

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Katedra biomedicínské techniky

Květen 2016

Bc. Ivana Svobodová



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE
FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra biomedicínské techniky

Název diplomové práce:

Metoda Pay-for-performance jako úhrada za zdravotní péči a možnost jejího využití v ČR

Studijní program: Klinická a biomedicínská technika
Studijní obor: Systémová integrace procesů ve zdravotnictví

Autor diplomové práce: Bc. Ivana Svobodová
Vedoucí diplomové práce: Ing. Silvie Jeřábková, MSc.
Odborný konzultant práce: Mgr. Tomáš Troch

Kladno 2016

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci na téma „*Metoda Pay-for-performance jako úhrada za zdravotní péči a možnost jejího využití v ČR*“ vypracovala samostatně. Veškeré použité podklady, ze kterých jsem čerpala informace, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a citovány v textu podle normy.

V Kladně.....

.....

Bc. Ivana Svobodová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala Ing. Silvii Jeřábkové, MSc., za odborné vedení mé práce, ochotu mi vždy poradit a za její cenné rady. Dále bych velmi ráda poděkovala mému odbornému konzultantovi Mgr. Tomášovi Trochovi z Ministerstva zdravotnictví ČR za jeho vynikající přístup a spoustu cenných připomínek a informací.

Mé další poděkování patří Mgr. Jířímu Vinárkovi za pomoc při zpracování dat.

V neposlední řadě bych chtěla ze srdce poděkovat mojí rodině za nehynoucí podporu při mém studiu.

Název diplomové práce:

Metoda Pay-for-performance jako úhrada za zdravotní péči a možnost jejího využití v ČR

Abstrakt:

Většina zdravotních systémů na světě se potýká s vysokými náklady na zdravotní péči. Zároveň se státy snaží o zlepšení kvality péče a snížení nákladů na tuto péči. Metoda pay-for-performance (*P4P*) se snaží pomocí stanovených kritérií a odměňování za jejich splnění ušetřit náklady na tuto péči a zvýšit její kvalitu. Cílem této práce je posoudit, zda je tato metoda aplikovatelná v některé z oblastí českého zdravotnictví. Práce se zabývá porovnáním zahraničních programů pay-for-performance a možnostmi implementace jejich částí do koncepce pro české zdravotnictví.

Programy využívající metodu P4P jsou velmi finančně nákladné, ve většině států se pomocí těchto programů nepodařilo dosáhnout snížení nákladů na zdravotní péči, ani se nepodařilo prokázat pozitivní klinický efekt. V některých státech se těchto programů účastní i více než 90 % poskytovatelů zdravotní péče. Tato metoda je pozitivně přijímána u pacientů, kteří chválí přístup lékařů a lepší porozumění své nemoci. Dále je v práci řešeno institucionální uspořádání zdravotních systémů jiných států a výkonnost jejich zdravotního systému, úhradové metody v České republice a typy zdravotních systémů ve světě.

Klíčová slova:

pay-for-performance, P4P, metoda a programy pay-for-performance, úhradový mechanismus, zdravotnictví, zdravotní péče, kvalita zdravotní péče, výdaje za zdravotní péči, typy zdravotních systémů, Beveridge, Bismarck, diabetes mellitus, cukrovka, Národní zdravotní služba

Master's Thesis title:

Pay-for-performance as a method of reimbursement in healthcare and its possible use in Czech Republic.

Abstract:

The most health care systems on the world are struggling with a high spendings. At the same time, the states are trying to improve the quality of health care and save the health expenditure. Pay for performance gives financial incentives to clinicians for better health outcomes and save the health spending. The aim of my thesis is to assess the possible use of P4P in Czech health care system and its possible use in selected area of health care. The outcomes of foreign P4P programs in practice are compared with each other. In the most states are using these programs failed to achieve the cost savings for health care and even failed to demonstrate the positive clinical effect. On the other hand, more than 90% of health care providers attended in these programs and patients are contented with this programs. In my thesis institutional organization of health care and its performance, reimbursement methods in Czech republic and the types of health care systems in the world are dealing.

Key words:

Pay-for-performance, P4P, methods and programs of pay-for-performance, reimbursement mechanism, health, health care, quality of health care, health expenditure, types of health care systems, The Bismarck model, The Beveridge Mode, diabetes mellitus, National Health Service

Obsah

Seznam symbolů a zkratk	9
1 Úvod.....	10
1.1 Cíle práce	11
1.2 Metodika práce	12
2 Současný stav problematiky.....	13
2.1 Typy zdravotních systémů podle způsobu financování.....	13
2.1.1 Zdravotní systémy založené na zdravotním pojištění	14
2.1.2 Státní zdravotní systémy	17
2.2 Úhradové mechanismy v ČR	19
2.2.1 Kapitační platba	19
2.2.2 Platba za výkon.....	19
2.2.3 Platba za diagnózu	20
2.2.4 Paušální platba za ošetrovací den	20
2.2.5 Globální rozpočet.....	21
2.3 Hodnocení kvality péče v ČR.....	21
2.3.1 Nežádoucí události.....	21
2.4 Institucionální uspořádání a výkonnost zdravotnického systému	23
2.4.1 Institucionální uspořádání	23
2.4.2 Výkonnostní ukazatele	27
2.5 Metoda Pay-for-Performance	32
2.5.1 Principy P4P	33
2.5.2 P4P v Německu.....	34
2.5.3 P4P ve Velké Británii.....	38
2.5.4 P4P ve Francii.....	41
2.5.5 P4P ve Spojených státech amerických.....	42
2.5.6 P4P v České republice	44
2.5.7 P4P v ostatních zemích	45
3 Oblasti využití P4P	47
3.1 Statistika a nákladovost diabetologie v ČR.....	48
3.1.1 Počet pacientů s DM a počet diabetologů v ČR	48
3.1.2 Návštěvnost	49
3.1.3 Hospitalizace	50

3.1.4	Počet vykázaných výkonů a bodů.....	50
3.2	Náklady na léčbu onemocnění diabetes mellitus v ČR	51
4	Možnost využití pay-for-performance v ČR.....	52
4.1	Náklady na P4P v ČR	52
4.2	Přínosy a omezení P4P v ČR	55
4.2.1	Přínosy.....	55
4.2.2	Omezení.....	56
5	Diskuse.....	59
6	Závěr	65
	Seznam použité literatury.....	66
	Seznam obrázků.....	70
	Seznam tabulek.....	70
	Seznam příloh.....	71
	Příloha	72

Seznam symbolů a zkratk

ZKRATKA	VÝZNAM
AAFP	American Association of Family Physicians (USA)
AMA	American Medical Association (USA)
CC	complication and comorbidities
DM	Diabetes mellitus
DMP	Disease management program (německý program P4P)
DMP	Disease Managment Program
DRG	Diagnoses-related groups
GP	General Practitioner (praktický lékař) (UK)
HIT	Hospital Information Technology
HQID	Hospital Quality Incentive Demonstration Project
IDF	International diabetes federati
IHA	Integrated Healthcare Association
IOM	Institute of Medicine (USA)
ISQuA	Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
LEB	Life expectansy at birth, střední doba dožití při narození
MCC	major complication and comorbidities
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MPSV	Ministerstvo průmyslu a sociálních věcí
NHIF	The National Health Insurance Fund (FR)
NHS	Nation Health Service (UK)
o.p.s.	obecně prospěšná společnost
OBZP	Osoba bez zdanitelných příjmů
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
P4P	Pay-for-Performance
PCO	Primary Care Organization (UK)
PIP	Practice Incentove Program
QOF	Quality and Outcomes Framework
SAK ČR	Spojená akreditační komise ČR
SHA	Strategic Health Authorities (UK)
TWB	The World Bank
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization
ZP	Zdravotní pojišťovna/y
zp	Zdravotní péče
ZS	Zdravotní systém
ZZ	Zdravotnické/á zařízení

1 Úvod

Moje diplomová práce s názvem *Metoda Pay-for-performance jako úhrada za zdravotní péči a možnost jejího využití v ČR* se zabývá problematikou dobrovolného úhradového mechanismu, který má celosvětově za cíl zvýšit kvalitu péče, a to pomocí motivačních prvků ve formě odměn pro zdravotnická zařízení a lékaře. Původní zacílení metody je širší – jednalo se o vyšší úhrady zdravotnickým zařízením jako takovým.

V jednotlivých kapitolách mé práce se zaměřuji na typy zdravotních systémů ve světě i u nás, na úhradové metody, které náš zdravotní systém používá a na kvalitu zdravotní péče. Velká část mé práce se zabývá samotnou metodou pay-for-performance, a to jak ve světě, ve vybraných zemích, tak i v České republice. Na základě seznámení se s touto metodou jsem určila oblast, kde by tato metoda mohla být využita v našem zdravotním systému a posoudila možnosti jejího využití.

Kapitola s názvem *Současný stav problematiky* je systematicky členěna do pěti kapitol, které postupně seznamují se smyslem a funkcí zdravotních systémů, jejich výkonností v různých částech světa a nakonec se samotnou metodou pay-for-performance, jejím vznikem a praktickým využitím ve vybraných státech. Podkapitola první, *Typy zdravotních systémů*, vysvětluje a popisuje, jaké existují typy zdravotních systémů, v čem se liší, jak jsou financovány, jaký mají sami pacienti přístup k této péči, a které státy jaké typy zdravotních systémů používají. Podkapitola *Úhradové mechanismy* řeší úhradové metody používané v českém zdravotním systému, jejich účel a použití, a jejich výpočet. Stručná je podkapitola *Hodnocení kvality zdravotní péče v ČR*, ve které jsem pouze nastínila možnosti hodnocení kvality péče u nás a možné nežádoucí události, ke kterým vlivem různých faktorů dochází ve zdravotnických zařízeních. Zajímavá je podkapitola *Institucionální uspořádání a výkonost zdravotnického systému*, kde popisují instituce, které ve vybraných zemích zajišťují zdravotní systém a jakým dílem se na zdravotním systému podílejí. Na základě ukazatelů zdravotní péče porovnávám výkonost těchto ukazatelů ve vybraných zemích a jejich zdravotního systému. Obsáhlou podkapitolou je *Metoda pay-for-performance*. V této podkapitole popisují vznik a funkci této metody, která původně nebyla určena pro zdravotnictví, ale pro snížení administrativních nákladů ve Světové bance. Právě díky jejím efektům a principům jí zdravotnická zařízení, a posléze i státy, implementovaly na oblasti zdraví a péče. Vysvětluji, jak se postupně tato metoda rozšiřovala do ostatních států světa, jaké byly její počátky a jak se postupně v rámci několika let začaly objevovat první výsledky a přínosy. Dále se v této podkapitole zaměřuji na vybrané země, kde se tato metoda za pomoci různých programů již několik let v praxi používá. Státy jsem vybrala na základě rozdílnosti jejich zdravotních systémů, abych ukázala, že metoda pay-for-performance může být použita v jakémkoliv zdravotním systému. Postupně popisují programy, které v jednotlivých státech implementují tuto metodu, seznamuji s principem odměňování a samotnými kritérii, pro odměňování. V neposlední řadě shrnuji výsledky těchto programů v jednotlivých státech, jako je například počet zúčastněných lékařů, pacientů, jaké jsou finanční náklady na tyto programy a zda přinesly nějaké ušetření či zlepšení kvality péče. Výstupem současného stavu práce by měl být ucelený přehled toho, jak se tato metoda ujala v jiných zemích, jak vznikla, jak se jí podařilo uvést do praxe, jaké má výsledky a zda se vůbec vyplatí do této metody investovat.

V kapitole *Oblast využití P4P* jsem vybrala oblasti, kde by se program P4P mohl aplikovat v ČR. Nejvýznamnějšími oblastmi jsou chronická onemocnění, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, astma či diabetes mellitus. První dvě oblasti jsem okrajově zmínila, oblasti diabetu jsem se již věnovala velmi podrobně. Nejprve jsem ze statistických údajů zjistila různé ukazatele jak u nás, tak v zahraničí, poté jsem provedla analýzu stavu pacientů diabetiků, lékařů diabetologů a nakonec propočítala finanční nákladnost na péči o diabetické pacienty a jejich hospitalizace.

V kapitole *Možnosti využití P4P* jsem navrhla program P4P pro Českou republiku, konkrétně se jedná o program pro diabetické pacienty a lékaře specialisty v odbornosti 103 (diabetologie). Nechala jsem se inspirovat německým, americkým i australským programem. Doporučila jsem oblasti a kritéria odměňování a výši finančních odměn za splnění těchto kritérií. Jako poslední jsem uvedla potenciální přínosy zavedení programu do našeho systému zdravotnictví, a omezení, která by naopak tomuto zavedení bránila.

1.1 Cíle práce

Cílem mé diplomové práce je posoudit možnosti využití úhradové metody pay-for-performance v českém systému zdravotnictví. K tomu, abych tento úkol mohla splnit, je nutné nastudovat problematiku metody pay-for-performance, nejlépe ze zemí, které již tuto metodu několik let používají. Na základě takto zjištěných poznatků ze zahraničí identifikuji případné přínosy a omezení pro český zdravotní systém. Zvolím oblast implementace této metody do našeho systému zdravotnictví a navrhnu systém, který by se zde mohl použít.

Budu se orientovat na oblast chronického onemocnění diabetes mellitus, které budu studovat pro aplikaci P4P metody, jak z mezinárodních, tak i českých databází. Je to proto, že takové onemocnění vyžaduje pravidelnou a častou kontrolu u specialistů. Navrhnu program, který by těmto specialistům přispíval na častější kontroly, kvalitnější péči i cílenou léčbu těchto pacientů. Cílem lékařů a jejich pacientů by bylo dosažení stabilních hodnot ukazatelů těchto chronických onemocnění (např. u pacientů s DM stabilní hodnoty glukózy v krvi, krevního tlaku, nitroočního tlaku, renální hypertenze, ...). Tím by se mělo dosáhnout zlepšení zdravotního stavu chronicky nemocných pacientů a tím pádem snížení počtu hospitalizací v důsledku komplikací souvisejících s tímto onemocněním.

Poté vyčísím celkové náklady na tento P4P program, a to jak celkové roční náklady za celý program za všechny zúčastněné, tak měsíční finanční odměnu pro lékaře. Inspirací mi budou prvky ze zemí, které P4P již v praxi mají, především Německý program Disease management program. Vyčísím, jak moc by byl takový program přínosný a finančně náročný.

V zahraničí se tato metoda velmi rozšířila a uvedly jí do praxe státy s vyspělým zdravotnictvím (povětšinou západní státy), tak i státy, které nemají zdravotnictví na takové úrovni (z hlediska ukazatelů výkonnosti zdravotnického systému) jako právě západní státy. Z toho usuzuji, že je tato metoda přínosná. Jednak proto, že dokáže ušetřit finance za zdravotní péči (například za komplikace, délku doby hospitalizace, špatně léčený zdravotní stav, aj.), a jednak proto, že dokáže prokazatelně zvýšit kvalitu zdravotní péče.

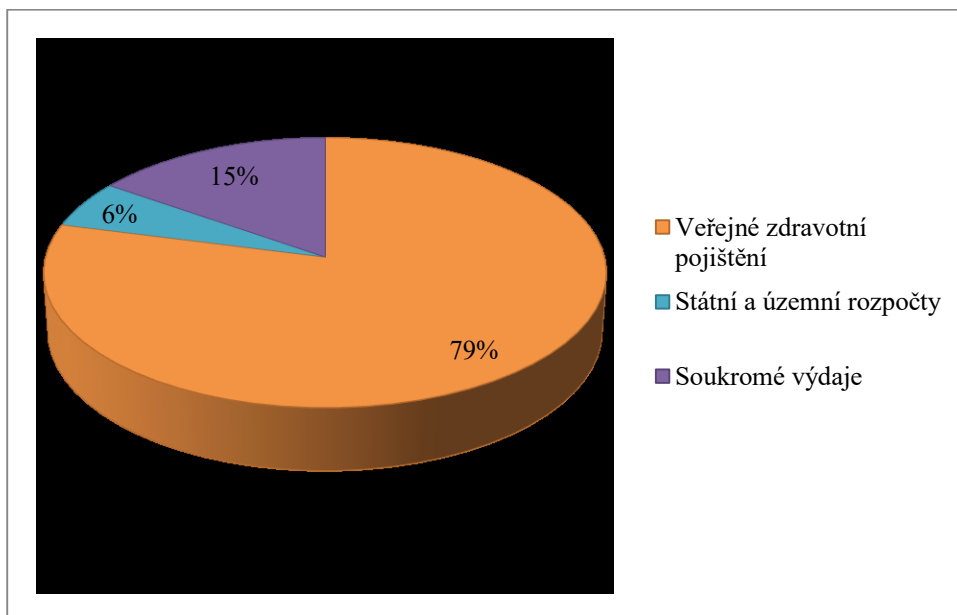
1.2 Metodika práce

V současném stavu této práce zjistím, na jaké indikátory by P4P šlo v ČR navázat, a jak P4P propojit se současnými úhradovými mechanismy bez vytváření nežádoucích incentív a to formou porovnání odborných zahraničních studií, které se touto metodou zabývají, dále pomocí oficiálních prohlášení institucí, které programy zajišťují, analyzuji využití metody pay-for-performance ve vybraných státech (Velká Británie, USA, Německo, Francie, i okrajově zmíním další státy) a zjistím, jakých výsledků se za dobu používání této metody dosáhlo v těchto státech. Zjistím za pomoci dostupných dat ze statistických mezinárodních úřadů a dat od Ministerstva zdravotnictví, kolik je v ČR pacientů s tímto onemocněním, kolik specialistů a kolik praktických lékařů se jim věnuje, jak často chodí na kontroly k těmto lékařům a jak se liší návštěvnost v jednotlivých krajích ČR. Tyto získaná data zanalyzuji v databázových a matematických programech. Dále určím, jak často trpí tito pacienti komplikacemi, které vyžadují jejich hospitalizaci. Odpovím na otázku, zda má četnost návštěv a kvalita poskytnuté péče u lékařů souvislost s těmito hospitalizacemi. Navrhnou motivační prvky pro diabetology ve formě odměn za splnění jednotlivých kritérií v dané oblasti. Jako vzor těchto prvků i plateb použiji již v praxi fungující P4P programy. Vyčíslení případné finanční přínosy tohoto programu, a to za pomoci výpočtu nákladů na léčbu související s komplikacemi DM (dle příslušné DRG skupiny) a bez nich. Tuto hodnotu porovná s náklady na P4P program, které budou jednak převzaty ze zahraničních programů, a jednak budou pocházet z mého navrhovaného konceptu.

2 Současný stav problematiky

Česká republika od svého vzniku prošla v oblasti zdravotní péče mnoha změnami. Nejvýraznějších změn se dočkal systém (kromě samotné kvality a dostupnosti péče) veřejného zdravotního pojištění¹ a s tím související úhrady. Je důležité vědět, že přísun financí do zdravotního systému je zajištěn z největší míry všeobecným zdravotním pojištěním a finanční spoluúčastí pacientů, dále pak státním rozpočtem a rozpočty územních orgánů, přímými úhradami fyzických a právnických osob, a také sponzory, nadacemi apod.[1]

Nejaktuálnější dostupné zdroje uvádějí, že roku 2013 byly celkové výdaje na zdravotnictví v ČR 290 943 mil. Kč, což odpovídá 7,12 % HDP². Koláčový graf níže ukazuje rozložení těchto zdrojů. „Výdaje roku 2013 dle aktuální kalkulace ÚZIS ČR činily 290,9 mld. Kč. Podíl veřejných výdajů na zdravotnictví v roce 2013 činil 84,7 %³, soukromé výdaje v témže roce tvořily 15,3 % výdajů na zdravotnictví. Výdaje veřejného zdravotního pojištění jako největšího zdroje financí pro zdravotnictví v roce 2013 dosáhly 229,9 mld. Kč.“ [2]



Obrázek 1 Zdroje financování zdravotnictví ČR v roce 2013 [2]

2.1 Typy zdravotních systémů podle způsobu financování

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) je zdravotní systém takový systém, který poskytuje kvalitní zdravotní služby pro všechny lidi v momentě, kdy je potřebují, a kde je potřebují.[3] Další definice ZS podle MUDr. Petra Kašpara zní: „Zdravotní systém je část celospolečenského systému, která se skládá z opatření, institucí, organizací a činností, které usilují o léčení nemocí, o jejich prevenci a o posilování zdraví společnosti.“[4]

¹ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

² V USA byly celkové výdaje na zdravotnictví 16,9 % HDP, ve Velké Británii 9,3 % HDP.[43]

³ Z toho 6 % tvoří státní a územní celky.

Přesné nastavení služeb se liší v každé zemi, ale ve všech případech vyžaduje robustní mechanismus financování, dobře vyškolený a přiměřeně zaplacený zdravotní personál, spolehlivé informace, na jejichž základě se rozhodují politické síly a mít zvládnutou distribuci poskytování kvalitních léků a technologií.[3]

Zdravotní systémy mají určitá kritéria, která by měly plnit. Jsou to:

- **dostupnost zdravotní péče** - péče bude poskytnuta komukoli,
- **geografická** - distribuce péče v terénu a rozmístění sítě zdravotnických zařízení,
- **časová** - čekací doba na zdravotní péči (dojezdové časy rychlé záchranné služby, pohotovost, čekací doba u lékařů a na speciální vyšetření, ...),
- **organizační** - administrativa, orientace ve ZZ,
- **sociokulturní** – poskytnutí zp bez ohledu na etnikum, vzdělání, náboženství, ...,
- **kvalita** – poskytování zp lege artis, použité moderní technologie,
- **ekonomická nákladnost** - procentní podíl z HDP na zp za rok a na 1 pacienta za rok
- **výkonnost zdravotnického systému** – služby, které jsou poskytovány v určité kvalitě, jaký rozsah péče se rozděluje jak velkému rozsahu populace.[5]

V současné době na světě rozlišujeme tyto modely: Beveridge (daňový systém), Bismarck systém veřejného zdravotního pojištění), Liberální model (tržní systém), Semaškův model (systém bývalého bloku SSSR) a Douglas (uplatňuje se v zemích, které mají federativní strukturu – územní správní celky v Kanadě a Austrálii). Základní dělení těchto systémů podle způsobu hrazení zdravotní péče:

- A) Státní zdravotnictví – Beveridge, Semaškův model a Douglas,
- B) Zdravotnictví založené na pojištění – Bismarck (veřejné a povinné poj.), Liberální model (soukromé a dobrovolné).[6]

2.1.1 Zdravotní systémy založené na zdravotním pojištění

Do této kategorie spadají dva hlavní modely - Bismarckův a Liberální.

BISMARCKŮV MODEL

Je to historicky nejstarší systém založený na veřejném zdravotním pojištění. Počátek toho systému byl v Prusku r. 1849, kdy občan odvádí pojistné ze mzdy pojišťovně a ty zpětně propíjí lékařům jejich služby. Stát zajišťuje legislativu a kontrolu nad tímto systémem.[7] Bismarckův model je založen na principu solidarity. Tento systém dnes používají tyto státy: Německo, Rakousko, Švýcarsko, Nizozemí, Belgie, Lucembursko, Česká a Slovenská republika, Maďarsko a Polsko.

Obecný popis

Rozsah hrazení péče určuje zákon – lékař určuje, jaké služby ze zákonem vymezeného rozsahu svým pacientům poskytne. Zdravotní péče je garantovaná státem do výše standardu.[7] V současnosti praxe probíhá tak, že plátcí odvádějí ze svého platu či mzdy určité procento. Částečná spoluúčast pacientů funguje v případě nákupu pomůcek (zdravotních prostředků), u zákroků u stomatologa (v ČR si pacienti platí pouze některé zákroky), ale hlavně léků, u kterých je největší spoluúčast. Obyvatelé jsou pojištěni u některé

z pojišťoven, u které se registrují⁴. Pojišťovny jsou samosprávné organizace, které spravují pojišťovací fondy a z nich poskytují finanční zdroje poskytovatelům zdravotní péče.

Nemocnice jsou veřejné založené na neziskovém principu nebo soukromé s komerčním charakterem. U fakultních nemocnic je zřizovatelem stát. Účast státu je legislativní, při finančním usměrňování ZP, při kontrole a dalších veřejně zdravotnických činnostech. Konkrétní formy tohoto systému (ať už je to výše odvodů či spoluúčast pacientů) jsou v různých státech odlišné.[8]

ČESKÁ REPUBLIKA

Měsíční výše pojistného v České republice

„Na území ČR jsou poskytovány zdravotní služby převážně na základě povinného veřejného zdravotního pojištění. V případě zaměstnaneckého poměru odvádí zaměstnavatel na zdravotní pojištění 13,5 % z vyměřovacího základu, z toho 1/3 hradí zaměstnanec a 2/3 zaměstnavatel. V některých případech je plátcem pojistného tohoto pojištění stát (například za nezaopatřené děti, důchodce aj.).“ [9] Pro rok 2016 je výše příspěvku za státní pojištěnce 870 Kč.

U OSVČ pro rok 2016 platí, že minimální měsíční zálohu na zdravotní pojištění určuje MPSV na základě průměrné mzdy. *„Výše všeobecného vyměřovacího základu za rok 2014 činí 26 357 Kč a výše přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2014 je 1,02465. Průměrná mzda pro účely výpočtu zdravotního pojištění je tedy 27 006 Kč (26 357 Kč x 1,0246). Minimální měsíční záloha na zdravotním pojištění pro OSVČ na hlavní činnost bude v příštím roce tedy 1 823 Kč (26 357 Kč x 50 % x 13,5 %).“* [10] OSVČ odvádí 13,5 % z poloviny svého zisku, minimálně však zmíněný minimální odvod. V tabulce 1 jsou uvedené minimální měsíční zálohy v předchozích letech. Z výše uvedené tabulky vyplývá, že se oproti roku 2015 zvýší minimální měsíční záloha o 26 Kč.

Tabulka 1 Měsíční záloha OSVČ na ZP v letech 2010 – 2016

ROK	MINIMÁLNÍ MĚSÍČNÍ PLATBA
2016	1823 Kč
2015	1797 Kč
2014	1752 Kč
2013	1748 Kč
2012	1697 Kč
2011	1670 Kč
2010	1601 Kč

Pro pojištěnce OBZP je výše měsíčního pojistného stanovena takto: *„Pojištěnec OBZP je povinen sám platit měsíčně pojistné ve výši vypočtené jako 13,5 % z vyměřovacího základu rovnajícího se platné minimální mzdě po zaokrouhlení na korunu nahoru.“* Od 1. 1. 2015 bylo schváleno navýšení minimální mzdy na 9200 Kč. Měsíční pojistné OBZP tak činí 1242 Kč.[11]

⁴ Každý občan musí být pojištěný dle zákona O veřejném zdravotním pojištění 48/1997 Sb.

⁵ Přepočítací koeficient pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu stanovuje vyhláška č. 208/2014 Sb.[73]

LIBERÁLNÍ MODEL

Liberální model neboli tržní systém ZP se dnes používá v USA. „Tržní zdravotnictví je zdravotnický systém založený na individuální odpovědnosti občanů. Stát negarantuje zdravotní péči pro všechny, pouze pro některé sociální skupiny, a to formou státních zdravotnických programů.“[6] Zdravotní péče je v tomto systému zboží nebo služba, kterou se dá koupit. Tato péče není vždy garantovaná státem (Medicare, Medicaid), a ani stát neprovádí kontrolu nad nabídkami zdravotnických služeb a jejich cenami. Poskytovatelé zdravotní péče a lékaři jsou soukromými podnikateli a zdravotní péče je hrazena ze soukromých zdrojů, a to přímo pacienti nebo zdravotním pojištěním.

Zdravotní pojištění je zcela dobrovolné. Díky tomu se často stává, že existují lidé, kteří nejsou pojištěni vůbec a péči si hradí v plném rozsahu. V případě nákladné léčby (rakovina, chronické nemoci, apod....) se dostávají do tíživé finanční situace (i jejich rodiny). Není výjimkou, že v důsledku nákladné léčby lidé vyhlásují osobní bankroty.[7]

V tomto systému existuje soukromé zdravotní pojištění. Pojišťovna nemá povinnost žadatele pojistit resp. pojistit v plném rozsahu, v případě již existujících zdravotních problémů žadatele (dochází tak k vyloučení pacientů již trpící nějakým onemocněním). Existuje ve dvou formách: zaměstnanecké nebo individuální zdravotní pojištění.

Zaměstnanecké zdravotní pojištění – týká se 2/3 všech pojištěných, je hrazeno zaměstnavateli, kteří v rámci svých sociálních programů dobrovolně hradí zdravotní pojištění svým zaměstnancům.

Individuální zdravotní pojištění – týká se asi 5 % populace a je přizpůsobeno míře individuálního rizika. Různý rozsah hrazené péče často kryje pouze hospitalizaci.

USA má i své garantované zdravotní programy a hradí téměř polovinu zdravotní péče v USA. Mezi federální programy patří:

Medicare – pro všechny občany nad 65 let, pro občany s tělesným postižením. Hradí významnou část ambulantní péče, ale nevztahuje se na neakutní a dlouhodobou péči. Tyto podmínky platí ve všech státech USA. Medicare je hrazen převážně z federálních daní.

Medicaid – základní péče pro chudé, tj. pro občany, jejich příjem je prokazatelně pod životním minimem. Hradí akutní a dlouhodobou péči a některé preventivní služby. V poskytování Medicaid jsou rozdíly mezi jednotlivými státy USA a je financován z federálních daní a daní jednotlivých států.

Veterans Health Care Administration – je určen pro vojáky, válečné veterány a jejich rodiny, a vysoké státní úředníky.

Indian Health Care – určen pro původní americké obyvatele, Indiány a Eskymáky. Zdravotní péče je poskytována bezplatně.

Neodkladná péče v ohrožení života není bezplatná, musí být však vždy poskytnuta, a to bez ohledu na solventnost pacienta. V takovém případě se náklady na poskytnutí této pomoci vymáhají po pacientovi.[6][7][12]

O změnu se pokusila reforma *The Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), tzv. Obamacare. Je to reforma zdravotnictví a zdravotního systému v USA, která vstoupila v platnost 23. března 2010, a jejíž hlavním cílem je poskytnutí přístupu nepojištěných Američanů k levné, ale zároveň kvalitní zdravotní péči, zdravotnímu pojištění a taktéž snížení růstu výdajů na zdravotní péči v USA.[13]

V USA je více než 48 milionů občanů, kteří si nemohou dovolit získat zdravotní pojištění (ať už kvůli jejich finanční situaci nebo kvůli jejich zdraví) a právě jedním z hlavních přínosů Obamacare je ten, že bude těmto lidem poskytnuta pomoc se získáním zdravotního pojištění.[13]

2.1.2 Státní zdravotní systémy

Státní zdravotní systémy jsou typické tím, že každý občan platí ZP přímo ze své mzdy ve formě daní. Veškeré finance na zdravotní péči putují do státního rozpočtu a teprve z něj se dostávají do zdravotnictví. Stát garantuje určitou zp a vlastní většinu nemocnic. Mezi tyto systémy patří Beveridge, Douglas a Semaško.

