



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Klinika dětí a dorostu

Alena Šestinová

Hodnocení kvality primární péče v ČR
Valuation of primary care quality in CR

Diplomová práce

Praha, květen 2010

Autor práce: Alena Šestinová

Studijní program: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: **MUDr. Pavel Vychytil**

Pracoviště vedoucího práce: **Kabinet veřejného
zdravotnictví 3. LF UK**

Datum a rok obhajoby: 27. května 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 27. května 2010

Alena Šestinová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému školiteli MUDr. Vychytilovi za odborné vedení mé diplomové práce a za zapůjčení některých použitých studijních materiálů. Mé díky také patří rodičům za bezmeznou podporu a nesmírnou ochotu po celou dobu mého studia.

Obsah

Úvod

1. Primární péče

1.1 Definice

1.2 Poskytovatelé primární péče

1.3 Rozsah primární péče

2. Problémy v současné primární péči

2.1 Nefunkční gate-keeping

2.2 Přímá cesta k specialistovi

2.3 Rozdíly pracovních podmínek

2.4 Informatika

2.5 Neúplnost informací

2.6 Finance

3. Kvalita v primární péči

3.1. Akreditace

3.2. Pay for performance

4. Hodnocení kvality primární péče

4.1 Pay for performance

4.1.1 Principy P4P

4.1.2 Kritériá P4P

4.1.3 P4P v praxi

5. Budoucnost primární péče v ČR

Závěr

Souhrn

Summary

Seznam použité literatury

Úvod

Hodnocení kvality primární péče je tématem mnoha polemizací a diskusí v dnešním moderním zdravotnictví.

Existuje všeobecná shoda v tom, že je třeba kvalitu péče hodnotit. Způsob je však předmětem rozporu.

Cílem hodnocení je:

- a) Informovat pacienta a plátce o kvalitě poskytovatele primární péče.
- b) Motivace zdravotnických zařízení (ZZ) resp. zdravotnických pracovišť ke zvyšování kvality.
- c) Podklad pro finanční ohodnocení těch, kteří poskytují kvalitní péči.

Jednou z cest je vytvoření akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení, poskytující péči v oboru všeobecné praktické lékařství, a vytvoření systému pro hodnocení kvality všeobecných praxí.

Buď jako samostatný přístup, nebo přístup, který je součástí akreditace, je hodnocení objektivních výsledků zdravotnické péče lékaře (např.: kritériem může být diabetes 2. typu). O to se pokouší program Pay for Performance (P4P). Na jedné straně je P4P jakýmsi ideálem, avšak ideál bývá málokdy dostupný a cesta k jeho dosažení může být složitá.

Cílem této práce je popsat současné vědomosti a zkušenosti s finančním hodnocením péče na základě výsledků péče (P4P) dle zkušeností ze zahraničí. Druhým cílem je odhadnout možnosti využití P4P v primární péči v ČR.

1. Primární péče

Celosvětově i v rámci Evropy existují významné rozdíly v pojetí primární péče, v její organizaci, v hodnocení, ve financování i v postavení profesionálů a jejich vzdělávání. Kamkoliv však půjdeme, primární péče bude vždy základním elementem celého zdravotnictví. Pro lepší hodnocení kvality, potřebujeme znát alespoň její definici.

1.1 Definice

Definice primární péče je hned několik: popisné, normativní nebo odpovídající potřebným účelům. Normativní přístup je úzce propojen s Deklarací v Alma Atě (WHO, r.1978). Jeho těžiště se opírá o solidární a spravedlivý přístup k péči, o ochranu a propagaci zdraví spíše než o terapii chorob, o vliv na zdraví populace místo profesní dominance a na obširnou mezioborovou spolupráci v boji proti komunitním problémům.

Primární péče se dá také definovat jako koordinovaná komplexní zdravotně - sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby. ¹

¹ *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. 2006 [cit. 2010-05-17]. PRIMÁRNÍ PÉČE. Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/primarni-pece>>.

Primární péče je esenciální složkou zdravotní péče a představuje vstupní bod do celého zdravotnického systému (sekundární a terciární péče). Primární péče jako základ péče o zdraví celé populace musí být všeobecně dostupná, kvalitní a odborná. Zahrnuje tyto oblasti:

- a) preventivní zdravotní činnost
- b) účelnou a efektivní vyšetřovací a léčebnou činnost
- c) podporu zdraví a program kontroly nemocí
- d) spolupráci s dalšími složkami zdravotní péče

1.2 Poskytovatelé primární péče v ČR

- praktičtí lékaři pro dospělé
- praktičtí lékaři pro děti a dorost
- rodinní lékaři

- ambulantní gynekologové
- stomatologové

- lékařská služba první pomoci
- lékárenská pohotovostní služba

- agentury (komplexní) domácí péče²

² SEIFERT, PHD., MUDr. Bohumil. *Primární péče : Úvod do všeobecného lékařství*. Praha : Ustav všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty UK, 2005 [cit. 2010-05-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.vselek.cz/download/vyuka/seifert.ppt>>.

