

Výhody a riziká riadenej starostlivosti

Peter Goliaš

INEKO, december 2011

Táto analýza vznikla najmä vďaka podpore zdravotnej poisťovne Dôvera, ktorá financuje INEKO projekt i-Health.sk.

Pri písaní mi cennými pripomienkami pomohla Henrieta Tulejová zo zdravotnej poisťovne Dôvera a tiež Wesley Berkovsky zo spoločnosti Centene, za čo im patrí moja vďaka. Samozrejme, to nič nemení na zodpovednosti, ktorú nesiem za prípadné chyby v texte alebo mylné interpretácie.

Článok ponúka stručný prehľad o podstate, vzniku a využívaní riadenej zdravotnej starostlivosti (tzv. managed care) a jej hlavných prvkoch vo svete, o motiváciách zavádzať riadenú starostlivosť, o jej hlavných výhodách a rizikách a tiež prehľad o tom, ako riadenú starostlivosť vnímajú a využívajú zdravotné poisťovne na Slovensku. Cieľom je informovať slovenskú verejnosť o tomto spôsobe organizácie poskytovania zdravotnej starostlivosti a tým prispieť k tvorbe podmienok pre čo najlepšie využitie výhod a súčasne minimalizovanie rizík v prípade intenzívnejšieho zavádzania riadenej starostlivosti na slovenskom trhu.

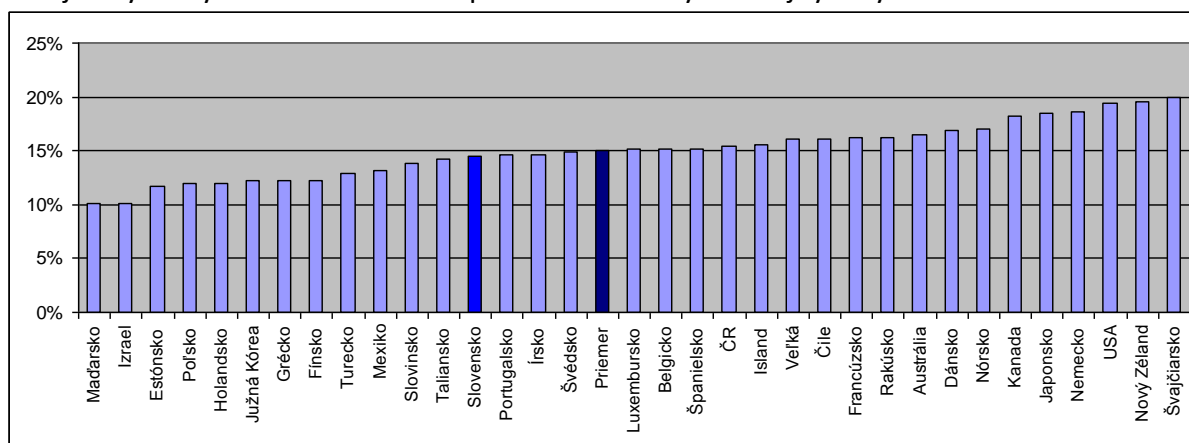
OBSAH

Úvod	2
Čo je to riadená starostlivosť?	4
Prečo a kde vznikla riadená starostlivosť?	5
Aké sú prvky riadenej starostlivosti a kde sa využíva?	9
Aké sú motivácie zavádzať riadenú starostlivosť?	10
Aké sú výhody a riziká riadenej starostlivosti?	11
Ako využívajú riadenú starostlivosť zdravotné poisťovne na Slovensku?	12
Čo odporúča INEKO?	14
Použité zdroje	16

Úvod

Pri hľadaní riešení situácie v zdravotníctve často počuť argument, že štát má platiť viac. Ten však ignoruje zlý stav verejných financií a čiastočne aj medzinárodné ukazovatele, podľa ktorých dávame na zdravotníctvo z verejných zdrojov zhruba rovnako alebo aj viac ako nám podobné štáty. Potvrdzujú to napríklad čísla OECD o verejných výdavkoch na zdravotníctvo v pomere k celkovým verejným výdavkom. Na Slovensku sme v roku 2009 dali do zdravotníctva 14,4% verejných zdrojov, kým priemer OECD bol 15%. V ČR to bolo 15,4%, v Poľsku 11,9%, v Maďarsku 10,1%, v Estónsku 11,7% a v Slovinsku 13,8%. Podobné výsledky ukazujú aj porovnania verejných výdavkov na zdravotníctvo v pomere k HDP, či na hlavu. Treba pritom upozorniť, že tieto ukazovatele sú spoľahlivo porovnateľné len pre podobne bohaté štáty. V bohatších krajinách sú čísla zvyčajne vyššie a to aj vzhľadom na luxusný charakter časti zdravotníckych produktov ktorých podiel na spotrebe stúpa spolu s príjmom.

Verejné výdavky na zdravotníctvo v pomere k celkovým verejným výdavkom



Zdroj: prepočet INEKO podľa údajov OECD za rok 2009 (Holandsko – 2002; Grécko – 2007; Turecko, Portugalsko, Austrália, Japonsko – 2008)

Verejné výdavky na zdravotníctvo, 2009

	% HDP	na hlavu, USD, PPP	% celkových ver. výdavkov
Slovensko	5,99%	1369,277	14,44%
ČR	6,92%	1769,452	15,41%
Maďarsko	5,19%	1053,116	10,11%
Poľsko	5,32%	1006,058	11,94%
Slovinsko	6,80%	1893,129	13,80%
Estónsko	5,28%	1049,034	11,66%
Priemer OECD	6,95%	2273,19	15,02%

Zdroj: OECD, prepočet INEKO

PPP – po prepočte podľa parity kúpnej sily

Namiesto hľadania zdrojov tam, kde nie sú, sa treba zamerať najmä na systémové zmeny. Medzi ne možno zaradiť kvalitnejšiu štátnu reguláciu, ale aj pomerne často diskutovaný vstup súkromného kapitálu do nemocníc spojený s nástupom profesionálnych manažérov, posilnenie súťaže medzi zdravotnými poisťovňami, spoplatnenie neprioritných diagnóz a

výkonov či zavedenie poplatkov za pobyt a ubytovanie v nemocnici (s výnimkami alebo ochrannými limitmi pre chudobných).

Vo verejnej diskusii však oveľa menej zaznieva ešte jedna možnosť, ako zabrániť vzniku zbytočných nákladov, napríklad duplicitných alebo nepotrebných vyšetrení, predpisovaniu drahších liekov ak sú nahraditeľné lacnejšími, neúmernému predlžovaniu hospitalizácií, alebo vzniku chorôb a komplikácií, ktorým sa dá predchádzať prevenciou a kvalitnou liečbou. Touto možnosťou, už vyskúšanou vo svete, je tzv. „managed care“, čiže riadená starostlivosť. Myšlienka spočíva v koordinovaní čerpania zdravotnej starostlivosti na základe spolupráce medzi poisťovňou a poskytovateľom a/alebo zavádzaním motivácií pre poskytovateľov aj pacientov tak, aby niesli spoluzodpovednosť za celkové náklady na zdravotnú starostlivosť.