BEVERIDGŮV MODEL

Tento model vznikl krátce po 2. Světové válce a využívají ho tyto země: Velká Británie, Nový Zéland, Austrálie, Švédsko, Norsko, Finsko, Dánsko, Španělsko, Portugalsko, Řecko, Itálie aj.

Principem je bezplatná zdravotní péče, která je garantována státem a financována ze státního rozpočtu. Zdravotnická zařízení jsou ve vlastnictví státu⁶ (stát garantuje dostupnost zdravotní péče sítí ZZ), zdravotničtí pracovníci jsou státními zaměstnanci. Základním článkem jsou ordinace praktických lékařů (Gatekeeper systém; silná první linie kontaktu), pro poskytnutí zp je přihlíženo k ekonomické situaci lékaře⁷. Přístup k PL má naprosto každý a to bez ohledu na jeho platební možnosti.

Proplácení v ambulantních sférách probíhá formou kapitační platby, v lůžkových zařízeních je to platba za ošetrovací den. Primární zdravotní služby jsou hrazeny kapitací za registrovaného občana nebo platbou za výkon (fee-for-service). Lékaři v nemocnicích jsou honorováni platem. Platí zde velmi nízká míra spoluúčasti (poplatky pouze u zubního lékaře, za léky a ambulantní či specializační poplatky). I v tomto systému se lze soukromě připojistit.[6, 7, 14]

SEMAŠKŮV MODEL

Semaškův model je starý systém, který se používal v bývalém SSSR. Nyní ho najdeme na Kubě a v Severní Koreji.

Zde platí, že všechna zdravotnická zařízení jsou majetkem státu a zdravotnictví je financováno z příjmu státu prostřednictvím státního rozpočtu. Zdravotnictví je centrálně plánováno. Není zde žádná spoluúčast pacientů. Zdravotničtí pracovníci jsou státní zaměstnanci a jsou placeni formou mzdy

Například Severní Korea, podle zákona o sociálním pojištění z roku 1947, zavedla bezplatnou zdravotní péči pro pracovníky a jejich rodiny. V poválečném období, zdravotničtí pracovníci převzali (na nařízení vlády) zodpovědnost za obnovu a rozšíření zdravotní péče. V roce 1960, byl stanoven kompletní a komplexní systém bezplatné zdravotní péče. Veškerá zdravotní péče, od prevence přes diagnostiku a léčbu, je zdarma.

⁶ Většina nemocnic je součástí NHS (National Health Organization)

⁷ PL má stanový určitý rozpočet financí, do kterého se musí vejít a musí si tedy své lékařské služby (výkony) dobře rozvrhnout. Problém tedy nastává u nečekaných a složitých chorob.

Všichni obyvatelé získali bezplatnou zdravotní péči. Byly zavedeny speciální programy pro péči o matku, a pro ochranu bezpečnosti pracovníků⁸. [14][6]

DOUGLAS

Tento systém se uplatňuje zejména ve státech rozdělených na provincie, jako je Kanada nebo Austrálie. Systém kombinuje veřejné a soukromé zdravotnické služby. Federální stát dotuje jednotlivé provincie, které zodpovídají za financování a poskytování péče. [7]

Tabulka 2 Porovnání zdravotních systémů [7, 15]

	Bismarkův model	Beveridgeův model	Liberalistický model
Výhody	Vysoká dostupnost a návaznost zp, podpora primární péče, přiměřené náklady, rovný přístup, jistota pojištěnce, že mu bude poskytnuta potřebná péče, vysoká kvalita péče, svobodný výběr poskytovatelů zp, spokojenost pacientů, výrazná decentralizace, méně pravomocí vlády, povinnost zdravotní pojišťovny občana pojistit.	Vysoká dostupnost zp, nízké náklady, garance dostupnosti zp státem, rovnost úspornost, nižší celkové náklady, menší administrativní zatížení lékařů, snadnější makroekonomická regulace, důležitý prvek národní ekonomiky, stát poskytuje zaměstnání zdravotnickým pracovníkům.	Výběr kvalitních služeb, podpora rozvoje technologií, vysoká kvalita péče (za podmínky dostatečného rozsahu pojistky), více peněz pro VaV, rychlé uplatňování nových technologií a výsledků výzkumu v praxi, sledování kvality péče a tlak na její zvyšování, vysoké příjmy lékařů.
Nevýhody	Část prostředků spotřebují pojišťovny pro svou činnost, administrativní těžkopádnost a velké administrativní náklady, vysoká cena péče, složitost vztahů (pacient/poskytovatel/zdravotní péče/pojišťovna).	Dlouhé čekací doby, nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví, dlouhé čekací doby na ambulantní specializované služby a drahé výkony, omezená svobodná volba lékaře a ZZ, různá úroveň nemocnic z hlediska komfortu pacientů.	Nákladná péče, nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné, sociální nerovnost, částečné pojištění, které v praxi nestačí na krytí nezbytné péče, nákladnost a vysoká cena, poskytování nadbytečné péče lidem se sjednaným pojištěním, soudní spory, vysoké administrativní náklady, závažná nemoc vnímána jako ekonomické ohrožení jednotlivce i rodiny, je to nejčastější příčina osobních bankrotů.

⁸ Volně přeloženo z článku <http://survivalpolitics.org/case-study/china/health-care-in-north-korea/>.

2.2 Úhradové mechanismy v ČR

Jedním z nejvýznamnějších zdrojů financování v ČR jsou právě zdravotní pojišťovny. Aby nemocnice, či jakákoliv jiná ZZ mohla pokrývat své výdaje za poskytnutou péči, je nutné mít nějaký funkční systém úhrad. Těchto úhrad je několik druhů a od sebe se liší způsobem výpočtu a svým použitím. Všechny níže uvedené vzorce jsou teoretické jednoduché příklady úhrad a v praxi se uplatňují mnohé další úhradové a regulační mechanismy.

2.2.1 Kapitační platba

Základní a nejjednodušší platba, která se používá v ordinacích praktických lékařů. Může být kombinovaná s platbou výkonovou (kapitačně-výkonová platba). Příjem lékaře se stanovuje dle počtu registrovaných pacientů. Za každého takového pacienta dostává praktický lékař platbu, ať tento pacient lékařskou péči čerpá či nikoliv.[16]

Základní sazba se podle rozsahu ordinačních hodin (viz. *Tabulka 3*) pohybuje od 47 do 52 Kč za měsíc (pro rok 2015-2016 platí sazba 52 Kč). To, zda lékař dostane nižší nebo vyšší sazbu záleží na kvalitě jeho poskytované péče (komfort služeb pro pacienta), a třeba i na tom, zda ve své ordinaci vyučuje dalšího lékaře. Tato platba se násobí věkovým koeficientem – indexem, který zohledňuje náročnost péče v jednotlivých věkových skupinách (po pěti letech) (viz. *tabulka 3 a 4*).[17, 18]

$$\text{Úhrada} = \text{Počet registrovaných pacientů} \cdot \text{kapitace} \quad (1.1)$$

Tabulka 3 Sazby dle rozsahu ordinačních hodin [19]

PLATBA	ORDINAČNÍ DOBA
47 Kč	ostatní PL (ostatní pediatři)
49 Kč	25h / 5dní / 1x do 18h
52 Kč	30h / 5dní / 1x do 18h, objednávky

Tabulka 4 Výše věkových indexů[19]

VĚKOVÝ KOEFICIENT	VĚK
3,91	do 4 let
1,00	15 – 19 let
0,90	20 – 24 let
2,00	70 – 74 let
3,40	84 let a více

2.2.2 Platba za výkon

Platba za výkon neboli *Fee-for-service* je úhradou za samostatný výkon, který lékař provede. Používá se v primární péči, v domácí péči (a dalších sesterských odbornostech), u fyzioterapie, ve zdravotnické dopravě a v nemocničních ambulancích specialistů (především diabetologie a gynekologie. Příkladem použití této úhrady, je očkování. Dále se týká výkonů nezahrnuté do kapitační platby. [19, 20]

Cílem a zároveň motivací této platby pro lékaře by mělo být maximalizování počtu jednotek (výkonů) a minimalizování nákladů v rámci jedné jednotky. Výpočet této platby pro ZZ je následující:

$$\text{Úhrada} = \sum_{i=1}^n \text{počet bodů}_i \cdot \text{hodnota bodu}_i \quad (1.2)$$

kde n je počet odborností, ve kterých lékař vykazuje výkony (každá odbornost má jinou hodnotu bodu).

Počty bodů jednotlivých výkonů jsou Seznamem zdravotních výkonů⁹ a hodnoty bodu jsou dány Úhradovou vyhláškou¹⁰. [19]

2.2.3 Platba za diagnózu

Platba za diagnózu neboli **DRG** (diagnosis-related-groups) je fixní platba za hospitalizaci pacienta s určitou diagnózou. Tato platba se používá v akutní lůžkové péči.

Způsob úhrady tímto systémem vychází z předpokladu, že, jak sdělil Mgr. Tomáš Troch 18. 5. 2015, „pacienti zařazení do stejné DRG skupiny mají podobné náklady na léčbu“. Pacienti jsou diferencováni podle toho, zda léčba bude prováděna konzervativně nebo bude zapotřebí operace. Kromě toho probíhá ještě zařazení pacientů do DRG skupiny dle dalších znaků, a to primární diagnózy, věku a pohlaví, sekundární diagnózy a komorbidit, komplikací a zvláštních výkonů. [21]

Tato platba může motivovat ke zkracování hospitalizace a ke zvyšování počtu hospitalizací.

$$\text{Úhrada} = \text{základní sazba} \cdot \sum_{i=1}^{DRG} \cdot \text{relativní váha}_i \quad (1.3)$$

Kde: relativní váha je poměr nákladnosti dané DRG skupiny proti průměrně nákladné DRG skupině. Základní sazba je průměrná úhrada za hospitalizaci. [19]

2.2.4 Paušální platba za ošetrovací den

Tato platba se používá v následné a dlouhodobé péči, v lůžkách a na psychiatrii. Platba je nejdéle používanou metodou úhrad za nemocniční lůžkovou péči. Z rozhovoru s odborníkem jsem se dozvěděla, že je to pevná částka, kterou nemocnice obdrží od zdravotní pojišťovny, státního orgánu či jiného správce fondu, na krytí nákladů spojených s jednodenním pobytem pacienta v nemocnici. [19, 22]

$$\text{Úhrada} = \text{počet dní} \cdot \text{platba za den} \quad (1.4)$$

⁹ Dány Vyhláškou č. 421/2013 Sb.

¹⁰ Dány Vyhláškou č. 324/2014 Sb.

¹¹ V praxi je celková úhrada omezena referenční úhradou (tj. úhradou dva roky nazpět), případně se hodnota bodu snižuje při překročení referenční produkce.

¹² V roce 2016 úhrada funguje u DRG skupin novorozenců a porodů, u zbytku nemocniční péče je to zmíněný paušál podmíněný produkcí měřenou DRG.

2.2.5 Globální rozpočet

Používaná platba v nemocnicích, která funguje tak, že ZZ dostane obnos financí a ZZ s ním naloží dle svých potřeb. Tyto rozpočty jsou stanovovány na základě historických úhrad. V praxi jsou tedy podmíněné výpočtem buď z DRG, vyměřené z počtu bodů nebo kalkulace sazeb za ošetrovací den. [19, 22]

2.3 Hodnocení kvality péče v ČR

Systém kvality ve zdravotnictví můžeme definovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují. Systém kvality zahrnuje celý proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení.[21]

První zmínky a doporučení o zavedení systému hodnocení kvality a bezpečnosti ve zdravotnictví dala Rada EU až v roce 1997. Rok poté vznikla Spojená akreditační komise, o.p.s., která má za cíl trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit.[23]

Na mezinárodním poli se hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA). Mezinárodní akreditační principy definované ISQuA a WHO, stanovují plnění těchto požadavků:

- zaměření se na pacienta, respektování jeho práv,
- odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování,
- optimální využívání zdrojů,
- řízení rizik,
- proces jasného řízení v organizaci,
- zahrnutí všech činností do strategického plánování,
- kontakt s přímými poskytovateli zdravotních služeb v příslušném, regionu.[24]

2.3.1 Nežádoucí události

Nežádoucí událost je definovaná takto: „Je to událost, během které došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta nebo procedury, kdy lékařská nebo ošetrovatelská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů. Následkem odchylky od standardizované péče došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku.“[25]

Bylo provedeno mnoho výzkumů, které se zabývaly právě následky těchto událostí u hospitalizovaných pacientů. Zarážejícím faktem je, že průměrně 10 % hospitalizovaných pacientů je nějakým způsobem poškozeno ze strany nemocnice. [26, 27]

Tabulka 5 Výskyt poškození pacientů během hospitalizace [26]

STÁT	VÝSKYT POŠKOZENÍ PACIENTŮ V %
V. Británie	11
Dánsko	10
Nový Zéland	9
Austrálie	11
Kanada	8 v soukromých a 11 ve veřejných zdravotnických zařízeních

K těmto číslům dospěla studie Institute of Medicine (IOM) v USA, která odhaduje, že ročně ve Spojených státech umírá 44 000 – 98 000 hospitalizovaných pacientů pouze v důsledku pochybení zdravotníků. Podobné výsledky přinesly studie provedené v rámci EU. Britské ministerstvo zdravotnictví odhaduje, že ročně dochází v zemi k cca 850 000 nežádoucích událostí vedoucích k poškození pacientů a k podobným výsledkům došly i studie provedené ve Španělsku, Francii a Dánsku.[26, 27]

Nežádoucím událostem v ČR se detailně věnuje mj. věstník MZČR „Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče“ dostupné z: http://www.sneh.cz/_soubory/_clanky/36.pdf.

Jedná o základní předpoklad pro jejich účinné sledování, vyhodnocování příčin, jejich vzniku a zavedení účinných opatření do budoucna.

Příklady některých nežádoucích událostí: záměna pacienta, výkonu, strany, či orgánu, na kterém má být výkon proveden, chybné podání léku, pády pacientů, napadení pacienta či personálu, sebevražda pacienta ve zdravotnickém zařízení, únos dítěte ze zdravotnického zařízení, poškození pacienta zdravotnickou technikou (například popálení od elektrody na operačním sále), poškození pacienta při výkonu (například popálení během dezinfekce operačního pole), záměna diety (podání jiného jídla, než má pacient ordinováno lékařem), únik informací ze zdravotnické dokumentace. [26]

Kontroly kvality a bezpečnosti provádějí oprávněné osoby¹³ a platná legislativa. Nežádoucí události jsou postihovány právně (přestupkové nebo trestní řízení), případně je lékař, který pochybil, vyloučen z lékařské komory apod. Prevence nemusí být jen úhradově-motivační, ale i právně-odstrašující.

¹³ Oprávnění může získat pouze právnická či podnikající fyzická osoba, která splní zákonné požadavky uvedené v § 98, 99 zákona č. 372/2011 Sb. a v prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Následně se osoba uznává jako oprávněná k provádění hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb zavazuje k plnění § 101, 104 až 106 zákona č. 372/2011 Sb.

2.4 Institucionální uspořádání a výkonnost zdravotnického systému

Každý zdravotní systém je v každé zemi jinak produktivní a výkonný, a zaštiťuje ho jiná instituce. Právě na tyto ukazatele se v této kapitole zaměřím. Veškeré statistické ukazatele jsem získala z celosvětových databází – OECD, WHO a Světové banky, a z odborné literatury.[32]

Pokusím se analyzovat souvislost mezi zdravotním systémem a jeho výkonností.

Zdravotní systémy se rozlišují podle způsobu financování na státní (daňový) systém, systém zdravotního pojištění a tržní systém. V každém státě se jiným mechanismem poskytuje zdravotní péče a rozdělují finance na tuto péči. Při posuzování výkonnosti těchto systémů беру v úvahu vybrané demografické, ekonomické a zdravotní ukazatele z roku 2013, jako jsou celkové výdaje na zdravotnictví jako podíl HDP, celkové výdaje na zdravotnictví za rok na osobu, počet obyvatel daného státu, počet lékařů, počet lůžek délku hospitalizace, střední délku života při narození mužů a žen, pravděpodobnost a podíl úmrtí.

2.4.1 Institucionální uspořádání

V každém státě jsou organizace, které nějakým způsobem zodpovídají za zdravotní systém daného státu. Podle typu zs může být takovým orgánem samotná vláda, nezávislé orgány nebo kombinace obojího. Tyto instituce jsou spolu úzce spjaty, spolupracují a společně se starají o chod zdravotnictví v daném státě, od samotného správce až po poskytovatele financí, až po samotné pacienty.

VELKÁ BRITÁNIE

Velká Británie je typický příklad státu s daňovým zdravotním systémem¹⁴, který se vyznačuje financováním zs z daní občanů, malým počtem zdravotních pojišťoven, dostupnou péčí pro všechny, velkou solidárností a gatekeeper systémem. Na druhou stranu i dlouhými čekacími dobami na vyšetření a rozpočtem lékařů.

Hlavním správním orgánem zdravotnictví je Národní zdravotní služba (*National Health Service*, NHS), která je kontrolována vládou – ministerstvem zdravotnictví (Department of Health). NHS je složena ze čtyř národních, na sobě nezávislých zdravotních služeb. Samotná NHS je pro Anglii, dále to jsou NHS Scotland pro Skotsko, NHS Wales a HSCNI (*Health and Social Care in Northern Ireland*, Zdravotní a sociální péče v Severním Irsku) pro Severní Irsko. Každý tento orgán pracuje nezávisle na ostatních a je politicky odpovědný příslušné vládě Anglie (vláda Velké Británie), Skotska, Walesu (vláda velšského shromáždění) a Severního Irska (severoírská exekutiva). Tyto jednotlivé vlády jsou zodpovědné za chod a politické rozhodování. Místní samosprávy pak mají velké pravomoci v rozhodování o zdravotní péči.[28, 29]

Součástí NHS jsou NHS Foundation Trust (dále jen FT), což jsou semi-autonomní organizační jednotky, které sdružují poskytovatele primární a sekundární péče. Účelem zřízení bylo přenesení rozhodovacích pravomocí z jádra NHS na správní rady

¹⁴ viz. BEVERIDGŮV MODEL

těchto FT, případně i na místní samosprávu. Tyto trusty poskytují určitou zdravotní péči v rámci svého území. Podle druhu poskytované péče se dělí na:

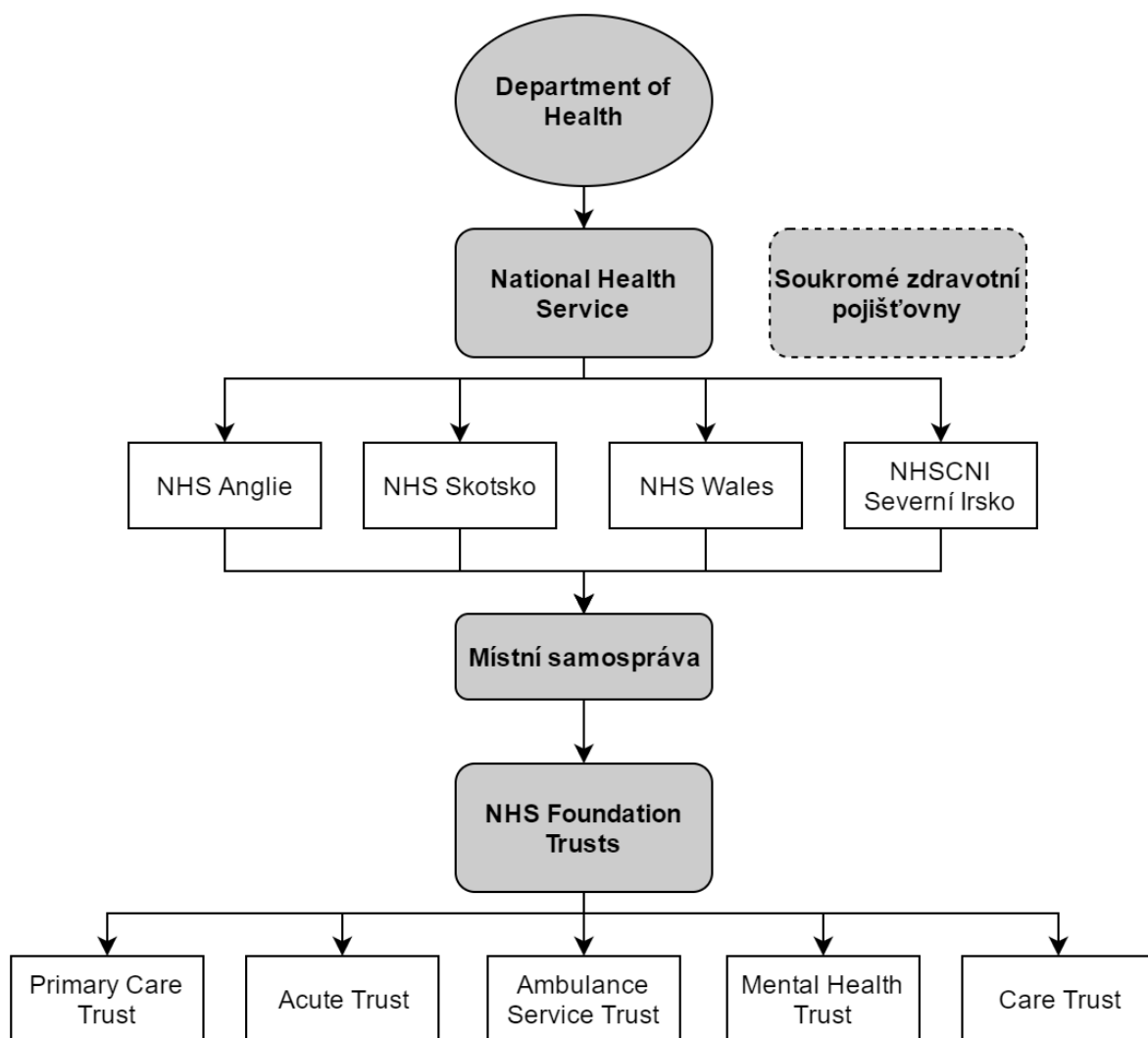
PCT (*primary care trust*), který je největší, poskytuje primární zp a zahrnuje praktické lékaře (GPs, *general practitioners*), stomatology, farmaceuty, optometry a další služby, jako je NHS Direct (telefonní poradenské linky pro zdraví a zp), NHS Walk-in-center (zdravotní střediska, kde pracují sestry, které řeší menší zdravotní problémy, např. nachlazení či ošetření drobných zranění a úrazů). V únoru 2016 bylo takových trustů 152.

AT (*acute trust*), který sdružuje poskytovatele sekundární a akutní zp. Zahrnuje nemocnice, léčebny a poskytovatele speciální péče. Úzce spolupracuje s PCT a díky tomu umožňuje poskytovat i specializovanou péči.

AST (*ambulance services trusts*) je sdružení organizací poskytující záchranou službu a neodkladnou péči.

MHT (*mental health trust*) je trust duševního zdraví a sdružuje poskytovatele lůžkové péče o duševně nemocné.

CT (*care trust*) zaměřený na pečovatelské a sociální služby (zejm. o staré a postižené lidi).[28–30]



Obrázek 2 *Institucionální uspořádání Národní zdravotní služby (vlastní zpracování)*

NĚMECKO

Německo je stát s bismarskovským¹⁵ zdravotním systémem (systém veřejného zdravotního pojištění), a to už od roku 1883. Toto zákonné ZP musí mít všichni občané, kteří mají roční příjem do 48 tis. €. Výhodou je, že jsou takto pojištěni zdarma osoby závislé¹⁶. Měsíční splátky na ZP se zvyšují úměrně k výši příjmu až po horní hranici, tzv. maximální vyměřovací základ (hrubá měsíční mzda). Dalším povinným pojištěním je úrazové, které pokrývají kurativní a rehabilitační výkony při léčbě pracovních úrazů a nemocí z povolání, důchodové pojištění, jež odpovídá za rehabilitace seniorů a pečovatelské pojištění. Takto pojištěných je 88 % obyvatel. Osoby, které mají příjem vyšší než 48 tis. € za rok se mohou nechat pojistit u některé ze soukromých pojišťoven nebo být i nepojištěni. Toto soukromé pojištění využívají zejm. státní zaměstnanci a OSVČ.[31–33]

V Německu je kolem 150 konkurujících si veřejných ZP, které vystupují jako nezávislé, samostatné, neziskové, nestátní orgány a jsou regulovány Federální pojišťovnou pod správou Ministerstva práce a sociálních věcí. Systém je financován především z daní ze mzdy zaměstnanců. Za nezaměstnané platí úřady práce paušální sazbu.[31]

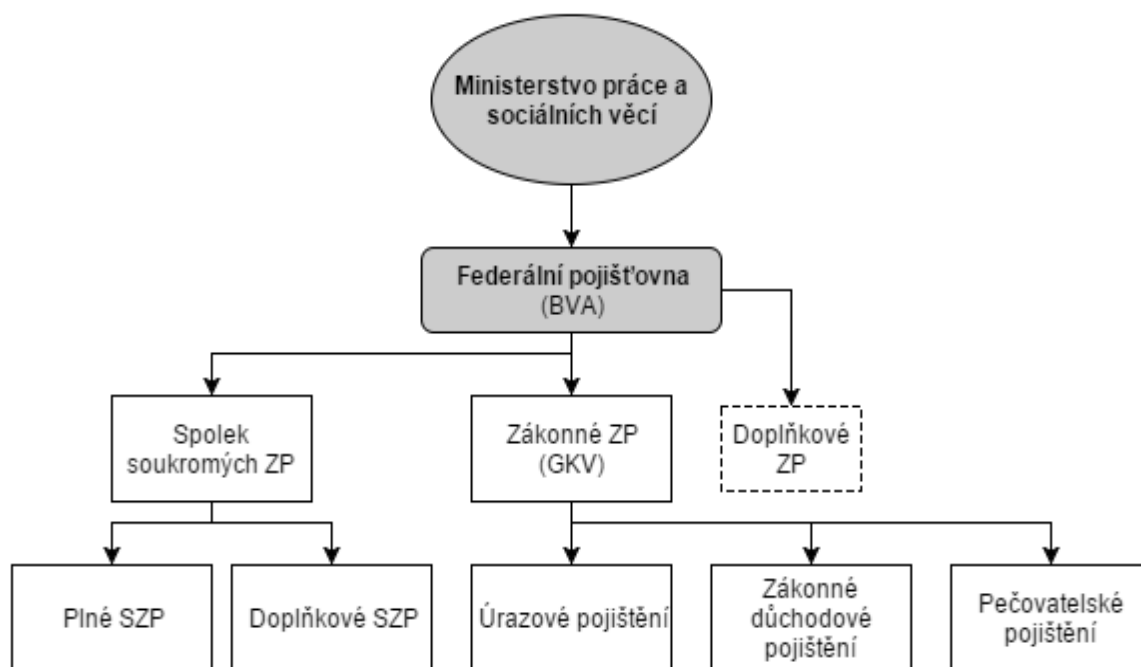
Soukromé zdravotní pojištění (*private Krankenversicherung, PKV*) má za cíl dosáhnout určitého zisku z nákladů, které se vydávají na léčení nemocí, úrazů a zdravotních preventivních opatření. Takových soukromých pojišťoven bylo v roce 2009 čtyřicet tři. Každý plátcе soukromého pojištění si může zvolit jednu ze tří možností pojištění:

- **plné pojištění** (*Vollversicherung*), které pokrývá všechny náklady na léčení, včetně ambulantního ošetření a pobyt v nemocnici.
- **pojištění částečné** (*Teilversicherung*), které pokrývá jen část nákladů. Zbývající část nákladů hradí někdo jiný (např. zaměstnavatel)
- **privátní připojištění** (*private Zusatzversicherung*), které slouží jako připojištění k zákonnému zdravotnímu pojištění na další zdravotní či finanční rizika (cestovní pojištění nebo nemocenské dávky při hospitalizaci). [32–34]

Dohled nad všemi zdravotními pojišťovnami, ať už veřejných či soukromých, má Federální pojišťovna (*Bundesversicherungsamt, BVG*), jejímž úkolem je právní dohled nad výše zmíněnými ZP, přerozdělovat finanční prostředky vybrané od plátců ostatním ZP, rozhodovat zdravotnických prostředcích a schvalování různých zdravotních programů.[35]

¹⁵ viz. BISMARCKŮV MODEL

¹⁶ Osoba závislá je další člen domácnosti (nepracující manžel/ka, dítě) nebo osoby svěřené do péče.