1.3 Rozsah primární péče

Rozsah primární péče ve smyslu možností pro pacienty je ovlivněn jejími poskytovateli, jejich znalostmi, specializací a technickým vybavením. Všeobecně však rozsah primární péče zahrnuje systém následujících služeb:

- podpora zdraví
- prevence nemocí
- vyšetřování
- terapie
- rehabilitace
- ošetřování
- koordinace péče

Primární péče by měla být kombinací péče akutní a chronické, preventivně zaměřené, svázané dohromady s dlouhodobým vztahem budovaným na vzájemné důvěře mezi lékařem a pacientem. Součástí soustavy primární péče je i zajištění zdravotní péče pro občany v mimoordinační době zdravotnického zařízení a lékařská pohotovostní služba. Dobře odborně a technicky vybavený a správně koordinovaný systém primární péče je schopen pokrýt velkou část zdravotních potřeb nemocných přímo v jejich přirozeném prostředí. V případě nutnosti služeb mimo domov nemocného přispívá dobře fungující primární péče i k optimálnímu průchodu klienta dalšími službami. Takto chápaný rozsah primární péče naráží u nás ještě stále na řadu bariér a problémů. Jejich řešením můžeme co nejdříve přispět ke zlepšení primární péče a tak usnadnit cestu k jejímu adekvátnímu hodnocení. ³

2. Problémy v současné primární péči v ČR

2.1 Nefunkční gate-keeping

Koordinace zdravotní péče (gate-keeping) praktickým lékařem je jako nástroj efektivity a kvality již uplatňován ve většině zemí EU. Zároveň je jedním z nejvýznamnějších prvků regulujících spotřebu zdravotní péče. V ČR je tento systém vzhledem na volně formulovaný zákon č. 216/1992 (viz níže) zcela nefunkční.

2.2 Přímá cesta k specialistovi

V České republice má pacient stále možnost přímé dostupnosti specializované péče, a proto jsou praktičtí lékaři často obcházeni a nesplňují funkci „gate-keeperů“.

Gate-keeping je ustálené sousloví označující funkci v systému zdravotní péče (většinou lékaře primární péče), bez jehož doporučení se s výjimkou akutních případů nemůže pacient obrátit přímo na specialistu. Je tak zaručeno, že do vyšších etází systému se v hrazené péči dostanou nemocní jen tehdy, není-li problém levněji a operativně vyřešen jejich registrujícím lékařem primární péče.

2.3 Rozdíl pracovních podmínek

Pracovní podmínky českých praktických lékařů jsou v porovnání se zahraničím diametrálně odlišné. Rozdíl není jen v přístrojovém vybavení, rozsahu poskytovaných diagnostických a terapeutických výkonů, ale i v požadavcích na vzdělání a praxi lékařů před udělením povolení na otevření praxe. Liší se i výška příjmů (v ČR nižší)³, počet denních kontaktů (v ČR 58/den a ve Švýcarsku 28/den)³ a délka postgraduálního výcviku (ČR 3 roky,

Švýcarsko 6-7 let, Finsko a Švédsko 5 let)³. Vzhledem k těmto okolnostem mají praktičtí lékaři pracující v ČR ztížené podmínky na přesnou a rychlou diagnostiku a to ovlivňuje i adekvátnost odesílání pacientů ke specialistům.

2.4 Informatika

Informatika je dnes již nedílnou součástí zdravotnictví. Používá se pro evidenci pacientů, vedení zdravotnické dokumentace, účetnictví, vykazování výkonů, preskripci, apod. Využívána je však zatím hlavně v lůžkové péči nemocnic a jen pomalu proniká do jednotlivých praxí poskytovatelů primární péče. Zavedení informatiky na všechny pracoviště primární péče bude mít pozitivní dopad na praxi nejen z hlediska komunikace s ostatními informačními systémy různých zdravotnických zařízení, ale je zároveň moderním urychlením celkového chodu praxe.

2.5 Neúplnost informací

Neproniknutím informatiky do všeobecné praxe dochází také k neexistenci komplexní informace o pacientovi. Zákonem není stanovena povinnost zdravotnických pracovníků informovat praktického lékaře o stavu, který si vyžádal buď mimořádný zásah v případě akutním nebo o postupech v případě chronického onemocnění. Praktický lékař tak ztrácí přehled o postupech a terapii pacienta, který si ho vybral za svého osobního lékaře.

³ ČELEDOVÁ, MUDr. Bc. Libuše. *Primární péče - postavení a úloha v systému zdravotní péče ČR : současný stav a vývojové trendy* [online]. Praha : Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, květen 1998 [cit. 2010-05-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=59>>.

2.6 Finance

Způsob financování nutí k získávání velkého počtu pacientů a organizování velkého počtu vyšetření a návštěv. Chybí zainteresovanost praktických lékařů na snížení úrovně výdajů.

3. Kvalita v primární péči

Posilování pozice primární péče přináší vyšší nároky na její kvalitu a to ve všech jejích aspektech, t.j. z hlediska odbornosti, efektivity vynakládaných prostředků i z hlediska spokojenosti pacientů.

Na to, jaká je kvalita primární péče poskytovaná v ČR, existují různé názory jak ze strany zdravotníků, tak ze strany pacientů. Odlišnot postojů na vnímání kvality je ovlivněna nejen subjektivními zkušenostmi, ale i dalšími faktory, které nemohou být použity v jejím hodnocení. Je proto potřeba hodnotit objektivně a nalézat objektivní standardy.

Zatímco v předcházejícím období se systémy externí evaluace kvality zdravotnických zařízení (vesměs nazývané akreditační systémy) rozvíjely zejména v USA, Kanadě, Austrálii, uvědomuje si na přelomu 20. a 21. století stále více zemí, že kromě systematické kontroly nákladů ve zdravotnictví musí být mezi hlavními body kontinuálně probíhajících reforem zdravotnických systémů i oblast kontroly kvality a zajištění bezpečí ve zdravotnických zařízeních.

Využitím moderních evaluačních metod je možné dosáhnout dostačující externí evaluace kvality. Mezi tyto metody patří: akreditace a program „ Pay for performance“.

3.1 Akreditace

Co je to akreditace a k čemu slouží?