Medzi základné znaky riadenej starostlivosti patria:

1. Poskytovatelia pracujú v skupine, ktorá môže mať rôzne formy, od združení nezávislých poskytovateľov, po zamestnanie v rámci jednej spoločnosti. V rámci tejto skupiny zdieľajú poskytovatelia klinické i ekonomické riziká.
2. Poskytovatelia uzatvárajú kapitačný kontrakt s poisťovňou alebo poisťovňou, ktorá ich platí. Ide o kontrakt, kde poskytovateľ dostáva pravidelne určenú sumu na poistenca bez ohľadu na objem ním spotrebovanej zdravotnej starostlivosti. Alternatívou je platba tzv. fee-for-service, kde je poskytovateľ odmeňovaný podľa výkonov. Výhodou kapitačnej platby je, že nemotivuje poskytovateľa ku generovaniu nepotrebných výkonov, čo by umelo zvyšovalo náklady.
3. Poskytovatelia aktívne riadia náklady na zdravotnú starostlivosť v spolupráci so zdravotnými poisťovňami, prípadne i s poisťencami. Cieľom je, aby poskytovatelia aj pacienti niesli časť zodpovednosti za celkové náklady na zdravotnú starostlivosť.
4. Moderné programy riadenej zdravotnej starostlivosti využívajú motivačný program, ktorý napríklad prostredníctvom bodového systému (kde podľa počtu získaných bodov vzniká nárok na rôzne benefity) pacientov odmeňuje za želané správanie a odrádza od neželaného správania.

Hlavné výhody riadenej starostlivosti:

1. Môže zvýšiť efektívnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti, t.j. napríklad za menej peňazí zabezpečiť rovnaký objem a kvalitu, resp. za rovnaký objem peňazí väčší objem a vyššiu kvalitu poskytnutej starostlivosti. Dosiagnúť sa to dá najmä vďaka spoluzodpovednosti poskytovateľov aj pacientov za celkové náklady na zdravotnú starostlivosť.
2. Rieši motiváciu poskytovateľov a dodávateľov liekov umelo zvyšovať náklady na liečbu (napr. nadbytočným počtom výkonov, duplicitnými vyšetreniami, nedostatkom prevencie, predpisovaním drahších liekov, atď.).
3. Čiastočne rieši problém informačnej asymetrie – lepšie informovaná poisťovňa má lepší dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a môže tak obmedziť možné negatívne dôsledky plynúce z informačnej výhody poskytovateľa voči pacientovi pri rozhodovaní o jeho liečbe.

Hlavné riziká:

1. Ak nefunguje súťaž medzi poisťovňami, resp. štátna regulácia (napr. dohľad nad kvalitou liečby a jej vymáhanie), resp. ak je na trhu poskytovaná zdravotnej

starostlivosti vysoká informačná nerovnosť (t.j. pacient nemá na rozdiel od poskytovateľa alebo poisťovne dostatočné informácie o cene a kvalite liečby) môže dochádzať k poklesu nákladov na úkor kvality (napr. tzv. podliečovaním pacientov).

2. Užším previazaním poisťovní a poskytovateľov a tiež poskytovateľov navzájom (integrácia na vertikálnej aj horizontálnej úrovni) a prílišným viazaním pacienta k danej poisťovni môže dôjsť k zhoršeniu súťaže, resp. k vzniku monopolných štruktúr na trhu poskytovateľov aj poisťovní.
3. Z pohľadu pacienta môže dôjsť k zhoršeniu podmienok pri výbere ním preferovaného poskytovateľa mimo zmluvnej siete. Miera tohto zhoršenia závisí od konkrétnej formy riadenej starostlivosti, t.j. či a za akých podmienok pacient bude mať možnosť využiť služby poskytovateľov mimo zmluvnej siete.

Za hlavné bariéry uplatnenia výhod riadenej starostlivosti na Slovensku považujeme vágne definovaný balík zdravotnej starostlivosti financovanej z verejných zdrojov, výrazne obmedzenú súťaž medzi poisťovňami, neefektívne riadenie najmä veľkých nemocníc, vysokú informačnú nerovnosť medzi pacientom a poskytovateľom, ako aj slabý dohľad nad kvalitou liečby a jej neefektívne vymáhanie. Odstránenie týchto bariér môže podľa nás minimalizovať spomínané riziká.

Čo je to riadená starostlivosť?

V zmluve s poistencom sa zdravotná poisťovňa v princípe zaväzuje platiť náklady, ktoré mu v budúcnosti vzniknú pri poskytovaní dohodnutej, resp. zákonom stanovenej zdravotnej starostlivosti. Výmenou za to, sa poistenec (alebo štát) zaväzuje poisťovni platiť poistné v dohodnutej, resp. zákonom stanovenej výške. Poisťovňa teda na seba preberá finančné riziko spojené so zdravotnou starostlivosťou o poistenca. V porovnaní s hypotetickou situáciou, keď by finančné riziko plne niesol nepoistený jednotlivec, môže byť pri zdravotnom poistení finančné riziko vyššie. Ak totiž poistenec priamo neplatí vzniknuté náklady, zvyšuje sa pravdepodobnosť, že bude čerpať viac zdravotnej starostlivosti. Výšku finančného rizika tiež ovplyvňujú motivácie poskytovateľov. Ak nenesú spoluzodpovednosť za vzniknuté náklady, je finančné riziko vyššie.

Riadená starostlivosť znižuje finančné riziko prenesené na poisťovňu. Myšlienka spočíva v koordinovaní čerpania zdravotnej starostlivosti tak, aby pri dodržaní požadovanej úrovne kvality nedochádzalo k vzniku zbytočných nákladov, napríklad duplicitných alebo nepotrebných vyšetrení, predpisovaniu drahších liekov ak sú dostupné lacnejšie alternatívy, neúmernému predlžovaniu hospitalizácií, alebo vzniku chorôb a komplikácií (a tým aj nákladov), ktorým sa dá predchádzať prevenciou a kvalitnou liečbou. Ku koordinácii môže dochádzať na základe spolupráce definovanej v zmluvnom vzťahu medzi poisťovňou a poskytovateľom a/alebo zavádzaním motivácií pre poskytovateľov aj pacientov tak, aby niesli spoluzodpovednosť za celkové náklady na zdravotnú starostlivosť. Ide teda o koordináciu práce poskytovateľov, ale aj o koordináciu čerpania definovaných benefitov.

Vo svete existuje mnoho programov riadenej starostlivosti, ktoré sa líšia najmä v ponúkaných tovaroch a službách a v miere striktnosti pri výbere poskytovateľa. Najmä staršie programy umožňujú pohyb pacientov mimo partnerskej zmluvnej siete poskytovateľov len na odporúčenie všeobecného lekára, alebo ak si pacient priplatiť

z vlastného vrecka. Moderné sú motivačné programy, v ktorých pacienti získavajú isté benefity, pokiaľ využívajú partnerských poskytovateľov. Ak idú mimo partnerskej siete, strácajú možnosť získať benefity, prípadne sa im znižuje nárok (napr. počet bodov) na ich získanie, prípadne nesú iné negatívne dôsledky. Nie je pritom výnimkou, že pacient má garantovaný status quo, čiže vstup do programu riadenej starostlivosti mu môže priniesť len výhody bez prípadných penalizácií.

