

# 12. Rizikový kontrakt.

6MTSN1

Technické a strategické nástroje ve zdravotnictví

**Ing. Daniela Kandilaki, Ph.D.**

**doc. Ing. Peter Pažitný, MSc. PhD.**



EVROPSKÁ UNIE  
Evropské strukturální a investiční fondy  
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

**MŠMT**  
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



# Obsah

- Kontext a současný stav v oblasti platebních mechanismů
- Kontrakční infrastruktura rizikového kontraktu
- Základní principy rizikového kontraktu
- Základní byznys model rizikového kontraktu
- Výsledky z aplikace rizikového kontraktu
- Závěry



# Cíl přednášky

- Definování a vysvětlení jednotlivých pojmů
- Rizikový kontrakt.
- Kapitace s plným rizikem.
- Business model rizikového kontraktu.

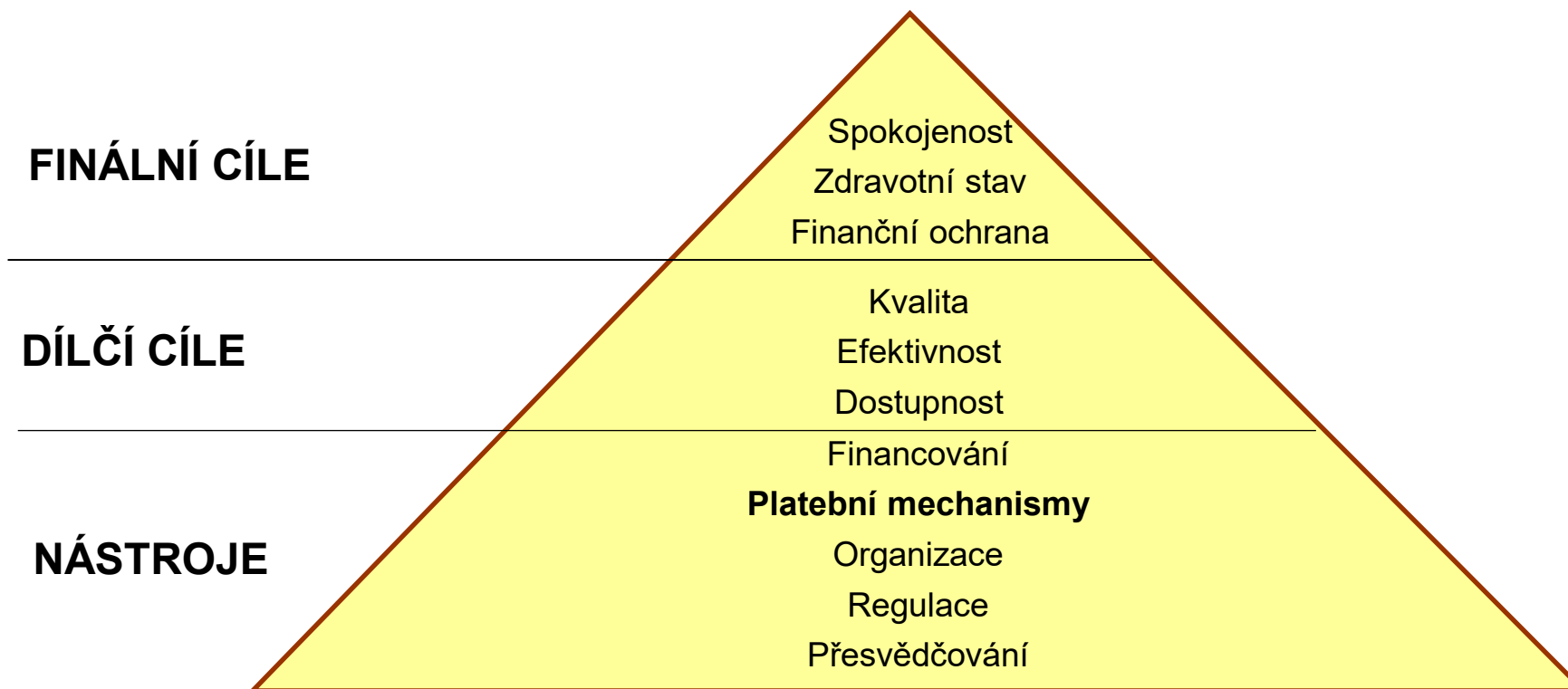
# I. Kontext a současný stav v oblasti platebních mechanismů



# Kontext

- Žijeme v éře chronických chorob
- Pro mladé chronické pacienty se management chronické nemoci stává součástí strategického rozhodnutí o životním stylu
- Kontrola nákladů nad chronickými chorobami se stává strategickou výzvou manažování finančního rizika
- Cash Flow definuje chování
- Platby třetí stranou jsou dominantní
- Vytvoření hodnoty pro spotřebitele vyžaduje společnou snahu všech stakeholders
- **Zdravotnický management (Healthcare Management)**

# Platební mechanismy jsou nástroj (ne cíl)

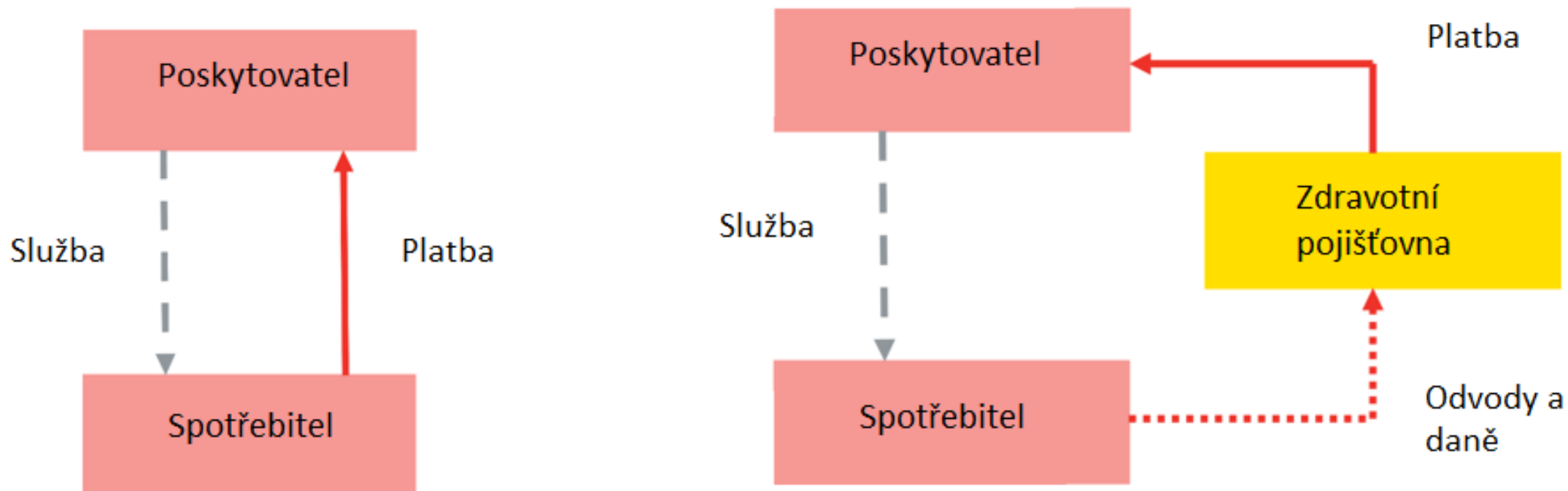




# Platební mechanismus

- Platební mechanismus je **platba třetí stranou**.
- Je to způsob, kterým zdravotní pojišťovna platí poskytovatele.
- Soustava pobídek a motivací, která definuje chování poskytovatelů.
- Platební mechanismus může být za:
  - Existenci
  - Aktivitu
  - Koordinaci
  - Výsledek