Akreditaci lze m.j. definovat jako formální proces, jehož cílem je poskytování bezpečné zdravotní péče na nejvyšší možné úrovni kvality tedy jako posouzení výkonu určitého zdravotnického zařízení. odkaz Nejedná se tedy o administrativní kontrolu zaměřenou na formální a věcnou správnost vnitřních předpisů, ale o vysoce praktický proces spočívající v prověření všech činností daného zařízení, které mohou ovlivnit péči o pacienta. Akreditační inspektoři sledují veškerý pohyb pacienta daným zařízením – od přijetí, přes organizaci laboratorních a dalších vyšetření, léčby, případně intervenčních výkonů, až po propuštění. Akreditace využívá specializovaných norem – akreditačních standardů. Na rozdíl od obecných „technických“ předpisů jsou akreditační standardy psány jazykem, který je bez nutnosti interpretace srozumitelný pro pracovníky zdravotnických zařízení. To je velmi důležitý aspekt, protože umožňuje nemocnicím a léčebnám, aby se na případnou akreditaci připravily samostatně, bez nutnosti nepřiměřeného navyšování nákladů o externí konzultační služby.

Vlastní akreditační proces – tedy ověření toho, jak přihlášené zařízení dodržuje akreditační standardy – realizují kvalifikovaní akreditační inspektoři – lékaři, zdravotní sestry a administrátoři zdravotnických zařízení s delší odbornou praxí.

V České republice pracuje od roku 1998 Spojená akreditační komise ČR, o.p.s.. (dále jen „SAK“). SAK posuzuje přihlášená zdravotnická zařízení podle akreditačních standardů, které vznikly jako výsledek práce střeoevropského projektu koordinovaného USAID, na němž se podílela řada organizací poskytovatelů zdravotní

péče v ČR i Ministerstvo zdravotnictví. Na internetové stránce <http://www.sakcr.cz/> naleznete veškerou dokumentaci používanou v akreditačním procesu včetně akreditačních standardů a metodiky.

Od roku 1998 existuje i specializovaný systém mezinárodních akreditací zajišťovaný Joint Commission International (JCI) – dceřinou společností nejstarší akreditační institucí na světě – Joint Commission for on?Accreditation of Healthcare Organisations. JCI vydala mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, pro následnou péči, zdravotnický transport a laboratoře – všechny jsou k dispozici v oficiálních českých překladech.

Podrobnosti o mezinárodní akreditaci lze nalézt na internetové stránce <http://www.jcrinc.com/>.⁴

3.2. Pay for performance (P4P)

P4P je nový jev v posuzování kvality primární péče, který byl zaveden nejdříve v USA a ve Velké Británii.

Je založen na systému odměn, které poskytovatel (praktický lékař, nemocnice aj.) služeb obdrží v případě dodržení předem určených kritérií.

Je jedním z nejnovějších postupů v hodnocení kvality jakékoliv zdravotnické péče (viz níže).

⁴ MARX, PH.D., MUDr. David. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky : AKREDITACE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ* [online]. 2008 [cit. 2010-05-17]. Systém akreditací zdravotnických zařízení v ČR. Dostupné z WWW: <<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/8-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html>>.

4. Hodnocení kvality primární péče

Hodnocení kvality primární péče je krokem vpřed k posuzování výsledků práce lékařů. Mělo by vést k vytvoření národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení, poskytující péči v oboru všeobecné praktické lékařství a vytvoření systému na hodnocení kvality jejich péče.

Primární péče, a v konečném důsledku i celé zdravotnictví, se v dnešní době potýká s mnoha problémy. Týkají se nejen otázky financí, nedostatku personálu, ale v neposledné řadě i věcí provozních. Všechny tyto faktory se značně podepisují na její kvalitě.

Je potřeba proto najít ty správné nástroje pro co nejobjektivnější a nejpřesnější kontrolu a zlepšit tak celkový stav primární péče v České republice.

Hodnocení kvality je sice v České republice novinkou, ale v zahraničí funguje již několik let. Příkladem by mohly být zkušenosti z Velké Británie a USA, kde se nástrojem pro tyto účely stal program **Pay for performance**.

V této kapitole se pokusím popsat, zda tento systém finančních odměn přináší do primární péče požadované výsledky a jaká jsou jeho pozitiva a negativa.

4.1 Pay for performance (P4P)

„P4P“ aneb „program finančních odměn“ je nově se objevující prvek v oblasti financování zdravotnictví zaměřený především na kontrolu kvality poskytované péče (zpočátku jen v USA a VB) odkaz. Koncept odměňování za výkon nabírá v posledních letech na obrátkách a je tématem číslo jedna v mezinárodních zdravotnických kruzích. Nejprve program P4P zahrnoval pouze oblast primární péče, ale novodobým trendem je aplikovat toto schéma (hodnocení)

nejen na lékaře a jejich praxe, ale také na nemocnice, ošetrovatelskou sféru a další zdravotnická zařízení. V dnešní době se tento systém odměn setkává s velkým entusiasmem jak na straně profesionálů (odborníků), tak na straně laiků, kteří od systému očekávají nejen neustálé zvyšování kvality ve zdravotnictví, ale i zlepšení zdravotního statusu celé populace.

Základem P4P je předpoklad, že v každém kroku v péči můžeme nalézt specifické a spolehlivé výchozí body (markery), jejichž identifikací bude měřena kvalita a komplexnost poskytované péče. Na jedné straně budou finanční kontrakty ohodnocovat poskytovatele (lékaře), jejichž péče se bude řídit stanovami. Na straně druhé tu bude systém sankcí pro případy lékařského pochybení nebo negativních následků péče. Snahou je přinutit lékaře soustředit se na důležité aspekty péče a redukovat ty aspekty, které zasluhují pozornost mnohem menší.

V rozvinutých zemích se spolu se zvyšujícím se věkem populace, zvyšuje i morbidita obyvatelstva a tím i zdravotnické poplatky. To dělá systém odměňování a prémie atraktivním tématem mnoha politických diskusí. Pilotní studie (viz níže) několika mezinárodních zdravotnických organizací poukazují na nepopíratelný pozitivní vliv ve zdravotnictví, ale i na zvyšující se náklady vynaložené na administrativní úkony. Tento systém má však podporu mnoha mezinárodních organizací pro jeho neustále se zvyšující kvalitu a efektivitu zdravotní péče.