Alternatívou riadenej starostlivosti je systém, kde čerpanie zdravotnej starostlivosti nie je koordinované. Poistenec chodí voľne od poskytovateľa k poskytovateľovi, pričom neexistuje integrácia výkonov u jednotlivých poskytovateľov s cieľom poskytnúť kvalitnú zdravotnú starostlivosť pri čo najmenších celkových nákladoch. Inými slovami, pacient má neobmedzený výber poskytovateľa a poskytovatelia rozhodujú, resp. odporúčajú pacientom ďalšiu liečbu, pričom ani pacienti ani poskytovatelia nenesú dopredu dohodnuté pozitívne ani negatívne dôsledky súvisiace s týmito rozhodnutiami.

Medzi základné znaky riadenej starostlivosti patria:

1. Poskytovatelia pracujú v skupine, ktorá môže mať rôzne formy, od združení nezávislých poskytovateľov, po zamestnanie v rámci jednej spoločnosti. V rámci tejto skupiny zdieľajú poskytovatelia klinické i ekonomické riziká.
2. Poskytovatelia uzatvárajú kapitačný kontrakt s poistencom alebo poisťovňou, ktorá ich platí. Ide o kontrakt, kde poskytovateľ dostáva pravidelne určenú sumu na poistenca bez ohľadu na objem ním spotrebovanej zdravotnej starostlivosti. Alternatívou je platba tzv. fee-for-service, kde je poskytovateľ odmeňovaný podľa výkonov. Výhodou kapitačnej platby je, že nemotivuje poskytovateľa ku generovaniu nepotrebných výkonov, čo by umelo zvyšovalo náklady.
3. Poskytovatelia aktívne riadia náklady na zdravotnú starostlivosť v spolupráci so zdravotnými poisťovňami, prípadne i s poistencami. Poskytovateľ sa napríklad naďalej slobodne rozhoduje o tom, aká zdravotná starostlivosť je pre jeho pacienta najlepšia, t.j. môže sa odchyliť od doporučeného (nie prikázaného) postupu, avšak musí vedieť zdôvodniť, prečo sa tak rozhodol.
4. Moderné programy riadenej zdravotnej starostlivosti využívajú motivačný program, ktorý napríklad prostredníctvom bodového systému (kde na základe počtu získaných bodov vzniká nárok na určené benefity) odmeňuje pacientov za želané správanie a odrádza od neželaného. Podobné systémy môžu poisťovne uplatňovať aj vo vzťahu k poskytovateľom.

Prečo a kde vznikla riadená starostlivosť?

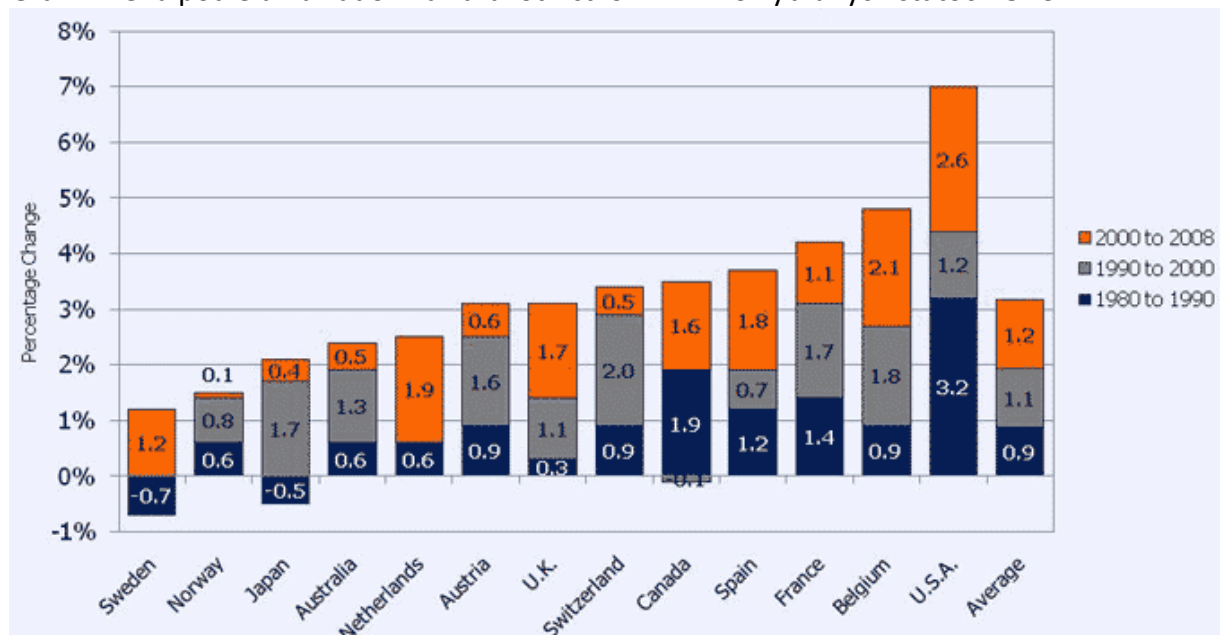
Riadená starostlivosť vznikla formálne v roku 1973 v USA schválením zákona povoľujúceho vznik tzv. HMO organizácií (Health Maintenance Organizations), čo sú ziskové aj neziskové poisťovne, ktoré financujú zdravotnú starostlivosť svojim poistencom podľa dopredu určených pravidiel u vybraných zmluvných poskytovateľov. Znamenalo to odklon od tradičného prevažne neziskového financovania zdravotnej starostlivosti (tzv. Fee-For-Service Plans, resp. Indemnity Plans), v ktorom mali pacienti neobmedzený výber poskytovateľov, keďže poisťovne s poskytovateľmi neuzatvárali zmluvy, v ktorých by si dohodli podmienky riadenia zdravotnej starostlivosti. Rozdiel medzi HMO a Indemnity Plans spočíva aj v spôsobe financovania poskytovateľov. Indemnity Plans fungujú na princípe tzv. „benefits in cash“,

v ktorom pacienti platia za starostlivosť priamo poskytovateľom a následne si vyúčtujú od poisťovne platbu v hotovosti. Naproti tomu HMO fungujú na princípe tzv. „benefits in kind“, v ktorom pacienti čerpajú prevažnú časť zdravotnej starostlivosti „zadarmo“ (t.j. bez priamych platieb) a poisťovňa hradí prevažnú časť nákladov priamo poskytovateľom.

Koncept riadenej starostlivosti vznikol v reakcii na prudký rast nákladov na zdravotnú starostlivosť a tiež ako alternatíva k štátnej kontrole nákladov formou platenia za zdravotnú starostlivosť rozpočtami (t.j. poskytovateľ dostal rozpočet, ktorý nemohol prekročiť, resp. po jeho prekročení nedostal financie za „nadbytočné“ výkony) alebo formou rozhodnutí štátu o nárokoch poistencov na základe napr. veku, závažnosti ochorenia a podobne.