# Přímá platba a platba třetí stranou



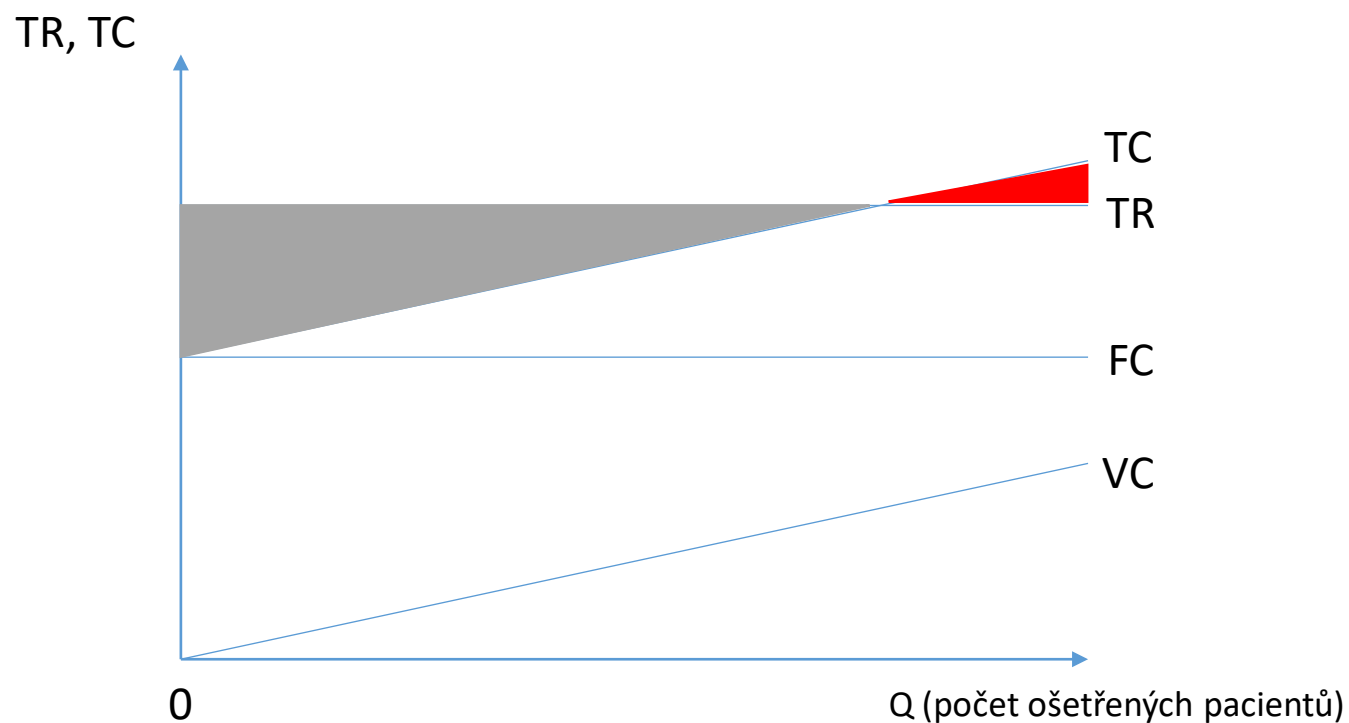




# Co je to kapitace?

- Slovo kapitace má původ v latinském slově "caput" - hlava.
- Kapitace tedy znamená platba za hlavu (per capita).
- V US literatuře se setkáváme s pojmem PMPM - per member per month. Platba "za hlavu na měsíc".
- Poskytovatel tedy **dostává každý měsíc stejné množství peněz na každého člověka, bez ohledu na to, zda tento člověk bude nebo nebude čerpat zdravotní služby** a kolik budou stát.