4.1.1 Principy P4P

1. Zajištění kvalitní péče

Spravedlivé a etické programy P4P byly navrženy k vylepšení péče o pacienty. Specialisté ze všech oborů se spojili k vytvoření markerů potřebných k hodnocení v programu. Variace v individuálním přístupu k pacientům jsou na zvážení jednotlivého specialisty a nejsou brány jako zásah do programu.

2. Podpora vztahu pacient/lékař

P4P programy by měly podporovat vztahy pacient/lékař a pomáhat překonávat překážky při léčbě bez ohledu na stav pacienta, etiku, ekonomické okolnosti, demografickou strukturu a jiné.

3. Nabídka dobrovolné spolupráce

P4P programy by měly nabízet dobrovolnou účast v programu a nepodkopávat ekonomickou životaschopnost neparticipujících lékařských praxí. Podporovat celý chod praxe minimalizováním finančních i technologických bariér při jeho zavádění.

4. Použití přesných dat a fér referencí

Použití přesných dat a vědecky validních analytických metod by mělo přidávat programům na důvěryhodnosti. Výsledky studií by měly být přístupné všem zúčastněným odborníkům k nahlédnutí, komentování a uveřejňování.

5. Poskytování spravedlivých odměn

P4P programy by měly poskytovat nové fondy na ohodnocení pro lékaře za jejich participaci, progresivní zlepšování kvality nebo za docílení pozitivních výsledků i bez zapojení se do programu.

Kritéria způsobilosti pro udělování ohodnocení by měla být lékařům, vstupujícím do programu, přesně vysvětlena.

4.1.2 Kritéria P4P

Základem programu P4P je nalezení těch správných kritérií. Pro poskytování kvalitní, cenově výhodné péče je potřeba aplikovat kritéria, která by měla :

- být zaměřena na zlepšení důležitých procesů a výsledků péče v podobě vyhovující pacientům
- reagovat na informovanost pacientů, jejich hodnoty a preference
- být založena na důkazech a odrážet rozlišnost péče v souladu s profesionálním úsudkem
- být pravidelně aktualizována
- být přispůsobivá pro všechny systémy a variace nacházející se v ambulancích praktických lékařů
- posuzovat spokojenost, přístup ke zdravotní péči a zdravotní stav pacientů.

Kritéria by měla být vyvíjena a uplatňována v duchu neustálého zlepšování kvality primární péče. Jejich prvotním účelem mělo být a stále je identifikování nedostatků v poskytované péči a jejich eliminace. Některá kritéria jsou využívána k posuzování kvality, jiná zas pro informování veřejnosti nebo pro programy jako je P4P.

Jen kritéria, která jsou pečlivě vybrána a založena na důkazech mohou být použita pro tenhle typ hodnocení.

Aplikace a hodnocení kritérií je posuzováno individuálně vzhledem k odlišnosti jednotlivých praxí, lékařů, zdravotnických systémů, ekonomických nákladů a jiných faktorů.

K hlavním znakům kritérií by však měli patřit důležitost, měřitelnost a dosažitelnost.

Důležitost

Založená na faktech. Kritéria by měla být explicitní, založena na vědeckých faktech a odrážet stupeň vědecké jistoty. Cílem tohoto opatření by mělo být zlepšení výsledků, které jsou významné pro pacienty.

Značný potenciál pro zlepšení. Kritéria by měla vykazovat značný rozdíl mezi existující a optimální péčí.

Relevantní. Kritéria by měla být důležitá jak pro pacienty tak pro lékaře a měla by být přístupná k hodnocení.

Incidence a prevalence. Kritéria a jejich prevalence v populaci by měla být dostatečně významná, aby bylo možné správně hodnotit zlepšování kvality.

Měřitelnost

Platná. Kritéria by měla být vědecky přesná a založená na kvalitních důkazech.

Přesně definována a specifikována.

Tato specifikace by měla zahrnovat: důvod a záměr kritéria, popis zkoumané populace, definování postupů, datové prvky a zdroje dat, pokyny pro sběr dat a možnost ověření u zdroje dat (lékař, pacient).

Lehce interpretovatelná.

Dosažitelnost

Cenově výhodná. Kritéria by neměla být nepřiměřeně velkou finanční zátěží. Náklady na měření dat a jejich výnosnost by měly být v rovnováze.

Proveditelná. Kritéria by měla být pro lékaře lehce akceptovatelná.⁵

4.1.3 P4P v praxi

Akcelerace zlepšování kvality ve zdravotnické péči je základním cílem programu pay for performance a veřejných referencí o jeho aplikaci, přesto však dodnes není jistý přínos ani pozitivní výsledky zavedených metod odměňování. Bylo však provedeno několik studií, které svědčí alespoň o jeho částečném úspěchu a významu pro zdravotnický systém.

V letech 2003 – 2006 byla v **USA** prováděna jedna ze studií na ověření zlepšování kvality nemocnic po zavedení dvou rozdílných systémů, a to systému ohodnocování na základě výsledků a systému zveřejňování dat pro širokou veřejnost. Zdá se, že tyto dvě strategie mají velký vliv na kvalitu a bezpečnost péče.

Měřeno bylo 10 individuálních a 4 složené kritéria v 613 nemocnicích, které zveřejňovaly data o kvalitě péče.

⁵ *American Association of Family Physicians* [online]. 1999, 2005 [cit. 2010-05-17]. Performance Measures Criteria. Dostupné z WWW: <<http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/p/performanceasures.html>>.