Cieľom tejto zmeny bolo spomaliť rast nákladov na zdravotnú starostlivosť a súčasne zvýšiť jej kvalitu. V 90-tych rokoch 20. storočia v USA skutočne došlo k spomaleniu rastu nákladov na zdravotnú starostlivosť (pozri graf), zvýšeniu efektívnosti a posilneniu súťaže pri jej financovaní. Na druhej strane však od konca 90-tych rokov 20. storočia prieskumy verejnej mienky poukazovali na názory pacientov, že znižovanie nákladov išlo často na úkor kvality poskytovanej liečby (Zdroj: Wikipedia: [Managed care](#)). Pre 90-te roky bolo okrem toho aj v iných odvetviach príznačné zosilnenie súťaže o zákazníka, ktorý viac než predtým požadoval produkty šité na jeho mieru. Aj v zdravotníctve začali pacienti prejavovať nespokojnosť so zúženou možnosťou výberu poskytovateľa a viac než predtým chceli rozhodovať o tom, akú zdravotnú starostlivosť a kde budú čerpať. Viaceré štáty USA preto zaviedli prísnejšie štandardy pre kvalitu liečby, zdravotné poisťovne reagovali tiež pestrejšou ponukou zdravotných plánov, ale aj uvoľnením dovtedy pomerne prísnej kontroly nákladov v rámci riadenej starostlivosti. Jedným z dôsledkov bolo prudké zrýchlenie rastu nákladov na zdravotníctvo po roku 2000.

Graf: Zmena podielu nákladov na zdravotníctvo k HDP vo vybraných štátoch OECD



Zdroj: Kaiser, 2011 (a)

Komentár: Graf napríklad ukazuje, že v USA rástli výdavky na zdravotníctvo najrýchlejšie v 80-tych rokoch 20. storočia (ich podiel k HDP stúpil o 3,2%-neho bodu), v 90-tych rokoch došlo k výraznému spomaleniu rastu a po roku 2000 došlo k jeho opätovnému zrýchleniu.

Pre lepšie pochopenie príčin vzniku a významu riadenej starostlivosti v USA je dôležité sa bližšie pozrieť na tamojšiu štruktúru financovania zdravotnej starostlivosti, kde popri sebe pôsobia rôzne formy zdravotného poistenia (Zdroj: INEKO, 2009):

1. Tradičné poistenie (Fee-For-Service Plans, resp. Indemnity Plans) – poisťovne preplácajú náklady na liečbu u každého poskytovateľa, ktorého si zvolí poistenec. Kvôli širokej dostupnosti poskytovateľov je tradičné poistenie zvyčajne drahšie než poistenie s obmedzenou sieťou poskytovateľov. Poisťovne nepreplácajú celú sumu nákladov na liečbu. Až do určitej výšky platí náklady pacient z vlastného vrecka. Pacient sa čiastočne podieľa aj na financovaní nákladov nad stanovenú sumu, väčšinu však prepláca poisťovňa. Poisťovne bežne stanovujú ročný strop pre výdavky pacienta. Náklady prevyšujúce tento strop preplácajú poisťovne v plnej výške. Z pohľadu pacienta sú tradičné poisťovne náročné na administratívu, keďže vyžadujú vypĺňanie formálnych žiadostí na preplatenie nákladov na liečbu. Podiel tradičných poisťovní na trhu zamestnávateľov klesol zo 73% v roku 1988 na 1% v roku 2011.
2. Poisťovne manažujúce pacienta (tzv. Managed Care Organizations) – platia za liečbu prevažne/prioritne vybraným poskytovateľom (s výnimkou naliehavých prípadov, napr. úrazov). Za to majú zvyčajne dohodnuté nižšie ceny, sú teda lacnejšie. Ich podiel na trhu rastie, zmluvy s nimi v súčasnosti uzatvárajú takmer všetci zamestnávatelia. Patria sem predovšetkým:
 - Health Maintenance Organizations (HMO) – väčšinou ziskové poisťovne, ktoré na základe dopredu dohodnutých platieb umiestňujú pacientov u vybraných poskytovateľov, s ktorými úzko spolupracujú, prípadne ich aj zamestnávajú. Kľúčovú úlohu medzi poskytovateľmi majú všeobecní lekári, ktorí na základe štandardov HMO rozhodujú o ďalšej liečbe pacienta hradenej HMO (tzv. Gatekeepers). HMO hradia takmer všetky náklady spojené s liečbou, pacient dopláca minimálne. Z pohľadu pacienta sú HMO menej náročné na administratívu než tradičné poisťovne, keďže vo vlastnej sieti poskytovateľov majú náklady na liečbu viac pod kontrolou. Podiel HMO na trhu zamestnávateľov stúpol v roku 1996 na 31%, odvtedy klesol na 17% v roku 2011.
 - Preferred Provider Organizations (PPO) – voľnejšie a tiež širšie združenia poskytovateľov, ktoré uzatvárajú zmluvy s viacerými poisťovňami alebo zamestnávateľmi, na základe ktorých poskytujú pacientom zvýhodnené podmienky. V porovnaní s HMO má pacient slobodnejšiu voľbu pri výbere poskytovateľa (napr. nepotrebuje odporúčanie), mimo siete PPO však platí viac a musí vyplňovať formálne žiadosti na preplácanie nákladov. Celkovo sú doplatky pacienta pri PPO vyššie ako pri HMO. Trhový podiel tohto typu poistenia medzi zamestnávateľmi stúpol z 11% v roku 1988 na 55% v roku 2011.
 - Point of Service (POS) – podobne ako HMO vyžadujú pre ďalšiu liečbu odporúčanie konkrétneho všeobecného lekára, ktorého si pacient zvolil v rámci zmluvnej siete. Tento lekár sa stáva pre pacienta kľúčovým bodom rozhodujúcim o jeho zdravotnej starostlivosti („point of service“). Súčasne však podobne ako pri PPO umožňuje POS všeobecnému lekárovi odporučiť pacienta na liečbu aj u poskytovateľov mimo zmluvnej siete, avšak za podstatne vyšší doplatok pacienta, na ktorého tiež v takom prípade prechádza administratíva spojená s preplácaním nákladov. Podiel POS na trhu zamestnávateľov stúpol na 24% v roku 1999, odvtedy klesá na 10% v roku 2011.

3. High Deductible Health Plans With Savings Options (HDHP/SO) – zdravotné plány spadajúce pod Indemnity Plans, HMO, PPO, alebo POS, ktoré spĺňajú dve podmienky:
 - a. Ponúkajú možnosť zníženia poisťného za podmienky, že pacient bude najskôr financovať náklady poskytnutej zdravotnej starostlivosti v určitej minimálnej výške v hotovosti (tzv. Deductible, v roku 2011 to bolo 1000-1200 \$ pre jednotlivca, resp. 2000-2400 \$ pre rodinu) a až následne za neho začne hradiť náklady poisťovňa.
 - b. Umožňujú poistencom alebo ich zamestnávateľom sporiť si na hotovostné výdavky uvedené v predošlom bode na osobitnom účte.
- Podiel HDHP/SO na trhu zamestnávateľov stúpol z 0% v roku 2005 na 17% v roku 2011, pričom ho využívajú najmä veľké firmy s viac než 1000 zamestnancami.