Obrázek 3 Institucionální uspořádání německého zdravotnického systému (vlastní zpracování)

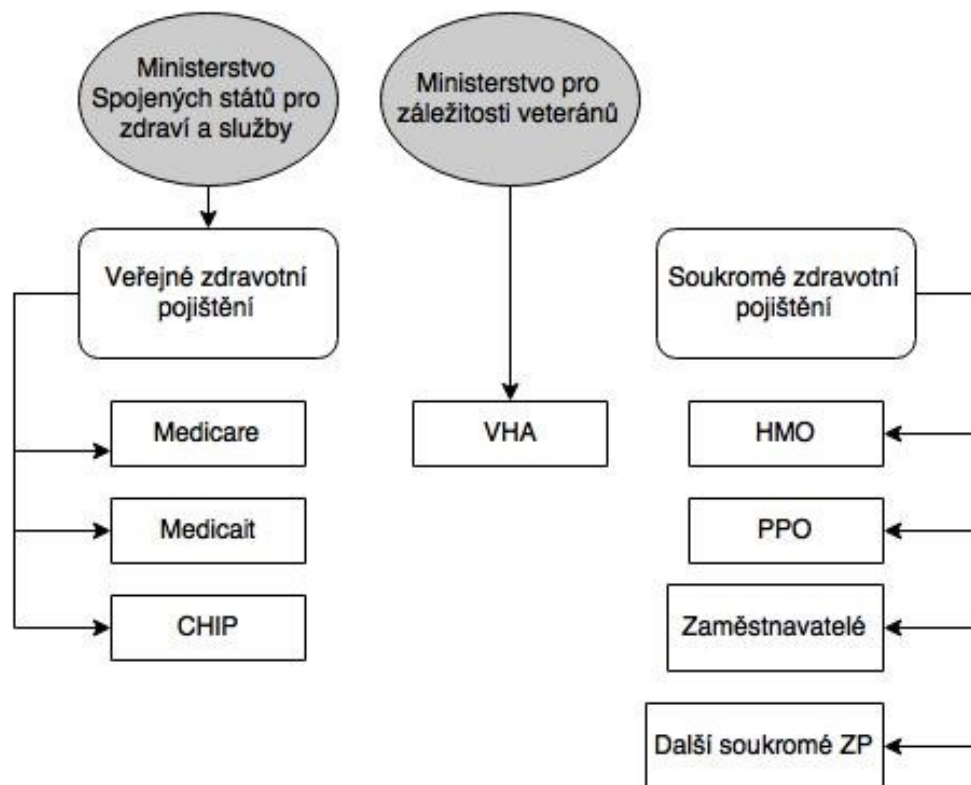
SPOJENÉ STÁTY AMERICKÉ

USA jsou státem typickým pro liberální (tržní) zdravotní systém¹⁷. Za zdraví a zdravotní služby se platí a je na ně pohlíženo jako na druh zboží. Zdravotní systém v USA můžeme rozdělit na dvě hlavní linie, a to na veřejné ZP financované z federálních daní, a na soukromé ZP, které si každý občan platí sám. Před reformou The Patient Protection and Affordable Care Act (tzv. Obamacare) existovalo mnoho případů, kdy někteří občané nebyli pojištěni vůbec. V případě jejich ošetření platili 100% spoluúčast. Dalším typickým znakem pro tento systém jsou vysoké výdaje na zdravotnictví (velký nadprůměr oproti průměru OECD), díky kterým má USA mnohá prvenství v oblasti výzkumu a vývoje léků a zdravotních technologií. [36, 37]

Institucionální uspořádání takového systému v USA je paralelní, kde na jedné straně je veřejné ZP a na straně druhé soukromé ZP. Veřejné ZP a jeho programy jsou pod kontrolou The United States department of Health and Human Resources, zkráceně Health department (ministerstvo Spojených států pro zdraví a služby, DHHR). Do těchto veřejných programů spadá Medicaid, Medicare a Children's Health Insurance (CHIP). Existuje i program pro válečné veterány z armády USA Veteran Health Administration (VHA), který spravuje the United States Department of Veterans Affairs (VA, ministerstvo USA pro záležitosti veteránů). Soukromé ZP zajišťuje ohromné množství soukromých zdravotních pojišťoven, které mohou být (i s nasmlouvanými poskytovateli) zařazeny v jednotlivých pojišťovacích organizacích. Nejznámější je HMO (Health Maintenance Organization), která poskytuje zdravotní služby za fixní roční poplatek. Sdružuje zdravotnická zařízení a plátce tohoto pojištění má tudíž omezenou volbu lékaře. Druhou významnou organizací je Preferred Provider Organization (PPO), která sdružuje také poskytovatele zp, ale své služby poskytují s určitou slevou pro pojištěnce této organizace. Nejvyšší podíl zdravotního pojištění, a to až 50%, je skupinové zaměstnanecké pojištění (nevýhodou je, že o něj lidé

¹⁷ viz. LIBERÁLNÍ MODEL

přijdou, pokud odejdou z práce). Princip je takový, že část hradí sám zaměstnanec a část zaměstnavatel. [32, 36–39]



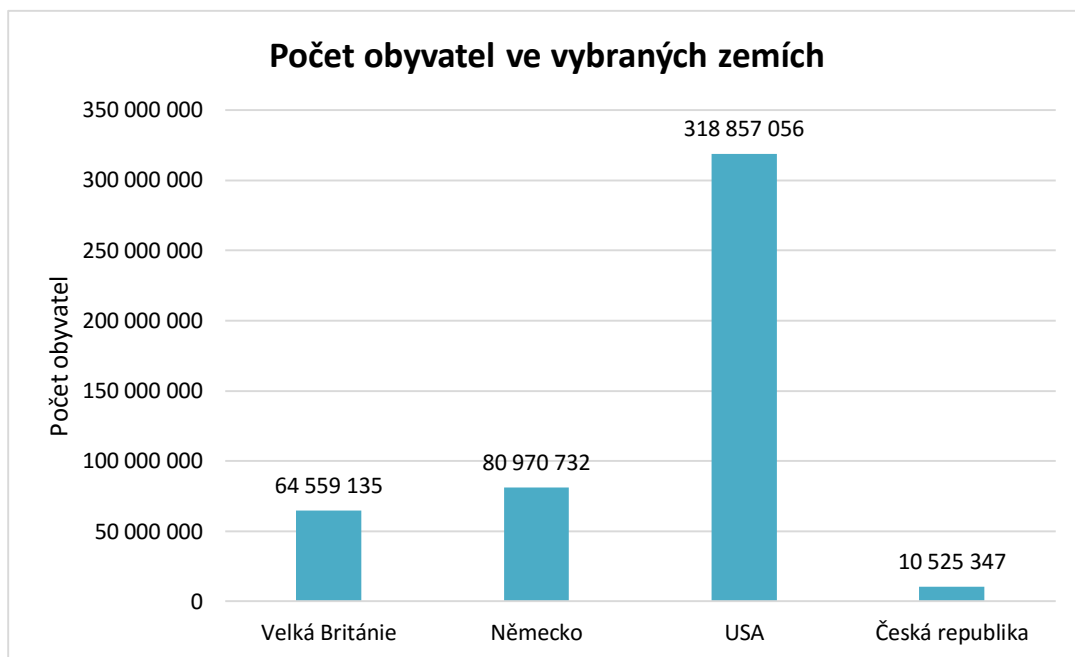
Obrázek 4 Institucionální uspořádání zs v USA (vlastní zpracování)

2.4.2 Výkonnostní ukazatele

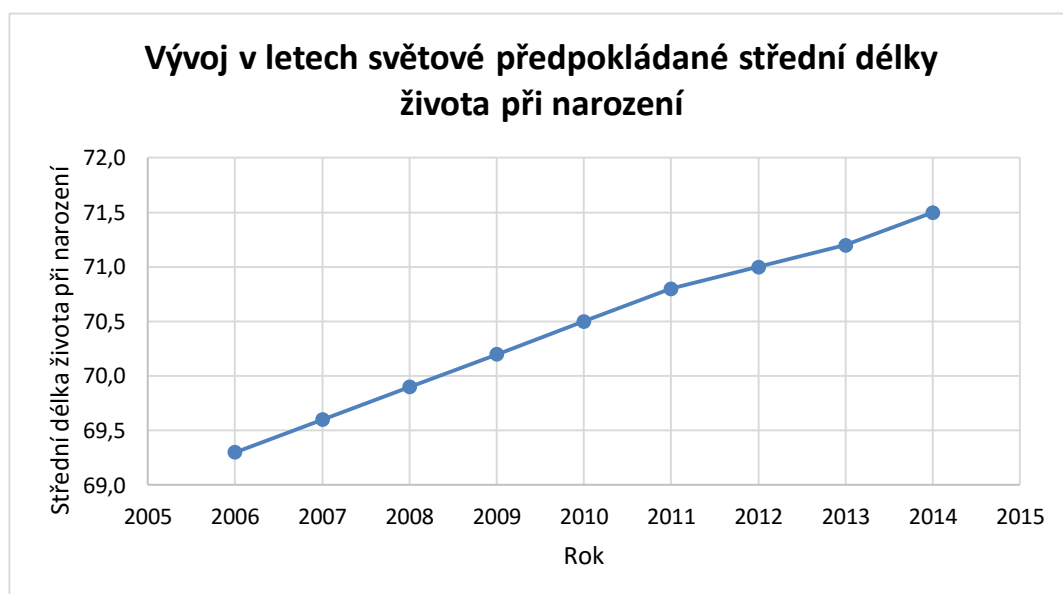
Ve vzorku dat budu analyzovat výše zmíněné země s porovnáním s Českou republikou.

Prvním ukazatelem je počet obyvatel. V roce 2013 měla Velká Británie 64 mil. obyvatel, Německo 80 mil., USA 318 mil. (což ji řadí po Číně a Indii na 3. místo na světě v počtu obyvatel) a ČR 10,5 mil.[40, 41]

Pozitivní zprávou je, že střední délka života jak v jednotlivých západních státech, tak i celosvětově roste. Aktuální (2014) předpokládaná střední délka života při narození ve světě je 71,5 let. V roce 2013 to bylo 71,2 a ještě rok předtím 71,0. Rostoucí trend ukazuje graf níže (Obrázek 6). Z vybraných zemí je na tom nejlépe Velká Británie, která má střední délku života při narození (dále jen LEB, *life expectancy at birth*) celkově 81,1 let, ženy se dožívají průměrně 82,9 let a muži o 3,7 roků méně než ženy. V závěsu je Německo, jehož obyvatelé se v průměru dožívají 80,9 roků. Německé ženy jsou na tom lépe než ve Velké Británii a dožívají se průměrně 83,2 let, muži pak 78,6 let. V USA se občan dožije průměrně 78,8 let a v ČR se občané dožívají průměrně 78,3 let. Nejhůře z vybraných zemí jsou na tom muži v ČR, které se dožívají průměrně 75,2 let. Rozdíly v průměrné délce dožití jsou mimo jiné způsobeny životním stylem. [40–42]



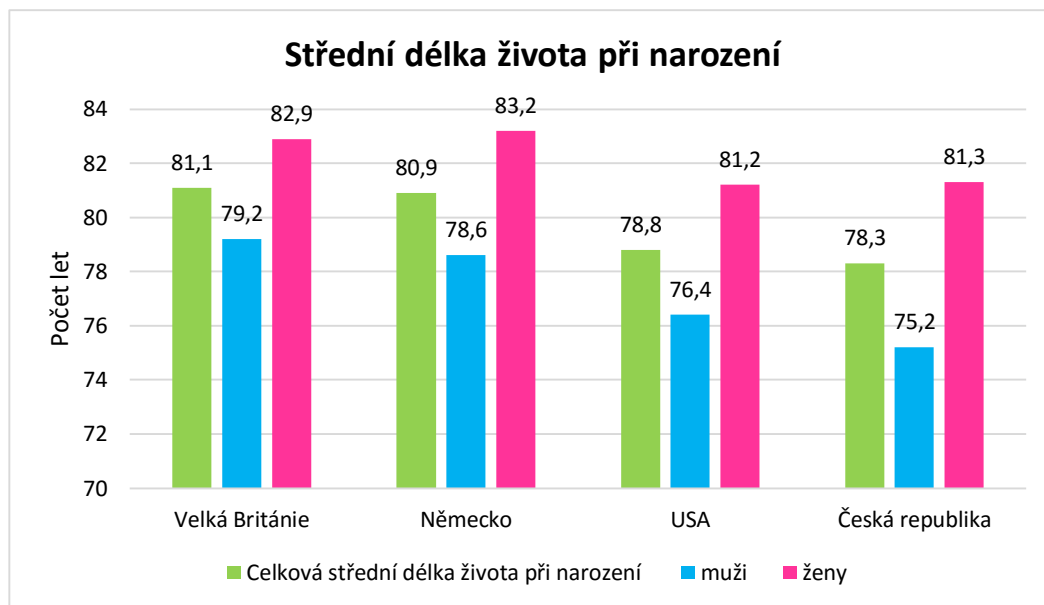
Obrázek 5 Počet obyvatel vybraných zemí k r. 2013 (OECD)



Obrázek 6 Vývoj v letech světové střední délky života při narození (TWB)

Ukazatelem kvality života, ale i zdravotní péče, může být pravděpodobnost úmrtí před pátým rokem života. Měří se rozdělením hustoty na 1 000 obyvatel. Česká republika je na tom se svými 3,7 úmrtími dětí na 1 000 obyvatel nejlépe z vybraných zemí. Nejhůře dopadly Spojené státy americké s 6,7 úmrtími dětí do 5 let na 1 000 obyvatel. Tyto výsledky mohou mít spojitost s prenatální preventivní diagnostikou, poporodní péčí, rozdělením populace do sociálních vrstev i počtem obyvatel.[40, 41]

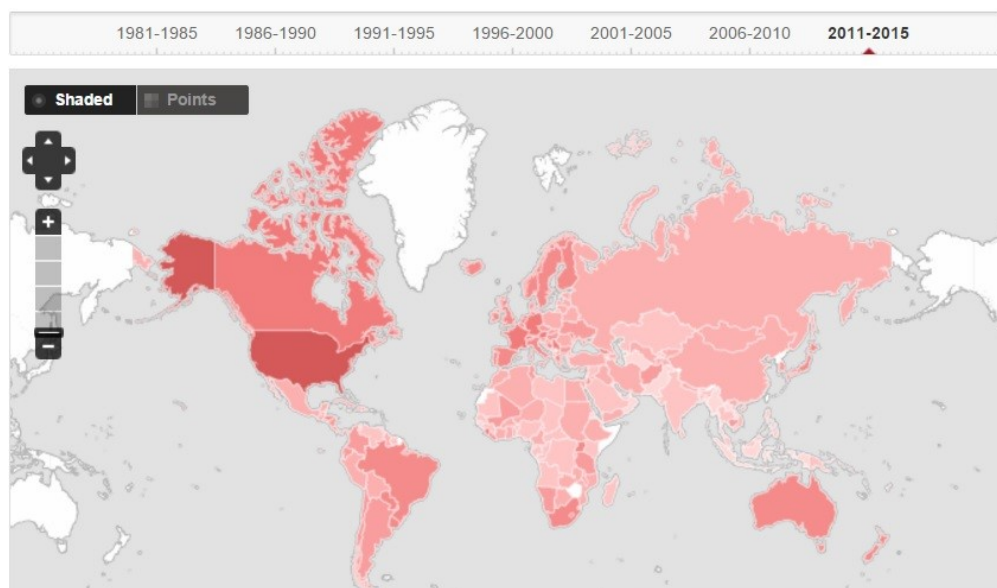
Významným ukazatelem hospodaření ve zdravotnictví je podíl financí vydaných na zdravotnictví z celkového HDP země. USA jako představitel liberálního modelu má oproti ostatním zemím světa výdaje na zdravotnictví markantní. Průměr zemí OECD z roku 2013 je 8,9 % HDP. USA vydala celkem v roce 2013 16,4 % HDP¹⁸ (z toho bylo použito ze soukromých výdajů 8,5 %, z veřejných pak 7,9 %), v roce 2014 už je to 17,1 % HDP. Německo vydalo celkem na zdravotnictví 11 % HDP, Velká Británie 8,5 % HDP



Obrázek 7 Střední délka života při narození ve vybraných zemích

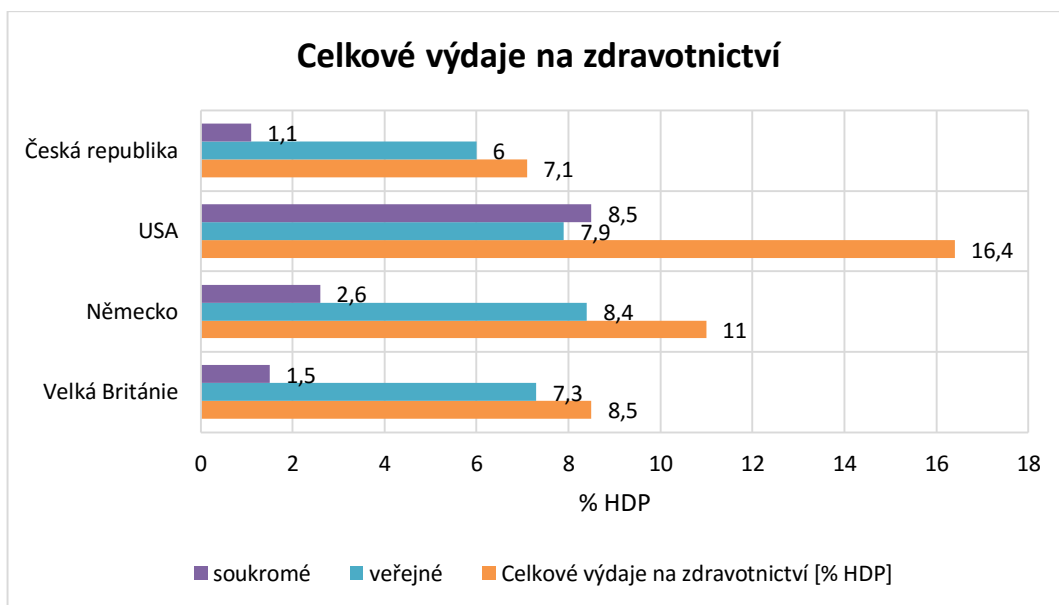
a ČR 7,1 % HDP, což bylo 246,5 mld. Kč. U všech zmíněných států se tento podíl každoročně zvyšuje. [43, 44]

Celkové zdravotní výdaje na osobu v daném státu souvisí s počtem obyvatel a výdaji na zdravotní péči. Občané USA mají ročně výdaje na zdravotnictví ve výši \$ 8987,9. Takto vysoké číslo koreluje s ostatními vysokými výdaji a velkým počtem obyvatel. Na



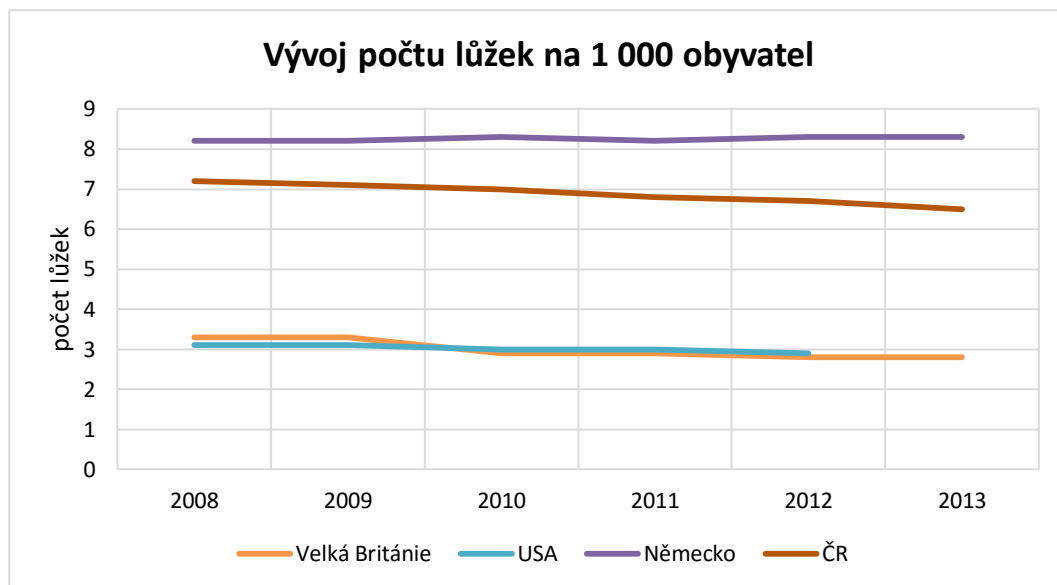
¹⁸ Nizozemí je se svými 11,1 % HDP druhou zemí za USA. Rozdíl je tedy 5,3 % HDP.

německého občana se vydává ročně \$ 5098,2. Ve Velké Británii jsou výdaje na zdravotnictví na osobu \$ 3684,7 a u nás vydáváme ročně \$ 1412,8.[40, 41]



Obrázek 9 Celkové výdaje na zdravotnictví (OECD)

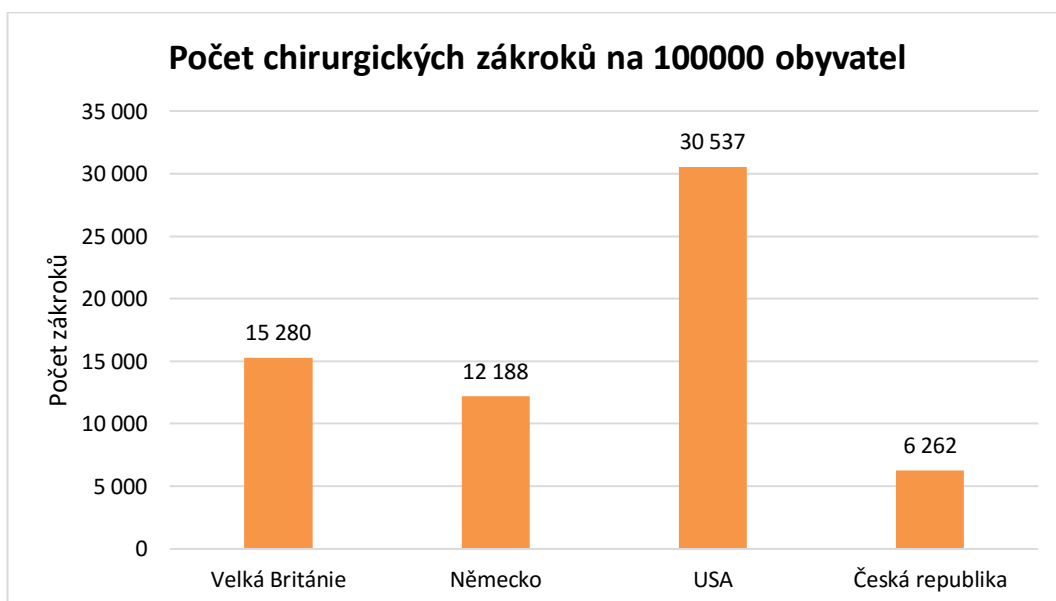
Hospitalizace, počet lůžek i počet lékařů (přepočteno na 1 000 obyvatel) jsou dalšími ukazateli, které mohou o výkonnosti zdravotnictví v zemi napovědět. Do celkového počtu lůžek se započítávají lůžka jak akutní péče, tak i psychiatrické péče. Nejvyšší celkový počet lůžek ve vybraných zemích je v Německu, a to 8,3 lůžek, dále je ČR s celkovými 6,5 lůžky, Velká Británie jich má o dost méně, a to 2,8. V USA jsou dostupná data pouze z roku 2012, v tomto roce bylo celkem 2,9 lůžek na 1000 obyvatel. V rámci psychiatrické péče jich mělo USA (v roce 2012) a to 0,12 lůžek, nejvíce ČR s jedním lůžkem psychiatrické péče na 1 000 obyvatel. V posledních letech je velmi výrazný trend snižování počtu lůžek. Například VB měla v roce 2008 3,4 lůžka, v současnosti (2013) už to bylo o 0,6 lůžka méně. Podobné klesající tendence k redukování počtu lůžek je i v ostatních zemích, kromě Německa, které si dlouhodobě drží stejný stav lůžek. Zajímavý je trend u USA a VB. Země se velmi liší svou rozlohou i počtem obyvatel, přesto mají podobný počet lůžek. [40, 41, 43]



Obrázek 10 Vývoj v počtu lůžek v letech na 1 000 obyvatel ve vybraných zemích (OECD, TWB)

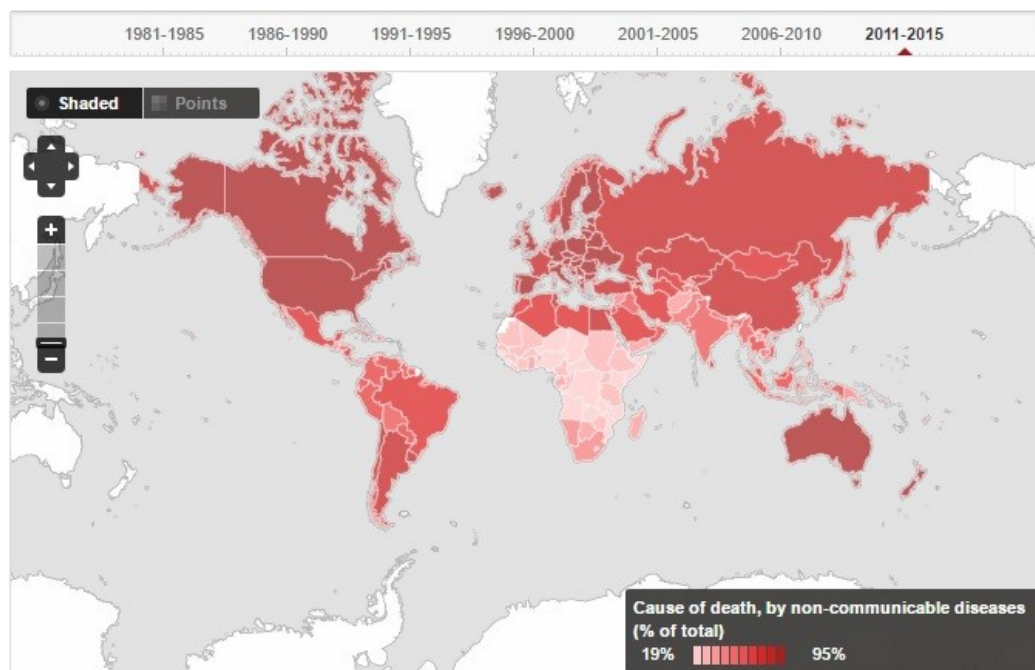
Průměrný počet dní strávených v nemocnici se také liší stát od státu. Průměrný počet dní, které stráví hospitalizovaný pacient v USA, byl k roku 2011 5,4. Aktuálnější data nejsou k dispozici. V roce 2013 byl průměrný pacient ve VB hospitalizován 5,9 dní, u nás v ČR to bylo 6,6 dní a v Německu pacienti strávili v nemocnici až jeden týden – 7,7 dní. [40]

Počet lékařů na 1 000 obyvatel je obdobný v každé z vybraných zemí. Nejvíce je to v Německu se 4 lékaři, dále ČR s 3,7 lékaři, VB má celkem 2,8 lékaře na 1 000 obyvatel a USA, které má 2,6 lékaře. Počet chirurgických zákroků na 100 000 obyvatel, tzn. takových zákroků, které byly provedeny alespoň na jednom typu operačního sálu, bylo nejvíce v USA s počtem 30 537 zákroků, 15 280 zákroků ve VB, v Německu to bylo 12 188 a skoro o polovinu méně v ČR s celkovými 6 262 chirurgickými zákroky. [40–42]



Obrázek 11 Počet chirurgických zákroků ve vybraných zemích (OECD, TWB)

Posledním zajímavým ukazatelem (a poněkud znepokojivým) je počet úmrtí na nepřenositelné choroby jako % z celkového počtu úmrtí¹⁹ ve státě. Do tohoto podílu nepatří příčiny úmrtí v důsledku dopravních nehod, úrazů či trestní činnosti. Největší podíl takových smrtí je v USA, kde byl tento podíl 91,2 %. V závěsu je ČR s podílem 89,8 %, následuje Německo s podílem 89,3 % a nejmenší podíl je ve VB – 87,9 %. Na obrázku č. 12 je znázorněná hustota tohoto podílu ve světě. S jistou určitostí se dá říci, že v oblastech s méně kvalitní péčí, politickou nestabilitou a válečnými konflikty, se tento podíl zmenšuje a naopak roste podíl úmrtí právě přenosných chorob (např. na Africkém kontinentu AIDS) nebo příčin úmrtí z trestní činnosti. [41, 42]



Obrázek 12 Podíl úmrtí nepřenosných chorob k celkovému počtu úmrtí (TWB)

2.5 Metoda Pay-for-Performance

Metoda Pay-for-Performance (úhrada za výsledek) je poměrně nový způsob úhrad za poskytování zdravotní péče a hlavně za její kvalitu. Idejí této metody je odměňovat ZZ a lékaře (poskytovatele zdravotní péče, dále jen *poskytovatel*) za dosažení určitých cílů v kvalitě poskytování zdravotní péče.[45–47]

Laicky řečeno, princip této metody je jednoduchý. Poskytovatelům (ať už to bude velká nemocnice nebo praktický lékař či ambulantní specialista) „dáme“ více peněz a oni s nimi musí splnit dané cíle. Takovým cílem může být určitý počet pacientů, kterým bude poskytnuta preventivní péče, určité procento (snížení procent) pacientů s chronickým onemocněním, a v neposlední řadě snížení počtu pacientů se špatnou diagnózou nebo komplikacemi. Poskytovatel, který splní tyto požadavky (cíle), dostane více peněz ve formě

¹⁹ Příčina smrti se vztahuje k podílu všech úmrtí pro všechny věkové kategorie od základních příčin. Nepřenositelné nemoci zahrnují rakovinu, diabetes mellitus, kardiovaskulární choroby, nemoci zažívacího ústrojí, kožní nemoci, nemoci pohybového aparátu a vrozených vad.

odměn, která slouží jako motivace. Účast na tomto programu je dobrovolná, a to jak ve Velké Británii, tak v USA. [45, 47, 48]

HISTORICKÝ VÝVOJ

Úplně první zmínky o metodě, která by odměňovala za výkon, jsou z let 1970 v USA, kdy se uskutečnil zkušební provoz této metody. Odměna za výkon se tehdy používala v soukromém sektoru, ze kterého přešla do veřejného. Roku 1978 prezident Jimmy Carter podepsal reformu zákona o veřejných službách, ve kterém se stanovuje odměnu státních zaměstnanců za jejich výkon. Tato reforma ale jasně nedefinuje spojitost mezi odměnou a výkonem (následkem toho byl nedostatek finančních prostředků na odměňování a velké náklady různých ministerstev), a proto je tato reforma roku 1982 prezidentem Renaldem Roganem omezena. O dva roky později (8. 11. 1984) schválil novou legislativu The Performance Management and Recognition System (PMRS), která by měla tento vztah lépe definovat, stanovit lepší úroveň přesnosti hodnocení, uložit minimální a maximální úroveň zvýšení mezd a omezit nerovnosti mezi odměňováním a výkonem zaměstnanců. Tato legislativa platila do roku 1991.[49]

V roce 1999 Institute of Medicine (IOM) vydala svou zprávu „To Err is Human: Building a Safer Health System“. Tato zpráva zveřejnila studii o tom, jak předcházet chybám lékařů v nemocnicích, které vedly k 44 000 – 98 000 úmrtím ročně. Tato zpráva byla následována další zprávou (z roku 2001) „Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century“, která ukazuje, jak se zdravotní péče v USA se odchýlila od klinických pokynů a osvědčených postupů.[50]

2.5.1 Principy P4P

Principem je, že odměny za zlepšení procesu léčby ušetří náklady. Je ekonomičtější a klinicky lepší udržet pacienta zdravějšího, než posléze hradit delší léčbu a hospitalizaci. P4P má díky své efektivitě a neustále zvyšující se kvalitě péče podporu mnoha mezinárodních organizací. [51, 52]

Organizace AMA stanovila 5 základních principů (kritérií), podle nichž se program P4P řídí. Jsou to:

1) Zajištění kvality péče

Nejdůležitějším posláním programu P4P je spravedlivá a etická péče o pacienty. V programu je stanovena kvalita založená na důkazech (evidence-based quality), vytvořená lékaři napříč různými specializacemi. Rozdíly v individuální péči o pacienty jsou povoleny jen na základě klinického úsudku lékaře a pouze v případě, že nepříznivě neovlivní výši odměn.