Metody studie

V prosinci 2002, Americká asociace nemocnic, Federace amerických nemocnic a Asociace amerických akademií založili Alianci nemocniční kvality (ANK), aby podpořili nemocnice v dobrovolném sbírání a uveřejňování dat související s kvalitou jejich péče. **ANK** byla navržena a založena **za účelem poskytování informací o kvalitě péče široké veřejnosti** a aby posílila v tomto směru úsilí nemocnic. Do programu byly přizvány všechny nemocnice akutní péče ve Spojených státech a míra účasti dosáhla až na 98%. Participující nemocnice byly vyzvány ke shromažďování a uveřejňování dat ohledně 10 markerů kvality týkajících se tří klinických stavů: selhání srdce, akutního infarktu myokardu a pneumonie. Sběr dat a jejich zpřístupnění začalo v posledním čtvrtletí roku 2003.

V březnu roku 2003 bylo vytvořeno sdružení nemocnic, které měly demonstrovat **zlepšování kvality na základě systému odměn (Pay for performance)**. Participující organizace měly sesbírat a předložit data ke 33 markerům kvality příslušícím pěti klinickým stavům: selhání srdce, akutní infarkt myokardu, komunitní pneumonie, by-pass koronárních arterií a náhrada kolenního nebo kyčelního kloubu. K demonstraci bylo potřeba 30 případů ke každému klinickému stavu. Nemocnice, které dosáhly nejlepších výsledků byly odměněny 2% navýšením každoročních příjmů. Nemocnicím na druhém místě byly navýšeny příjmy o 1% . Sankce byly uděleny nemocnicím, které po celé tři roky programu dosahovaly výsledků nejhorsích.

Výsledky studie

Ze 4691 nemocnic, které shromažďovaly data pro ANK mezi r. 2003 až 2005, 2490 včetně 266 s Pay for performance splnilo kritéria programu. V průběhu studie se podařilo sesbírat kompletní data ze 406 nemocnic účastnících se porogramu ANK a z 207 s programem P4P.

Typickou nemocnicí participující na studii ANK byla malá až střední, krajská, státní s klasickou městskou populací. Nemocnice s P4P byly v průměru menší, soukromé, venkovské s menším počtem pacientů (viz. Tab. 1)

Tab.1: Seznam nemocnic, které přijali podmínky jednoho z programů.⁶

Charakteristika nemocnic zapojených do programů			
Charakteristika	Nemocnice s PFP a VR	Nemocnice jen s VR celkové číslo (%)	Celkový počet nemocnic
Počet lůžek			
<200	63 (30.4)	128 (31.5)	1355 (54.4)
200–400	77 (37.2)	146 (36.0)	697 (28.0)
>400	67 (32.4)	132 (32.5)	438 (17.6)
Poloha			
Okresní	36 (17.4)	69 (17.0)	873 (35.1)
Krajské	171 (82.6)	337 (83.0)	1617 (64.9)
Vzdělávací status			
Se vzděláním	97 (46.9)	191 (47.0)	783 (31.4)
Bez vzděláním	110 (53.1)	215 (53.0)	1707 (68.6)
Region			
Středozápad	45 (21.7)	90 (22.2)	662 (26.6)
Severovýchod	28 (13.5)	54 (13.3)	417 (16.7)
Jih	109 (52.7)	212 (52.2)	1032 (41.4)
Západ	25 (12.1)	50 (12.3)	379 (15.2)
Vlastnický status			
Soukromé	4 (1.9)	7 (1.7)	461 (18.5)
Státní	203 (98.1)	399 (98.3)	2029 (81.5)

*Uvedeny jsou všechny nemocnice , které odevzdali data o výkonech nejméně pro 30 případů ročně nebo pro 8 případů čtvrtletně.

V průběhu 2 leté studie se zjistilo, že obě uplatněné strategie mají prokazatelný vliv na zlepšování kvality ve všech, jednotlivých i skupinových kritériích. Analýza však ukázala rozdílnost výsledků i mezi dvěma zkoumanými skupinami, kde vyšších hodnot dosahovaly nemocnice zapojené do systému odměn. Skupina s P4P dosahovala zlepšení v rozmezí 2 až 16% téměř u všech zkoumaných kritérií. Nejlepších výsledků bylo dosaženo v diagnostice, prevenci a léčbě pneumonie, kde se absolutní změna šplhala až k 30% (viz. Tab. 2).