# Křivka výnosů a nákladů při kapitaci

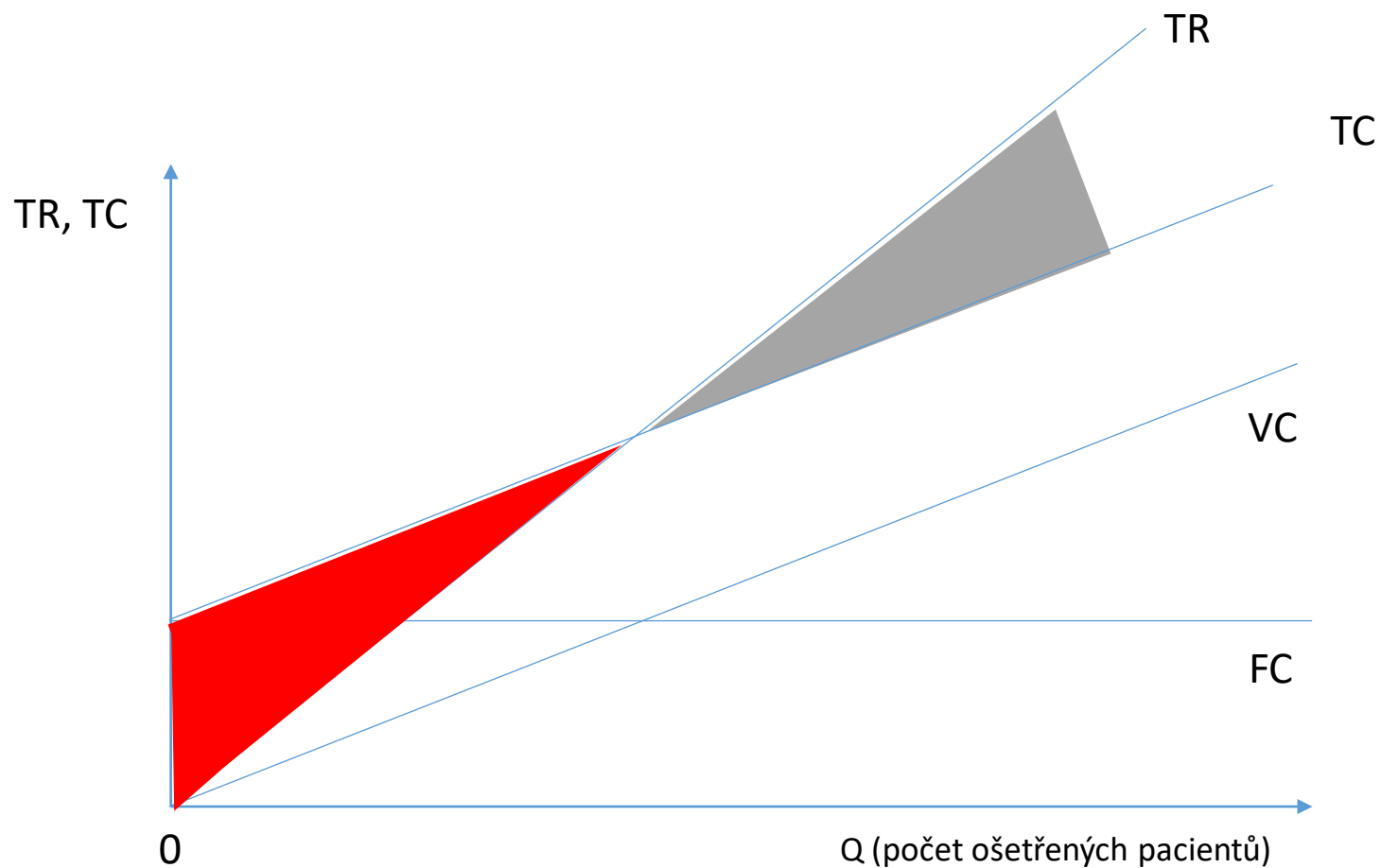




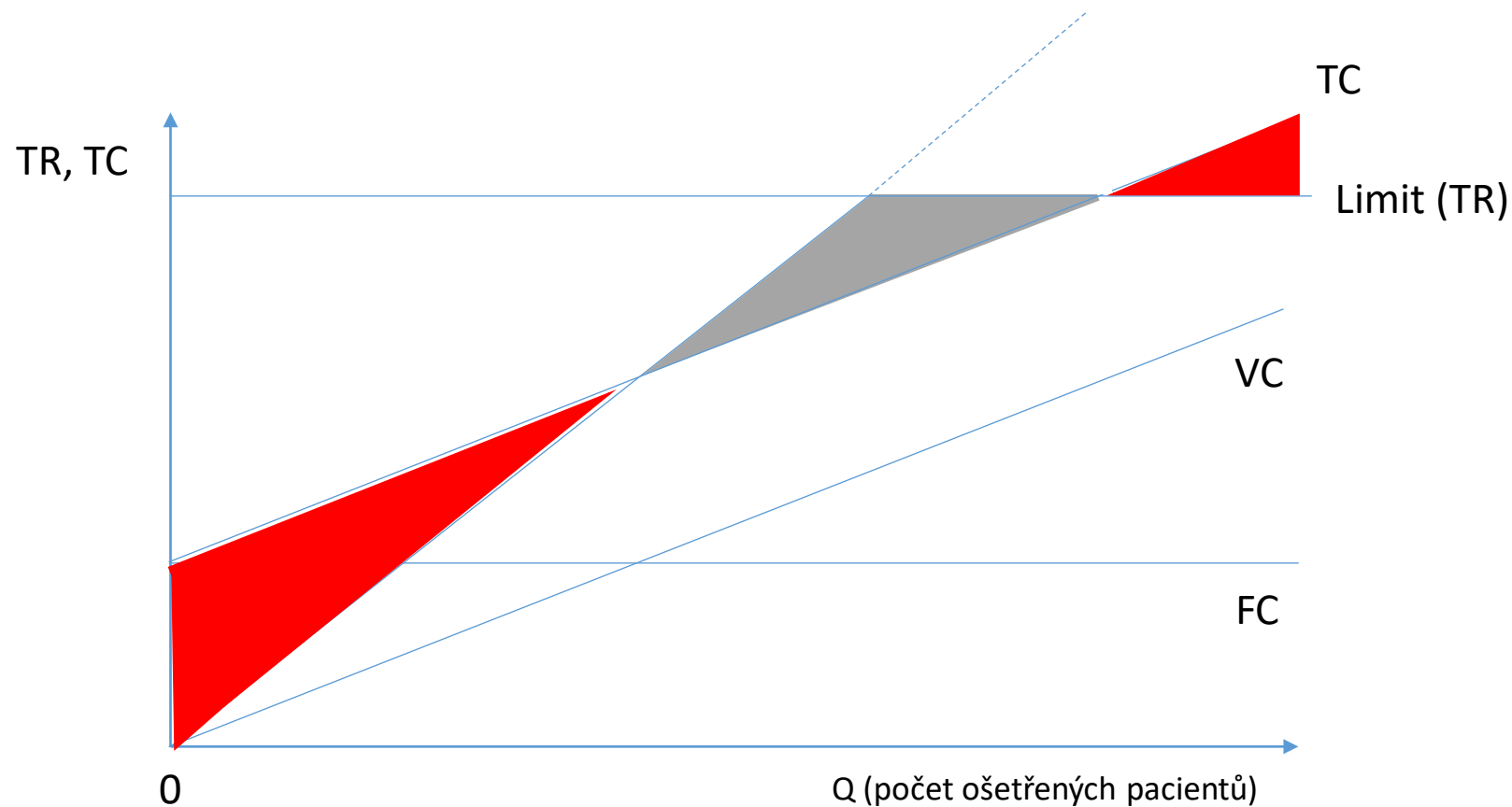
# Platba za výkon

- Při platbě za výkon si **poskytovatel vyúčtuje pojišťovně za každou návštěvu pacienta všechny výkony ze seznamu**, které při jeho vyšetřování a léčbě vykonal.
- Takových různých výkonů existuje v seznamu několik tisíc (přičemž lékař určité odbornosti z nich používá vždy jen pár desítek) a pro každý výkon je v něm stanovena hodnota ve formě bodů.
- Odměna poskytovatele za daný výkon se pak vypočítá jako součin bodů za daný výkon přenásobený cenou za bod, kterou si na dané období dohodla pojišťovna s poskytovatelem.