Podiely rôznych druhov poistenia na trhu zamestnávateľov (podľa počtu zamestnancov)

	Tradičné poisťovne	HMO	PPO	POS	HDHP/SO
1988	73%	16%	11%	0%	0%
1993	46%	21%	26%	7%	0%
1996	27%	31%	28%	14%	0%
1999	10%	28%	39%	24%	0%
2003	5%	24%	54%	17%	0%
2006	3%	20%	60%	13%	4%
2011	1%	17%	55%	10%	17%

Zdroj: Kaiser, 2011 (b)

Uvedená tabuľka poukazuje na postupný rozmach rôznych foriem riadenej starostlivosti, ktorú dnes využívajú takmer všetci zamestnávatelia v USA. Najrozšírenejšie sú združenia poskytovateľov (tzv. PPO), ktoré poisťovniam a zamestnávateľom ponúkajú výhodnejšie podmienky pri poistení ich poistencov a zamestnancov, súčasne však umožňujú pacientom navštíviť za poplatok aj poskytovateľov mimo tohto združenia. Od roku 2006 na trhu zaznamenali prudký nárast poisťné plány ponúkajúce relatívne vysoké odpočítateľné položky z poisťky (tzv. Deductible) výmenou za úhradu časti nákladov v hotovosti a súčasne umožňujúce poistencovi alebo jeho zamestnávateľovi sporiť si na tieto výdavky na osobitnom účte.

Rozširovaniu riadenej starostlivosti v USA a jej vplyvu na rast nákladov a kvalitu liečby sa zaoberajú viaceré štúdie (pozri napr. Miller, 1997; CBO, 1994; Cutler, 1997). Podľa jednej z nich (Cutler, 1997) využívalo zdravotné plány s riadenou starostlivosťou v roku 1980 zhruba 5% súkromne poistených Američanov, v roku 1987 to bolo 25% a v roku 1995 už cez 75%. Z takto poistených ľudí stúpol podiel poistencov v HMO, čo je najstriktejšia forma riadenej starostlivosti, zo 16% v roku 1987 na 48% v roku 1995 a podiel ľudí poistených v PPO stúpol v rovnakom čase z 11% na 25%. V rámci USA však boli veľké rozdiely medzi jednotlivými štátmi, keď napríklad v Kalifornii využívalo riadenú starostlivosť v roku 1995 zhruba 80% súkromne poistených obyvateľov, v štátoch ako Aljaška alebo Wyoming to bol podiel blízky nule. Podľa štúdie dávala Kalifornia na zdravotníctvo v prepočte na obyvateľa v roku 1980 o 17% viac než bol americký priemer za všetky štáty, do roku 1993 však jej výdavky klesli na úroveň priemeru. Na podobných porovnaníach **autori štúdie ukazujú, že ak podiel poistencov v HMO stúpne o 10%-ných bodov, dôjde k spomaleniu rastu výdavkov na**

zdravotníctvo v priemere o 0,5%-neho bodu ročne. K najväčšiemu šetreniu dochádza v nemocniciach a to najmä vďaka skráteniu doby strávenej na lôžku, pričom počet hospitalizácií ostáva nezmenený.

Medzi najväčších poskytovateľov riadenej starostlivosti v USA patrí súkromná firma Kaiser Permanente, ktorá poisťuje 8,7 milióna Američanov, zamestnáva viac než 167-tisíc ľudí a medzi nimi viac než 14-tisíc lekárov. Poisťovacia zložka Kaiser Permanente pôsobí ako nezisková organizácia, poskytovatelia sú ziskové subjekty. V rámci riadenej starostlivosti kladie Kaiser Permanente dôraz na preventívnu starostlivosť, odmeňovanie lekárov fixným platom a nie podľa počtu poskytnutých výkonov ako aj manažment chronických chorôb, ktorý prioritne využíva ambulantnú starostlivosť a pomáha tak minimalizovať čas strávený pacientmi na drahých lôžkach v nemocniciach (Zdroj: Wikipedia: [Kaiser Permanente](#)).

V súčasnosti zažíva riadená starostlivosť v USA renesanciu, keď ju využíva čoraz viac poistencov. Ide jednak o zamestnancov, ktorým zamestnávateľia nie sú schopní platiť stále drahšie poistenie a preto im ponúkajú fixný príspevok, za ktorý si zamestnanec vyberá zdravotný plán podľa svojej voľby. Do riadenej starostlivosti sa ale zapája aj čoraz viac poistencov štátu najmä v rámci štátneho programu Medicaid, ktorý prostredníctvom súkromných (ziskových aj neziskových) poisťovní financuje zdravotnú starostlivosť chudobným Američanom. Medicaid je najväčší zdravotný program v USA, ktorý v roku 2011 využije aspoň na mesiac každý piaty Američan. Podiel účastníkov programu Medicaid, ktorí dostávajú riadenú starostlivosť, stúpol od 90-tych rokov minulého storočia na 72% v roku 2009 a stále rastie (Zdroj: The Economist, 2011).

Aké sú prvky riadenej starostlivosti a kde sa využíva?

Slobodný výber poskytovateľov sa využíva v prevažnej miere na Slovensku aj v iných európskych štátoch. Napriek tomu viaceré prvky riadenej starostlivosti sú rozšírené po celom svete a aspoň čiastočne ich využívame aj na Slovensku:

- Poisťovne uzatvárajú zmluvy s vybranými poskytovateľmi a odmeňujú ich popri štandardných platbách aj na základe plnenia dopredu zvolených kritérií kvality a efektívnosti.
- Predchádzajúci súhlas revízneho lekára s použitím vybraných typov liečby alebo lieku či zdravotníckeho prostriedku.
- Analýzy dát o spotrebe zdravotnej starostlivosti.
- Generická substitúcia, resp. preskripcia.
- Kapitácia, t.j. platba poisťovne poskytovateľovi (napr. všeobecnému lekárovi) podľa počtu poistencov, nie podľa vykázaných výkonov.
- Dôraz na prechod z lôžkovej na jednodňovú ambulantnú starostlivosť.
- Do apríla 2011 sme využívali aj tzv. výmenné lístky všeobecného lekára k návšteve špecialistu, ktoré čiastočne regulovali vstup pacientov do siete poskytovateľov (tzv. gate-keeping funkcia).

Najviac rozvinutá je riadená starostlivosť v USA, ale napríklad aj vo Veľkej Británii v rámci štátnych spoločností National Health Service (NHS), ktoré integrujú financovanie aj poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Riadená starostlivosť sa teda neobmedzuje na súkromný sektor. V USA využíva zdravotné plány s prvkami riadenej starostlivosti prevažná

väčšina obyvateľov. Okrem uvedených praktík sa tu uplatňuje aj v mnohých ďalších podobách:

- Riadená starostlivosť a štandardizácia liečby chronicky a inak vážne chorých pacientov (programy Disease Management).
- Vyhľadávanie pacientov s vysokým rizikom ochorenia, poradenstvo a koordinácia poskytovania zdravotnej starostlivosti u viacerých poskytovateľov s cieľom predísť vzniku komplikácií a vážnych ochorení (Case Management).
- Zvýšená spoluúčasť pacientov pri výbere nákladnejších spôsobov liečby ak existuje menej nákladná alternatíva s porovnateľným účinkom na zdravie poistenca, resp. pri čerpaní zdravotnej starostlivosti u poskytovateľov mimo zmluvnej siete.
- Spolupráca medzi poskytovateľmi pri koordinácii starostlivosti o pacienta, napr. výmena a zdieľanie informácií o zdravotnom stave, diagnostike a liečbe a výsledkoch liečby, plánovanie prijatia do nemocnice alebo prepustenia z nemocnice a odovzdanie pacienta do následnej starostlivosti.
- Integrácia motivácie poskytovateľa a poisťovne vyberať efektívnejšie spôsoby liečby pri zachovaní požadovanej úrovne kvality a dosiahnutí porovnateľného zlepšenia zdravotného stavu pacienta.
- Spätná kontrola a vyhodnotenie potrebnosti použitých spôsobov liečby a dĺžky hospitalizácií – analýza údajov o spôsobe a výsledkoch starostlivosti nad kmeňom poistencov a hľadanie zovšeobecnení/doporučení pre štandardy.
- Poradenstvo o predchádzaní chorôb a zdravom životnom štýle.
- Ovplyvňovanie výberu poskytovateľa v rámci partnerskej siete pomocou bonusov a/alebo finančné motivácie pre pacientov.
- Bonusy a/alebo finančné motivácie pre pacientov dodržiavať prevenciu a zdravý životný štýl – napr. motivačné schémy založené na zbieraní bodov za vhodné správanie (pohybovú aktivitu, nákupy zdravých jedál, plnenie daných cieľov, bezpečné šoférovanie, atď.) a na udeľovaní bonusov podľa dosiahnutého počtu bodov. Medzi najrozvinutejšie motivačné schémy patrí program [Vitality](#) zdravotnej poisťovne The Discovery Group v Južnej Afrike.

Aké sú motivácie zavádzať riadenú starostlivosť?

V trojuholníku poisťovňa – poskytovateľ – pacient má najväčší priamy záujem na zavádzaní riadenej starostlivosti poisťovňa, ktorá platí väčšinu nákladov na poskytnutú starostlivosť a teda má prirodzenú motiváciu šetriť a v zdravom konkurenčnom prostredí aj spotrebúvať prostriedky efektívne. Nepriamo je to tiež v záujme poistencov (resp. štátu), ktorí platia odvody do poisťovní, ale aj poskytovateľov za predpokladu, že by peniaze ušetrené na nimi indukovaných nákladoch, napríklad na lieky a diagnostiku, boli využité na zvýšenie odmien poskytovateľov. Na znižovaní nákladov môže byť zainteresovaný aj pacient, to však nemusí fungovať z dvoch dôvodov:

1. Ak je formálna spoluúčasť nízka alebo nulová a súčasne je cena poistenia fixná a regulovaná (čo je prípad Slovenska), pacient nie je finančne motivovaný znižovať náklady liečby.
2. Ak aj je pacient zainteresovaný na kontrole a znižovaní nákladov, vo väčšine prípadov nemá dostatok vedomostí o potrebe, štruktúre ani o cene poskytovanej liečby (ide o tzv. informačnú nerovnosť, keď pacient má menej informácií než poskytovateľ resp. poisťovňa).

Záujem na zvyšovaní kvality liečby má najmä pacient. Ak na trhu funguje súťaž medzi poisťovňami prostredníctvom slobodného a informovaného výberu poisťovní zo strany poisťencov, tak bude mať záujem na zvyšovaní kvality aj poisťovňa. Ak na trhu funguje súťaž medzi poskytovateľmi a podarí sa znížiť informačné nerovnosti, tak na zvyšovaní kvality budú mať záujem aj poskytovatelia.

Do týchto vzťahov vstupuje štát pestrou paletou regulačných opatrení. Napríklad môže regulovať štandardy poskytovanej liečby, výšku spoluúčasti pacientov, dohliadať nad kvalitou poskytovanej starostlivosti a zabezpečovať jej vymáhanie, definovať minimálnu sieť poskytovateľov, prípadne priamo vlastnicky ovládať subjekty na trhu, alebo regulovať ceny poskytovaných výkonov a služieb. Hlavným záujmom štátu je zvyčajne zabezpečiť čo najväčšiu dostupnosť kvalitnej zdravotnej starostlivosti s ohľadom na obmedzené verejné zdroje v zdravotníctve. Tento záujem však môže v netransparentnom prostredí deformovať korupcia a konflikty záujmov vyplývajúce z postavenia štátu, pokiaľ je súčasne rozhodcom (regulátorom) aj hráčom (vlastníkom nemocníc a poisťovní). Štátna regulácia a riadená starostlivosť sa navzájom nemusia vylučovať, čo potvrdzuje príklad štátom financovaného programu Medicaid v USA alebo organizácia zdravotnej starostlivosti vo Veľkej Británii.

Aké sú výhody a riziká riadenej starostlivosti?

Výhody riadenej starostlivosti:

1. Môže zvýšiť efektívnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti, t.j. napríklad za menej peňazí zabezpečiť rovnaký objem a kvalitu poskytnutej starostlivosti, resp. za rovnaký objem peňazí väčší objem a vyššiu kvalitu poskytnutej starostlivosti. To sa dá dosiahnuť najmä vďaka spoluzodpovednosti poskytovateľov aj pacientov za celkové náklady na zdravotnú starostlivosť, lepšou koordináciou liečby a vzájomnou spoluprácou poskytovateľov, vyšším dôrazom na dlhodobé úspory (napr. intenzívnejším využívaním prevencie, osvetou o zdravom životnom štýle, sledovaním rizikových faktorov/pacientov, včasným diagnostikovaním a liečbou chorôb), atď. Významným motivačným prvkom k zvyšovaniu efektívnosti je fungujúca súťaž medzi zdravotnými poisťovňami a medzi poskytovateľmi. Dôležitou podmienkou účasti pacienta na znižovaní nákladov pri udržaní kvality liečby je znižovanie informačnej asymetrie, t.j. zlepšovanie informovanosti pacienta o cene a kvalite poskytovanej liečby.
2. Rieši motiváciu poskytovateľov a dodávateľov do zdravotníctva umelo zvyšovať náklady na liečbu (napr. nadbytočným počtom výkonov, duplicitnými vyšetreniami, nedostatkom prevencie, predpisovaním drahších liekov, atď.). Riadená starostlivosť dáva zdravotnej poisťovni nástroje na lepšie riadenie nákladov poskytovanej starostlivosti, vrátane odmeňovania poskytovateľov.
3. Čiastočne rieši problém informačnej asymetrie – lepšie informovaná poisťovňa má lepší dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a môže tak obmedziť možné negatívne dôsledky plynúce z informačnej výhody poskytovateľa voči pacientovi pri rozhodovaní o jeho liečbe. To pacientovi okrem iného šetrí transakčné náklady spojené s liečbou (skracaje čas potrebný na rozhodovanie o výbere poskytovateľa, prináša výhody plynúce z lepšej koordinácie liečby, atď.).

4. Môže lepšie zosúladiť neobmedzené túžby ľudí po zdraví a obmedzené verejné zdroje, čo sa môže prejavíť napríklad zamedzením zadlžovania poskytovateľov aj poisťovní, alebo zamedzením odopierania zdravotnej starostlivosti pacientom v záujme dodržania rozpočtu poskytovateľa (tzv. tichý rationing).
5. Môže priniesť inovácie pri sledovaní a odmeňovaní práce poskytovateľov ako aj pri sledovaní zdravotného stavu pacientov. Vďaka inováciám môže vzniknúť viac odlišností medzi poisťovňami a tým aj intenzívnejšia súťaž na poistnom trhu.