Tab. 2: Zlepšení kvality u jednotlivých kritérií.⁶

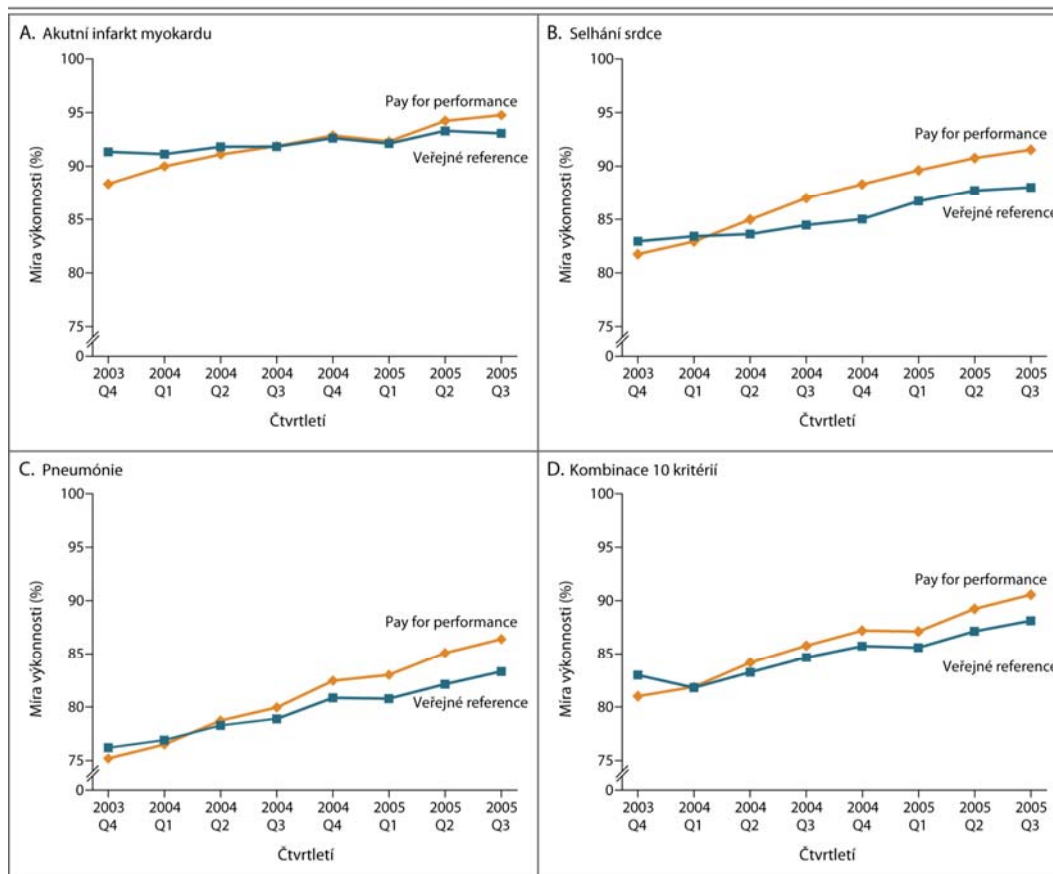
Zlepšení kvality v průběhu 2 let v nemocnicích angažovaných v PFP a VR						
	Nemocnice s PFP a VR			Nemocnice jen s VR		
	4. čtvrtletí 2003 počet pacientů v %	3. čtvrtletí 2005 počet pacientů v %	Absolutní změna %	4. čtvrtletí 2003 počet pacientů v %	3. čtvrtletí 2005 počet pacientů v %	Absolutní změna %
Akutní infarkt myokardu						
Aspirin - nasazení	8,293 (92.2)	6,776 (96.3)	4.1	12,780 (94.9)	10,370 (95.7)	0.8
Aspirin - vysazení	10,204 (93.9)	8,358 (96.1)	2.2	16,660 (92.7)	13,564 (94.0)	1.3
ACE inhibitor na SDLK	2,016 (78.2)	1,809 (88.9)	10.7	3,129 (82.9)	2,737 (83.7)	0.8
B-blokátory - nasazení	10,122 (89.1)	8,607 (95.9)	6.8	16,524 (90.4)	13,673 (94.4)	4.0
B-blokátory - vysazení	7,224 (87.6)	5,345 (93.5)	5.9	11,187 (89.6)	8,432 (92.7)	3.1
Selhání srdce						
Stav LK	17,301 (83.2)	14,933 (93.3)	10.1	25,431 (85.1)	21,953 (90.1)	5.0
ACE inhibitor na SDLK	5,728 (77.7)	5,970 (86.3)	8.6	8,606 (77.6)	8,857 (84.2)	6.6
Pneumonie						
Antibiotická terapie	17,280 (68.2)	7,877 (79.9)	11.7	25,944 (68.9)	11,521 (76.3)	7.4
Vakcinace	9,357 (42.7)	5,515 (72.7)	30.0	13,599 (44.6)	8,009 (63.7)	19.1
Stav oxygenace	18,523 (97.9)	9,757 (99.6)	1.7	28,077 (98.3)	14,562 (99.4)	1.1
Příslušná kritéria péče						
Akutní infarkt myokardu	13,187 (77.0)	11,193 (88.6)	11.6	21,665 (81.6)	17,912 (85.7)	4.1
Selhání srdce	17,569 (76.1)	15,264 (88.3)	12.2	25,578 (77.8)	22,223 (84.0)	6.2
Pneumonie	18,531 (48.5)	9,758 (70.6)	22.1	28,077 (50.0)	14,562 (65.0)	15.0
Hodnoty kombinovaných vyšetření						
Akutní infarkt myokardu	39,543 (88.7)	32,247 (94.8)	6.1	62,944 (91.3)	51,194 (93.1)	1.8
Selhání srdce	23,656 (81.2)	21,588 (91.5)	10.3	34,829 (82.9)	31,730 (88.0)	5.1
Pneumonie	46,339 (75.2)	23,724 (86.4)	11.2	70,363 (76.2)	35,283 (83.3)	7.1
Všech 10 kritérií	116,613 (81.0)	96,695 (90.5)	9.5	192,381 (82.9)	165,805 (88.1)	5.2

Nemocnice zapojené do studie zaznamenaly v obou případech markantní zlepšení kvality ve všech směrech (viz. Tab. 3). Otázkou

však zůstává, zda-li tyto změny budou i nadále generovat zlepšování kvality a zda v tomto případě budou zlepšení převyšovat náklady spojené se zaváděním programu.

Tab.3: Celkové zlepšení nemocnic.⁶

Celkové zlepšení kvality podle jednotlivých kritérií platné pro všechny nemocnice zapojené do programů PFP a VR



*Výsledky analýzy poukazují na fakt, že program P4P stojí za zlepšením kvality všech 4 klíčových kritérií v rozmezí 4,1% – 5,2% v průběhu dvou let.

⁶ LINDENAUER, M.D., M.SC., Peter K., et al Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. In *The New England Journal of Medicine*. Baystate Medical Center, Springfield, MA 01199, USA. : Division of Healthcare Quality, January 27, 2006 [cit. 2010-05-17]. Dostupné z WWW: <<http://content.nejm.org/cgi/content/full/356/5/486>>.

Podobná studie, zaměřená na primární péči, se uskutečnila v letech 1998 až 2005 ve **Velké Británii**.