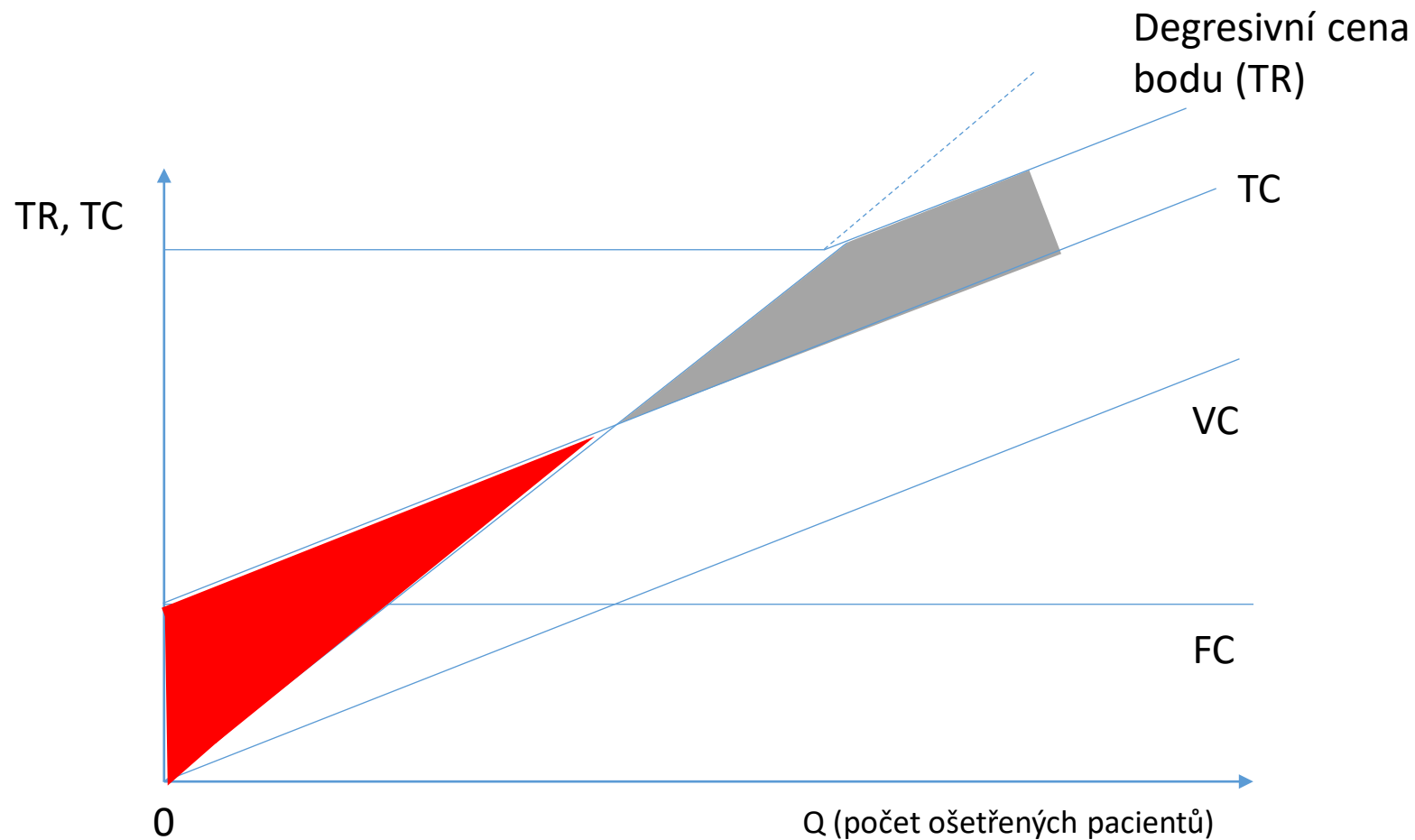
# Platba za výkon



# Platba za výkon (s limitem od ZP)

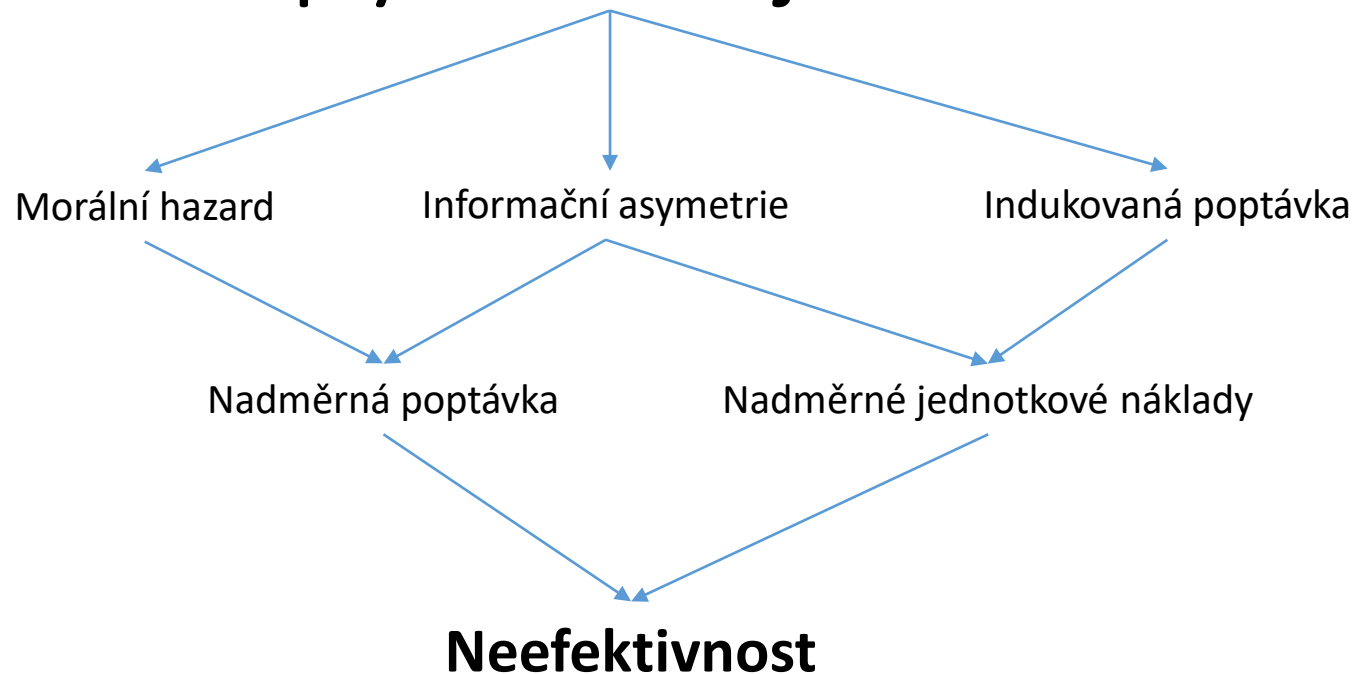


# Platba za výkon (s degresivní cenou bodu)





# Takto nastavené platební mechanismy generují neefektivnost a plýtvání zdroji

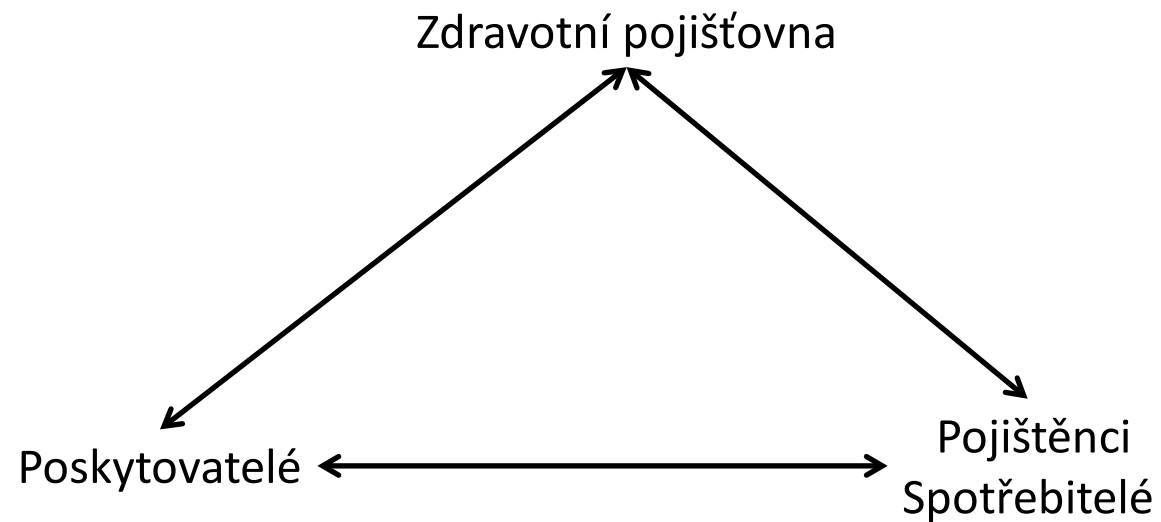