2) Podpora vztahů pacient - lékař

Překonání překážek pro lékaře, kteří ošetřují pacienty, bez ohledu na jejich zdravotní stav, etnický původ, ekonomické okolnosti, demografii, nebo obvyklé léčebné postupy.

3) Dobrovolná spolupráce

P4P nabízí dobrovolnou účast lékařů (či jiných poskytovatelů), a nenaruší ekonomický chod nezúčastněných poskytovatelů. Dále podporují účast lékařů tím, že minimalizují potenciální finanční a technologické bariéry při zavádění P4P do praxe.

4) Použití přesných dat a relevantních informací

Používání přesných údajů a vědecky uznávaných analytických metod. Poskytovatelé mohou přezkoumávat, komentovat a reagovat na výsledky zveřejněných prací v oblasti P4P.

5) Spravedlivé odměny

Poskytování nových finančních prostředků za pozitivní výsledky zúčastněných poskytovatelů, za zlepšení kvality, nebo za dosažení cílů v rámci programu.[52, 53]

K tomu, aby se tyto principy daly plnit, je zapotřebí definovat několik klíčových prvků. Jsou to mechanismy řízení, které zajistí, že systém bude fungovat tak jak má. Klíčové prvky jakéhokoli P4P programu by měly být obvykle:

- Jasně definovat cíle, kterých se snaží dosáhnout.
- Definovat kvalitativní ukazatele, které ovlivňují úhradu.
- Formulovat další pravidla související s úhradami, které tvoří nějaký prvek podmíněný úrovní, která se splní.
- Stanovit pravidla pro poskytovatele zp (kdy a jak budou v pravidelných intervalech vykazovat zprávy a statistiky) ohledně poskytování informací a jiných norem dalším subjektům.[54]

Konkrétní kritéria, postupy a samotný systém úhrady se samozřejmě liší v každém státě na základě potřeb daného státu.

2.5.2 P4P v Německu

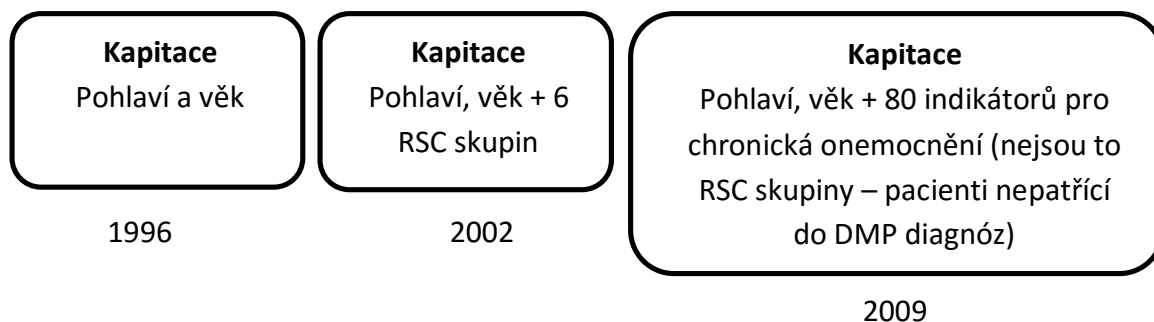
V roce 2000 Světová zdravotnická organizace (WHO) zařadila německý zdravotní systém jako 25. nejlepší světě. To bylo považováno za zklamání, vzhledem k tomu, že ve stejném roce OECD zařadilo Německo na druhou nejlepší pozici na světě ve výdajích na zdravotnictví (9,8 % HDP).[44] Výsledky této zprávy (*World Health Report, 2000*) zvýšily obavy o účinnosti a kvality péče, a to zejména v oblasti prevence, diagnostiky a léčbě chronických onemocnění, a rakoviny prsu. Neefektivní a nedostatečná kvalita péče o chronicky nemocné byla částečně přičítána rostoucí fragmentaci zdravotní péče, zejména přísné oddělení lůžkové, primární a ambulantní péče. Navíc, i přes rozvoj klinických doporučení a postupů pro řízení chronických stavů, nebyl v praxi žádný stimul pro lékaře, aby se systematicky řídili těmito pokyny. To vyústilo ve velkou neefektivitu a zhoršení kvality.[50]

Chronická onemocnění byla další oblast rostoucího znepokojení, protože nízká kvalita péče se obvykle projeví jako nákladná hospitalizace, rozvojem komplikací a nástupem chorobných stavů, jako jsou kardiovaskulární onemocnění a vyšší míra úmrtnosti.[50]

V roce 1996, reforma German Statutory Health Insurance systém (SHI) poskytuje pacientům právo svobodně si vybrat zdravotní pojišťovnu. To způsobilo konkurenční pojistný trh v Německu. Aby bylo možné zaregistrovat co nejvíce pojištěnců, je potřeba jim poskytnout výhodné balíčky služeb (bonusů, například snížení poplatků, nebo osvobození od DPH na některé placené výkony) a kvalitní péči pro všechny pacienty. Na základě toho byl vytvořen *Risk Compensation Structure (RCS)*, aby poskytoval finanční prostředky ZP, na jednoho pojištěnce, upraveného především podle věku a pohlaví. [50]

V roce 2002 bylo zavedeno několik odměňovacích (P4P) programů (*Disease Management Programmes*, DMPs) s cílem zlepšit koordinaci a zvýšit kvalitu péče o chronicky nemocné. Tyto programy se zavedly u praktických lékařů, kteří fungovali jako koordinátoři léčby. Financování probíhalo formou odměňování za lepší kvalitu péče.[50]

Před zavedením DMPs, nebyla chronická onemocnění dostatečně zohledněna v platebním mechanismu, takže pacienti s těmito nemocemi byli neatraktivní. Tito pacienti byli často spojováni s vysoce rizikovým profilem a vysoké spotřebě zdravotnických služeb. Poskytováním vyšší kvality péče byly ZP v nevýhodě, protože by pak pravděpodobně přilákaly ještě více vysokonákladových pacientů s chronickými chorobami.[50]



Obrázek 13 Změny v úhradách pro zdravotní pojišťovny.

Před rokem 2002 vzorec pro úpravu poměru rizika RCS nezahrnoval zdravotní stav pacientů, ale jen věk a pohlaví pacienta. Se zavedením DMPs, PL obdržely vyšší platbu u pacientů s diagnózou chronického stavu a automatické zařazení do DMP. Zvláštní RCS skupiny byly vytvořeny pro výpočet nákladů, které dostanou ZP za nákladnější pacienty (pacienti trpící jednou ze šesti diagnóz navržených JFC). V lednu 2009 byla zavedena nová reforma RCS, která přidala další morbiditidy, souvisejících s rizikovými faktory, mimo věku a pohlaví a DMP diagnózy. RCS se od tohoto roku skládá z 80 ukazatelů pokrývajících 80 skupin nemocí, a upravuje je podle věku a pohlaví, nezávisle na účasti pacientů na DMP. V důsledku toho, byly oslabeny zvláštní finanční odměny za zápis pacientů do DMPs. Zdravotní pojišťovny nyní dostávají pouze pevnou sazbu, a tím je administrativní poplatek € 152 za každého zapsaného pacienta.[50]

V návaznosti na diskuse a debaty v rámci vládní koalice, legislativa měla ambicióznější reformy (včetně DMPs), které byly úspěšně integrovány do zákoníku sociálního zabezpečení v roce 2001. Cíle DMP byly v zákoně specifikovány následovně:

- Zlepšit přístup k léčbě a péči o pacienty s chronickým onemocněním po celou dobu jejich života.
- Úspěšně implementovat klinické pokyny na podporu lékařské praxe v primární péči.
- Vytvořit síť podporující lékaře napříč různými sektory ve zdravotnictví, zejména posílit koordinaci péče mezi primární a ambulantní péčí.
- Poskytovat finanční podporu zdravotních pojišťoven, a podporovat prevenci, aby se zabránilo, diagnostikování a chronických onemocnění.[50]

Ačkoliv úspory nákladů nebyly výslovně uvedeny jako primární cíl, definice DMPs byla zlepšit kvalitu péče, a naopak snížit nákladné komplikace, neplánované hospitalizace

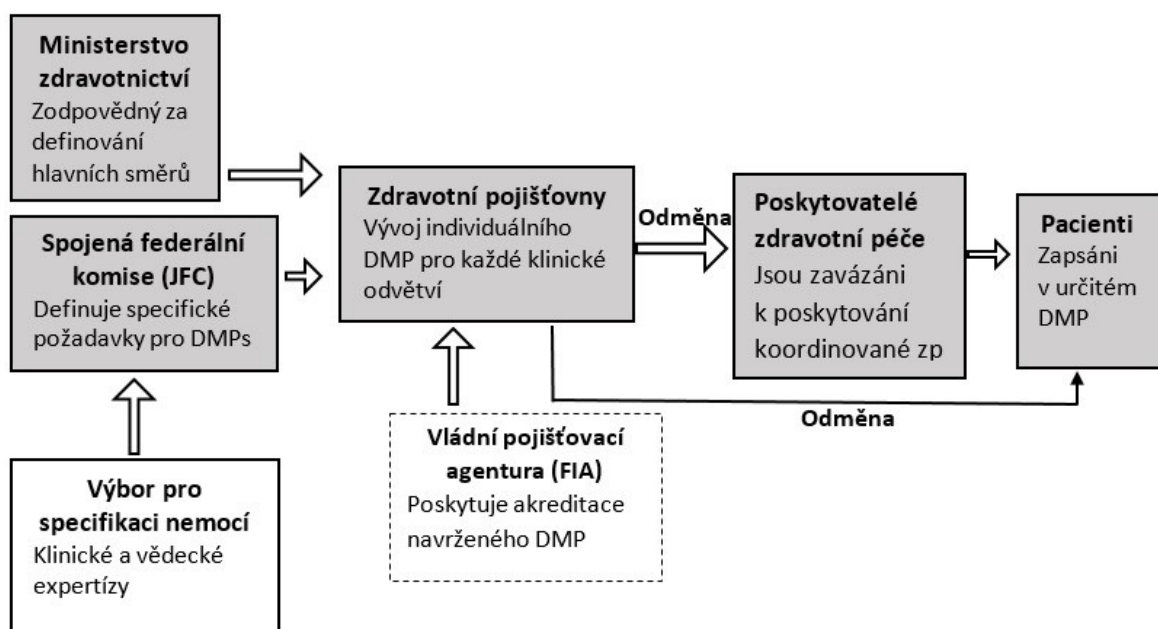
a náklady spojené s léčbou a rehabilitací po komplikacích. Podle původních propočtů z IGES (institutu pro zdraví a sociálního výzkumu) by se díky programům DMP vyhnulo více než 5000 komplikacím ročně, zejména v kardio- a cerebro- cévních onemocněních.[50]

Smíšený Federální výbor (*The Joint Federal Committee, JFC*) navrhl šest diagnóz pro DMPs:

- diabetes (typu I a typu II),
- rakovina prsu,
- obstrukční plicní nemocí (COPD),
- astma
- ischemické choroby srdeční.

Smíšený Federální výbor se skládá ze zástupců ZP, spolkového svazu SHI, akreditovaných lékařů a organizace německých nemocnic (*German Hospital Organization, GHO*). Mezi správce DMP patří Ministerstvo zdravotnictví (MOH), koordinační výbor a zdravotní pojišťovny. Tyto výbory navrhly požadavky na programy DMPs a podmínky jednotlivých kritérií u diagnóz. Doporučení pak schválilo a přijalo MOH, který vydává místní vyhlášky, které poskytují hlavních myšlenky o organizaci DMPS, a slouží jako základ pro smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli.[50]

Dalším klíčovým rysem programů DMP je tzv. datový tok. Federální pojišťovna shromažďuje veškeré klinické a finanční ukazatele výkonnosti a odešle je zpět na jednotlivé ZP (ZP tak mají zpětnou vazbu). Zavedly se elektronické nástroje, které byly navrženy pro správu pacientů s chronickými nemocemi (kteří jsou v DMPs). Vyhodnocení je povinné a stanovuje ho zákon. Výsledky pro jednotlivé oblasti onemocnění se analyzují pro každý region zvlášť.[50]



Obrázek 14 *Institucionální shrnutí DMP v Německu*

Odměny pro zdravotnické pracovníky

Lékaři, kteří se dobrovolně účastní DMPs, dostávají finanční odměny, které podporují jejich účast na těchto programech²⁰. Například o péči za každého pacienta s diabetem, lékař obdrží jednorázovou částku ve výši 15 € za čtvrtletí. Pokud takového pacienta pošle ještě ke specialistovi, obdrží až 5,11 €. Tyto odměny se liší v každém regionu.

V lednu 2012, bylo celkem 10 618 pacientů, kteří patřili do DMPs ze všech různých pojišťoven a s různými nemocemi (pokud to onemocnění patřilo do 80 skupin nemocí). Programů se zúčastnilo více než 70 % ambulantních specialistů. Klinické oblasti s nejvyšším počtem pacientů co spadají do DMPs, jsou pacienti s ICHS, následované pacienty s diabetem a astmatem. [50]

Náklady a úspory

V roce 2012 německý systém SHI stál celkem 920 € milionů na všech DMPs. Roční průměrný výdaj je 153 € za každého zaregistrovaného pacienta. 52 % výdajů je přiděleno na poplatky lékařů pracujících pro DMP (na související služby, jako je koordinace a dokumentace), asi 26 % je věnováno lékařům na edukaci pacientů, a 22 % je věnováno zdravotním pojišťovnám pro správu dat a řízení. Některé studie ukázaly nižší náklady pacientů zařazených do DMPs. V Německu je největší pojišťovnou AOK, ta hlásí úspory v rozsahu od 8 - 15 % celkových ročních nákladů na péči o zaregistrované pacienty s chronickými onemocněními. Nicméně se AOK pozastavila nad tím, do jaké míry jsou přínosy programu odůvodnitelné pro tak vysoké provozní náklady. [50]

Výsledky

Průzkum provedený jednou z největších zdravotních pojišťoven (AOK), ukázal, že spokojenost pacientů, kteří byli v některém z DMP, byla vysoká. 99 % pacientů uvedlo, že tráví více času konzultací se svým lékařem o postupu léčby, 97 % pochopilo jejich nemoc a cíl léčby mnohem lépe, a 87 % pacientů cítí, že mají lepší kontrolu nad jejich onemocněním. [50]

Ostatní externí výzkumy se zaměřily na výsledky procesů péče o pacienty. Koherentní studie srovnávala 444 pacientů s diabetem mellitus v programu DMP a 494 pacientů s DM, kteří nebyli v DMPs. Studie použila údaje shromážděné z telefonických rozhovorů 10 měsíců po sobě. Výsledky ukázaly výrazně lepší procesy péče o účastníky DMPs. Zjistilo se, že pacienti s DM typu II častěji dostávali strukturovanou a koordinovanou péči, než pacienti, kteří v DMPs nebyli. Studie ukázala nárůst edukace pacientů (ze 4,4 % na 23,4 %) a snížení doby hospitalizace o 0,7 – 2,8 %. [50]

Další velká studie prokázala snížení podílu pacientů, kteří měli dlouhodobě (6 měsíců po sobě) hladinu cukru v krvi mimo normální mez, o 7,9 – 8,5 %. Studie prokázala také pozitivní vliv na léčbu hypertenze u diabetických pacientů. [50]

²⁰ Finanční odměny za každý výkon či poskytnuté služby jsou ve studii *Paying for performance in healthcare implications for health system performance and accountability*. S.l.: Open University Press, 2014. ISBN 0335264387 na straně 164.

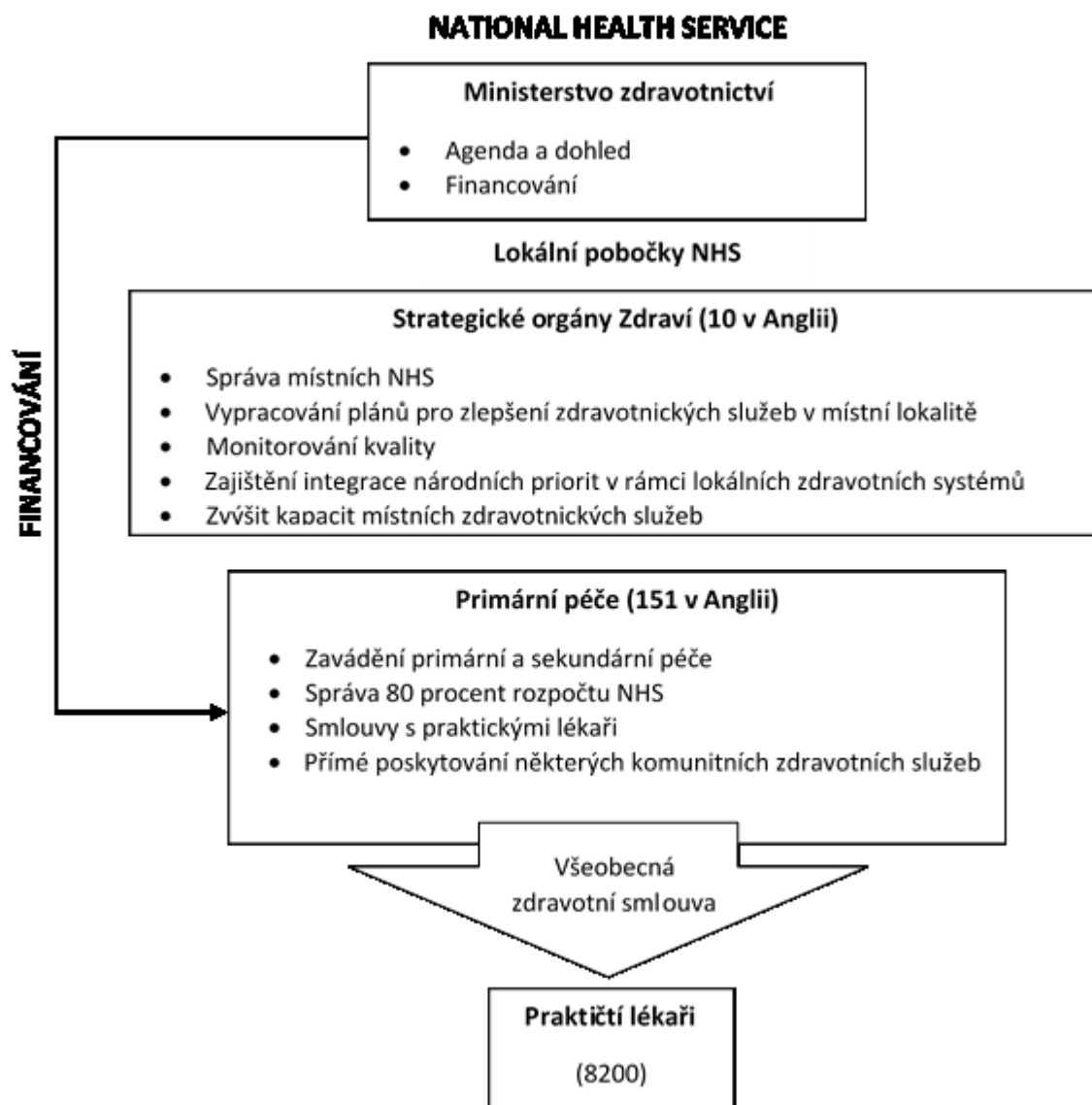
2.5.3 P4P ve Velké Británii

Program P4P začal ve Velké Británii roku 2004 díky NHS a to jako iniciativa výkonosti, známá pod pojmem Quality and Outcomes Framework (QOF) (první návrhy jsou dokonce z roku 2000). Ve VB všichni praktičtí lékaři²¹ spadají pod NHS, a jejich hlavním příjmem je kapitační platba. Problém s vyplácením této úhrady nastává při léčbě pacientů s chronickým onemocněním. PL museli být pro pacienty s chronickým onemocněním k zastižení 7 dní v týdnu, 24 hodin denně (neustálá kontrola jejich zdravotního stavu), a úzce spolupracovat se sekundárním sektorem (specialisté aj.). Tím velmi rostly náklady na léčbu těchto pacientů. Dále docházelo k odlivu PL do jiných sfér a samozřejmě ke snížení kvality léčby.[50]

QOF se zasadila o nápravu nedostatků s kapitačním systémem úhrad a kvalitou. Program je v souladu s přístupem popsáním v NHS z roku 2000. Tento program disponuje dostatečnými finančními zdroji. Užívání těchto zdrojů je podmíněno větší odpovědností a přísnějšími výkonnostními normami. Celkové cíle programu QOF P4P jsou zvýšení produktivity primární péče, vytvoření komunikačních sítí mezi poskytovateli s cílem zlepšit kvalitu péče, rozšířit rozsah dostupných služeb, zlepšit nábor nových PL a zastavit jejich odliv.[50]

Tedy se praktičtí lékaři z NHS „dohodli“ na zvýšení stávajících příjmů v závislosti na 142 ukazatelích kvality. Ty zahrnovaly klinickou péči u 10 chronických onemocnění, organizaci péče a péči o pacienta. Při dosažení a splnění kritérií v těchto oblastech se navýšily finanční prostředky až o 60 %. Průměrný příjem z QOF na praxe PL byla 74 300 liber v 2004-05 a 126.000 liber v 2005-06. Díky tomuto zvýšení mohli poskytovatelé investovat do dalších prostředků, jako jsou zaměstnanci a nové technologie.[50, 51]

²¹ Ve VB jsou všichni zdravotničtí pracovníci státními zaměstnanci, ale PL mají určitý měsíční rozpočet, se kterým musí vyjít.



Obrázek 15 *Struktura primární péče v NHS v Anglii* [50]

Kritéria (indikátory) a cíle pro výkon P4P QOF zahrnují 142 ukazatelů ve čtyřech oblastech, které jsou jednotné u všech praktických lékařů. Každý indikátor má maximální bodovou hodnotu a dají se sčítat v závislosti na jejich výkonnostních ukazatelích až do maximální výše 1 000 bodů. Na dosažení bodů je potřeba plnit zadaná kritéria pro každý ukazatel. Dle QOF do těchto ukazatelů patří:

Klinická péče: Kritéria se skládají z 87 ukazatelů napříč 20 chronických onemocnění (např. ischemická choroba srdeční, srdeční selhání, hypertenze), do výše maximálně 661 bodů. Několik ukazatelů je spojeno s tím, zda chronická onemocnění jsou dobře zvládnána (např. procento pacientů s ischemickou chorobou srdeční a udržení krevního tlaku pod kontrolou).

Organizace: Kritérium se skládá ze 45 ukazatelů napříč pěti oblastmi – záznamů (tzv. reportů – poskytování informací) o zdravotním stavu pacientů (informace ohledně zdravotního stavu pacientů, léčby a použitých metodách léčby, které se sdílejí mezi všemi poskytovateli zapojení do P4P), do výše maximálně 262 bodů. Součástí jsou i informace pro

pacienty (např. vzdělávání, praxe jiných lékařů a statistické informace o spotřebě léků, apod.).

Zkušenosti pacienta: Kritérium se skládá z jednoho indikátoru v hodnotě až 33 bodů, které se odvíjí od délky konzultací u praktických lékařů.

Doplňkové služby: Kritéria se skládají z devíti ukazatelů napříč čtyřmi oblastmi služeb, které zahrnují cervikální screening, dohled nad zdravím dětí, služby spojené s péčí o matku a antikoncepční služby. Toto kritérium má maximálně 44 bodů.²²[50]

Přestože je P4P zcela dobrovolný, tak se tohoto národního programu účastní téměř 100 % všech praktických lékařů (na přelomu roku 2012/2013 bylo v programu zapojeno 8123 PL (z 8200 PL ve VB)).

Výsledky

Není jasné, zda vysoká míra nákladů na QOF se promítá do zlepšení celkové péče o pacienty. Některé údaje naznačují, že zavedení QOF ukázaly mírné zlepšení v procesech některých chronických onemocnění, jako je astma a diabetes. Novější studie zjistila, že zavedení finančních odměn bylo spojeno se zlepšením kvality péče o diabetiky v prvním roce, ale toto zlepšení bylo viditelné především v souvislosti s dokumentací těchto pacientů, nikoli za léčbu pacienta a prokazatelné výsledky péče - zlepšení zdravotního stavu. Neexistuje žádný důkaz o vlivu QOF na výsledky v oblasti zdraví.[50, 51]

Studie *Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study* hodnotila vliv odměn a cílů na kvalitu výsledků péče a ochrany zdraví při 470 000 britských pacientů s hypertenzí a zjistila, že nemá žádný vliv na léčbu infarktů, selhání ledvin, cévní mozkové příhody nebo úmrtí pacienta.[51, 55]

Náklady a úspory

Program QOF je dosti nákladný - 1 miliarda £ ročně. I když se zdá, QOF dokáže lépe řídit procesy v zdravotní péči, neexistuje žádný důkaz o souvisejících úsporách nákladů. Například, poskytovatelé jsou odměňováni na základě QOF za předepisování léků, které jsou nákladově efektivní. Nicméně se neprokázalo, že by předepisování těchto léků vedlo ke snížené spotřebě těch ostatních, a tím pádem k ušetření. Jediné zlepšení bylo spojeno s nižšími náklady na předepisování léků pouze pro hypertenzi a odvykání kouření.

Studie Národního kontrolního úřadu (UK NAO) ve VB zjistila, že praktičtí lékaři pracují v průměru o téměř sedm hodin méně za týden a jejich plat se výrazně zvýšil díky odměnám. Na druhou stranu, celkový počet konzultací PL s pacienty se zvýšila. 75 procent lékařů si myslí, že tráví více času s oblastmi spadajícími do QOF programu, a podstatně méně času na oblastech, které nespádají do programu QOF (tudíž za ní nebudou mít odměnu).[50]

²² Příklady praktického užití v každém kritériu s jejich bodovou hodnotou jsou prezentovány v tabulce 12. 1. na straně 209 ve studii *Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability* (2014).

2.5.4 P4P ve Francii

V roce 2000 zařadila Světová zdravotnická organizace systém zdravotní péče ve Francii jako nejvýkonnější na světě. Tento systém má dobré výsledky v oblasti zdravotní péče a vysokou úroveň spokojenosti mezi francouzskou populací.

Do roku 2009 bylo obtížné kontrolovat náklady systému kvůli neomezenému množství vykazování výkonů. Národní fond zdravotního pojištění (Assurance Maladie) působí se schodkem 10 % z celkového rozpočtu systému pojištění. Postupně zavedené reformy od roku 2004 byly z velké části zaměřeny na kontrolu nekontrolovatelné poptávky zdravotní péče Francie, ale také experimentování s novými platebními systémy.

Národní fond zdravotního pojištění (NHIF) spravuje úhrady pomocí fee-for-service a má malou kontrolu nad rozhodnutími lékařů nebo pacientů. Francouzští lékaři mají značnou volnost v lékařské praxi a mohou zvýšit své příjmy prostřednictvím vysokého objemu poskytovaných služeb. To znamená, že úhrady ve Francii nepodporují předcházení nadužívání zp nebo koordinovanému přístupu k primární péči. Pacienti mají prakticky neomezenou možnost volby ve využívání všech oblastí zp. Až do nedávné doby nebyl volný přístup ke specialistům nijak omezen. Lékaři nemají žádný podnět k omezení předepisování, jak léků, tak služeb. Méně než 10 % konzultací s lékařem končí bez nějakého předepsaného léku či konkrétní diagnózou. To vedlo k nárůstu nákladů a k nekoordinované a nekontrolovatelné péči.

Od roku 2004 se Francie snažila o řadu reforem s cílem řešit strukturální problémy v systému zdravotnictví. Až v roce 2009 představil NHIF „odměnu za výkon“ v pilotním programu P4P Contracts for Improved Individual Practice (CAPI) pro lékaře primární péče. Snahou bylo stimulovat zásadní změny ve způsobu poskytování péče. V roce 2012, byl CAPI rozšířen na všechny praktické lékaře a některé specialisty. V té době se program CAPI přejmenoval na Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP; *platba pro veřejné zdraví*). V rámci nové národní dohody o stanovení sazeb a regulaci vztahů mezi soukromými lékaři a NHIF v 2011, byli všichni soukromí lékaři automaticky zapsáni do ROSP. Z programu se mohou kdykoliv odhlásit (tím je dodržen princip dobrovolnosti).

