovne neberú štátne indikátory do úvahy pri stanovovaní platieb jednotlivým poskytovateľom.

V záujme zistiť, či poisťovne využívajú vlastné hodnotenie kvality a efektívnosti lekárov pri ich odmeňovaní, sme spravili mini-prieskum s nasledovnými zisteniami:

Zdravotná poisťovňa Dôvera posudzuje pri rozhodovaní o platiach:

1. Pre všeobecných lekárov päť kritérií – počet vyšetrených pacientov, náklady na lieky, preventívne výkony, počet pacientov odoslaných na hospitalizácie, predpísané vyšetrenia v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (napr. v laboratóriách). Tieto faktory ovplyvňujú výšku tzv. dodatkovkej kapitácie, ktorú lekári dostávajú nad rámec základnej kapitácie. Dodatočná kapitácia môže byť najviac 7% až 21% základnej kapitácie v závislosti od veku pacientov, reálne však dosahuje zhruba 63% maxima.
2. Pre špecialistov štyri kritériá – náklady na lieky, počet výkonov na jedného poistenca, počet zrealizovaných hospitalizácií, počet vyšetrení na jedného poistenca. Tieto faktory ovplyvňujú cenu bodu, ktorým sa ohodnocujú výkony špecialistu vykonané nad určitý limit (tzv. degresívna cena bodu). Väčšina špecialistov má degresívnu cenu bodu na úrovni najmenej 50% základnej ceny, priemer je okolo 66%. Na rozdiel od iných poisťovní teda Dôvera nemá pevný limit, po prekročení ktorého by už poskytovateľov nefinancovala.

Každé z uvedených kritérií má svoju váhu, pričom najdôležitejšia je prevencia, náklady na lieky a vyšetrenia v laboratóriách. Výšku platby Dôvera vypočíta podľa toho, ako veľmi sa daný lekár odlišuje od priemeru v danej odbornosti. Plnenie kritérií poisťovňa vyhodnocuje každý štvrtý rok, pričom výsledky zasiela lekárom. Toto hodnotenie nie je verejné.

Všeobecná zdravotná poisťovňa (VšZP) vyhodnocuje predovšetkým vyššie uvedené vládou definované kritériá kvality aj efektívnosti, individuálne hodnotí aj revízne zistenia a sťažnosti pacientov. Ako nás poisťovňa informovala: „Aktuálne výsledky ich plnenia nemajú vplyv na výšku ceny/kapitácie pre ambulantných lekárov, boli však v prípade niektorých špecialistov

podkladom pre (ne) pokračovanie v zmluvnom vzťahu. “ V marci 2011 pritom poisťovňa oznámila, že od apríla 2011 zruší zmluvy so zhruba 200 špecialistami z celkového počtu asi 5-tisíc, pričom sa odvolávala aj na plnenie uvedených kritérií.

Poisťovňa Union vyhodnocuje všeobecných lekárov aj špecialistov podľa vyššie uvedených vládou definovaných kritérií. Lekárom zasiela informáciu o ich nákladoch na lieky a na spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky, pre špecialistov pridáva aj informáciu o výkonoch. Údaje pre všeobecných lekárov poisťovňa upravuje tak, aby zohľadňovali rozdiely v pohlaví a veku nimi evidovaných poistencov, pre špecialistov ich upravuje aj podľa rozdielov v chorobnosti. Lekár dostáva informáciu o optimálnom intervale, ktorý by mal v danej odbornosti dosiahnuť, pričom tento interval sa medzi jednotlivými lekármi rovnakej odbornosti líši z dôvodu, že zohľadňuje odlišný kmeň jeho pacientov. Vyhodnocovanie kritérií sa zatiaľ neprejavilo vo finančných platbách. Ako nás však v Unione informovali: *„Zdravotná poisťovňa tým lekárom, ktorí nebudú mať vyššie náklady ako je optimálny reálny interval zároveň u liekov, SVLZ (spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky) a v ŠAS (špecializovaná ambulantná starostlivosť) i vo výkonoch zohľadní v cenových podmienkach v roku 2012.“*

Okrem finančných motivácií sme sa pozreli aj na to, ako poisťovne o plnení kritérií informujú. Z ich webových stránok sa dá o kvalite poskytovateľov zistiť toto:

- Všeobecná zdravotná poisťovňa (VšZP) zverejnila plnenie vládou definovaných indikátorov kvality pre rok 2009 za všetkých poskytovateľov, pre lôžkovú starostlivosť zverejnila aj hodnotenie spokojnosti pacientov zistené dotazníkmi. Informácie sú dostupné [tu](#).
- Zdravotná poisťovňa Union zverejnila plnenie vládou definovaných indikátorov kvality pre rok 2009 aj 2010 za všetkých poskytovateľov, k čomu za rok 2010 pridala aj vlastné hodnotenie hospicov a spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek. Informácie sú dostupné [tu](#).
- Zdravotná poisťovňa Dôvera zverejnila plnenie vládou definovaných indikátorov kvality naposledy pre rok 2006 za všetkých poskytovateľov. V ďalšom období zverejňovala rebríček kvality nemocníc podľa vlastného hodnotenia ako aj hodnotenia spokojnosti pacientov zistenej v dotazníkoch (za roky 2008, 2009 a 2010), hodnotenie kúpeľov podľa spokojnosti pacientov zistenej v dotazníkoch (za roky 2008 a 2009), vlastné hodnotenie laboratórií (2010) a tiež vykonávania prevencie (2008). Informácie sú dostupné [tu](#).

Uvedený prehľad ukazuje, že na Slovensku poistenci nemajú k dispozícii jednoduchý zoznam, v ktorom by si mohli porovnať lekárov podľa kvality/efektívnosti. Pre zdravotníctvo je pritom typická informačná asymetria, keď lekári majú podstatne lepšie informácie o kvalite poskytovanej starostlivosti než pacienti. Ak pacienti nedostanú tieto informácie, nie sú schopní efektívne tlačíť na zvyšovanie kvality poskytovateľov napríklad tým, že si budú vyberať tých kvalitnejších. Bez lepšieho informovania pacientov preto môžu platiť zákony ponuky a dopytu len v obmedzenej miere alebo vôbec a nemôže fungovať súťaž v zdravotníctve tak, ako je to bežné v sektoroch s nízkou informačnou asymetriou.

Zníženie informačnej asymetrie by vytvorilo priaznivé podmienky aj pre zavádzanie priamych platieb, čo je ďalšia forma odmeňovania lekárov, ktorá je bežná v mnohých vyspelých štátoch a ktorá priamo pacientom umožňuje odmeňovať lekára za jeho kvalitu. Kým u nás sú väčšinou priame platby na hranici alebo za hranicou legálnosti, vo vyspelom svete sú zväčša presne regulované. INEKO dlhodobo podporuje zavedenie transparentných

pravidiel finančnej spoluúčasti pacientov najmä pri menej náročnej liečbe v ambulanciách. Jednou možnosťou je zaviesť spoluúčasť ako percento celkových nákladov na liečbu (napr. 10%), druhou možnosťou je určiť konkrétne tovary a služby, ktoré by pacient hradil priamo. Súčasne by mali byť zavedené ochranné stropy, ktoré by pred nadmernými výdavkami chránili najmä chudobných a chorých ľudí.

Príklady regulovanej spoluúčasti vo svete

(v % z účtovaných cien, resp. z maximálnej sumy určenej štátom)

	Liečba v ambulancii			Liečba na lôžku		
	<i>Všeobecný lekár</i>	<i>Lekár špecialista</i>	<i>Zubná starostlivosť</i>	<i>Súkromná nemocnica</i>	<i>Verejná nemocnica</i>	<i>Nákladná a dlhodobá liečba</i>
Austrália	0%	15%	100%	25%	0%	n
Belgicko	25%	40%	n	0%		
Francúzsko	30%		65%	20%		0%
Japonsko	30%		n	20%		n
Singapur	15%		n	10% až 20%		
Švajčiarsko	10%		n	10%		
Taliansko	0%	do 30%	n	do 30%	0%	n

Poznámka: Väčšina štátov využíva uvedenú spoluúčasť v kombinácii s fixnými platbami. Fixné platby predstavujú podstatnú časť spoluúčasti najmä v Singapure a Švajčiarsku.

n - nezistený údaj

Zdroj: INEKO, 2009

Príklady vybraných fixných platieb vo svete

	Návšteva lekára	Pobyt v nemocnici	Vydanie lieku
Fínsko	11 EUR, max 33 EUR/rok	26 EUR/deň max 590 EUR/rok*	n
Francúzsko	1 EUR, max 50 EUR/rok	16 – 18 EUR/deň	0,5 EUR/balenie
Írsko	45 – 60 EUR	75 EUR/deň, max 750 EUR/rok	do 90 EUR/mesiac
Singapur	30 SID/účet	450 SID/deň	n
Veľká Británia	bez poplatku	bez poplatku	5 – 7 GBP

* - maximálny limit plati pre všetky hotovostné výdavky za verejné služby

n - nezistený údaj

Zdroj: INEKO, 2009

Viac o možnostiach zavedenia spoluúčasti si môžete prečítať na str. 35 v „[Analýze rôznych možností financovania zdravotníctva s dôrazom na zmeny vo výbere odvodov](#)“, ktorú INEKO pripravilo v rámci projektu [i-Health.sk](#).