Riziká riadenej starostlivosti:

4. Ak nefunguje súťaž medzi poisťovňami, resp. štátna regulácia (napr. dohľad nad kvalitou liečby a jej vymáhanie), resp. ak je na trhu poskytovanej zdravotnej starostlivosti vysoká informačná nerovnosť (t.j. pacient nemá na rozdiel od poskytovateľa alebo poisťovne dostatočné informácie o cene a kvalite liečby) môže dochádzať k poklesu nákladov na úkor kvality poskytovanej starostlivosti (napr. tzv. podliečovaním pacientov).
5. Užším previazaním poisťovní a poskytovateľov a tiež poskytovateľov navzájom (integrácia na vertikálnej aj horizontálnej úrovni) a prílišným viazaním pacienta k danej poisťovni môže dôjsť k zhoršeniu súťaže, resp. k vzniku monopolných štruktúr na trhu poskytovateľov aj poisťovní.
6. Z pohľadu pacienta môže dôjsť k zhoršeniu podmienok pri výbere ním preferovaného poskytovateľa mimo zmluvnej siete. Miera tohto zhoršenia závisí od konkrétnej formy riadenej starostlivosti, t.j. či a za akých podmienok pacient bude mať možnosť využiť služby poskytovateľov mimo zmluvnej siete.

Ako využívajú riadenú starostlivosť zdravotné poisťovne na Slovensku?

S cieľom zistiť aktuálne využívanie riadenej starostlivosti zdravotnými poisťovňami na Slovensku a tiež ich plány v tomto smere sme oslovili zdravotné poisťovne pôsobiace v SR. Vo všeobecnosti možno povedať, že poisťovne nevyužívajú komplexný systém riadenej starostlivosti, do ktorého by zapojili vybraných poskytovateľov a pacientov. Napriek tomu každá využíva viacero nástrojov riadenej starostlivosti a Všeobecná zdravotná poisťovňa aj Dôvera analyzujú možnosti intenzívnejšieho zavádzania nových prvkov. Dôvera napríklad pripravuje „*motivačné programy pre poistencov, ktorých cieľom bude odmeňovať poistencov za zodpovedný prístup k vlastnému zdravotnému stavu.*“ Poisťovňa Union realizovala tri samostatné projekty v rokoch 2007-2009 (napríklad manažovanie pacientov s diabetes mellitus), všetky však „*boli utlmené, pretože výsledky nepriniesli predpokladaný benefit.*“

V nasledujúcom texte citujeme odpovede zdravotných poisťovní na otázku „**Aké prvky riadenej starostlivosti (tzv. *managed care*) v súčasnosti využíva resp. plánuje zaviesť v blízkej budúcnosti Vaša poisťovňa?**“:

Všeobecná zdravotná poisťovňa (VŠZP):

„VŠZP v súčasnosti nevyužíva komplexný (integrováný systém) manažovanej starostlivosti (t.j. program manažovanej starostlivosti s priamym zapojením vybraných poskytovateľov a pacientov). V súčasnosti využíva niektoré zložky manažovanej starostlivosti, ktoré majú zabezpečiť základné ciele (zvyšovanie efektivity/znižovanie nákladovosti a zvyšovanie kvality pre pacienta). Jednotlivé aktuálne používané nástroje vo VŠZP:

- *Motivácia poskytovateľov na úspore nákladov na lieky (premietnutie časti úspory do ceny za poskytnutú zdravotnú starostlivosť). Uvedený projekt realizujeme vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých, deti a dorast a v špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Zároveň prebieha informovanie poskytovateľov (reporting a benchmarking).*
- *Podpora preventívnych programov s cieľom znižovať budúce náklady na zdravotnú starostlivosť. VŠZP pravidelne vyhodnocuje a v prípade potreby obmieňa preventívne programy, s cieľom využívať tie, ktoré prinesú čo najväčší budúci benefit pre pacienta.*
- *Mechanizmy, ktoré majú zabezpečiť vyšší komfort pre pacienta a nižšie náklady (napr. v prípade, ak je možné robiť zákrok jednoduchou formou, VŠZP nehradí hospitalizáciu).*

Pokiaľ ide o budúcnosť, VŠZP analyzuje možné (vhodné) programy manažovanej starostlivosti.“

Zdravotná poisťovňa Dôvera

„Riadená starostlivosť vynašla väčšinu nástrojov, ktoré zdravotné poisťovne bežne používajú pri prevádzkovaní verejného zdravotného poistenia. Nástroje, ktoré bežne využívame, sú napr.:

- *Motivácia poskytovateľov ambulantnej starostlivosti zbytočne nepredpisovať laboratórne vyšetrenia a lieky pomocou hodnotiaceho koeficientu, ktorý stanovuje výšku odmeny poskytovateľa na základe porovnania voči priemeru za odbornosť. Zjednodušene povedané, čím viac liekov, laboratórných vyšetrení a hospitalizácií poskytovateľ predpíše na pacienta nad štandardnú odchýlku od priemeru, tým je jeho hodnotiaci koeficient nižší.*
- *Predchádzajúci súhlas revízneho lekára s použitím finančne náročnej liečby alebo lieku či zdravotníckeho prostriedku.*
- *Kapitácia, kde sú poskytovatelia platení fixnú mesačnú platbu za starostlivosť o kmeň registrovaných poistencov.*
- *Analýzy dát o spotrebe a efektívnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti, tzv. utilization reviews a claims management.*
- *Pripravujeme motivačné programy pre poistencov, ktorých cieľom je odmeňovať poistencov za zodpovedný prístup k vlastnému zdravotnému stavu.“*

Union zdravotná poisťovňa:

1)Denno-denný manažment pacienta medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti na základe individuálnych požiadaviek a vzniknutej situácie. V prípade žiadosti klienta, ak sa jedná o problém s PZS (poskytovateľ zdravotnej starostlivosti – pozn. INEKO) v prípade poskytovania zdravotnej starostlivosti, dojedná revízny lekár zdravotnú starostlivosť u iného, nami vybraného, konkrétneho PZS, ktorý poskytuje ten istý typ zdravotnej starostlivosti.

Tak isto sa postupuje aj v prípade, ak by mal byť kapacitný problém u PZS s vyriešením pacientov na čakacích listinách. Konkrétne prípady sme riešili, keď jeden kardio ústav nestíhal poskytovať zdravotnú starostlivosť v oblasti koronarografie a my sme zorganizovali túto zdravotnú starostlivosť u iného poskytovateľa v krátkom čase. Upozorňujeme, že čakacie listiny našich poistencov sú minimálne, ale neustále ich monitorujeme a podľa už osvedčenej aktivity, ako v prípade koronarografie, sme pripravení reagovať.

Súčasne sledujeme prípadné sťažnosti a požiadavky pacientov na zdravotnú starostlivosť. Taktiež postupným vyhodnocovaním kritérií kvality v jednotlivých typoch zariadení, chceme smerovať pacientov ku kvalitnejším zariadeniam.