Program P4P CAPI (později ROSP) klade za cíl zlepšit kvalitu klinické péče a podporovat účinné postupy a organizaci jejího poskytování. Čtyři ukazatele výkonnosti poskytování zp (prevence, řízení chronických onemocnění, nákladová efektivita při předepisování léků, praxe organizace) jsou odměňováni na základě 29 ukazatelů. [50, 51, 54]

Výsledky

V dubnu 2013 NHIF vydala první prohlášení o tom, že program vedl k určitému pokroku kvality péče o pacienty, a to o pacienty v oblasti léčby obezity a diabetu. Výsledky léčby ukázaly určité zlepšení. Tyto výsledky však nelze zobecnit na všechny oblasti péče zahrnuté do ROSP. Nicméně, za pouhé čtyři roky své existence dosáhl CAPI a ROSP značného pokroku - od dobrovolného programu, program byl rozšířen o 97 procent lékařů, po léčbu téměř celé francouzské populace. Řada ukazatelů byla rozšířená na více oblastí péče, a podobné platby jsou již použité u některých specialistů. [50]

2.5.5 P4P ve Spojených státech amerických

V USA program P4P vznikl jako odpověď na stále narůstající náklady na zdravotní péči o chronicky nemocné, zneužívání zdravotní péče a na požadavky spotřebitelů (pacientů) po kvalitnější zdravotní péči.[51]

Právě naprostá nutnost zlepšení kvality zp vedla vládu USA a další organizace napříč spojenými státy k podpoře tohoto programu. Prvním impulzem ve vývoji P4P byla zpráva IOM (*Crossing the quality chasm*) z roku 2001, která vládě USA důrazně doporučuje, aby identifikovala, otestovala a ohodnotila stávající možnosti plateb za zdravotní péči. Tato zpráva tvrdí, že stávající způsoby úhrady poskytují malé finanční odměny pro zlepšení kvality péče. P4P program rozděluje platby mezi poskytovatele na základě schopnosti měření kvality, změnou chování a přístupu poskytovatelů k poskytování zp (je tím myšleno jejich zodpovědné chování vůči pacientům, používám správných technik, metod a přístrojů, apod.).[51]

Ve spojených státech se rozlišují P4P programy v oblasti primární péče (např. Kalifornie) a ústavní péče (např. Maryland). Celkem má USA sedm programů P4P, vybrala jsem dva největší. Účast poskytovatelů na P4P programu je dobrovolná a zaměřuje se převážně na primární péči, například ve zlepšování zdravotnických dat (*health employer data*), informačních systémech, spokojenosti pacienta, přístupu lékaře a administrativní náročnosti).[50, 51]

Úhrady poskytovatelům zp, které jsou v P4P programu jsou od Medicare (sociální pojišťovací program, který spravuje federální vláda) a soukromých pojišťoven, vyplácí poskytovatelům zp jednak dle plánů poplatků, které se liší úrovní poskytovatele, a jednak podle platebních systémů jako je DRG nebo kapitační platba.[50]

PRIMÁRNÍ PÉČE

Kalifornie

Jeden z prvních, a možná největších propagátorů programu P4P je organizace Integrated Healthcare Association (IHA). V Kalifornii má deset miliónů členů. IHA si klade za cíl dosáhnout zlepšení kvality pomocí tří taktik: (1) společný soubor opatření; (2) veřejná hlášení – výroční zprávy (*report card*); (3) zdravotní plán motivačních plateb, které se liší napříč poskytovateli, ale v posledních stupních se sjednotí.[50]

Přijetí společného souboru výkonnostních opatření pro použití všech zdravotních plánů jako základ pro odměnu a uznání snižuje zmatek a zvyšuje vliv každého plátce. Kromě toho, sdružení dat napříč všemi zúčastněnými poskytovateli zlepšuje nejen statistické vlastnosti měření kvůli velikosti vzorku (čím více zúčastněných, tím lépe), ale také důvěru pacientů v lékaře a jejich výsledek péče.[50]

Díky těmto závěrům a pravidlům se sestavila kritéria celkem ve čtyřech oblastech (kvalita klinické péče, informační technologie (HIT), zkušenosti pacientů a využívání zdrojů), která pokud budou ze strany poskytovatele splněna, tak dostanou odměnu,

a to v závislosti na dané oblasti. Tyto oblasti jsou dále rozděleny na podskupiny, ve kterých je až 10 fyziologických a zdravotních ukazatelů (kritérií)²³(viz. Příloha 2). [50]

Platby za výsledky se vypočítávají a vyplácejí rok zpětně. Platby IHA za jejich opatření se jako procenta celkových plateb pro poskytovatele s programem P4P v roce 2010 pohybovala 13,7 - 87 %. Ve stejném roce tři ze sedmi soukromých ZP uvedlo, že platby vypočítalo za použití IHA opatření. Ostatní ZP používají kombinaci standardních úhrad. Celkem se výdaje na kvalitnější péči za pomoci toho programu v Kalifornii byly v roce 2004 (kdy se P4P teprve rozbíhal) 38 mil. dolarů, v roce 2007 dosáhly výdaje svého maxima a to 65 mil. dolarů. Do roku 2010 (kdy už byl program zaveden do praxe) to bylo 49 mil. dolarů a na této částce (zhruba 50 mil. dolarů) se výdaje ustálily. I když se tyto celkové částky se jeví veliké, průměrné P4P výplaty činily pouze dvě procenta nebo méně z celkového rozpočtu. Do programu je zapojeno více než 200 poskytovatelů, tj. zhruba 35 000 lékařů starajících se téměř 10 mil. pacientů.

Výsledky P4P jsou v Kalifornii povzbuzující a to z toho důvodu, že již po 5 letech se zvýšila kvalita zdravotní péče. [50]

ÚSTAVNÍ PÉČE

Medicare je primárním zdrojem zdravotního sociálního pojištění pro seniory a zdravotně postižené ve Spojených státech, a proto je největší plátce v systému zdravotní péče, a zároveň jedna z nejdůležitějších zátěží federálního rozpočtu (21 % z celkových národních výdajů na zdravotnictví v roce 2011). Růst výdajů Medicare není jen kvůli rychlému nástupu nových zdravotnických technologií a stárnutí populace, ale také kvůli tradičním platebním systémům, kterým se nepodařilo pokrýt náklady ani po přechodu od fee-for-service k DRG. Od zprávy IOM se hojně diskutovalo o nákladech vs. kvalita péče, a Medicare musel přijmout náležitá opatření. To opatření je pay-for-reporting (platba za výkaz) z roku 2003. [50]

Principem bylo sestavování spolehlivých dat ohledně kvality poskytované péče. Kongres na to zareagoval tak, že zavedl finanční odměny pro nemocnice, které se zúčastní veřejného vykazování zpráv o kvalitě. Tato iniciativa byla prvním pokusem o sloučení kvality a plateb od Medicare. V červenci 2003, Premier Inc.²⁴ a Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) zahájili Hospital Quality Incentive Demonstration Project (HQID), tříletý program zaměřený na určení, zda finanční odměny jsou účinné při zlepšování kvality ústavní péče pro pacienty, na které se vztahuje tradiční programu Medicare. Tento program se týkal asi tří čtvrtin příjemců Medicare. [50]

V HQID projektu, CMS měří výkony a vyplácí odměny, nemocnicím, které dosáhly vysoké úrovně kvality v pěti klinických oblastech akutní péče:

- akutní infarkt myokardu (AMI),
- srdeční selhání,
- zápal plic,

²³ Kompletní seznam těchto kritérií je v tabulce 13.1 na straně 227 ve studii *Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability* (2014).

²⁴ Celostátní organizace neziskových nemocnic a dalších poskytovatelů zp, která vlastní 2300 amerických nemocnic a více než 70 000 sdružených míst poskytující zp v 38 státech. Více na <https://www.premierinc.com/>.

- bypass koronární artérie,
- náhrady kyčelního a kolenního kloubu,
- chirurgická péče,
- cévní mozková příhoda

(Poslední dvě oblasti byly přidány později).

Motivační systém byl konkurenceschopný. Nejúspěšnější nemocnice, které uspěly alespoň ve dvou kategoriích, obdrží bonus, zatímco ti s nejhorším výkonem riskovaly finanční sankce (od CMM). HQID byl první a největší vládou sponzorovaný P4P program v USA. Počáteční tříleté období bylo prodlouženo o další tři roky do roku 2009, a program tvořil základní pilíř nedávného rozsáhlého návrhu k posunu směrem k P4P modelů pomocí „value-based purchasing“. [50]

Měření kvality probíhá tak, že v každé oblasti jsou kritéria, na která se kvalita bude vztahovat (viz. Příloha 3). Za splnění kritérií se ročně počítá score (Composite Quality Score) za každou splněnou oblast a musí být splněno alespoň 30 kritérií. Odměňování probíhalo ve dvou fázích.[50]

V první fázi, 20 % všech nemocnic v každé klinické oblasti, bylo způsobilých pro motivační platby (tzn., že byly schopni kritéria plnit). V případě, že nemocnice byla v horním decilu ze všech zúčastněných, motivační platba činila 2 % navíc od Medicare za všechny pacienty Medicare léčených za každý klinický stav (např. pokud nemocnice uspěla v oblasti AIM tak dostane na každého pacienta s AIM o 2 % úhrad navíc). Pro nemocnice ve druhém decilu, je motivační platba jedno procento navíc z úhrady Medicare. [50]

Motivační platební systém také zahrnoval tresty (sankce) pro neprospěšné nemocnice. Nemocnice, které nedosáhly na 9. práh decilu v některé z klinických oblastí, byly sankcionovány a to tak, že jim Medicare odebral 1 % z roční úhrady. Nemocnice, které nedosáhli na 10. práh decilu v některém z klinických oborů, obdržely snížení o dvě procenta. [50]

Ve druhé fázi (2006-2009), byla struktura odměn revidována. Nemocnice by mohla získat finanční odměnu v každé klinické oblasti třemi způsoby: (1) dosažení střední úrovně výkonu; (2) dosažení úrovně výkonnosti v top 20 procent nemocnic; (3) dosažení významné zlepšení (v top 20 procent přídavek). CMS přidělilo 40 % ze svého rozpočtu na dosažené ocenění, 60 % pro „nejlepšího hráče“ a pro nemocnice, které dosáhli špičkových zlepšení. Tato změna v platebním modelu výrazně zvýšila počet nemocnic, které mají nárok na motivační platby každý rok. Platební sazby byly vypočteny vydělením 40 % z rozpočtu na odměny celkovým počtem propuštěných pacientů z nemocnic. Motivační částky za jednotlivé nemocnice byly založeny na počtu případů zjištěných CMS jako příjemci Medicare, kteří dostávali péči v klinické oblasti, dle stanovené diagnózy. Účastníci měli nárok na maximálně 12 ocenění. Trestní systém zůstal stejný jako v první fázi.[50]

2.5.6 P4P v České republice

Metoda pay-for-performance se v ČR nevyskytuje v tak rozsáhlé míře jako ve výše zmíněných zemích. U nás tato metoda funguje jako odměny v navýšení kapitačních plateb u praktických lékařů, zvýšením bodů v laboratorním sektoru a jako motivační programy od zdravotních pojišťoven.

P4P v úhradové vyhlášce

V úhradové vyhlášce jsou, mimo jiné, stanoveny základní sazby kapitační platby u praktických lékařů. Aktuální sazby a podmínky jejich získání jsou k dispozici ve vyhlášce č. 273/2015 Sb. § 5. V příloze č. 2 této vyhlášky je možnost navýšení kapitační platby v případě, že poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství (001) provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku podle seznamu výkonů alespoň u 20 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let. V případě splnění této podmínky se navýší kapitační sazba až o 0,50 Kč.[56]

Prvky P4P jsou i v segmentu laboratoří, kde po splnění norem a požadovaných akreditací poskytovatel získá větší hodnotu bodu, a to v případě, že je poskytovatel držitelem Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189, případně Osvědčení o auditu II NASKL.[56]

Motivační programy zdravotních pojišťoven

VZP spustila 1. 1. 2009 program kvality péče AKORD. Tento program je dobrovolný smluvní vztah mezi pojišťovnou a praktickým lékařem²⁵, kdy pojišťovna říká, co je ochotna nabídnout a zaplatit za dodržování dohodnutých smluvních podmínek. Pojišťovna svým smluvním partnerům za dodržování těchto podmínek nabízí informační podporu - zapojení do e-sítě (zúčtování, objednávání, dokumentace, výsledky, informační zpětná vazba, atd.), ale i lepší komunikaci a informace, srozumitelnou motivaci (čistý účet, bonifikace, porovnávání) a méně úřadování.[57]

Pro pacienty tento program nabízí úsporu času (objednání se u zapojených lékařů na konkrétní čas a doba čekání by neměla být vyšší než 15 minut²⁶), zajištění a objednání specialisty, vzájemnou informovanost lékařů o zdravotním stavu pacienta (zabrání se tak opakování vyšetření).[57]

Inventura pilotní fáze (r. 2009) zjistila, že se do programu do konce roku 2009 zapojilo celkem 424 praktických lékařů, tj. 27% všech, a 92 praktických lékařů pro děti a dorost, tj. 13 % všech. Z pohledu nákladů sice nebyl rozdíl mezi chováním lékařů v AKORDu a mimo něj, ale v rámci finanční motivace vyplatila pojišťovna lékařům zapojeným v AKORDu celkem 57 mil. Kč, což pro průměrného praktického lékaře znamenalo navýšení příjmu o skoro 10 000 Kč měsíčně. [57]

2.5.7 P4P v ostatních zemích

OECD roku 2012 provedla studii, která se zaměřila na měření a proveditelnost P4P programů v různých zemích světa. Program P4P je hojně používán i v jiných zemích světa. Státy, které P4P alespoň v jedné oblasti zp používají, jsou: Austrálie, Belgie, Chile, Česká republika, Francie, Německo, Jižní Korea, Lucembursko, Mexiko, Nizozemí, Nový Zéland, Polsko, Portugalsko, Španělsko, Turecko, Velká Británie a Spojené státy americké.[50]

Přehled všech P4P programů v zemích OECD naznačuje, že obvykle jsou odměny vypláceny k dosažení cílů týkajících se preventivní péče, řízení chronických onemocnění, využití IT komunikace, spokojenost pacienta nebo kvalitu poskytnuté péče. Šestnáct zemí

²⁵ „VZP připravuje i rozšíření programu AKORD směrem ke specializované péči, počítá se s tím, že by se AKORD týkal jedenácti odborností, např. diabetologie, alergologie, kardiologie, gastroenterologie, endokrinologie aj.“[57]

²⁶ „Pokud tomu nezabrání závažné okolnosti, zejména poskytování nutné a neodkladné péče.“[57]

OECD uvádí existenci schémat P4P v rámci primární péče, 8 v ambulantní specializované péče a 12 zemí používá bonusové platby v nemocnicích akutní péče. Zatímco několik zemí má P4P program několik let, jiné země začali s P4P metodou nedávno (např. Česká republika, Francie či Korea).[58]

Každý stát má svůj program P4P a zaměřuje se na určité oblasti pomocí více či méně kritérií²⁷.

Tabulka 6 Programy P4P ve vybraných státech

STÁT	PROGRAM	OBLASTI A KRITÉRIA
Austrálie	Practice Incentives Program (PIP)	13 kritérií ve 3 oblastech (kvalita péče, kapacita lékařů a zaměření na venkovské oblasti)
Francie	Contracts to Improve Individual Practice (CAPI)	29 různých kritérií ve 4 oblastech (prevence, léčba chronických onemocnění a nákladově-efektivní předepisování léků, praxe a organizace péče)
Estonsko	Quality Bonus System ² (QBS)	44 kritérií ve 3 oblastech (prevence, léčba chronických onemocnění a doplňkové služby)
Nový Zéland	PHO Performance Programme	10 kritérií ve 4 oblastech (pokrytí služeb, kvalita, účinnost a schopnost zlepšovat výkonnost)
Velká Británie	Quality and Outcomes Framework (QOF)	129 kritérií ve 4 oblastech klinická péče, organizace, zkušenosti pacientů, doplňkové služby)
Spojené státy	Premier Hospital Quality Improvement Demonstration (HQID)	34 kritérií pro 5 akutních klinických stavů: akutní infarkt myokardu, bypass koronární artérie, srdeční selhání, komunitní pneumonii a výměna ramenního nebo kolenního kloubu)

²⁷ V Příloha 2 není uvedeno Estonsko jako jedna ze zemí, která praktikuje P4P. V Tabulka 5z roku 2015, která ukazuje různé oblasti zájmu P4P Estonsko je. Je to z toho důvodu, že v roce 2012 Estonsko tento program ještě nemělo.

3 Oblasti využití P4P

Oblastí využití této metody může být jakákoliv diagnóza. Ve světě se využití nejčastěji vztahuje na chronická onemocnění, protože právě tato onemocnění jsou kvůli častým kontrolám, vyšetřením a komplikacím nejnákladnější. Jak z finančního hlediska, tak i z hlediska spotřeby materiálu a lidských zdrojů. Nejvíce se programy P4P zaměřují na cévní onemocnění srdce a mozku (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda) (*dále jen KVO*), astma a cukrovku.

Programy P4P zaměřené na kardiovaskulární onemocnění mají za cíl snižovat a eliminovat všechny rizikové faktory a ukazatele, které vedou právě k těmto onemocněním, jako je například snižování cholesterolu v krvi, pravidelné měření krevního tlaku a jeho léčba, pravidelné sledování biochemických ukazatelů typických pro tato onemocnění, kontrola a léčba ischemické choroby, a léčba diabetu (pokud ho pacienti s KVO mají).

Nemoci oběhové soustavy způsobí v ČR ročně téměř 53 tis. úmrtí. Společně s cévními onemocněními mozku a ICHS, mohou za 71 % všech úmrtí na nemoci oběhové soustavy. ICHS, která těmto chorobám dominuje, způsobí ročně 23 tis. úmrtí. Míra úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy byla v roce 2012 403 úmrtí na 100 tisíc mužů a 264 úmrtí na 100 tisíc žen. Úmrtnost na cévní onemocnění mozku neustále klesá, souvisí to s úspěšnou léčbou a kontrolou vysokého krevního tlaku. Díky tomu dochází ke zmírnění průběhu nemoci. Naopak intenzita úmrtnosti na chronické formy kardiovaskulárních onemocnění zůstává neměnná.[59]

Metoda P4P také velice často řeší astma (*astma bronchiale*). Astma se stalo jedno z nejčastějších chronických neinfekčních onemocnění. V ČR trpí astmatem zhruba 300 tis. obyvatel (v roce 2013 to bylo 299 762 pacientů), což představuje 2. nejčastější diagnózu (32 %) v oboru alergologie. V minulých desetiletích počet alergických dětí stoupal. V posledních letech se růst výskytu onemocnění zastavuje díky stabilizaci výskytu pylové rýmy a atopického ekzému. Nicméně počet dětí, kterým lékař diagnostikoval astma, se i nadále zvyšuje.[59, 60]

Dalším velice diskutovaným tématem je (a nejen v oblasti P4P) diabetes mellitus (cukrovka). „*Celosvětově počet pacientů s diabetem neustále stoupá. Jedná se o onemocnění s nejdynamičtějším nárůstem případů, hovoří se o celosvětové epidemii diabetu.*“[59] U nás trpí tímto onemocněním 841 tis. obyvatel, každý rok dalších 20 tis. nově diagnostikovaných přibude, a bohužel, každý rok 22 tis. pacientů na toto onemocnění zemře. Pokud by tento trend pokračoval i nadále, tak do roku 2025 bude v ČR kolem 1 mil. nemocných cukrovkou.[59] S cukrovkou úzce souvisí i výše zmíněné KVO, které mají podle WHO až 50% podíl úmrtnosti z celkového počtu všech diabetiků na světě. [61] Právě díky těmto statistikám a prognózám jsem se rozhodla tomuto onemocnění věnovat detailně a pokusit se na něj aplikovat metodu pay-for-performance.

3.1 Statistika a nákladovost diabetologie v ČR

V této kapitole budu pracovat s dostupnými daty z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS) a poskytnutými daty od Ministerstva zdravotnictví ČR (dále jen MZČR).

Podle zdravotnické statistiky Péče o nemocné cukrovkou z roku 2012, bylo v ČR toho roku více než 841 tis. obyvatel, kteří se léčili s onemocněním diabetes mellitus. To představuje cca 8 % populace ČR. Ve 487 diabetologických ordinacích bylo poskytnuto celkem 2 204 822 vyšetření. Z toho vyplývá, že 1 pacient navštívil lékaře 2,6x za rok. Nejvíce návštěv za rok na jednoho pacienta bylo v kraji Vysočina, a to 3,1 návštěvy, nejméně pak v Jihočeském kraji s 2,1 návštěvy za rok. Co se týče hospitalizací, tak podle údajů Národního registru hospitalizovaných bylo v nemocnicích v ČR se základní diagnózou diabetu hospitalizováno 20 227 pacientů.[62]

3.1.1 Počet pacientů s DM a počet diabetologů v ČR

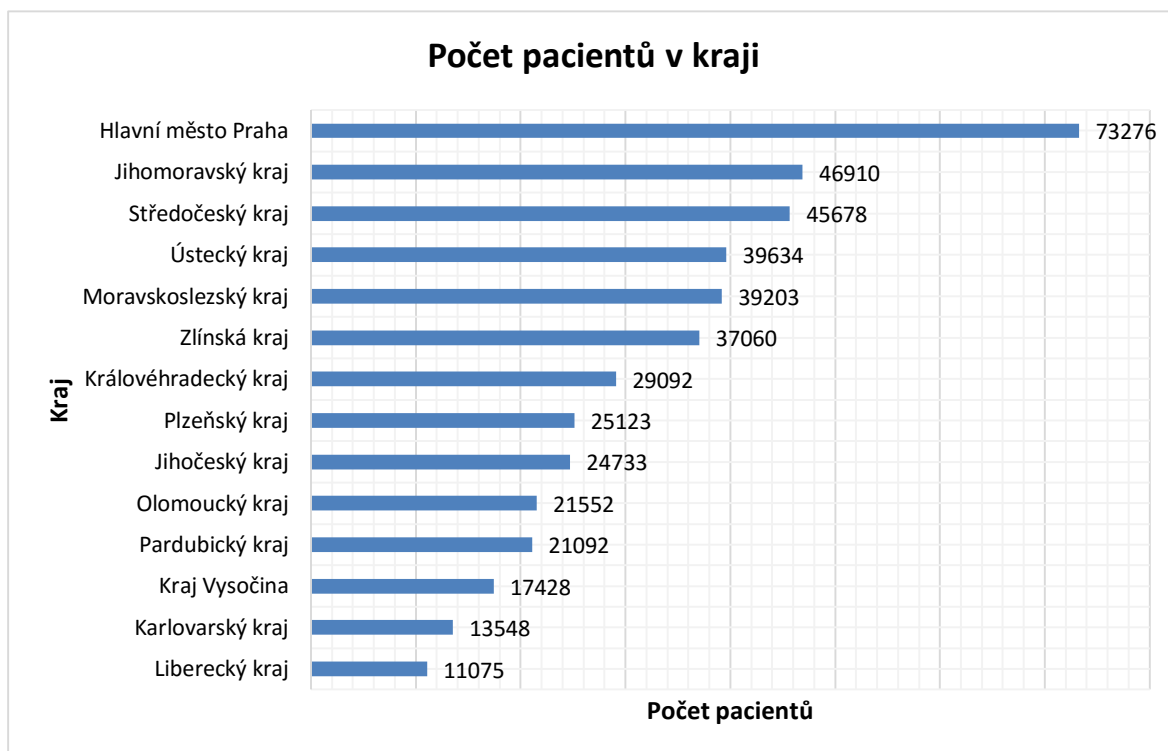
Údaje a data v odbornosti 103 (diabetologie) z roku 2014 jsem získala od Ministerstva zdravotnictví ČR. Data obsahovala anonymizovaný identifikátor poskytovatele (ICZ), odbornost (ODB), anonymizovaný identifikátor pojištěnce (ID), číslo výkonu dle seznamu výkonů (VYKON), počet těchto výkonů provedených daným poskytovatelem danému pojištěnci (POCET_SUM) a počet bodů za tyto výkony (BODY_SUM), okres, ve kterém je poskytovatel zapsán (OKRES) – okresy jsou dle CZ-NUTS klasifikace. Data, která nejsou k dispozici, jsou data od praktických lékařů a pacientů, kteří si pouze vyzvedávají inzulín.

Ke zpracování dat byly použity programy MS Excel 2016 a relační databázový systém PostgreSQL. Je nutné podotknout, že při zpracování dat jsou dostupná data ohledně pacientů ne v místě trvalého bydliště, ale v místě ošetření.

Jako první mě zajímal počet diabetiků v ČR a počet poskytovatelů v odbornosti 103 (diabetologické ordinace). Počet diabetiků, kteří navštěvují alespoň jednou ročně jednoho diabetologa, je 388 218. Počet diabetiků se liší v každém okrese a kraji a ukazuje to *Obrázek 16*. Počty pacientů v každém okrese jsou pak v **Příloha 4**. Nejvíce diabetiků je v kraji Hlavní město Praha s celkovým počtem 73 276 pacientů. Nejméně jich je v Libereckém kraji s celkovým počtem 11 075. V okrese Semily je pak nejméně pacientů vůbec, a to 706.

Právě tady nastává rozkol mezi daty z roku 2012. Počet diabetiků je dle ÚZISu přibližně 841 tis. Tento rozdíl mezi daty z roku 2012 a mými počty diabetiků je v tom, že mám k dispozici data pouze od ambulantních specialistů, kteří vykazují výkony pacientům – diabetikům. V mých datech nejsou (jak jsem psala výše) zahrnuti pacienti, kteří mají pravděpodobně mírnou formu DM (cukrovka jim byla diagnostikována, ale žádnou speciální a periodickou péči nemají), anebo ti, kteří docházejí jen k PL pro inzulín či léky. Dále mezi mými daty nejsou zahrnuti pacienti, kteří sice mají diagnostikovan DM, ale nedocházejí na žádná kontrolní vyšetření a ani se aktivně nepodílejí na léčbě tohoto onemocnění. Po konzultaci s odborníky z MZČR jsme dospěli k závěru, že čísla jsou reálná a odpovídají současnému stavu. Mohu tedy předpokládat, že skutečný počet diabetiků v ČR bude více než 841 tis.

Počet poskytovatelů je v ČR 394. Je to menší číslo než z dřívějších let, a to o 93 poskytovatelů. Je to způsobeno rušením a slučováním poskytovatelů, a odchodu lékařů do důchodu.



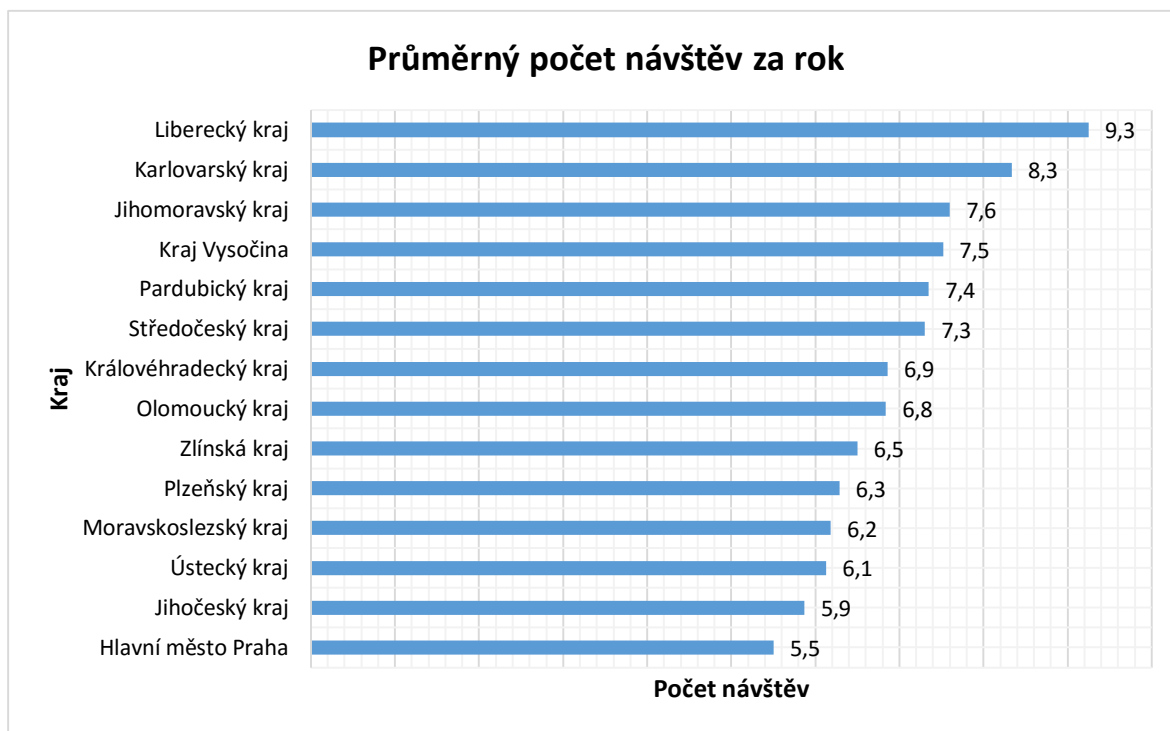
Obrázek 16 Počty diabetiků v jednotlivých krajích

3.1.2 Návštěvnost

Z dat vyplývá, že na 1 poskytovatele připadá 985,3 pacientů ročně. Celorepublikový průměr počtu návštěv za rok na jednoho pacienta je 6,7. Tzn., že jeden pacient navštíví svého diabetologa průměrně 6,7x za rok. *Obrázek 17* a *Příloha 4* ukazuje, jak se liší průměrný počet návštěv v jednotlivých krajích a okresech. Nejčastěji chodí pacienti ke svému diabetologovi v Libereckém kraji (9,3x) a nejméně v Hlavním městě Praha (5,5x). Pokud bych výsledky měla porovnat s daty 2012, tak v kraji Vysočina je současný průměrný počet návštěv 7,4.

Při stanovené výši kontrolních vyšetření 4x rok (každé 3 měsíce), na jednoho diabetologa připadá 15,6 pacientů denně. Při celorepublikovém průměru 6,7, připadá na den 26,2 pacientů.

Vyskytují se i případy, kdy jeden pacient navštěvoval více poskytovatelů najednou (byl ošetřen na více místech). Takových pacientů bylo 10 962. Dále je 54 případů, kdy má jeden poskytovatel působnost na více místech – ve dvou okresech. Není to nic neobvyklého, je to tím, že například 1 lékař má ordinaci v jednom městě určité dny v týdnu a jiné dny ordinuje v jiném městě.



Obrázek 17 Průměrný počet návštěv za rok

3.1.3 Hospitalizace

Pokud je pacient hospitalizován, vykazuje se na něj ta nejnákladnější DRG diagnóza, hlavní diagnóza dle MKN-10²⁸ a další komplikace dle KKN-10. Hospitalizovaných pacientů bylo v důsledku diabetu celkem 34 043. Což je nárůst oproti roku 2012 o 68,34 %. Podíl hospitalizovaných pacientů k počtu ambulantně docházejících pacientů je 8,77 %. Nejčastější příčinou hospitalizace pacientů s DM byly poruchy kranálních a periferních nervů s CC – 499 pacientů, periferní a jiné vaskulární poruchy bez CC a s CC – 805 hospitalizovaných pacientů, a amputace kvůli poruše oběhového systému, kromě horních končetin a prstů u nohy s CC. Příloha 5 shrnuje všechny hospitalizace sestupně dle DRG a jejich finanční nákladovost.

3.1.4 Počet vykázaných výkonů a bodů

V roce 2014 bylo vykázáno v souvislosti s pacienty trpícími DM celkem 2 707 630 výkonů a uděleno celkem 470 254 123,5 bodů za tyto výkony. Nejčastější poskytnuté vyšetření bylo cílené vyšetření diabetologem (kód 13022), za které je 241 bodů a trvání výkonu by mělo být 30 minut. Takových vyšetření bylo poskytnuto 576 555 (toto vyšetření by měl alespoň jednou ročně absolvovat každý diabetik, což zhruba odpovídá, pokud přepočítám počet těchto výkonů na celkový počet pacientů). Dalším nejčastějším vykázáním výkonem je kontrolní vyšetření diabetologem (kód 13023), na které má lékař vyhrazeno 15 minut a bodů za výkon je 233. Toto vyšetření bylo vykázáno 428 136krát.