V roce 2004 investovala britská vláda 1,8 miliard liber do celoplošného programu P4P pro praktické lékaře. Již v průběhu prvního roku výsledky daleko předčily očekávání.

Nicméně, kvalita primární péče v ordinacích praktických lékařů v Británii zaznamenala zlepšení již dříve, mezi lety 1998 - 2003. Byla to odezva na zavedení široké škály programů jako např.: Národní standardy léčení chronických nemocí srdce (1999) a diabetu (2003) nebo Systém národní inspekce a monitoring poskytovaných služeb.

Metody studie

V průběhu studie bylo porovnáváno 42 reprezentativních praxí před (r.1998 a r.2003) a po (r. 2005) zavedení programu P4P. Kategorie pro hodnocení byly: nemoc tří tepen (15 klinických indikátorů), astma (12 klinických indikátorů) a diabetes 2. typu (21 klinických indikátorů). Data byla sbírána pro 20 pacientů ke každé kategorii v r. 1998 a pro 12 pacientů v r. 2003 až 2005. Kromě vlivu P4P bylo ve studii srovnáváno 30 indikátorů, které byly v systému odměn, se 17, které odměňovány nebyly, aby bylo možné posoudit, zda-li se pozornost lékařů neupírá jen na kritéria, která jsou hodnocena.

Výsledky studie

Výsledky studie ukázaly zlepšení ve všech třech zkoumaných kriteriích mezi roky 2003 až 2005, tedy po zavedení programu P4P. Zlepšení kvality péče v tomto období bylo významější u astmatu a diabetu 2. typu než u nemoci tří tepen, která zaznamenala své

akcelerační maximum v letech 1998 až 2003, kdy se prvně objevily programy zaměřené na kontrolu kvality.

V případě indikátorů však byla změna mnohem markantnější u hodnocených než u indikátorů skrytých. Ty se výrazně nelišily od hodnot předvídaných na základě trendů z let 1998 a 2003.⁷

Závěry vyvozené z výsledků studií

Jako každý jiný, teší se i profesionálové pracující ve zdravotnictví z odměn za dobře vykonanou práci. Vede však skutečně tato cesta finančních odměn za výkon ke zlepšování přístupu lékařů k léčbě a pacientům, a tím ke zvyšování kvality ve zdravotnictví?

Tak jako všechny zavedené změny, potýká se i program P4P nejen s nadšenými ohlasy, ale i s ostrou kritikou, která nám připomíná, že každá mince má vždy strany dvě.

Ve Velké Británii byl program P4P prvním celoplošným programem, nikoliv však prvním programem kontroly a odměňování v primární péči. Pokrok ve zdravotní péči ve smyslu kvality, který nastal po jeho zavedení v r. 2004, byl však v menším rozsahu zaznamenán již u programů z r. 1998 - 2003. Otázkou zůstává, zda je opravdu program P4P to, co je zodpovědné za zvyšování

⁷ CAMPBELL, PH.D., Stephen, et al Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. In *The New England Journal of Medicine*. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, July 12, 2007; 357(2): 181-90 [cit. 2010-05-17]. Dostupné z WWW: <<http://content.nejm.org/cgi/content/full/357/2/181>>.

úrovně péče v Anglii nebo by ke změnám tohoto rázu došlo i pomocí předešlých strategií.

Odpověď na tuto zásadní otázku však nelze najít vzhledem k tomu, že program finančních odměn byl zaveden současně po celém britském království a tudíž neexistuje potřebná kontrolní skupina k porovnání. Zdá se však, že jakýkoliv systém finančních odměn je velice efektivním prostředkem k ovlivnění profesního chování a kvality poskytované péče pozitivním směrem. Samotná profesní motivace bez finančních odměn nemusí být dostatečná pro zlepšení kvality, obzvláště pokud se zaváděním inovací do praxe lékařů přichází i zvýšení provozních nákladů.

Zisk však není jedinou složkou potřebnou pro vzestup kvality ve zdravotnictví. Udržení vzestupu kvality vyžaduje i kombinaci jiných faktorů, včetně dobré týmové práce, profesionálního přístupu, jasného cíle a efektivního vedení. Zvýšení administrativních úkonů, více potřebného personálu a lepší technická vybavenost je tedy samozřejmostí.

Další častou kritikou programu P4P je fakt, že výsledky studií jsou založeny na základě péče zaznamenané, hlášené a ne na základě péče poskytnuté pacientovi. To nás zavádí k myšlence, že hlavním efektem programu P4P je zlepšení kvality vedení zdravotnické dokumentace o péči a ne péče samotné.

Metody studie programu P4P byli zveřejněny rok před jejím uskutečněním. Je tedy možné, že se některé praxe připravovaly na studii ještě před jejím zahájením což opět může svědčit pro zkreslení výsledků.

Soustředění se na ohodnocovaná kritéria na úkor těch, která ohodnocovaná nejsou, může způsobit redukci kontinuity a fragmentaci péče. Je teda potřebné vybírat kritéria tak, aby nedocházelo k zanedbávání nekontrolovaných aspektů péče.

Dále je potřeba zabránit úmyslné selekci zdravé populace praktickým lékařem, který ve vidině lepších výsledků eliminuje ze svého souboru pacienty chronicky a těžce nemocné.

Navzdory mnohým obavám však byla všeobecná spokojenost pacientů s prací jejich praktických lékařů mnohem vyšší po r. 2004 než v r. 2001. Externí finanční příjmy však mohou způsobit, že se předešlá touha po prosté pomoci člověku v nouzi promění na pouhou touhu po zisku.

5. Budoucnost primární péče v ČR

Česká republika je jedním ze států, kde je potřeba zavést nástroje pro hodnocení a zvyšování kvality v primární péči.