## II. Kontraktační infrastruktura rizikového kontraktu

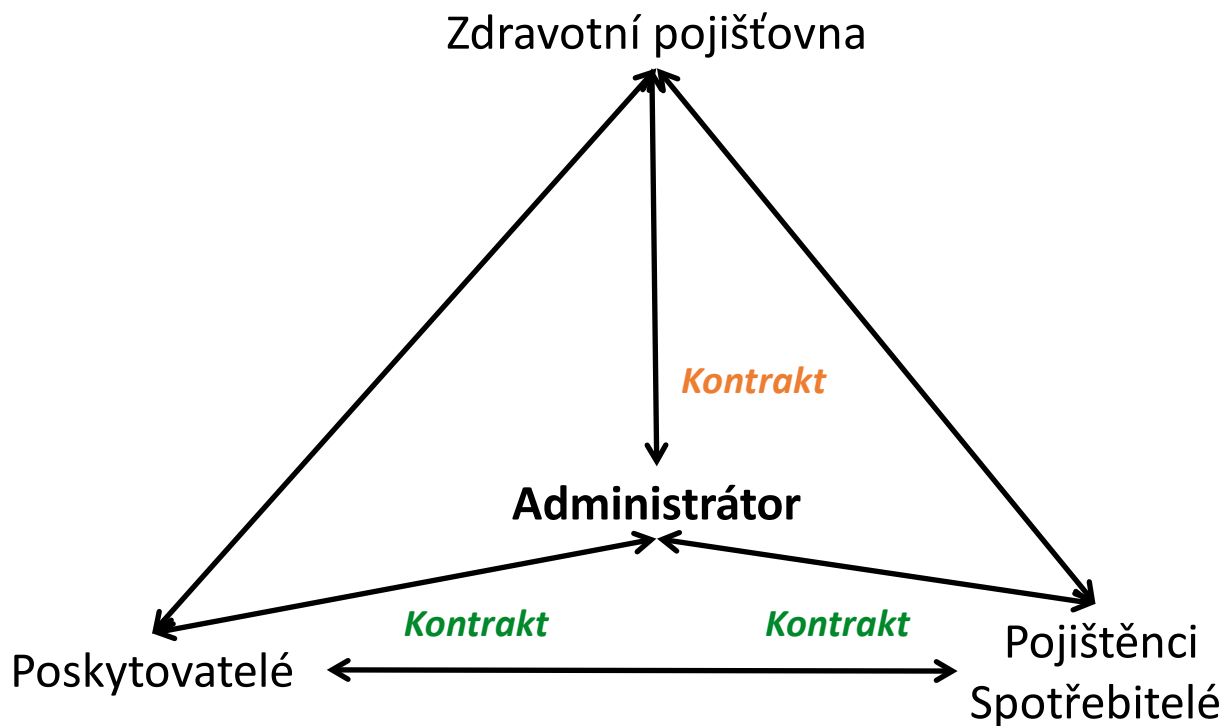




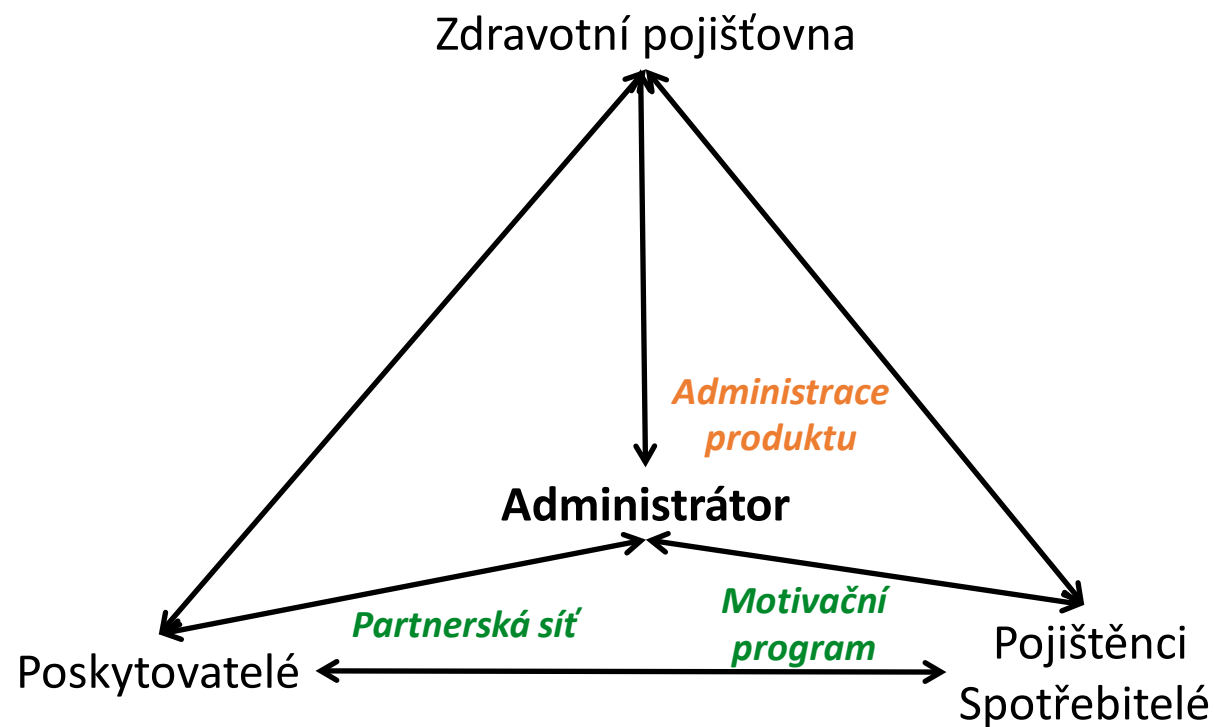
# Standardní situace



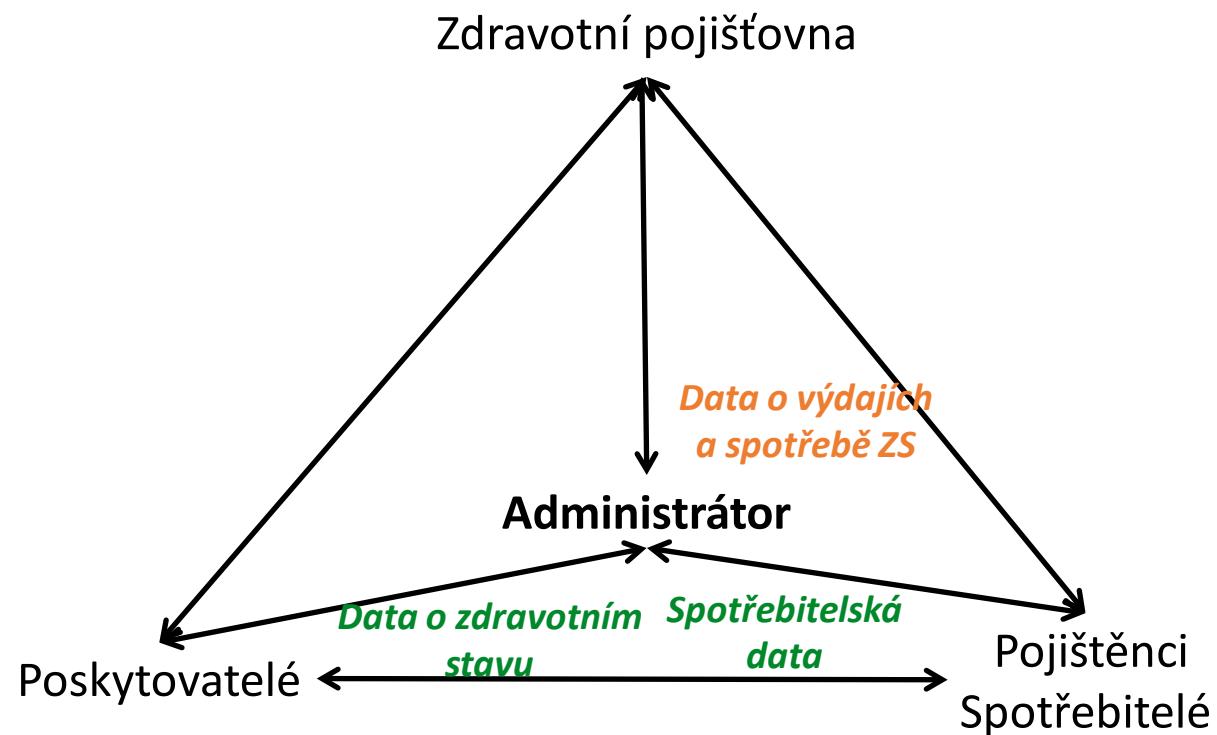
# Vstup administrátora přináší nové smluvní vztahy