²⁸ MKN-10 – mezinárodní klasifikace nemocí, platné od r. 2004. Aktualizovaná verze MKN-10 vstupuje v platnost 1. ledna 2013 Sdělením ČSÚ o aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.

Nejčastěji vykazovaný výkon v ČR byl 13022 (cílené vyšetření diabetologem). Příloha 6 ukazuje sestupně nejvíce vykazované výkony. Mezi nejčastěji vykazované výkony v okrese patří opět výkon 13022 (cílené vyš. diabetologem) a 13023 (kontrolní vyšetření diabetologem).

3.2 Náklady na léčbu onemocnění diabetes mellitus v ČR

Finanční náklady na ambulantní výkony stály celkem 479 659 206,01 Kč. Tato částka se skládá z celkového počtu udělených bodů za vykázané výkony, vynásobené hodnotou bodu, která byla dle úhradové vyhlášky 2013, příloha č. 3, 1,02 Kč.

Hospitalizace pacientů stály 627 398 477,87 Kč. Tuto částku jsem zjistila tak, že jsem relativní váhy DRG skupin vynásobila DRG indexem platným pro rok 2014 dle metodických materiálů pro DRG 2014 dostupných na www.mzcr.cz, což představuje 31 148 Kč (31 148 Kč je index platný pro DRG 2014, který se zjistí vydělením průměrných nákladů (v metodických materiálech jako ANAKL) a relativní vahou (RV)) a vynásobila počtem všech těchto hospitalizací. Celkové náklady jsou tedy 1 107 057 683,88 Kč ročně.

Náklady na jednoho pacienta jsem spočítala celkovými náklady vydělením počtem pacientů. V takovém případě jsou náklady na jednoho pacienta 2 851,64 Kč. *Pokud bych namodelovala fiktivního pacienta, který by byl 6,7x na vyšetření a udělalo by se mu na jedné návštěvě první 3 nejčastější výkony, tak by náklady byly 605,6 Kč, a pokud by k tomu byl jednou hospitalizován kvůli diabetu bez komplikací, tak by náklady byly 13 746,6 Kč.*

MEZINÁRODNÍ SROVNÁNÍ

Pozitivní je, že se diabetem ve světě zabývá mnoho institucí a organizací. Tyto organizace sledují stavy, počty a náklady diabetiků ve světě, a pravidelně vydávají zprávy o těchto stavech. Nejvýznamnější a největší je International Diabetes Federation. Tato organizace má skoro v každém státě spolupracující instituce (u nás je to Česká diabetologická společnost a Svaz diabetiků České republiky) a navzájem si vyměňují informace a data.

V kapitole 2.4 jsem popisovala současný stav P4P ve státech Německo, Velké Británie a USA. Protože jsem zvolila oblast implementace P4P na cukrovku, uvádím zde data z roku 2015 od IDF o mezinárodním porovnání počtu cukrovkářů v dané zemi, podíl těchto nemocných a náklady na jednoho pacienta ročně. Z tabulky 6 je patrné, že dle IDF jsou náklady na 1 pacienta 1 552 dolarů, což je (přepočteno průměrným kurzem dolaru z roku 2015 (24,6 Kč)) 38 179 Kč. V těchto nákladech jsou započítány veškeré náklady na jednoho pacienta. Ne jen ty přímé, se kterými jsem počítala já.

Tabulka 7 Mezinárodní srovnání diabetes mellitus [63]

	CZ	Německo	VB	USA
Podíl diabetiků	8 %	10,6 %	6,2 %	12,8 %
Počet diabetiků	841 tis.	6,5 mil.	3,5 mil.	29,1 mil
Náklady na 1 pacienta	\$ 1 552	\$ 5 314	\$ 4 373	\$ 10 942
Počet úmrtí ročně	7 908	55 059	22 778	219 413

4 Možnost využití pay-for-performance v ČR

4.1 Náklady na P4P v ČR

Náklady, které budu počítat v této kapitole, jsou předpokládané náklady za program, který by se v ČR mohl po vzoru německého Disease Management Program (DMP) zavést. Náklady jsem propočítala tak, že jsem stanovila oblasti a kritéria odměňování, a na základě odměn v Německu je ohodnotila pro Českou republiku. Nejprve jsem počítala administrativní náklady a poté náklady spojené se samotnými odměnami. Předpokládala jsem, že náklady na vytvoření nové úhradové metody budou značné. Do konečných nákladů je totiž potřeba započítat ne jen samotné odměny lékařům, ale i administrativní náklady a náklady na nefinanční odměny (bonusy ve formě uhrazení účasti na vzdělávacích akcích a konferencích, popř. jiném druhu dalšího vzdělávání lékařů). Vyplácení odměn má v P4P několik složek. Jsou to odměny za dokončení cyklu péče z pacienta za rok, odměny za každé snížení, stabilizování nebo eliminování kritických ukazatelů²⁹, za edukaci pacienta a někdy (např. PIP v Austrálii) i za kvalitu péče ohodnocené samotným pacientem (ve formě dotazníku).

Administrativní náklady

Administrativní náklady v německém programu Disease management program (DMP) na jednoho pacienta za rok byly v roce 2008 84 € a v roce 2015 150 €, což je v přepočtu kurzem 2095 Kč (2008) a 4092 Kč (2015).[63] Ovšem takové přepočítání kurzu ČNB se nedá s reálnými náklady porovnávat. Abych mohla porovnat reálné náklady na tyto odměny, tak jsem se rozhodla použít jako přepočítací koeficient paritu kupní síly (*purchasing power parity*, dále jen PPP), protože tento koeficient umožňuje porovnávat hodnotu národní měny v každém státě, k hodnotě jiné měny. Pro rok 2015 je tento poměr eura a koruny 17,4131. [64, 65]. Je to poměr cen v národní měně, za které se dají pořídit stejné produkty či služby. Touto paritou jsem přepočítávala všechny částky, které byly v cizí měně. V takovém případě je 150 € přepočítaných touto paritou 2 612 Kč. Takový nárůst poplatků přímo souvisí s nárůstem počtu pacientů a lékařů zapojených do programu.

Celkem je s léčeným diabetem 388 812 pacientů, pokud by byly administrativní náklady na jednoho zúčastněného pacienta 150 € jako v Německu, tak by při 100 % zúčastněných pacientů byly administrativní náklady 1 014 011 828 Kč. V začátcích (najíždění programu, první roky) je 25 – 60% účast. Administrativní náklady při určitém podílu zúčastněných jsou uvedeny v příloze.

Pokud se chce v Německu nějaký lékař pečující o diabetiky zúčastnit programu, tak ročně platí správní registrační poplatek ve výši 15 €. Pokud by se programu zúčastnilo 100 % diabetologů (394), tak by se rozpočet navýšil o 102 911 Kč. Rozdíl administrativních nákladů a výdajů je pak 1 013 908 917 Kč. Vzhledem k relativně nízké částce, bych doporučila registrační poplatek zvýšit na minimálně na 1 300 Kč ročně (zaokrouhlená

²⁹ Kritický ukazatel je biochemická hodnota nebo fyzikální parametr, který se přímo podílí na nemoci. Cílem je takové ukazatele snižovat, eliminovat nebo alespoň stabilizovat. Je to například výše krevního tlaku, hladina cukru v krvi a v moči, hladina cholesterolu, kouření, apod.

polovina ročních administrativních nákladů na pacienta). V takovém případě by byl příjem do programu, při 100 % zúčastněných diabetologů, 580 200 Kč a celkové náklady by byly tedy byly 1 013 499 628 Kč.

Tabulka 8 Administrativní náklady na P4P program v České republice

Administrativní náklady dle DMP	
Náklady na 100 % zúč. pacientů	1 014 011 828 Kč
Přínos financí do P4P od všech diabetologů	102 911 Kč
Celkem	1 013 908 917 Kč
Administrativní náklady na mé doporučení	
Náklady na 100 % zúč. pacientů	1 014 011 828 Kč
Přínos financí do P4P od všech diabetologů	512 200 Kč
Celkem	1 013 499 628 Kč

Náklady na hospitalizace

Velkým tématem v programech P4P je ušetření nákladů za snížení počtu hospitalizovaných pacientů. Z kapitoly 6 vím, že celkem bylo hospitalizováno na komplikace diabetu 34 043 pacientů a celkové náklady na ně byly 627 398 478 Kč (průměrné náklady na jednoho hospitalizovaného pacienta jsou 18 430 Kč). Každé snížení počtu hospitalizovaných v důsledku diabetu o 5 % by přineslo ročně úsporu o 31 369 924 Kč.

Náklady odměn P4P a kritéria pro vyplácení

Má-li být program P4P úspěšný měl by za vynaložené náklady přinést viditelné zlepšení ve zdravotním stavu pacientů (diabetiků). Kritéria, která objektivně toho zlepšení zdravotního stavu posuzují, jsou již v praxi, a to v programech P4P v jiných státech (viz. kapitola 2.5). Pro návrh programu P4P (výše odměn a stanovená odměňovaná kritéria) v ČR jsem se inspirovala německým programem DPMs zaměřeným na diabetologickou péči. To proto, že německý zdravotní systém je tomu našemu nejbližší (nejpodobnější), má srovnatelné rozložení obyvatelstva (co se týče sociálních skupin).

Finanční odměny jsou rozloženy na administrativní úkony u lékařů a na konkrétní lékařské výkony. Tento návrh slouží pro lékaře v odbornosti 103 (diabetologie). Odměny by se vyplácely za rok. První oblastí odměňování je činnost spojená s registrací pacienta do programu. Registrace obnáší vstupní posouzení stavu diabetu, edukace pacienta (i přesto, že je již dlouhodobě léčen) a vypracování vstupní dokumentace. V takovém případě, by ale pacient byl takto vyšetřen dvakrát, protože tyto úkony jsou součástí vstupního komplexního vyšetření u každého lékaře. Za tuto oblast by je odměna ve výši 25 €, přepočteno PPP kurzem je to 435 Kč. V této oblasti je možné získat čtvrtletně dalších 10 € za vypracování a vedení dokumentace – to bude motivovat lékaře, aby pacient chodil pravidelně 4x ročně na kontrolu. Pokud bude splněna tato podmínka, tak lékař za rok dostane 40 €, což je přepočteno kurzem PPP 697 Kč. Celkem za tuto oblast může lékař ročně dostat až 65 € (1 131 Kč).

Druhou oblastí odměňování je následná péče³⁰ o pacienta. Ta vyžaduje kontrolu pacienta jednou za čtvrtletí. Pokud by se tak stalo, tak roční odměna je 16 € (277 Kč) (jestliže by pacient dorazil méněkrát, tak se celková částka sníží o 4 € za každé čtvrtletí). Do odměny jsou započítané náklady na provedená vyšetření.

Třetí oblastí jsou doplňkové služby, za které náleží odměna jednou ročně. Do této oblasti spadá 5 kritérií: komplexní konzultace pro diagnostiku diabetické neuropatie, péče o léze syndromu diabetické nohy, zaslání ke specialistovi na kontrolu nefropatie, zaslání ke specialistovi na kontrolu diabetické nohy a zaslání ke specialistovi na kontrolu retinopatie. Konzultace ohledně neuropatie³¹ zahrnuje především edukaci pacienta o problematice necitlivosti, zažívacích problémech, inkontinenci a srdečních problémech. Dále edukace jak se starat o nohy a jak sám kontrolovat svůj stav s citlivostí, jak a co jíst, aby se předcházelo špatné motilitě jícnu a problémům s vyprazdňování žaludku. Za tento úkon náleží lékaři odměna ve výši 38 € (662 Kč). Péče o léze se týká pouze pacientů, kteří trpí syndromem diabetické nohy a je potřeba ho léčit a ošetřovat. Za pravidelné kontroly náleží odměna 16,7 € (291 Kč). Zasilání ke specialistům je významné kritérium, především z hlediska odborné péče. Proto je žádoucí, aby tyto pacienti byli posíláni ke specialistům neurologům, nefrologům a oftalmologům. Za vystavení žádanky a posléze zařazení výsledků z vyšetření do dokumentace je odměna 2,05 € (36 Kč).

Poslední čtvrtou oblastí je oblast cílené léčby, kde už vyžadovány konkrétní výsledky léčby. To znamená snížení a ustálení diagnostických hodnot na přijatelnou úroveň. Tato oblast zahrnuje léčbu hypertenze, kde prokazatelně se sníží TK, a to nejlépe na hodnoty 120/80 mmHg, léčbu glykemie, kde by mělo být prokazatelné ustálení hodnot glukózy na přijatelnou hladinu max. 9 mmol/l, léčbu vysokého LDL (*low density lipoprotein*) cholesterolu na hodnoty pod 100 mmol/l a léčbu a kontrolu HbA1c (*glykovaný hemoglobin*) s hodnotami do < 53 mmol/mol. Za úspěšnou léčbu náleží lékaři odměna ve výši 25 € (435 Kč čtvrtletně). Do této oblasti spadá i edukační program pacientů, kteří nejsou na inzulínové terapii. Toto kritérium umožňuje lékaři zorganizovat max. jednou měsíčně edukační kurz pro min. 4 pacienty. Za jeden kurz může dostat 35 € (610 Kč).

Pokud by lékař-diabetolog splnil všechna kritéria v požadovaném množství, tak by jeho roční odměna činila 12 715 Kč (tato odměna je maximum, co lékař může získat). Ze serveru www.mujsplat.cz jsem zjistila, že medián platů lékařů s odbornou specializací je 28 619 Kč, odměna 12 715 je nárůst (přilepení si k platu) o 44,42 %. Pokud by se programu zúčastnilo všech 394 poskytovatelů v oblasti diabetologické péče a všichni splnili všechna kritéria, tak výše nákladů na odměňování by byla ročně 5 009 728 Kč. Což není příliš vysoká částka oproti jiným nákladům. Osobně bych navrhovala zvýšení jednotlivých odměn. V takovém případě by si lékař ročně mohl přijít až na 51 400 Kč, což by byl nárůst o 179,6 %. Roční náklady na program by posléze byly 20 251 600 Kč. Celkové roční maximální náklady na P4P program po vzoru německého DPM by byly 1 018 918 645 Kč. Pokud se program řídil mým doporučením, tak by se celkové náklady mohly vyšplhat na 1 007 383 325 Kč.

³⁰ Neplést s následnou péčí v ČR, kde se tím míní lůžková následná péče.

³¹ Nezánetlivé poškození funkce a struktury periferních nervů vlivem dlouhodobě zvýšené glykémie (hyperglykémie) při diabetu. [74]

4.2 Přínosy a omezení P4P v ČR

Metoda pay-for-performance je velmi populární metoda a od svého vzniku ji přijaly za své mnohé země. Je tomu tak proto, že tato metoda nabízí další možnosti navíc, jak zlepšit kvalitu zdravotní péče a ušetřit náklady na tuto péči (většinou chronickou). Právě ušetření nákladů je jedna ze stěžejních věcí, které by měl program P4P dosáhnout. Tyto programy jsou velmi finančně nákladnou záležitostí, a bylo by vhodné snažit se rozpočtovou neutralitu (díky nákladům na zlepšení péče ušetřit za tuto péči). Bohužel praxe je taková, že než se program rozběhne, trvá to 3 – 6 let a po těchto letech je ušetření pouze 20 - 25 %.[50] To znamená, že hlavně v první fázi je implementace velmi nákladná a neúčinná. Po těchto letech, když už je program zajištěn a účastní se ho až 80 % poskytovatelů, nastává zlepšení v poskytované kvalitě péče průměrně o 65 %. I tak jsou výsledky nepříliš dobré, oproti vloženým investicím. Většina programů P4P vykazuje v nejlepším případě jen mírné zlepšení ve výsledcích zdravotní péče, a pouze malá část z nich byla schopna snížit výdaje na zdravotní péči. Například v Německu byly u astmatu náklady vyšší než klinický přínos (nepovedlo se snížit počet pacientů s astmatem a ani ušetřit za péči). [50, 51, 66, 67]

Naopak velký pozitivní ohlas na tuto metodu je u pacientů, kteří si povšimli zkvalitnění péče, a to jak v četnosti kontrol a zájmu lékaře o jejich zdravotní stav, tak i v jejich samotném pocitu – pacienti se „cítí lépe a zdravěji“. Díky P4P programu v USA se dokonce zvýšila předpokládaná střední délka života při narození u diabetických pacientů. V poslední době některé programy přinesly mnohem lepší výsledky. Disease Management Program v Německu například snížil výskyt některých komplikací a snížil celkové náklady na péči diabetiků o 13 %. Německo a další země také dosáhly dobrých výsledků u programů pro onemocnění koronárních tepen a chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN). Například diabetičtí pacienti jsou díky programu výrazně častěji kontrolovány odborným lékařem na syndrom diabetické nohy, v důsledku kterého je menší výskyt těchto komplikací. Předběžné výsledky také ukazují, že program může mít vliv na snížení úmrtnosti diabetických pacientů. Kromě toho se spokojenost pacientů s léčbou výrazně zvýšila.

Díky zefektivnění ambulantní péče došlo ke snížení délky hospitalizace a tím pádem ušetření nákladů v lůžkové péči o 25 %. [50, 54, 63, 67]

4.2.1 Přínosy

Proč vlastně uvažovat o tom, že by se do českého zdravotnictví měla zavádět nová metoda jako úhrada za zdravotní péči?

Česká republika ročně vynakládá na zdravotnictví přes 200 mld. Kč, v roce 2014 to bylo 234, 87 mld. Kč (*ÚZIS 2014*). Může se to zdát hodně, nicméně odborníci i poskytovatelé zp. stále upozorňují na dlouhotrvající nedostatek financí, a navíc oproti zemím OECD jsme lehce podprůměrem (viz. kapitola 2.2). Důvodem zavedení nové metody je především snaha o snížení plýtvání těmito penězi. Takovým plýtváním jsou hospitalizace, které by nemusely být, pokud by se v čas přišlo na komplikace nebo se jim předešlo, netransparentnosti finančních toků mezi hlavními aktéry zdravotního systému (vláda – zdravotní pojišťovna - poskytovatel) a nedostatečná kvalita zdravotní péče.

Právě u posledního důvodu bych se zastavila. Většina programů P4P byla zavedena právě kvůli tomu, že v některé z oblastí chronických onemocnění se pacientům nedostává

kvalitní péče, je tam vysoká úmrtnost či zcela chybí některé další programy, které by se snažily o zlepšení o tuto péči. Dá se říci, že programy P4P byly zavedeny ve státech, kde v některé oblasti zdravotní péče vycházejí špatné ukazatele (např. vysoká úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění, vysoký výskyt astmatu a především u dětí,...) a není tam zaveden řádný systém o péči těchto pacientů (hlavně v oblasti diabetologické péče).

Podle dostupných údajů ve zmíněných parametrech je na tom Česká republika velice dobře v porovnání s ostatními zeměmi. O své pacienty trpícími DM se staráme dobře, věnujeme jim náležitou péči, úmrtnost se neliší od jiných zemí a máme dobře zavedený systém kontrol u lékařů a výkonů, které jim pravidelně provádí. Také ohodnocení těchto lékařů je díky tarifnímu ohodnocení těchto výkonů velmi optimální (viz. kapitola 6). Takže u nás o špatné kvalitě zdravotní péče nemůže být ani řeč. [62, 68, 69]

Velkým přínosem by pro Českou republiku byla hlavně oblast cílené léčby v motivačním odměňovacím programu. Právě snížení těchto kritických ukazatelů by vedlo k méně komplikacím, hospitalizacím a tím pádem ušetřením nákladů na hospitalizace, a pravděpodobně i ke zvýšení předpokládané střední délky života při narození u diabetických pacientů. Další přínos by byl v tom, že díky častým kontrolám a zároveň snižováním hodnot na přijatelnou mez, by se zároveň i zlepšil zdravotní stav dalších přidružených nemocí pacienta (například právě kardiovaskulární onemocnění). Významnou částí P4P je i kritérium zaměřené na pravidelnou kontrolu syndromu diabetické nohy a edukaci pacienta, jak se sám o své nohy starat. Zabránit ztrátě končetiny je pro samotného pacienta „k nezaplacení“ a pro zdravotní a sociální systém velká finanční úleva.

Co by pacienti možná sami ocenili, jsou edukační kurzy. Přišli by do kontaktu s ostatními pacienty se stejným problémem, mohli by si o své nemoci pohovořit a navzájem se podporovat i dohlížet na sebe. Takové sociální zařazení by jistě bylo velkou psychickou oporou, jak pro mladé diabetiky, tak i pro seniory. Na druhou stranu, si lékař díky těmto kurzům může vyhradit dostatek času na tuto edukaci, na kterou v běžné ordinační době tolik času nemá³².

4.2.2 Omezení

Největší kritikou na programy P4P je jejich veliká finanční zátěž a nepříliš přínosné výsledky i ušetření. Ať už jde o program v Německu, USA nebo Velké Británii, vždy se vynakládají nemalé finanční prostředky na tyto programy, a to v řádu několika desítek tisíc euro, dolarů a liber. V přepočtu se vždy jednalo o několik desítek až stovek miliónů korun. V těchto nákladech je započítána jak samotná odměna pro poskytovatele na základě kritérií, tak i administrativní podpora programu. [45, 63, 67]

Otázkou je, jaká instituce v ČR by takový program financovala. S tím úzce souvisí i nutnost politické podpory, protože takový rozsáhlý program v oblasti zdravotnictví musí být nějakým způsobem podpořen legislativou a i hlavními aktéry ve zdravotnickém systému (MZČR, MFČR, VZP i další lékařské instituce). O způsobu financování se zmíním jen krátce – je tu možnost P4P financovat ze státního rozpočtu nebo fondů zdravotních pojišťoven.

Důležitou otázkou je, zda by se takto nákladný program vyplatil a opravdu přinesl požadované výsledky. Bohužel ze závěrů a z výsledků z ostatních zemí, které P4P mají,

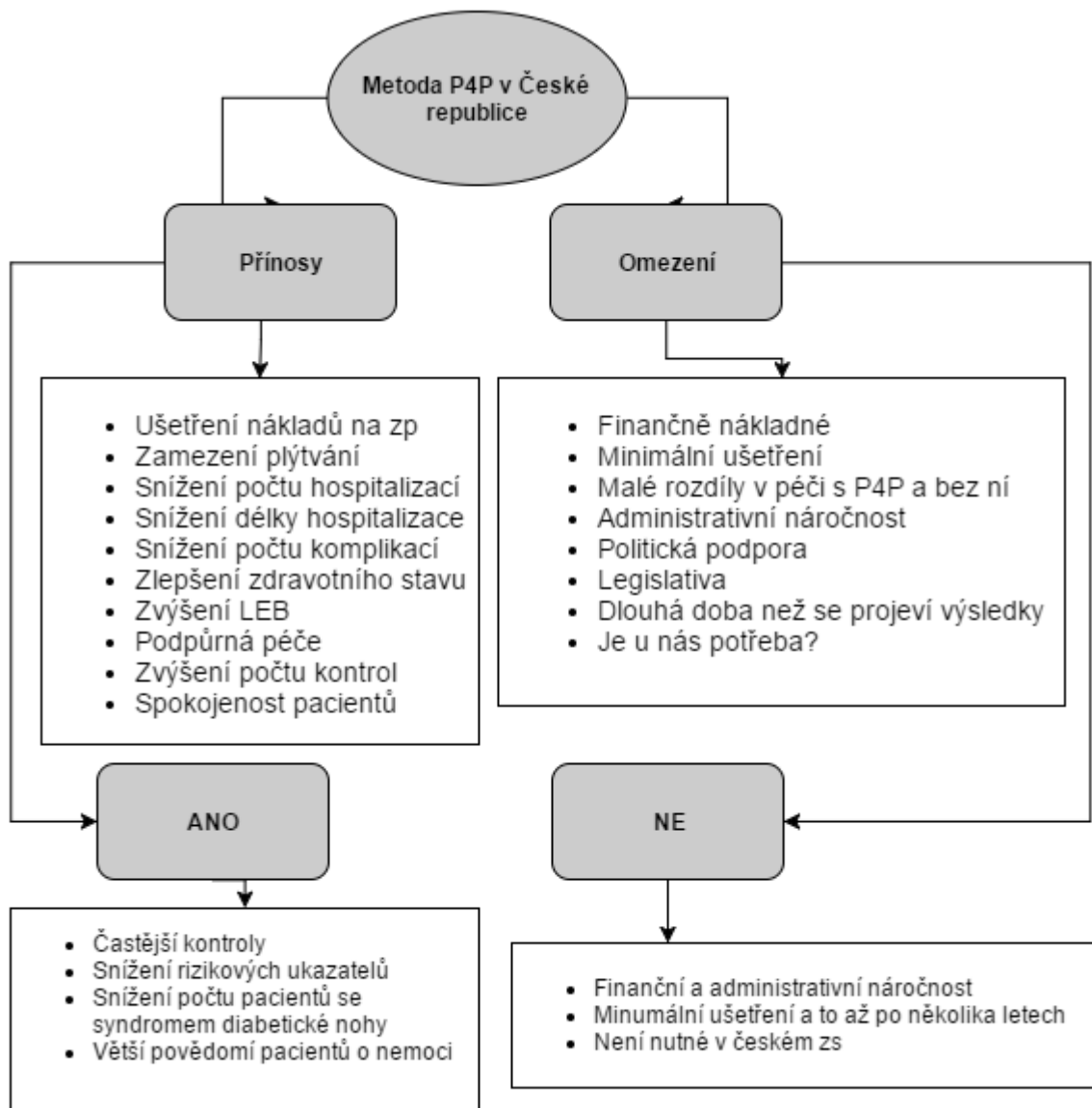
³² Na výkon 13051 (cílená edukace pacienta) je sice v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 40 minut, ale denně (za ordinační dobu) by nestihl tolik pacientů, jako v rámci jednoho kurzu.

vyplývá, že je minimální ušetření mezi oblastí, která byla podporována nějakým programem P4P a mezi oblastí, která nebyla podpořena žádnou formou P4P (viz. úvod kapitoly). Podobná situace by mohla nastat i v našem systému.[45, 50, 67, 70]

Je vhodné se na tuto problematiku podívat i z pohledu přímo zúčastněných stran – lékařů a pacientů. Z pohledu lékaře by se jednalo o další administrativní zatížení („papírování navíc“) a o možnost nespolupráce pacientů. Také spolupráce pacientů je významným faktorem, který může produktivitu lékařů výrazně ovlivnit. Bylo by dobré odpovědět na otázku, zda by vůbec sami pacienti měli zájem o účast na tomto programu, tzn. chodit k diabetologovi min. 4x ročně + k dalším specialistům, kam by je lékař posílal, podílet se na plnění cílů. Nebo zda by oni sami měli zájem o svůj zdravotní stav. Já sama jsem se v rámci své studijní praxe setkala s pacienty, kteří ač měli DM, tak odmítali držet dietu, píchání inzulínu pro ně bylo nutné zlo, na kontroly chodili jen neradi a to ani nechodili ke specialistům, a komplikace brali jako „normální“ stav, ze kterého je lékaři musí vyléčit. Splnit kritéria, zejm. v oblasti cílené léčby, pak bude pro lékaře nelehký úkol. Tuto situaci by mohla pomoci vyřešit finanční spoluúčast pacientů. Na druhou stranu, ze zahraničí se právě od pacientů ozývají velmi pozitivní ohlasy na účast v tomto programu.

Dalším omezením může být zvýhodnění diabetologických specialistů oproti jiným lékařským oborům. Ač jsou úhrady od pojišťoven u všech specialistů dané Úhradovou vyhláškou a Seznamem výkonů s bodovými hodnotami, tak by si diabetologové díky této metodě přišli ročně o několik desítek tisíc více, než jejich kolegové z jiných odborností. Navíc je možné, že lékaři budou věnovat větší úsilí léčbě o pacienty, za které dostanou odměnu (jako se to stalo ve Velké Británii).

Posledním z omezení může být paradoxně dobrá kvalita péče, kterou ČR svým občanům nabízí. Většinu cílů z programu P4P totiž lékaři poskytují v rámci standardních výkonů ve svém oboru.



Obrázek 18 Schéma přínosů a omezení pro metodu pay-for-performance v ČR

5 Diskuse

Při vypracování části práce, která se zaměřila na metodu pay-for-performance, jsem pracovala především se systematickými rešeršními studii od OECD a WHO, které souhrnně popisovaly metodu P4P v jednotlivých zemích. Tyto studie byly koncipovány tak, že vysvětlovaly důvody k zavedení nové metody v jednotlivých státech, jakým způsobem různé instituce prováděly implementaci této metody do systému, jaké postupem času přinášely výsledky vůči vynaloženým nákladům. Nakonec byl vždy tam uveden závěr, který se zpětně ohlížel na fungování metody. Studie ještě hodnotily přínosy a efektivitu této metody v praxi. Dalšími zdroji mých informací byly odborné články na toto téma, které si vypracovávaly samotné organizace zapojené do programu, kontrolní vládní úřady, které analyzovaly efektivitu těchto programů. Dále jsem čerpala z uveřejněných lékařských článků na toto téma. Významným zdrojem mých dalších informací byli odborníci z Ministerstva zdravotnictví ČR.