Na vytvoření podmínek pro jejich zajišťování je nutné zabezpečit dostatečně funkční síť kvalifikovaných profesionálů, kteří jsou řádně vybaveni a poskytují péči v zařízeních, které odpovídají daným normám.

Způsob poskytování zdravotní péče by měl odpovídat současným poznatkům vědy, měl by být relevantní stavu pacienta, řádně zdokumentovaný, měl by efektivně využívat všechny dostupné zdroje a vést k uspokojení potřeb a očekávání pacienta.

K dosažení změn struktury, procesů a výsledků v primární péči je zapotřebí mnoha úprav jak v oblasti legislativních norem, regionální zdravotní politiky, kvality pregraduálního a postgraduálního vzdělávání, tak v oblasti provozních, personálních, organizačních a odborných standardů, ekonomického prostředí, kompetencí a kontinuálního vzdělávání.

Kombinace strukturálních změn s programem P4P (programem finančních odměn) by mohla odstartovat novou éru v oblasti zvyšování kvality primární péče.

Závěr

Současné trendy v medicíně, které zahrnují přesun pacientů a zdravotnických výkonů ze složky nemocniční do ambulantní, důraz na péči chronickou a paliativní vedle péče akutní a vzrůstající objem preventivně zaměřených programů, zvyšují nároky na kvalitu a rozsah poskytované péče a bezpečnost pacientů.

Lze předpokládat, že vysoké nároky na kvalitu poskytované péče a mechanismy jejího posuzování, které se dnes uplatňují v nemocnicích, se začnou významně uplatňovat i u ambulantních zařízení a také v ordinacích praktických lékařů.

Zajišťování kvality primární péče nebylo však dosud prioritou, přitom prostředí individuálních praxí přináší riziko vysoké variability ve smyslu kvality poskytované péče, možnosti nestandardních postupů, omylů a pochybení, vyplývajících z malé standardizace činností.

Je potřeba se proto zeptat, zda je takové prostředí pro pacienty bezpečné. Zda není péče, poskytovaná v ordinacích některých praktických lékařů, pro pacienty dokonce nebezpečná. A zda existují funkční mechanismy, které chrání pacienty před nekompetentními, nemocnými, unavenými nebo přetíženými lékaři a jejich sestrami.

Hodnocení kvality primární péče je proto budoucností, která vede k zlepšování služeb a vyšší spokojenosti pacientů ve zdravotnické péči.

V současné době ale neexistují kritéria k posuzování kvality praxí a tak jsem se ve své diplomové práci zaměřila na projekty uskutečnené v zahraničí.

Kromě akreditačního procesu je k hodnocení primární péče možné použít program P4P, kterého hlavním smyslem je finanční ohodnocování výkonu lékařů. I navzdory mnohým negativům je

rozhodně systém finančních odměn progresivním prvkem na poli zvyšování kvality.

Zavádění jakéhokoliv systematického procesu hodnocení kvality v ČR bude však složité, vzhledem na nedostatek prostředků a kritický stav současné primární péče (vysoký věkový průměr lékařů primární péče a jejich nedostatek).

Souhrn

Tato práce se zabývá možnostmi hodnocení kvality primární péče v České republice.

V úvodní části práce stručně popisují základní poznatky a definici primární péče. Další části jsou věnované její kvalitě a možnostem jejího hodnocení.

V České republice však v současné době neexistují prostředky pro hodnocení kvality v primární péči a proto se ve své práci obracím na programy zavedené v zahraničí. Konkrétně na program finančního ohodnocení, který byl zaveden v USA a Velké Británii.

Z výsledku studií vyplývá, že systémy finančních odměn spolu se strukturálními změnami primární péče, mohou vést k zvyšování kvality péče a větší spokojenosti pacientů.

Summary

This work deals with the possibilities of primary care valuation in Czech Republic.

First part briefly characterized basic knowledge and the definition of primary care. Other parts are devoted to its quality and possibilities of its evaluation.

In Czech Republic, however, there are currently no measures that can be used for valuation and therefore I turn my work to programs established abroad. Specially, to Pay for performance program, which was introduced in USA and UK.

The study results show that the programs of financial rewarding, along with the structural changes in primary care can lead to quality improvement and greater patient satisfaction.

Seznam použité literatury

Peter K., et al. (2007). "[Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement](#)" (PDF). *The New England Journal of Medicine* 356 (3): 486–496.

American Medical Association: [Principles for Pay-For-Performance Programs](#) (Retrieved 2007-04-15)

American Medical Association: [Guidelines for Pay-For-Performance Programs](#) (Retrieved 2007-04-15)

American College of Physicians: [Quality Improvement, Pay-for-Performance and Practice Redesign](#) (Retrieved 2007-04-15)

Deloitte Center for Health Solutions: [Paying For Performance, A Call for Quality Health Care](#) (Retrieved 2007-04-15)

Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW: Public reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement, *The New England Journal of Medicine*, 2007

<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/>

<http://www.svl.cz/>

<http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/p/primarycare.html>

<http://www.sciencedaily.com/releases/2009/11/091123171420.htm>

<http://www.sakcr.cz/about.php>

Celedová, Libiuše: Primární péče – Postavení a úloha v systému zdravotní péče ČR, Praha: květen, 1998

Seifert, Bohumil: Primární péče, Úvod do všeobecného lékařství, Praha

<http://www.uemo.org/>

Tim Doran, M.P.H., Catherine Fullwood, Ph.D., Hugh Gravelle, Ph.D., David Reeves, Ph.D., Evangelos Kontopantelis, Ph.D., Urara Hiroeh, Ph.D., and Martin Roland, D.M.: Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom, 2006

<http://www.ipvz.cz/>

Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M.: Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance, N Engl J Med. 2007 Jul 12;357(2):181-90

Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW: Public reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement, The New England Journal of Medicine, 2007