# Vzniká nový produkt, který integruje partnerskou síť poskytovatelů a motivační program pro spotřebitele



# Vzniká nový tok dat



# III. Základní principy rizikového kontraktu

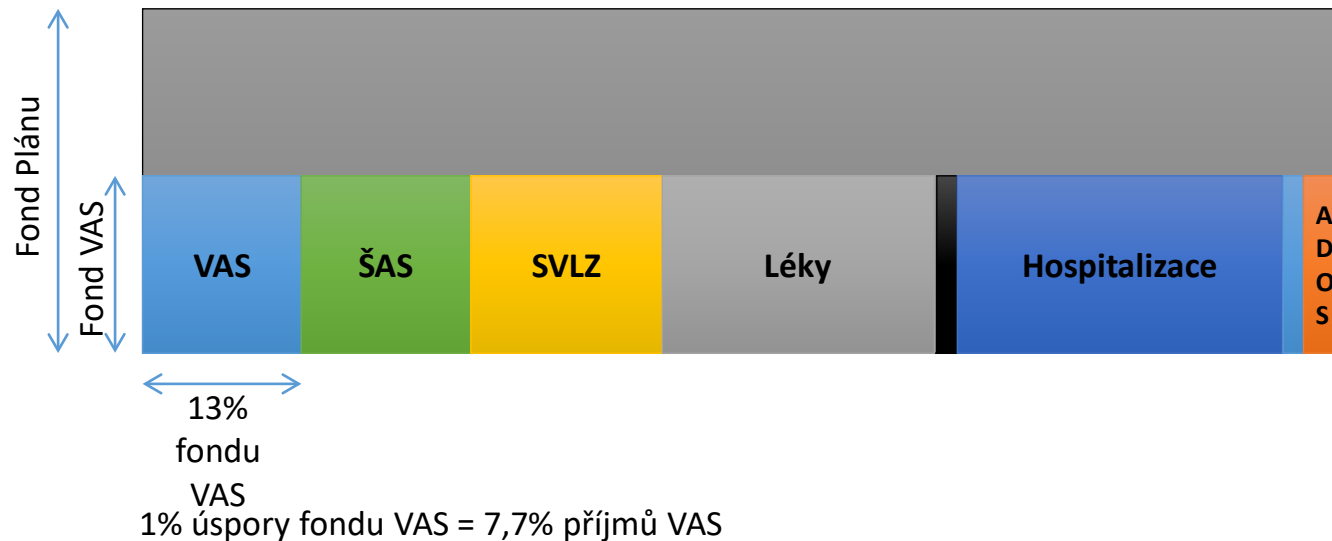


# Základní principy rizikového kontraktu

- Je to skupinový, ne individuální kontrakt
- Vytvoření společného kontraktu mezi všeobecnými lékaři (20 - 50) a nemocnicí (případně specialisty) - vytváření sítí partnerských poskytovatelů
- Takto vzniknutá skupina nese odpovědnost za kapitálový kmen (např. 40 000 pojištěnců)
- Skupina má shodné cíle se ZP = ekonomický a klinický cíl
- Sjednocení klinického a ekonomického rozhodování
- Směrování poptávky do partnerské sítě
- Sdílení úspor, ale i sdílení rizika a ztráty (do definované výšky)

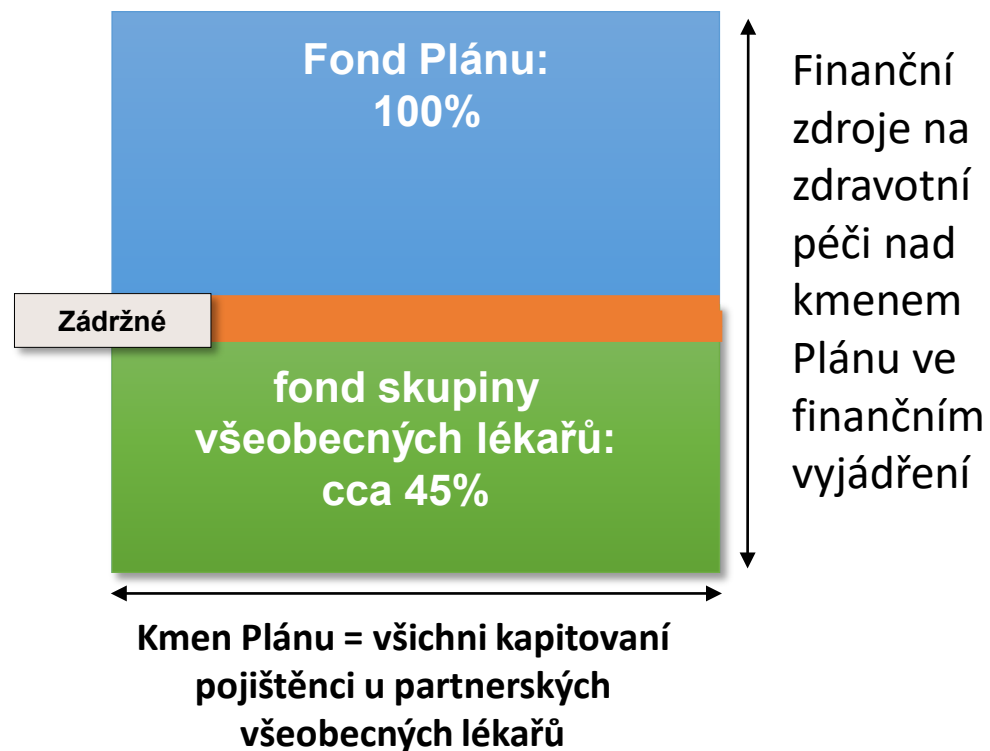


# Fond všeobecných lékařů





# Fond plánu







# Základní principy rizikového kontraktu

- Je financován z úspor (každý poskytovatel je motivován % z úspory)
- Úspory vznikají nad vlastním kmenem v porovnání s referenčním kmenem
- Je to lokální záležitost (charakter ZS je na 90% lokální) = referenční kmen je z téže lokality jako kmen Plánu (okruh cca 50 až 100 km)
- Důraz na férovost kontraktu