Hlavním poznáním je, že ačkoliv je metoda pay-for-performance velmi rozšířená a v některých státech (USA, VB, Německo i například Estonsko či Nový Zéland) dlouhodobě zavedená, tak se přes vynaložené úsilí nedosahuje v těchto zemích takových výsledků, jakých se očekávalo. Finanční i personální náklady na programy provádějících tuto metodu, zahrnující jak administrativní, finanční, tak i nefinanční náklady, jsou poměrně vysoké. Náklady na tyto programy v každém státě činily více než stovky miliónů dolarů (\$ 65 mil. v Hospital Quality Incentive Demonstration Project, HQID) či Euro (920 mil. € za německý program Disease Management Program, DMP) ročně, a nejsou ani výjimky, které mají roční náklady na program i miliardu dolarů (Practice Incentive Program, PIP). Náklady na jednoho pacienta jsou v DMP 153 € ročně. Navíc není vždy průkazné, zda vůbec k nějakému zlepšení a ušetření došlo. Pokud došlo k nějakému zlepšení nebo ušetření, tak to bylo jen mírné zlepšení a nedosahovalo se úspor o více než 15 %. [45, 47, 50, 51, 58]

Takto vysoké finanční náklady jsou samozřejmě způsobeny množstvím zúčastněných lékařů a pacientů a rozsáhlostí programu. Státy, které mají vysoký počet populace i poskytovatelů (například USA), budou mít náklady nesrovnatelně vyšší, než státy, kde je menší počet zúčastněných lékařů. Dalším problémem je samotné měření těchto úspor a dosahování požadovaných výsledků. Faktorů, které ovlivňují a vstupují do výpočtu těchto nákladů, jsou mnohdy velmi složité a provázané, a ani sami organizace dosud nemají ve vyčíslování jasno. To samé platí i pro měření výsledků v léčbě onemocnění, na která se programy zaměřují. Jedna věc je u pacientů měřit a zaznamenávat (dokumentovat, což je také jedním z principů P4P) jejich výsledky a hodnoty, druhá věc je tyto údaje relevantně porovnat s pacienty, na které se program nevztahuje. Také výměna informací mezi lékaři a samotnými institucemi, které jsou a nejsou v programu, je obtížná. [51, 53, 67]

Je vhodné položit si otázku, proč se vůbec tato metoda zaváděla, z jakých důvodů a co je jejím smyslem. Prvotní smysl zavádění odměňování za výkon je motivace k provádění kvalitní práce – převedeno do zdravotnictví, smyslem zavedení P4P bylo motivovat lékaře k tomu, aby poskytovali kvalitní zdravotní péči a hlavně díky ní měřitelně a prokazatelně dosahovali úspěchů v léčení. Dalším důvodem bylo ušetření nákladů na péči, která právě díky své nedostatečné kvalitě byla zbytečně finančně náročná. Finančně náročná ve smyslu opakujících se diagnóz, relapsů nemocí, nadměrně dlouhé doby léčení i hospitalizací, s tím

souvisí i nadužívání materiálu. Posledním důvodem zavedení této metody bylo i vnesení pořádku do systému léčby některých onemocnění, který nebyl uspořádán, a to hlavně v oblasti péče o chronicky nemocné, a ve státech, které neměli účinné programy na léčbu těchto onemocnění. [45, 50, 58, 67]

Valná většina programů P4P se zaměřuje na chronická onemocnění. Právě z důvodu velké nákladnosti těchto pacientů i počtu úmrtí na tato onemocnění. U nás (v ČR) zemře ročně na chronické onemocnění oběhového systému 23 tis. pacientů, což je 71% podíl ze všech úmrtí. Na diabetes mellitus ročně zemře 22 tis. pacientů. Právě toto chronické onemocnění jsem si zvolila za oblast implementace programu P4P v ČR. Na toto onemocnění se zaměřují i ostatní P4P programy ve světě. [2, 62]

Zjistila jsem, že výsledky v oblasti diabetu, na které byl aplikován program P4P v zahraničí, jsou zvýšení střední délky života při narození diabetiků, snížení komplikací a zlepšení průběžných výsledků u pacientů s diabetem (DMP). Zda DMP může snížit výdaje na zdravotnictví pro diabetes je stále nejasné, protože se zatím nepodařilo najít relevantní měřitelný způsob. Dalším výsledkem je zlepšení kvality péče o chronicky nemocné, ale programy na tuto péči jsou velmi nákladné (AUD 3 mld. ročně) (PIP). Výborné výsledky má novozélandský program, který má úspěch v odhalování diabetu u dosud nedagnostikovaných pacientů a kvalitní následné péče. Bohužel nejsou známy žádné významné pokroky v léčbě. I navzdory velkým snahám, se nevyskytly žádné úspory (CAPI). [50, 51, 54, 58]

Proč tomu tak je? V oblasti hospitalizací se nepodařilo snížit dobu hospitalizace a počet hospitalizovaných na takovou úroveň, aby se snížení nákladů za tato opatření projevila. Nepovedlo se dosáhnout rozpočtové neutrality. Faktor, který má vliv na výsledky je i pacient sám. Jen těžko může lékař léčit pacienta, který není disciplinovaný. Bylo by tedy vhodné vytvořit motivaci i pro pacienta, i když by pro něj mělo být zlepšení jeho zdravotního stavu dostatečnou motivací. Dalším problémem je samotné měření výsledků, jak prokázat efekt metody. Výměna informací mezi poskytovateli a institucí zajišťující program P4P je jeden z principů P4P, nicméně bez dobrého informačního systému to nepůjde. [67]

Výkonnost zdravotnických systémů

V druhé kapitole jsem se zabývala, výkonností zdravotního systému – zda má zdravotní systém a jeho institucionární uspořádání nějaký vliv na jeho výkonnost. Veškerá data jsem čerpala z databázových mezinárodních systémů, jako je OECD (Organization for Economic Cooperation and Development), WHO (World Health Organization), Světová banka a EUROSTAT (European Statistics). Informace a inspiraci jsem získávala z knihy Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů od Miroslava Bartáka. [3, 32, 40, 41, 65]

Největší propast nastala mezi liberálním zdravotním systémem a ostatními (Bismarckovským a Beveridggovským systémem). Liberální systém je velice nerovný. Neumožňuje dostupnost zdravotní péče všem. Navíc všichni poskytovatelé zp jsou soukromé instituce a jejich cílem je zisk. Je sice pravda, že USA má největší výdaje na zdravotnictví, a to s 5% náskokem oproti další zemi v pořadí (Nizozemí), ale ostatní ukazatele, hlavně v oblasti zdraví populace, má na srovnatelné úrovni, jako ostatní země. Vezmu-li například střední délku života při narození (LEB), tak USA navzdory svým velkým výdajům má tuto hodnotu ve světovém průměru, který je podle WHO za rok 2013

71 let. USA má z vybraných zemí také nejvíce úmrtí dětí do pěti let. Takto vysoké číslo může být způsobeno velkým množstvím sociálně odloučených lokalit. [41, 42]

Co se týká výdajů na jednoho pacienta, tak si nelze nevšimnout trendu, že čím je stát větší (počet obyvatel, rozloha), tím vyšší jsou výdaje na jednoho pacienta. Zajímavé je porovnání výdajů na zdravotnictví z hlediska zdrojů tohoto financování. Kromě USA tvoří soukromé výdaje v rozmezí 1,1 – 2,6 % HDP, v liberálním systému je to o poznání více, a to 8,7 % HDP. Je to díky tomu, že právě soukromý sektor hraje v USA velmi významnou roli. Dokonce tyto soukromé výdaje jsou vyšší než veřejné (7,9 % HDP). [44]

Počty lůžek jsou ukazatelem, pod kterým si lze představit počet lůžek, které jsou okamžitě k dispozici (jsou přepočítány na 1 000 obyvatel). Z mých vybraných zemí (USA, VB, Ně a ČR), má k dispozici nejvíce lůžek Německo a ČR, které mají zároveň bismarckovský zs. Na křivce dat z OECD v počtu nemocničních lůžek (hospital beds) je zajímavé si povšimnout, že první příčky (nejvíce lůžek) mají státy s bismarckovským zs (Německo, Rakousko, ČR, Polsko, Maďarsko,...). Ostatní příčky obsadily státy s daňovým zs (VB, Itálie, severní státy, a další), ale dokonce i USA. Takže není rozdíl v počtu lůžek mezi beveridgeovským a liberálním systémem. Předpokládám, že je to tím, že oba tyto systémy více hospodaří s finančními zdroji. Obdobný poměr je i u počtu lékařů na 1 000 obyvatel.[40–42]

Ukazatel počtu chirurgických zákroků, které se prováděly na operačních sálech (mohl to být i zákrový sál) přepočítané na 100 tis. obyvatel, jsou velmi rozdílné. USA o polovinu převyšuje VB, VB zase o více než polovinu převyšuje Českou republiku. Proč má USA tolik zákroků, přestože si pacienti hradí takové zákroky? Mohlo by to být z důvodu nadužívání zdravotní péče, kdy se soukromý poskytovatel lékařské péče snaží vytižít své prostředky na maximum.

Podíl počtu úmrtí nepřenosných chorob je naopak dobrým ukazatelem společenské kultury státu, a to bez ohledu na typ zdravotního systému. S jistou určitostí se dá říci, že v oblastech s méně kvalitní péčí, politickou nestabilitou a válečnými konflikty, se tento podíl zmenšuje, ale naopak roste podíl úmrtí přenosných chorob (např. na Africkém kontinentu AIDS) nebo příčin úmrtí z trestní činnosti.

Závěrem bych řekla, že pokud zdravotní systém nabízí rovnou a plnohodnotnou zdravotní péči všem občanům, tak se jedná o dobrý zdravotní systém a záleží na samotném státě a jeho občanech, jaký si zvolí systém a jaký budou používat. Osobně bych se vyhnula liberálnímu systému, který má více negativ než pozitiv.

Oblast diabetologie

Ze statistických údajů národních i světových databází ohledně diabetu je zřejmé, že tato nemoc má civilizační charakter a neustále stoupá počet nově nemocných. Zdrojem mých dat byly již zmíněné mezinárodní databáze, IDF (International Diabetes Federation), ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR), Svaz Diabetiků České republiky, Česká diabetologická společnost a Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Na světě je v tuto chvíli evidováno 422 mil. lidí, kteří mají diabetes, a v roce 2012 na něj zemřelo 1,5 mil. lidí. Není proto divu, že se diabetem zabývá mnoho institucí.[61] V České republice je přibližně 841 tis. diabetiků. Z dat od MZČR z odbornosti 103, jsem zjistila, že v roce 2014 bylo aktivně léčeno u specialistů diabetologů 388 218 pacientů

s diagnostikovaným diabetem. Předpokládám, že dalších přibližně 450 tis. diabetiků se léčí u svých praktických lékařů (ve smyslu, že kompletní péči jim zajišťuje on nebo si chodí jen vyzvedávat inzulin a léky). Na potvrzení tohoto předpokladu by byla vhodná data z odbornosti 001 (všeobecné praktické lékařství), která bohužel z roku 2014 MZČR ještě nemá k dispozici. Tito pacienti navštěvují celkem 394 poskytovatelů diabetologické péče. Oproti roku 2012, kdy bylo těchto specialistů 487, je to o 93 diabetologů méně. Tento pokles je způsoben rušením a slučováním poskytovatelů, a odchodu lékařů do důchodu. [62]

Z těchto dat vyplývá, že na jednoho specialistu diabetologa, připadá 985 pacientů. Při takovém počtu by neměl být problém všechny pacienty ošetřit (zkontrolovat). Naopak, většina lékařů to zvládne v průměru 6,7x za rok. Při kontrole jednoho pacienta 4 ročně, je lékař schopen ošetřit denně 26,2 pacientů. V takovém případě by měl na jednoho pacienta (za předpokladu osmi hodinové směny) 18, 46 minut. Nabízí se otázka, zda skutečně lékaři dodržují stanovený počet minut na výkon daný seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Nejvíce diabetických pacientů je v Hlavním městě Praha (73 276), následovaný Jihomoravským krajem s 46 910 pacienty diabetiky. Nejméně pacientů je v Libereckém kraji (11 070). Co se týká průměrného počtu návštěv za rok, tak jeden specialista dokáže nejčastěji ošetřit právě v Libereckém kraji, kde byl průměrný počet návštěv 9,3 za rok. Nejméně je to v Praze, kde je průměrná návštěvnost 5,5 návštěv jednoho pacienta za rok. Oproti roku 2012, kde byl v kraji Vysočina průměrný počet návštěv 3,1 podle dat z ÚZISu, je můj výsledek 7,5. Tento rozdíl je způsoben právě celkovým počtem diabetiků, se kterým se počítalo.[2, 62]

Náklady na tuto péči stály 479 659 206,01 Kč. V těchto nákladech je započítaná péče za 388 218 diabetiků, kteří chodí k 394 diabetologům, a za vykázané výkony, kterých bylo celkem 2 707 630. Po konzultaci s odborníkem z MZČR je tato částka reálná. Na všechny specialisty je vyhrazeno 20 mld. Kč, takže těchto 0,5 mld. Kč na jednu odbornost je v mezích normy.

Počet hospitalizovaných v roce 2014 byl 34 043. S porovnáním z roku 2012, kdy bylo hospitalizováno 20 227, jde o nezanedbatelný nárůst. Tento nárůst odpovídá nárůstu počtu diabetiků a stárnutím diabetických pacientů, kteří trpí komplikacemi. Náklady na hospitalizace těchto pacientů za rok 2014 byly 627 398 477,87 Kč. Celkem péče za diabetické pacienty stála 1 107 057 683,88 Kč (za rok 2014). Je nutné podotknout, že se jedná pouze o přímé náklady vyšetření a hospitalizace. Nejsou v tom náklady na léky pacientů, návštěvy u praktických lékařů a na další komplikace (diabetes je komplikací u mnoha dalších chorob).

Náklady P4P v ČR

Ze zahraničních programů jsem zjistila, že roční náklady na programy P4P jsou nemalé. Je to z toho důvodu, že je zapotřebí odměnit velké množství lékařů, a to takovými platbami, které by byly dostatečně motivujícími. Dále jsou náklady tvořeny administrativní částí, která pokrývá veškeré formální záležitosti, od vytištění formulářů, přes vedení řádné dokumentace, až po komunikační IT systémy, které by měli zajišťovat komunikaci mezi poskytovatelem a institucí zajišťující program. Část nákladů se vrátí tím, že poskytovatelé, kteří se chtějí do programů zapojit, platí roční registrační poplatek. Tyto poplatky jsou však

velmi malé s porovnáním ročních odměn, které poskytovatel může obdržet. Poslední složkou nákladů jsou i nefinanční odměny – bonusy a různé příspěvky na další vzdělávání. Abych mohla přibližně odhadnout náklady na program, který by u nás mohl potenciálně vzniknout, nechala jsem se inspirovat zahraničními programy. Odměny jsem pomocí parity kupní síly přepočítala z německého DMP, kritéria a oblasti odměňování, jsem výtahem (tzn., že jsem vytvořila stručný přehled a vybrala jen některé parametry) převzala z programu DPM, PIP a QOF. Návrh českého programu zahrnuje celkem čtyři oblasti. Jedná se o oblasti dokumentování a koordinování péče, následné péče o pacienta s DM, odměňování doplňkových služeb, a odměny za cílenou léčbu. Náklady jsem rozdělila na administrativní a motivační. [63, 67, 71, 72]

Roční administrativní náklady na jednoho pacienta, jsou v Německu 150 € [67], v přepočtu měnovým kurzem však tato hodnota neodpovídá skutečným nákladům. Proto jsem tuto hodnotu (a i všechny ostatní) přepočítala paritou kupní síly, která pro rok 2014 byla dle EUROSTATu 17,4131 Kč za Euro [65]. Pokud by se tedy do programu zapojilo všech 388 218 pacientů, tak by roční administrativní náklady byly 1 014 011 828 Kč. Vzhledem k počtu zúčastněných pacientů, je to srovnatelné číslo, jako mají v zahraničí. Suma by byla ještě větší, pokud by se programu zúčastnili všichni pacienti s DM. Toto číslo se ovšem sníží o vybrané registrační poplatky od lékařů diabetologů, kterých 394 a každý z nich by zaplatil 261 Kč. Přínos by nebyl příliš efektivní, protože by to bylo „jen“ 102 911 Kč. Celkem by bez mého doporučení byly administrativní náklady 1 013 908 917 Kč. Dovolila jsem si registrační poplatek zvýšit na 1 300 Kč ročně (zaokrouhlená polovina administrativních nákladů na jednoho pacienta). V takovém případě by se vybralo od lékařů 512 200 Kč ročně a celkové administrativní náklady by tedy byly 1 013 499 628 Kč.

Náklady na odměny by bez mé úpravy byly při splnění všech kritérií 12 715 Kč na jednoho lékaře. Při zúčastnění všech poskytovatelů by celkové roční náklady byly 5 009 728 Kč. Což je velmi příznivé. S administrativními náklady by se za rok vydalo 1 018 918 645 Kč. Při mém doporučení jsem jednotlivé odměny za splnění kritérií navýšila. Při mém návrhu by jeden lékař mohl ročně dostat až 51 400 Kč. Celkem za všechny lékaře by tedy náklady byly 20 251 600 Kč. Spolu s administrativními náklady by celková suma byla 1 033 751 228 Kč. Je nutné počítat s tím, že se programu nezúčastní všichni a celkové náklady budou nižší.

Přínosy a omezení pro ČR

Je otázkou, zda by české zdravotnictví tuto metodu potřebovalo a čím by mohla přispět. Hodně diskutovaným tématem je snaha zamezení plýtvání finančními prostředky, snížení počtu relapsů nemocí a komplikací, a s tím souvisejících hospitalizací. Jak jsem popsala v kapitole 4.2, přínos by byl hlavně v kontrolní péči a cílené léčbě. Při častých kontrolách se minimalizuje riziko přehlédnutí nějakého negativního faktoru (například, že pacient ztrácí cití na nohách, zhoršuje se mu zrak,...), který by mohl vést ke komplikacím či hospitalizacím. A pokud se nějaký takový faktor vyskytne, bude zachycen včas a tím pádem je vyšší pravděpodobnost jak úspěšné léčby, tak hlavně kratší doby léčby. Velmi pozitivně vidím spolupráci s ostatními specialisty, jako například neurologové, oftalmologové i praktičtí lékaři a další, kteří by se na léčbě a kontrole pacientů podíleli.

Omezení, která by bránila vytvoření takového programu je celá řada. Prvním úkolem by byl samotný návrh systému, který by splňoval všechny principy metody pay-for-

performance a byl by dostatečně atraktivní pro jeho účastníky. V našem systému bychom byli i výjimka, protože P4P programy jsou zaměřeny převážně na praktické lékaře, především QOF. Je to proto, že v ostatních státech funguje gatekeeper systém a právě praktičtí lékaři (PL) jsou ti, kteří koordinují léčbu svých pacientů. Na další zefektivnění léčby bych tedy osobně navrhla koordinaci zdravotní péče mezi praktické lékaře a diabetology. PL by měli vědět o zdravotním stavu svých pacientů vše – měli by vědět kdy, kde a jakém vyšetření pacient byl a jaké má léky, jak se jeho léčba vyvíjí... Například různá medikace od různých lékařů může přinést spoustu komplikací v důsledku kontraindikací. Tomu by mohl zabránit právě PL, který by koordinoval medikaci, popřípadě jí konzultoval s dalšími odborníky, ke kterým pacient dochází.

Nelehkým úkolem by bylo vytvoření systému, který dokázal měřit a porovnávat funkčnost systému. V mnoha zemích je toto kritizováno, protože programy nepřiliš přesvědčivě měří samotný přínos – je neprůkazné, zda zlepšení stavu pacientů a ušetření bylo způsobeno díky programům P4P či nikoliv. Další překážkou může být množství financí a s tím související politická podpora.

Naskytá se otázka, proč by měli být lékaři odměňováni navíc za něco, co je jejich prací a povinností. Legislativa lékaře odměňuje na základě mnoha úhradových mechanismů, a lékaři mají jiné možnosti jak být za svou práci odměněni (mimořádná měsíční odměna, výkonnostní odměna, různá osobní ohodnocení a příplatky za služby).

6 Závěr

Metoda pay-for-performance začala ve veřejném sektoru v USA a postupně se rozšířila do dalších oblastí. Jednou z těchto oblastí bylo zdravotnictví. V letech 2001 – 2003 nezávisle na sobě začaly vznikat programy P4P ve zdravotnictví v USA a VB. Bylo to z důvodu stále narůstajících nákladů za nekvalitní a nákladnou zdravotní péči³³.

Cílem této metody je zvýšit kvalitu zdravotní péče za pomoci motivačních finančních odměn. V praxi to vypadá tak, že vláda nebo zdravotnické organizace sestaví určitá kritéria – cíle, která pokud budou daným zdravotním zařízením (poskytovatelem, může to být nemocnice nebo soukromý lékař) splněna, tak dostane finanční odměnu. Každá země si tyto oblasti a kritéria sestavuje sama, nicméně všechny programy se řídí danými principy. V kritériích se objevují klinické zdravotnické stavy, které je třeba vylepšit nebo ustálit na normálních hodnotách (např. snížení krevního tlaku a cholesterolu, minimalizace komplikací, prokazatelné zlepšení zdravotního stavu, apod.).

Přestože účast na těchto programech je dobrovolná, tak účast poskytovatelů je velice markantní a dosahuje až 90 % z celkového počtu všech poskytovatelů zp v dané zemi. Je to proto, že samy lékaři a jiná ZZ mají zájem na tom, aby jejich zp byla co nejlepší.

Na základě studií a každoročního měření a porovnání výsledků programů P4P z jiných zemí bohužel není patrné, zda se ukazatele kvality zdraví zvyšují a zda přinášejí ušetření nákladů na zdravotní péči. Pokud ano, tak ušetření je jen velmi nepatrné.

Hlavním smyslem této práce bylo posoudit možnosti využití metody pay-for-performance v České republice právě na základě stavu a výsledků ze zemí, které tuto metodu v praxi využívají. V našem zdravotním systému se forma pay-for-performance již vyskytuje, a to v podobě programu VZP AKORD a dokonce i v legislativě. Program AKORD splňuje všechny principy P4P stanovené American Medical Association (AMA). Ve státech se stejným zdravotním systémem jako je ČR, programy P4P zajišťují taktéž zdravotní pojišťovny. Pokud by do programu AKORD byla přidána oblast kritérií léčení konkrétních diagnóz a ukazatelů (právě ty kritéria, za která jsou lékaři odměněni), tak by se dal program AKORD považovat za program metody pay-for-performance. [53, 57]

S vytvářením zcela nového programu P4P v České republice bych byla opatrná, protože vkládat velké množství financí do programu, který by nemusel přinést výrazné změny, by mohlo být zbytečné. Z nastudovaných materiálů a závěrů ze zahraničních studií bych možnost vytváření programu pay-for-performance nedoporučila, protože vytvoření, uvedení do praxe a průběh programu P4P zaměřeného na diabetické pacienty by byl finančně nákladnější, než dosavadní náklady na léčbu těchto onemocnění.

³³ Špatnou zdravotní péčí se myslí komplikace z důvodu špatných diagnóz, léčby a nedodržení bezpečnostních postupů. Dále pak nadměrné množství pacientů na lékaře, kterých je stále méně a méně, kvůli jejich odchodu za lepšími podmínkami nebo úplný odchod do jiného oboru.

Seznam použité literatury

- [1] DARMOPILOVÁ, Zuzana. *Systém financování zdravotní péče v ČR a ve Francii*. Brno: MU 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta.
- [2] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013*. Praha: ÚZIS ČR, 2014. ISBN: 978-80-7472-135-9.
- [3] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health systems* [online]. 2016. Dostupné z: http://www.who.int/topics/health_systems/en/
- [4] KAŠPAR, Petr. *Zdravotnické systémy a způsoby úhrady zdravotní péče v mezinárodním srovnání*. 2014
- [5] *Zdravotní péče a zdravotnické systémy, zdravotní politika* [online]. Praha: 2013. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, 2013. ISSN 2336-5897. Dostupné z: https://wikisofia.cz/index.php/Zdravotn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De_a_zdravotnick%C3%A9_syst%C3%A9my,_zdravotn%C3%AD_politika
- [6] Základní modely zdravotních systémů. *WikiSkripta* [online]. 2015. ISSN 1804-6517. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Home&oldid=310662>
- [7] JEŘÁBKOVÁ, Silvie. *Typy zdravotních systémů dle způsobu financování*. Kladno, 2014. České vysoké učení technické v Praze.
- [8] IVANOVÁ, Kateřina. *Systémy zdravotní péče*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- [9] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění* [online]. 2012. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pece-hrazena-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni_2628_22.html
- [10] GOLA, Petr. Zdravotní pojištění pro živnostníky v roce 2016. In: *FinExpert* [21.9.2015] [online]. 2016. Dostupné z: <http://finexpert.e15.cz/zdravotni-pojisteni-pro-zivnostniky-v-roce-2016>
- [11] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *OBZP - Výše pojistného* [online]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/obzp/obzp-vyse-pojistneho>
- [12] IVANOVÁ, Kateřina. *Systémy zdravotní péče*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- [13] HOLAN, Lukáš. *Jak vlastně funguje Obamacare?* [online]. 2013. ISSN 1801-8688. Dostupné z: <http://www.kurzy.cz/zpravy/360213-jak-vlastne-funguje-obamacare/>
- [14] SUCHÁNKOVÁ, Andrea. *Zdravotnické systémy ve světě*. Praha. Univerzita Karlova v Praze.
- [15] Základní modely zdravotních systémů. *WikiSkripta* [online]. 2015. ISSN 1804-6517. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Home&oldid=310662>
- [16] GYGALOVÁ, Michaela. *Financování zdravotnictví*. Brno: MU 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta.
- [17] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Otázky a odpovědi*. [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/otazky-a-odpovedi/zdravotnictvi-a-zdravotni-pece/1/kapitacni-platba>
- [18] SOVOVÁ, Eva. *Z čeho žijí praktičtí lékaři* [online]. 2008 [cit. 27. duben 2015]. Dostupné z: <http://www.penize.cz/prispevek-na-bydleni/42858-z-ceho-ziji-prakticti-lekari>
- [19] BRUTHANS, Jan. *Úhradové mechanismy*. [přednáška]. Kladno ČVUT, 3. prosinec 2014.
- [20] TROCH, Tomáš. *Úhradové mechanismy a úhradová vyhláška*. [přednáška]. Kladno ČVUT, 24. listopad 2014

- [21] GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, xii, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
- [22] HORÁK, Filip. *Financování lůžkové zdravotní péče v období transformace českého zdravotnictví. Kudy dál?* 2001. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ.
- [23] *Spojená akreditační komise* [online]. 2010. Dostupné také z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>
- [24] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb*. [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2556_15.html
- [25] FILKA, Jozef. *Systém řízení nežádoucích událostí*. 2010, roč. 4, č. 2, s. 125–128.
- [26] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví* [online]. 2008. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1817_13.html
- [27] MARKOVÁ, Kristýna. *Hodnoce ní kvality zdravotní péče*. Praha: VŠE 2014. Bakalářská práce. Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta financí a účetnictví.
- [28] HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. Praha, 2009. Univerzita Karlova v Praze. [online] Dostupné z: http://usm.lfl.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf
- [29] National Health Service. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2016. [online] Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service
- [30] NHS Foundation Trust. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2016 [cit. 2016-05-13]. Dostupné z: https://en.wikipedia.org/wiki/NHS_foundation_trust
- [31] MÁTL, Ondřej. *Německé zdravotnictví*. In: *Zdraví a Zdravotnictví* [online]. 2009. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=9116>
- [32] BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-984-5.
- [33] BARTÁK, Miroslav. *Německé zdravotnictví - na západní frontě klid* [online]. 2006. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nemecke-zdravotnictvi-na-zapadni-fronte-klid-172419>
- [34] ZEMÁNEK, Rudolf. *Privátní pojištění v Německu* [online]. 2012. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/privatni-pojisteni-v-nemecku-465558>
- [35] Bundesversicherungsamt. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2016. Dostupné z: <https://de.wikipedia.org/wiki/Bundesversicherungsamt>
- [36] FOUSKOVÁ, Helena. *Systémy zdravotní péče ve vybraných zemích a jejich srovnání se systémem zdravotní péče v ČR*. Praha, 2003. Atestační práce. Škola veřejného zdravotnictví. [online] Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1451/podzim2014/bp1167/um/FIN_ZDR_PECE/Modely_10995t_1.pdf
- [37] VOLF, Tomáš. *Systém zdravotní péče v USA*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Ing. Marek Pavlík. [online] Dostupné z: http://is.muni.cz/th/99528/esf_b/BP_Volf_UCO_99528.pdf
- [38] VOLF, Tomáš. *Systém zdravotní péče v USA*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Ing. Marek Pavlík. [online] Dostupné z:

- http://is.muni.cz/th/99528/esf_b/BP_Volf_UCO_99528.pdf
- [39] KARLOVÁ, Irena. *Zdravotní pojištění v USA*. Praha, 2006. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce MUDr. Petr Háva, CSc.
- [40] Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD Data* [online]. 2016. Dostupné z: www.oecd.org/
- [41] The World Bank. *The World Bank Data* [online], 2016. Dostupné z: <http://data.worldbank.org/>
- [42] World Health Organisation. *Global Health Observatory* [online], 2016. Dostupné z: <http://who.int/gho/en/>
- [43] *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014. ISBN 978-80-7472-133-5. ISSN 1211-6467.
- [44] Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health spending % GDP* [online]. 2014. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- [45] CARROLL, Aaron E. *The Problem With 'Pay for Performance' in Medicine* [online]. 2014. Dostupné z: <http://www.nytimes.com/2014/07/29/upshot/the-problem-with-pay-for-performance-in-medicine.html?abt=0002&abg=1>
- [46] MCDONALD, Ruth a Martin ROLAND. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Annals of family medicine* [online]. roč. 7, č. 2, s. 121–7 [vid. 13. duben 2015]. ISSN 1544-1717. Dostupné z: [doi:10.1370/afm.946](https://doi.org/10.1370/afm.946)
- [47] JHA, Ashish K., Karen E. JOYNT, E. John ORAV a Arnold M. EPSTEIN. The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes: Comparison of Unintended Consequences. *The Annals of Family Medicine*. 2009, 7(2), s. 121-127. DOI: 10.1097/01.ogx.0000418567.29397.e2. ISSN 1544-1709. Dostupné také z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
- [48] TAHRANI, Abd, George VARUGHESE a Andrew MACLEOD. Pay-for-performance programs in the United Kingdom. *The New England journal of medicine*. Massachusetts Medical Society, 2006, 355(17), 1832-1833. ISSN 1533-4406.
- [49] Pay-for-Performance (Federal Government). In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2015. Dostupné z: [https://en.wikipedia.org/wiki/Pay-for-Performance_\(Federal_Government\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Pay-for-Performance_(Federal_Government))
- [50] CASHIN, Cheryl, Y-Ling CHI, Petr SMITH, Michael BOROWITZ a Sarah THOMPSON. *Paying for performance in healthcare: Implications for health system performance and accountability*. S.l.: Open University Press, 2014. ISBN 978-033-5264-384. 338 s.
- [51] BAKER, Geoffrey. *Pay for Performance Incentive Programs in Healthcare: Market Dynamics and Business Process*. California: Executive Briefing. 2003.
- [52] ŠESTINOVÁ, Alena. *Hodnocení kvality primární péče v ČR*. Praha, 2010. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce MUDr. Pavel Vychytil.
- [53] AMA Principles for Pay-for-Performance Programs. In: *United States Senate Committee on Finance* [online]. Washington DC. Dostupné z: <http://www.finance.senate.gov/imo/media/doc/nntest072705at1.pdf>
- [54] BOROWITZ, Michael. *Pay for Performance: Implications for health systems efficiency and Accountability*. Prague: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013.
- [55] SERUMAGA, B., D. ROSS-DEGNAN, A. J. AVERY, R. A. ELLIOTT, S. R. MAJUMDAR, F. ZHANG a S. B. SOUMERAI. *Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time*

- series study*. [online]. 2011, roč. 342, č. April, s. 108. DOI: 10.1136/bmj.d108. ISBN 10.1136/bmj.d108. ISSN 1756-1833. Dostupné také z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.d108>
- [56] ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 273/2015 O stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016. In: *Sbírka zákonů*. 2015, ročník 2015, částka 111, číslo 273.
- [57] Všeobecná zdravotní pojišťovna. *AKORD - program kvality péče* [online]. Praha, 2015. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/akord-program-kvality-pece>
- [58] *Innovation in provider payment reform in OECD countries*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2015. č. June, s. 1–37.
- [59] ANTOŠOVÁ, Danuše, KODL, Miloslav (ed.). *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. [online] Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. ISBN 978-80-85047-49-3. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zprava-o-zdravi-obyvatel-ceske-republiky2014-_9420_3016_5.html
- [60] *Zdravotnická statistika: Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. ISSN 1211-2585. ISBN 978-80-7472-134-2
- [61] World Health Organisation. *Data and statistics: Obesity* [online]. WHO, 2016. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>
- [62] *Zdravotnická statistika: Péče o nemocné cukrovkou*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012. ISBN 1210-8626. ISSN 1210-8626.
- [63] *International Diabetes Federation* [online] 2015 Dostupné z: <http://www.idf.org>
- [64] NAGEL, Heinz. Disease management programmes for diabetes in Germany. *Diabetes Voice* [online]. 2008, s. 17–19. Dostupné z: [https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2008_3_Nagel et al.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2008_3_Nagel%20et%20al.pdf)
- [65] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Evropský srovnávací program* [online]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/evropsky_srovnavaci_program
- [66] EUROSTAT. *Purchasing power parities (PPPs)* [online], 2016. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- [67] CASALINO, L. P., A. ELSTER, A. EISENBERG, E. LEWIS, J. MONTGOMERY a D. RAMOS. *Will Pay-For-Performance And Quality Reporting Affect Health Care Disparities?* [online] 2007, roč. 26, č. 3. ISSN 0278-2715. DOI:10.1377/hlthaff.26.3.w405: Dostupné také z: <http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.26.3.w405>
- [68] BRANDT, Stefan. *How to design a successful disease-management program*. [online]. 2010. Dostupné z: <http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-to-design-a-successful-disease-management-program>
- [69] INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *Czech republic* [online]. 2016. Dostupné z: <http://www.idf.org/membership/eur/czech-republic>
- [70] INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *Global Diabetes Scorecard- Tracking progress for action*. [online]. 2014, s. 150. Dostupné z: <http://www.idf.org/global-diabetes-scorecard/assets/downloads/Scorecard-29-07-14.pdf>
- [71] HARBAUGH, Norman (Chip). *Pay for Performance: Quality- and Value-Based Reimbursement*. DOI: 10.1016/j.pcl.2009.05.006. ISBN 10.1016/j.pcl.2009.05.006. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S003139550900057>
- [72] ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 244/2015 o výši všeobecného vyměřovacího základu za rok 2014, přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2014, redukčních hranic pro stanovení výpočtového

základu pro rok 2016 a základní výměry důchodu stanovené pro rok 2016 a o zvýšení důchodů v roce 2016 In: *Sbírka zákonů*. 2015, ročník 2015, částka 100, číslo 244.