2) aktuálne prebieha projekt „LIENKA“

*Union zdravotná poisťovňa, a.s. v snahe o zavedenie inovatívnych, transparentných a objektívnych úhradových mechanizmov pripravila projekt **LIENKA** /Laboratórne Indikácie a Efektívne Nastavenie Kritérií ich Akceptácie/. Ide o pilotný projekt, založený na inovatívnom systéme zvýšenia efektivity laboratórnej diagnostiky riadeným procesom. Model štandardizácie diagnostických postupov a transparentne nastavených kritérií úhrady výkonov SVLZ (spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – pozn. INEKO) je predpokladom zabezpečenia kvalitnej zdravotníckej starostlivosti, efektívneho, hospodárneho a účelného vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia.*

Rozsah projektových aktivít – model štandardných postupov bude postupne aplikovaný v jednotlivých odboroch laboratórnej medicíny: klinická biochémia, hematológia a transfuziológia, mikrobiológia, genetika, patologická anatómia, klinická imunológia a alergológia, rádiológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia.

3) V priebehu rokov 2007-2009 sme zrealizovali nasledujúce projekty, ktorých účelom malo byť efektívne vynakladanie prostriedkov z verejného zdravotného poistenia pri aplikácii najmodernejších liečebných metód:

- *Podpora príbuzenskej transplantácie obličky*
- *Implantácia TVT pások pri stresovej inkontinencii*
- *Manažovanie poistencov - pacientov s diabetes mellitus*

Projekty boli realizované v spolupráci s príslušnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (osobná návšteva pracovísk na celom Slovensku), patientskymi združeniami a priamym oslovovaním poistencov (call centrum, listy). Všetky tieto projekty boli utlmené, pretože výsledky nepriniesli predpokladaný benefit.“

Čo odporúča INEKO?

Zavádzanie komplexného systému riadenej starostlivosti, v ktorom by dochádzalo k užšej spolupráci alebo k integrácii zdravotných poisťovní a poskytovateľov, môže zvýšiť efektívnosť poskytovanej starostlivosti. Priestor na zvyšovanie efektívnosti potvrdzuje aj analýza OECD, podľa ktorej reformy zamerané na lepšie využitie zdrojov v zdravotníctve by mohli pri rovnakom objeme zdrojov zvýšiť priemernú očakávanú dĺžku života na Slovensku až o štyri roky (Zdroj: OECD, 2010). Zvyšovanie efektívnosti je okrem toho kľúčovou podmienkou stabilného fungovania zdravotníctva a to najmä vzhľadom na súčasnú situáciu vo verejných financiách a nepriaznivý hospodársky vývoj, ako aj vzhľadom na rastúce náklady súvisiace s čoraz väčším výskytom chronických ochorení, vývojom nových liekov, liečebných metód a zariadení, a tiež s postupným starnutím obyvateľstva.

Za hlavné bariéry uplatnenia výhod riadenej starostlivosti na Slovensku považujeme vágne definovaný balík zdravotnej starostlivosti financovanej z verejných zdrojov, výrazne

obmedzenú súťaž medzi poisťovňami, neefektívne riadenie najmä veľkých nemocníc vo vlastníctve štátu, vysokú informačnú nerovnosť medzi pacientom a poskytovateľom, slabý dohľad nad kvalitou liečby a jej neefektívne vymáhanie, ako aj vysokú koncentráciu na trhu poisťovní a čiastočne aj poskytovateľov. Odstránenie týchto bariér môže podľa nás minimalizovať riziká súvisiace so zavádzaním riadenej starostlivosti. Preto odporúčame:

- Presnejšie definovať a prípadne aj zúžiť nároky pacientov v rámci solidárne financovanej časti zdravotníctva. Zostaviť a pravidelne aktualizovať pozitívny zoznam tovarov a služieb financovaných na základe povinného poistenia (východiskom môže byť existujúci katalóg výkonov) vrátane detailných požiadaviek na ich poskytnutie (napr. maximálne čakacie doby, technické a personálne vybavenie, definovať dostupnosť podľa maximálnej doby dopravy pacienta do daného zdravotníckeho zariadenia, atď.).
- Podporiť súťaž medzi zdravotnými poisťovňami: (1) rozdelením a aspoň čiastočnou privatizáciou VŠZP, vstupom nových hráčov na trh, (2) zavedením možnosti pre poisťovne vytvárať zdravotné plány, ktoré by sa odlišovali podľa výšky spoluúčasti a odpočítateľnej položky z poistného (tzv. Deductible), (3) zavedením nominálneho poistného, t.j. paušálnej platby bez ohľadu na výšku príjmu, v ktorého výške by sa poisťovne mohli odlišovať.
- Podporiť súťaž medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti: (1) privatizáciou alebo dlhodobým prenájmom nemocníc, (2) uvoľnením povinnej minimálnej siete poskytovateľov, s ktorými poisťovne musia uzatvárať zmluvy, atď.
- Znižovať informačnú asymetriu zlepšovaním informovanosti pacientov o cene a kvalite poskytovanej starostlivosti: (1) pravidelným zostavovaním a zverejňovaním rebríčkov kvality poskytovateľov aj poisťovní – až na úroveň konkrétnych lekárov, pri nemocniciach aj na úrovni oddelení; (2) transparentným účtovaním poskytnutých tovarov a služieb tak, aby pacient pri každom čerpaní videl, za čo a koľko platí.
- Štandardizovať diagnostické a liečebné postupy a zrealizovať platby poisťovní poskytovateľom (napr. zavádzaním DRG systému v nemocniciach).
- Posilniť dohľad nad kvalitou liečby a jej vymáhanie. Dôležitým predpokladom je odstránenie konfliktu záujmov štátu, keď de facto štátom kontrolovaný regulátor kontroluje štátnych poskytovateľov – to sa dá dosiahnuť vstupom súkromného kapitálu do štátom vlastnených poskytovateľov.
- Posilniť dohľad nad možnou koncentráciou na trhu poisťovní aj poskytovateľov.

Použité zdroje:

- CBO, 1994: Effects of Managed Care: An Update, Congressional Budget Unit Memorandum, March 1994, <http://www.cbo.gov/ftpdocs/48xx/doc4890/doc16.pdf>
- Cutler, 1997: Managed Care and the Growth of Medical Expenditures, NBER Working Paper No. 6140, David Cutler, Louise Sheiner, 1997, <http://www.nber.org/digest/may98/w6140.html>
- INEKO, 2009: Financovanie zdravotníctva vo vybraných štátoch, Peter Goliaš, INEKO, február 2009, <http://www.i-health.sk/sk/zdravotnictvo/financovanie-zdravotnictva/>
- Kaiser, 2011 (a): Health Care Spending in the United States and Selected OECD Countries, Kaiser Family Foundation, April 2011
- Kaiser, 2011 (b): Kaiser/HRET (The Kaiser Family Foundation and the Health Research & Educational Trust) Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, <http://ehbs.kff.org/?page=charts&id=2&sn=20&ch=2134>
- Miller, 1997: Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care?, Robert H. Miller, Harold S. Luft, 1997, <http://content.healthaffairs.org/content/16/5/7.full.pdf>
- OECD, 2010: Joumard, I., C. André and C. Nicq (2010), "Health Care Systems: Efficiency and Institutions", OECD Economics Department Working Papers, No. 769, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfp51f5f9t-en>
- The Economist, 2011: The Economist, October 8th 2011, [A new prescription for the poor](#)
- Wikipedia: [Managed care](#), [Kaiser Permanente](#)