# Role všeobecných lékařů

- základní struktura Plánu
- **koordinace toku služeb**
- kapitální kontrakt
  - **odpovědnost** za nákup zdravotních služeb pro své pojištěnce
  - **virtuální fond** na definovaný objem ZS
- kontrahovaný jako **skupina** cca 20-50 lékařů



# Motivace všeobecného lékaře

- Starat se o definovaný objem finančních prostředků (jako **virtuální fond**)
- Každý všeobecný lékař z něj "**nakupuje**" **definované typy ZS** pro své pojištěnce
  - primární ZS, indikované léky, SVLZ, poplatek za ambulantní vyšetření u specialisty, spoluúčast na hospitalizaci pojištěnce
  - zahrnuje náklady na tuto ZS i když ji indikoval jiný lékař!
- pokud lékaři dokáží ZS nakoupit efektivněji, mohou si **ponechat část úspor**



# Role velkých poskytovatelů

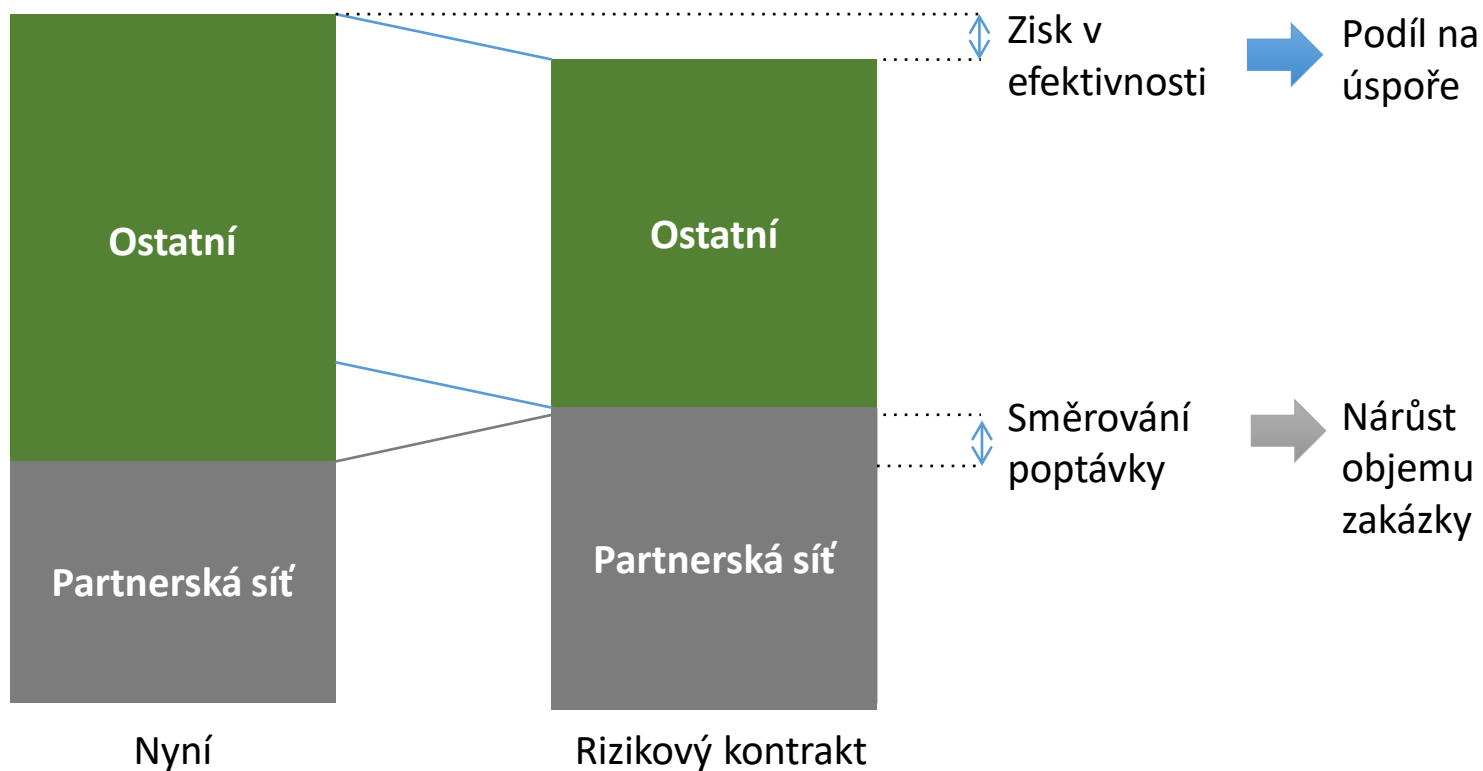
- poskytují **zdravotní služby** specializované ambulantní a nemocniční ZS
- podílejí se na **řízení rizik, koordinaci služeb a vzájemné komunikaci** v síti Plánu
- podílejí se na zabezpečení **motivačního programu** (financování, ale i další zakázka při poskytování benefitů pro klienty)



# Manažování poptávky

- Směrování poptávky musí být přínosné pro partnerského poskytovatele a také pro pojištěnce
- Ochota partnerského poskytovatele získávat dodatečnou zakázku
- Poskytování kvalitních zdravotních služeb (postupné vytváření klinických protokolů)
- Nižší jednotkové ceny
- Lepší koordinace zdravotních služeb a komunikace mezi poskytovateli
- Peer review při indukovaní ZS

# Manažování poptávky v partnerské síti



## IV. Základní byznys model rizikového kontraktu



# Kmen plánu a referenční kmen

| Pojištěnci ve vybraném regionu (okruh cca 50-100 km) | Pojištěnec partnerské pojišťovny | Ostatní pojištěnci |
|--|----------------------------------|--------------------|
| Všeobecný lékař pojištěnce je v Plánu                | 40 000<br>(Kmen Plánu)           | 60 000             |