- [73] Diabetická neuropatie. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2016. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Diabetick%C3%A1_neuropatie

Seznam obrázků

<i>Obrázek 1 Zdroje financování zdravotnictví ČR v roce 2013 [2]</i>	13
<i>Obrázek 2 Institucionální uspořádání Národní zdravotní služby (vlastní zpracování)</i>	24
<i>Obrázek 3 Institucionální uspořádání německého zdravotnického systému (vlastní zpracování)</i>	26
<i>Obrázek 4 Institucionální uspořádání ZS v USA (vlastní zpracování)</i>	27
<i>Obrázek 5 Počet obyvatel vybraných zemí k r. 2013 (OECD)</i>	28
<i>Obrázek 6 Vývoj v letech světové střední délky života při narození (TWB)</i>	28
<i>Obrázek 7 Střední délka života při narození ve vybraných zemích</i>	29
<i>Obrázek 8 Světové výdaje na zdravotnictví v % HDP</i>	29
<i>Obrázek 9 Celkové výdaje na zdravotnictví (OECD).....</i>	30
<i>Obrázek 10 Vývoj v počtu lůžek v letech na 1 000 obyvatel ve vybraných zemích (OECD, TWB).....</i>	31
<i>Obrázek 11 Počet chirurgických zákroků ve vybraných zemích (OECD, TWB)</i>	31
<i>Obrázek 12 Podíl úmrtí nepřenositelných chorob k celkovému počtu úmrtí (TWB)</i>	32
<i>Obrázek 13 Změny v úhradách pro zdravotní pojišťovny.</i>	35
<i>Obrázek 14 Institucionální shrnutí DMP v Německu.....</i>	36
<i>Obrázek 15 Struktura primární péče v NHS v Anglii [50]</i>	39
<i>Obrázek 16 Počty diabetiků v jednotlivých krajích.....</i>	49
<i>Obrázek 17 Průměrný počet návštěv za rok</i>	50
<i>Obrázek 18 Schéma přínosů a omezení pro metodu pay-for-performance v ČR</i>	58

Seznam tabulek

<i>Tabulka 1 Měsíční záloha OSVČ na ZP v letech 2010 – 2016.....</i>	15
<i>Tabulka 2 Porovnání zdravotních systémů [7, 15].....</i>	18
<i>Tabulka 3 Sazby dle rozsahu ordinačních hodin [19]</i>	19
<i>Tabulka 4 Výše věkových indexů[19]</i>	19
<i>Tabulka 5 Výskyt poškození pacientů během hospitalizace [26]</i>	22
<i>Tabulka 6 Programy P4P ve vybraných státech</i>	46
<i>Tabulka 7 Mezinárodní srovnání diabetes mellitus [63]</i>	51
<i>Tabulka 8 Administrativní náklady na P4P program v České republice</i>	53

Seznam příloh

Příloha 1 Programy a opatření P4P v zemích OECD roku 2012 [22].....	72
Příloha 2 Nastavená kritéria IHA pro měření kvality péče [50]	73
Příloha 3 Výkonnostní ukazatele HQID [50]	76
Příloha 4 Počet pacientů v okrese a počet vyšetření za rok.....	77
Příloha 5 Příčiny hospitalizace podle GRG skupiny, počet těchto hospitalizací a jejich vyčíslení.....	79
Příloha 6 Nejčastěji vykazované výkony.....	83
Příloha 7 Administrativní náklady na jednoho pacienta.....	85
Příloha 8 Registrační poplatky a celkový příjem do programu P4P	85
Příloha 9 Náklady a ušetření na hospitalizace	86
Příloha 10 Návrh programu a odměňování P4P	87
Příloha 11 Odměny P4P u ambulantních specialistů	89

Příloha

Příloha 1 Programy a opatření P4P v zemích OECD roku 2012 [22]

<i>Country</i>	<i>Primary care</i>	<i>Specialist care</i>	<i>Hospitals</i>
Australia	X		X
Austria			
Belgium	X		
Canada			
Chile	X	X	
Czech Republic	X		
Denmark			
Estonia			
Finland			
France	X	X	X
Germany	X		
Greece			
Iceland			
Ireland			
Israel			
Italy			
Japan			
Korea, Rep. of	X	X	X
Luxembourg	X		
Mexico	X		
Netherlands	X	X	X
New Zealand	X		
Norway			
Poland	X		
Portugal	X		X
Slovakia			
Slovenia			
Spain	X	X	X
Sweden	X		X
Switzerland			
Turkey	X		X
UK	X	X	X
US	X	X	X

Příloha 2 Nastavená kritéria IHA pro měření kvality péče [50]

Clinical Quality	50 per cent	<p>Cardiovascular</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Annual Monitoring for Patients on Persistent Medications – ACEI/ARB, Digoxin and Diuretics 2. Cholesterol Management – LDL Screening 3. Cholesterol Management – LDL Control < 100 4. Proportion of Days Covered by Medications – ACEI/ARB 5. Proportion of Days Covered by Medications – Statins <p>Diabetes Care</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HbA1c Testing 2. HbA1c Poor Control > 9.0 per cent 3. HbA1c Control < 8.0 per cent 4. HbA1c Control < 7.0 per cent for a Selected Population 5. LDL Screening 6. LDL Control < 100 7. Nephropathy Monitoring 8. Blood Pressure Control < 140/90 9. Optimal Diabetes Care Combination 1 – LDL < 100, HbA1c < 8.0 per cent, Nephropathy Monitoring 10. Proportion of Days Covered by Medications – Oral Diabetes Medications <p>Musculoskeletal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Use of Imaging Studies for Low Back Pain <p>Prevention</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Childhood Immunization Status – 24-mo Continuous Enrollment: Combination of all Antigens 2. Immunizations for Adolescents – Tdap 3. HPV Vaccination for Female Adolescents 4. Chlamydia Screening in Women – Ages 16–24 5. Evidence-Based Cervical Cancer Screening – Appropriately Screened 6. Breast Cancer Screening – Ages 50–69 7. Colorectal Cancer Screening <p>Respiratory</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asthma Medication Ratio – Ages 5–64 2. Appropriate Testing for Children with Pharyngitis 3. Appropriate Treatment for Children with Upper Respiratory Infection 4. Avoidance of Antibiotic Treatment of Adults with Acute Bronchitis
Meaningful Use of HIT	30 per cent	<ol style="list-style-type: none"> 1. Use CPOE for medication orders directly entered by any licensed healthcare professional who can enter orders into the medical record per state, local and professional guidelines

<i>Domain</i>	<i>Weighting</i>	<i>Measures approved for payment⁴</i>
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Implement drug-drug and drug-allergy interaction checks 3. Maintain up-to-date problem list of current and active diagnoses 4. Generate and transmit permissible prescriptions electronically (eRx) 5. Maintain active medication list 6. Maintain active medication allergy list 7. Record demographics 8. Record and chart changes in vital signs 9. Record smoking status 10. Report ambulatory clinical quality measures 11. Implement one clinical decision support rule relevant to specialty or high clinical priority, along with the ability to track compliance with that rule 12. Provide patients with an electronic copy of their health information 13. Provide clinical summaries for patients at each office visit 14. Capability to exchange key clinical information 15. Protect electronic health information created or maintained by the certified EHR technology 16–20. Any (5) CMS/ONC Menu set measures 21. Chronic Care Management for Diabetes, Depression and one other Clinically Important Condition 22. Within-PO Performance Variation
Patient Experience	20 per cent	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doctor–Patient Interaction Composite for PCPs 2. Doctor–Patient Interaction Composite for Specialists 3. Coordination of Care Composite 4. Timely Care and Service Composite for PCPs 5. Timely Care and Service Composite for Specialists 6. Overall Ratings of Care Composite 7. Office Staff Composite 8. Health Promotion Composite
Appropriate Resource Use	No weight-shared savings recommended	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inpatient Utilization: Acute Care Discharges PTMY 2. Inpatient Utilization: Bed Days PTMY 3. Inpatient Readmission Within 30 days 4. Emergency Department Visits PTMY 5. Outpatient Procedures Utilization: per cent Done in Preferred Facility 6. Generic Prescribing: SSRIs/SNRIs 7. General Prescribing: Statins 8. Generic Prescribing: Anti-Ulcer agents

9. General Prescribing: Cardiac-Hypertension and Cardiovascular
 10. Generic Prescribing: Nasal Steroids
 11. General Prescribing: Diabetes – Oral
 12. Generic Prescribing: Anxiety/Sedation – Sleep Aids
 13. Total Cost of Care
 14. Frequency of Selected Procedures – Back Surgery
 15. Frequency of Selected Procedures – Total Hip Replacement
 16. Frequency of Selected Procedures – Total Knee Replacement
 17. Frequency of Selected Procedures – Bariatric Weight Loss Surgery
 18. Frequency of Selected Procedures – PCI
 19. Frequency of Selected Procedures – Carotid Catheterization
 20. Frequency of Selected Procedures – CABG
 21. Frequency of Selected Procedures – Cardiac Endarterectomy
-

Příloha 3 Výkonnostní ukazatele HQID [50]

Clinical area and indicators

Acute Myocardial Infarction (AMI)

Aspirin at arrival
Aspirin prescribed at discharge
Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) for left ventricular systolic dysfunction (LVSD)
Smoking cessation advice/counselling
Beta blocker prescribed at discharge
Thrombolytic received within 30 minutes of hospital arrival
PCI received within 120 minutes of hospital arrival
Inpatient mortality rate

Coronary Artery Bypass Graft (CABG)

Aspirin prescribed at discharge
CABG using internal mammary artery
Prophylactic antibiotic received within 1 hour prior to surgical incision
Prophylactic antibiotic selection for surgical patients
Prophylactic antibiotic discontinued within 24 hours after surgery end time
Inpatient mortality rate
Post operative haemorrhage or hematoma
Post operative physiologic and metabolic derangement

Heart Failure (HF)

Left ventricular function assessment
Detailed discharge instructions
ACEI for LVSD
Smoking cessation advice/counselling

Community Acquired Pneumonia (PN)

Percentage of patients who received an oxygenation assessment within 24 hours prior to or after hospital arrival
Initial antibiotic consistent with current recommendations
Blood culture collected prior to first antibiotic administration
Influenza screening vaccination
Pneumococcal screening/vaccination
Antibiotic timing, percentage of pneumonia patients who received first dose of antibiotics within four hours after hospital arrival
Smoking cessation advice/counselling

Hip and Knee Replacement (HKR)

Prophylactic antibiotic received within 1 hour prior to surgical incision
Prophylactic antibiotic selection for surgical patients
Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time
Post operative haemorrhage or hematoma
Post operative physiologic and metabolic derangement
Readmission 30 days post discharge

Příloha 4 Počet pacientů v okrese a počet vyšetření za rok

POČET PACIENTŮ V OKRESE A POČET VÝKONŮ ZA ROK			
	OKRES	POČET PACIENTŮ	POČET VÝKŇŮ
Hlavní město Praha	Praha	73276	5,5
Středočeský kraj	Benešov	2136	8,9
	Beroun	3288	6,8
	Kladno	5814	8,2
	Kolín	1462	12,3
	Kutná Hora	1247	4,5
	Mělník	6387	7,2
	Mladá Boleslav	2982	8,9
	Nymburk	3262	7,1
	Praha-východ	5643	6,2
	Praha-západ	4353	4,6
	Příbram	7916	6,7
	Rakovník	1188	6,2
	Jihočeský kraj	České Budějovice	6233
Český Krumlov		982	4,5
Jindřichův Hradec		5939	5,7
Písek		2903	5,1
Prachatice		1387	9,9
Strakonice		1440	5,7
Plzeňský kraj	Tábor	5849	5,4
	Domažlice	2230	5,3
	Klatovy	5508	6,4
	Plzeň-město	8191	6,3
	Plzeň-jih	3068	4,7
	Plzeň-sever	3307	6,6
	Rokycany	988	10,8
Karlovarský kraj	Tachov	1831	3,9
	Cheb	3975	9,8
	Karlovy Vary	4764	8,7
Ústecký kraj	Sokolov	4809	6,5
	Děčín	6118	6,4
	Chomutov	4205	5,9
	Litoměřice	6404	7,0
	Louny	3939	7,7
	Most	4949	5,2
	Teplice	5709	5,3
	Ústí nad Labem	8310	5,4
Liberecký kraj	Česká Lípa	4163	9,4
	Jablonec nad Nisou	2867	5,3
	Semily	706	10,2
	Liberec	3339	12,1
Královéhradecký kraj	Hradec Králové	12266	6,9
	Jičín	5524	4,9
	Náchod	3622	9,6
	Rychnov nad Kněžnou	4294	7,5

	Trutnov	4100	5,4
Pardubický kraj	Chrudim	4432	6,6
	Pardubice	8835	5,1
	Svitavy	1939	9,0
	Ústí nad Orlicí	5886	8,7
	Havlíčkův Brod	2130	5,9
Kraj Vysočina	Jihlava	6778	8,8
	Pelhřimov	3657	7,4
	Třebíč	3053	8,8
	Žďár nad Sázavou	1810	6,7
	Blansko	3969	8,1
Jihomoravský kraj	Brno-město	19832	8,5
	Brno-venkov	5836	7,0
	Břeclav	2385	5,6
	Hodonín	9166	6,7
	Vyškov	3014	8,7
	Znojmo	2708	8,6
	Jeseník	1406	7,6
Olomoucký kraj	Olomouc	6847	6,9
	Prostějov	1461	8,0
	Přerov	7262	6,0
	Šumperk	4576	5,7
	Kroměříž	5239	6,1
Zlínský kraj	Uherské Hradiště	8572	9,4
	Vsetín	8415	5,2
	Zlín	14834	5,3
	Bruntál	4032	8,7
Moravskoslezský kraj	Frydek-Místek	3935	5,5
	Karviná	7825	6,6
	Nový Jičín	6446	4,9
	Opava	6394	5,8
	Ostrava-město	10571	5,6

Příloha 5 Příčiny hospitalizace podle GRG skupiny, počet těchto hospitalizací a jejich vyčíslení

IR_DRG	POČET	RV_DRG	CENA za jednotku	CENA_CELKEM	NÁZEV
10301	18636	0,4219	13 141 Kč	244 902 035 Kč	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC
10302	8851	0,5069	15 789 Kč	139 747 742 Kč	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC
10303	1713	0,7403	23 059 Kč	39 499 835 Kč	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC
1372	499	0,5517	17 184 Kč	8 574 991 Kč	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S CC
5381	454	0,4645	14 468 Kč	6 568 584 Kč	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY BEZ CC
5382	351	0,5921	18 443 Kč	6 473 399 Kč	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S CC
5152	333	2,1881	68 155 Kč	22 695 595 Kč	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC
5171	308	1,2969	40 396 Kč	12 441 919 Kč	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC
5172	305	1,426	44 417 Kč	13 547 200 Kč	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC
5151	242	1,9128	59 580 Kč	14 418 334 Kč	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC
1371	223	0,4885	15 216 Kč	3 393 123 Kč	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ BEZ CC
2031	213	1,2111	37 723 Kč	8 035 072 Kč	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC

5153	196	3,163	98 521 Kč	19 310 140 Kč	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC
5173	137	1,7969	55 970 Kč	7 667 868 Kč	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC
10042	120	2,1123	65 794 Kč	7 895 270 Kč	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC
5383	100	0,6797	21 171 Kč	2 117 130 Kč	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S MCC
2032	99	1,272	39 620 Kč	3 922 405 Kč	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC
2321	89	0,3734	11 631 Kč	1 035 129 Kč	JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC
10041	87	1,6803	52 338 Kč	4 553 405 Kč	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC
5202	77	1,6615	51 752 Kč	3 984 935 Kč	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC
10043	69	3,5979	112 067 Kč	7 732 650 Kč	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC
10022	63	1,8964	59 069 Kč	3 721 351 Kč	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC
5201	60	0,9507	29 612 Kč	1 776 744 Kč	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC
10062	45	1,9343	60 250 Kč	2 711 231 Kč	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC

10021	33	1,6178	50 391 Kč	1 662 911 Kč	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC
5203	31	3,3265	103 614 Kč	3 212 028 Kč	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC
2322	30	0,4267	13 291 Kč	398 726 Kč	JINÉ PORUCHY OKA S CC
10023	28	2,5781	80 303 Kč	2 248 474 Kč	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC
1373	25	0,659	20 527 Kč	513 163 Kč	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S MCC
10061	25	1,5102	47 040 Kč	1 175 993 Kč	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC
2022	19	0,5703	17 764 Kč	337 510 Kč	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S CC
5000	19	0,4051	12 618 Kč	239 743 Kč	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU
10063	19	4,0151	125 062 Kč	2 376 184 Kč	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC
5142	15	2,3788	74 095 Kč	1 111 423 Kč	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC
2021	11	0,4223	13 154 Kč	144 692 Kč	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE BEZ CC
5143	8	3,4323	106 909 Kč	855 274 Kč	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC
5141	7	2,0351	63 389 Kč	443 725 Kč	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC
2033	5	1,2936	40 293 Kč	201 465 Kč	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC
10032	5	2,944	91 700 Kč	458 499 Kč	VÝKONY PRO OBEZITU S CC
10031	4	2,5735	80 159 Kč	320 638 Kč	VÝKONY PRO OBEZITU BEZ CC

5271	3	4,4563	138 805 Kč	416 414 Kč	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC
5273	3	5,6915	177 279 Kč	531 837 Kč	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC
2023	2	0,5722	17 823 Kč	35 646 Kč	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S MCC
2041	2	0,7141	22 243 Kč	44 486 Kč	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE BEZ CC
2323	2	0,4483	13 964 Kč	27 927 Kč	JINÉ PORUCHY OKA S MCC
5112	2	4,5586	141 991 Kč	283 983 Kč	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S CC
5272	2	4,8342	150 576 Kč	301 151 Kč	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC
5283	2	8,1371	253 454 Kč	506 909 Kč	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC
5481	2	3,1956	99 537 Kč	199 073 Kč	ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ BEZ CC
2042	1	0,7438	23 168 Kč	23 168 Kč	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S CC
5483	1	4,2119	131 192 Kč	131 192 Kč	ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ S MCC
10033	1	5,3767	167 473 Kč	167 473 Kč	VÝKONY PRO OBEZITU S MCC

Příloha 6 Nejčastěji vykazované výkony

VYKON	CELKOVY_POCET_VYKONU
13022	576555
13023	428136
13051	421046
9511	236703
9532	177070
9543	156067
91111	122392
91441	110135
9119	97228
1445	73211
9513	50325
13101	40855
13103	33514
81439	32194
9123	27718
13021	24945
13102	16702
9127	14543
9215	12852
11111	10337
81367	4199
21113	4088
81449	3341
9523	2531
9547	2500
44243	2472

11022	1971
11023	1889
13055	1693
9525	1486
12220	1443
81347	1429
6119	1322
17129	1237
9133	1231
81471	1141
9509	1125
13075	1084
6145	866
9223	855
9141	727
9115	663
6111	646
6129	455
6127	356
9237	341
81443	306
11021	300
97111	291
9521	284
6413	283
9135	251
9519	249
6419	211
1443	133
81327	126
14022	123

89517	114
14021	105
6123	102
9507	100
9139	100
9219	93
12024	93
6133	91
6411	84
14023	80
6415	74
9125	60
81473	53
81611	53
81325	42
2125	42
9555	15
9241	11
9551	10
9220	10
51818	9
17240	9
9137	8
9216	8
17261	7
9550	7
9117	6
9213	5
25211	5
17111	5
9113	4

13065	4
17022	3
17215	3
19022	3
1040	3
75137	2
1030	2
9235	2
44239	2
25235	2

12120	2
75121	2
75161	2
9211	2
9121	1
9527	1
6417	1
9567	1
21022	1
6511	1

11024	1
1023	1
15120	1
954	1
17021	1
93219	1
91499	1
1024	1
95111	1

Příloha 7 Administrativní náklady na jednoho pacienta

Administrativní náklady na 1 pacienta s DM		
Podíl zúčastněných pacientů	Počet zúčastněných pacientů	Náklady za rok
10%	38822	101 401 183 Kč
15%	58233	152 101 774 Kč
20%	77644	202 802 366 Kč
25%	97055	253 502 957 Kč
30%	116465	304 203 549 Kč
35%	135876	354 904 140 Kč
40%	155287	405 604 731 Kč
45%	174698	456 305 323 Kč
50%	194109	507 005 914 Kč
55%	213520	557 706 506 Kč
60%	232931	608 407 097 Kč
65%	252342	659 107 688 Kč
70%	271753	709 808 280 Kč
75%	291164	760 508 871 Kč
80%	310574	811 209 463 Kč
85%	329985	861 910 054 Kč
90%	349396	912 610 646 Kč
95%	368807	963 311 237 Kč
100%	388218	1 014 011 828 Kč

Příloha 8 Registrační poplatky a celkový příjem do programu P4P

Registrační poplatky			
Podíl zúčastněných poskytovatelů	Diabetologové	Příjem za rok (registrační poplatek 261 Kč)	Příjem za rok (registrační poplatek 1300 Kč ročně)
10%	39	10 291 Kč	51 220 Kč
15%	59	15 437 Kč	76 830 Kč
20%	79	20 582 Kč	102 440 Kč
25%	99	25 728 Kč	128 050 Kč
30%	118	30 873 Kč	153 660 Kč
35%	138	36 019 Kč	179 270 Kč
40%	158	41 165 Kč	204 880 Kč
45%	177	46 310 Kč	230 490 Kč
50%	197	51 456 Kč	256 100 Kč
55%	217	56 601 Kč	281 710 Kč
60%	236	61 747 Kč	307 320 Kč

65%	256	66 892 Kč	332 930 Kč
70%	276	72 038 Kč	358 540 Kč
75%	296	77 184 Kč	384 150 Kč
80%	315	82 329 Kč	409 760 Kč
85%	335	87 475 Kč	435 370 Kč
90%	355	92 620 Kč	460 980 Kč
95%	374	97 766 Kč	486 590 Kč
100%	394	102 911 Kč	512 200 Kč

Příloha 9 Náklady a ušetření na hospitalizace

Podíl hospitalizovaných	Počet hospitalizovaných	Celkové náklady na hospitalizace	Ušetření
100%	34043	627 398 478 Kč	0 Kč
95%	32341	596 028 554 Kč	31 369 924 Kč
90%	30639	564 658 630 Kč	62 739 848 Kč
85%	28937	533 288 706 Kč	94 109 772 Kč
80%	27234	501 918 782 Kč	125 479 696 Kč
75%	25532	470 548 858 Kč	156 849 619 Kč
70%	23830	439 178 935 Kč	188 219 543 Kč
65%	22128	407 809 011 Kč	219 589 467 Kč
60%	20426	376 439 087 Kč	250 959 391 Kč
55%	18724	345 069 163 Kč	282 329 315 Kč
50%	17022	313 699 239 Kč	313 699 239 Kč
45%	15319	282 329 315 Kč	345 069 163 Kč
40%	13617	250 959 391 Kč	376 439 087 Kč
35%	11915	219 589 467 Kč	407 809 011 Kč
30%	10213	188 219 543 Kč	439 178 935 Kč
25%	8511	156 849 619 Kč	470 548 858 Kč
20%	6809	125 479 696 Kč	501 918 782 Kč
15%	5106	94 109 772 Kč	533 288 706 Kč
10%	3404	62 739 848 Kč	564 658 630 Kč
5%	1702	31 369 924 Kč	596 028 554 Kč

Příloha 10 Návrh programu a odměňování P4P

Výkon	Odměna DMPs [€]	V přepočtu kurzem k r. 2014 [Kč]	Odměna ČR PPP [Kč]	Celkem za rok [Kč]	Doporučené odměny [Kč]
<i>Dokumentování a koordinování péče</i>					
Edukace, poradna, evidence a příprava výchozí dokumentace - registrace pacienta	25	688	435	435	500
Vypracování dokumentace následného sledování (čtvrtletně)	10	275	174	697	2000
<i>Následná péče o pacienta s DM</i>					
Kontinuální péče o pacienty s DM - kontrola (čtvrtletně)	16	441	279	1114	1600
<i>Odměňování doplňkových služeb</i>					
Komplexní konzultace pro diagnostiku diabetické neuropatie	38,35	1056	668	668	500
Péče o léze syndromu diabetické nohy	16,7	460	291	291	500
Zaslání ke specialistovi na kontrolu nefropatie	2,05	56	36	36	100
Zaslání ke specialistovi na kontrolu diabetické nohy	2,05	56	36	36	100
Zaslání ke specialistovi na kontrolu retinopatie	2,05	56	36	36	100
<i>Odměny za cílenou léčbu (čtvrtletně)</i>					

Edukační program pacientů, kteří nejsou na inzulínové terapii - 1 kurz měsíčně pro min. 4 pacienty	35	964	609	2438	30000
Léčba hypertenze - prokazatelné snížení TK (120/80 mmHg)	25	688	435	1741	4000
Léčba glykemie - prokazatelné ustálení hodnot glu na přijatelnou hladinu (< 9 mmol/l)	25	688	435	1741	4000
Léčba vysokého LDL cholesterolu - prokazatelné snížení (< 100 mmol/l)	25	688	435	1741	4000
Léčba a kontrola HbA1c (glykovaný hmg) - prokazatelné snížení (< 53 mmol/mol)	25	688	435	1741	4000
Celkem				12 715 Kč	51 400 Kč

Příloha 11 Odměny P4P u ambulantních specialistů

Odměny P4P u ambulantních specialistů			
Podíl zúčastněných poskytovatelů	Počet zúčastněných diabetologů	Náklady za rok dle DMP	Náklady za rok dle návrhu
10%	39	500 973 Kč	2 025 160 Kč
15%	59	751 459 Kč	3 037 740 Kč
20%	79	1 001 946 Kč	4 050 320 Kč
25%	99	1 252 432 Kč	5 062 900 Kč
30%	118	1 502 918 Kč	6 075 480 Kč
35%	138	1 753 405 Kč	7 088 060 Kč
40%	158	2 003 891 Kč	8 100 640 Kč
45%	177	2 254 378 Kč	9 113 220 Kč
50%	197	2 504 864 Kč	10 125 800 Kč
55%	217	2 755 350 Kč	11 138 380 Kč
60%	236	3 005 837 Kč	12 150 960 Kč
65%	256	3 256 323 Kč	13 163 540 Kč
70%	276	3 506 810 Kč	14 176 120 Kč
75%	296	3 757 296 Kč	15 188 700 Kč
80%	315	4 007 782 Kč	16 201 280 Kč
85%	335	4 258 269 Kč	17 213 860 Kč
90%	355	4 508 755 Kč	18 226 440 Kč
95%	374	4 759 242 Kč	19 239 020 Kč
100%	394	5 009 728 Kč	20 251 600 Kč