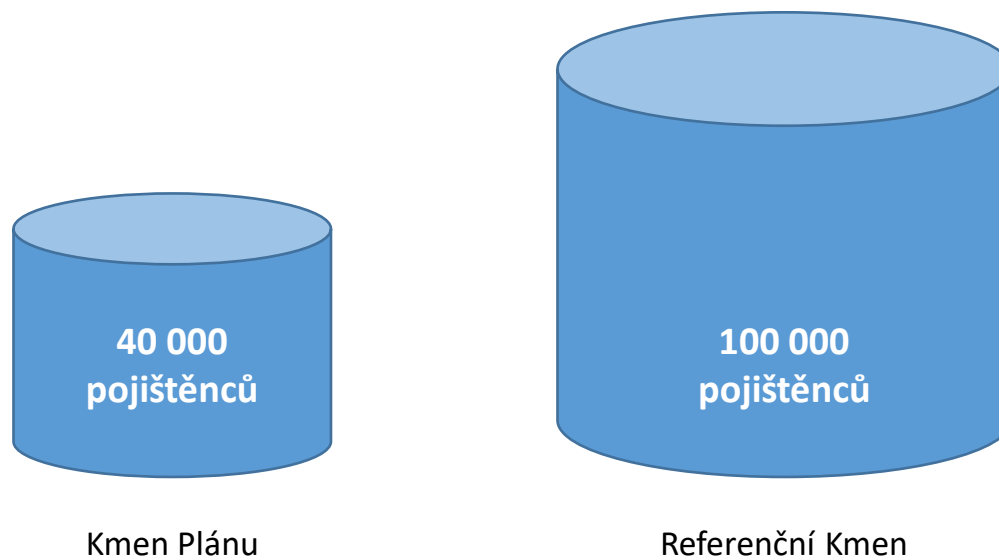
**Business model: pravidlo číslo 1**

**Zisk / ztráta se tvoří porovnáním výdajů nad Referenčním kmenem a výdajů nad kmenem Plánu**





# Jak můžeme férově porovnávat výdaje dvou rozličných kmenů?

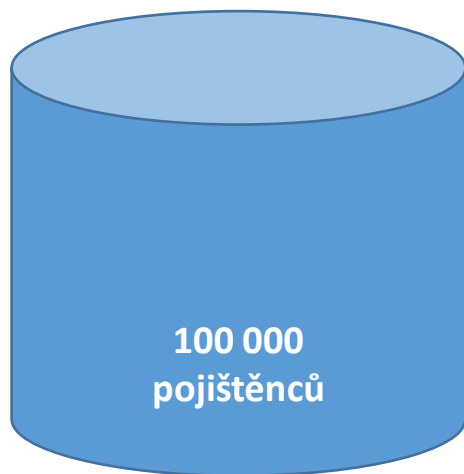




# Musíme je srovnat na stejnou srovnávací úroveň

| Operace  | Nástroj  | Efekt  |
|--|--|--|
| Riziková kompenzace a přepočet na jednoho (standardizovaného) pojištěnce | Prediktory - věk, pohlaví, ekonomická aktivita a PCG. Zároveň vzniká srovnání na jednoho (standardizovaného) pojištěnce. | Přidává peníze nemocným, odebírá je zdravým                                    |
| Eliminace extrémních nákladů   | Určení stropů, které definují maximální náklad na pojištěnce, který snáší Kmen Plánu a Referenční Kmen                   | Snižuje finanční riziko kmene a přesouvá jej na pojišťovnu                     |
| Diference  | Koeficient, který násobí standardizované náklady Referenčního kmene  | Vyrovňuje počáteční rozdíly v nákladech mezi kmenem Plánu a Referenčním kmenem |

# Jak se to v praxi děje?



Referenční Kmen

1. Ořežeme extrémní náklady na pojištěnce Referenčního kmene
2. Vypočítáme standardizované náklady na 1 pojištěnce (zohledňujeme věk, pohlaví, EA a PCG)



Z € měsíčně



**Přenásobíme  
diferencí (d)**

$dxZ$  měsíčně na jednoho PP

# Jak se to v praxi děje?



Očekávané náklady  
Plánu podle  
nákladů  
Referenčního  
kmene

1. Vypočítáme, jak velké výdaje by měl kmen Plánu, kdyby standardizované náklady na 1 pojištěnce po extrémech a diferenci byly takové, jako v Referenčním kmene
2.  $dxZ \times PPP \times 12$
3. Dostáváme tak částky, které považujeme za očekávané náklady kmene Plánu (definují se tak "příjmy" Plánu)

**Business model: pravidlo číslo 2**

**Výdaje na jednoho standardizovaného pojištěnce Referenčního kmene jsou vlastně Příjmy na jednoho standardizovaného pojištěnce Kmene Plánu**



# Jak se to v praxi děje?



Očekávané náklady kmene  
Plánu podle nákladů  
Referenčního kmene  
(Příjmy kmene)

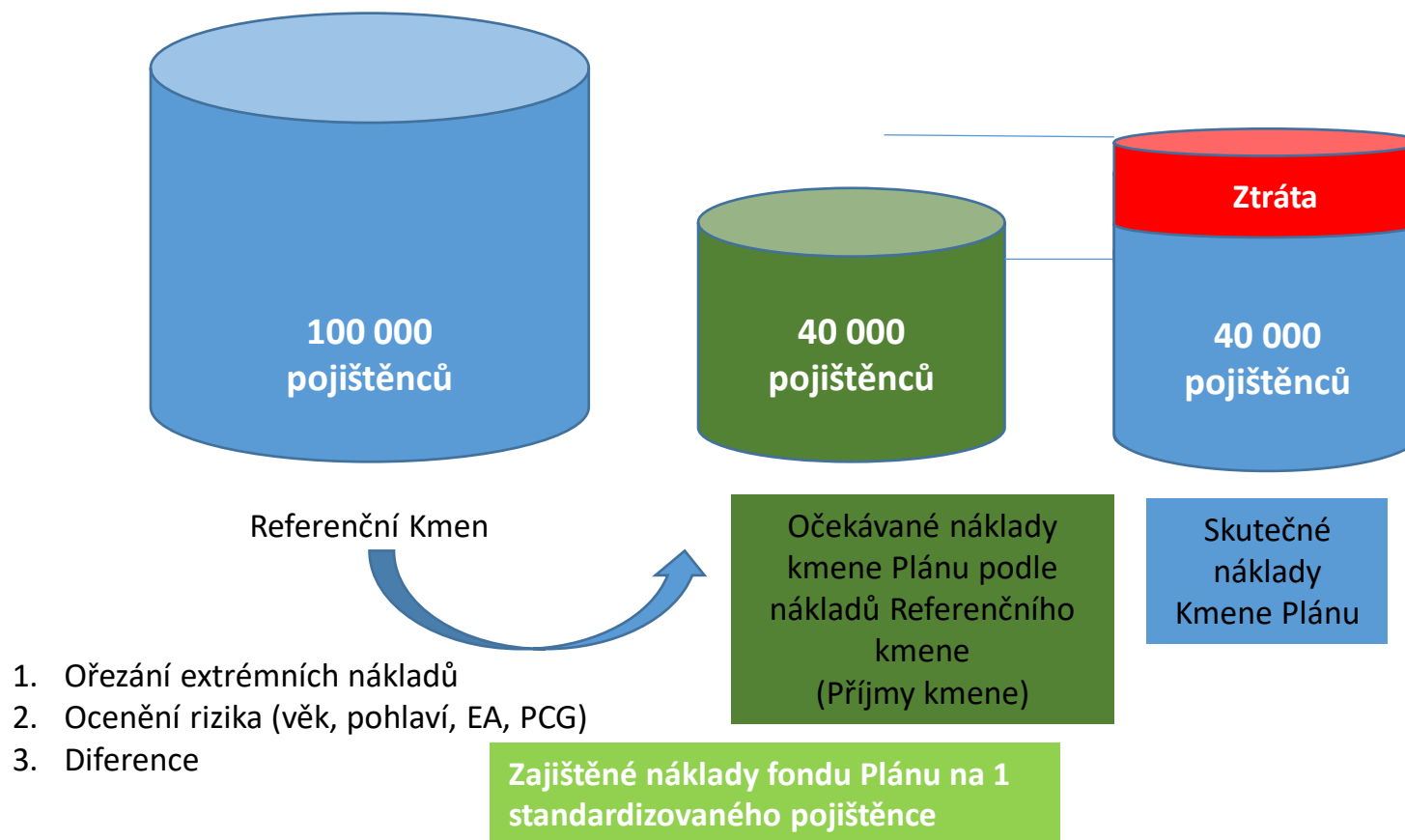


Skutečné  
náklady  
Kmene Plánu

## Business model: pravidlo číslo 3

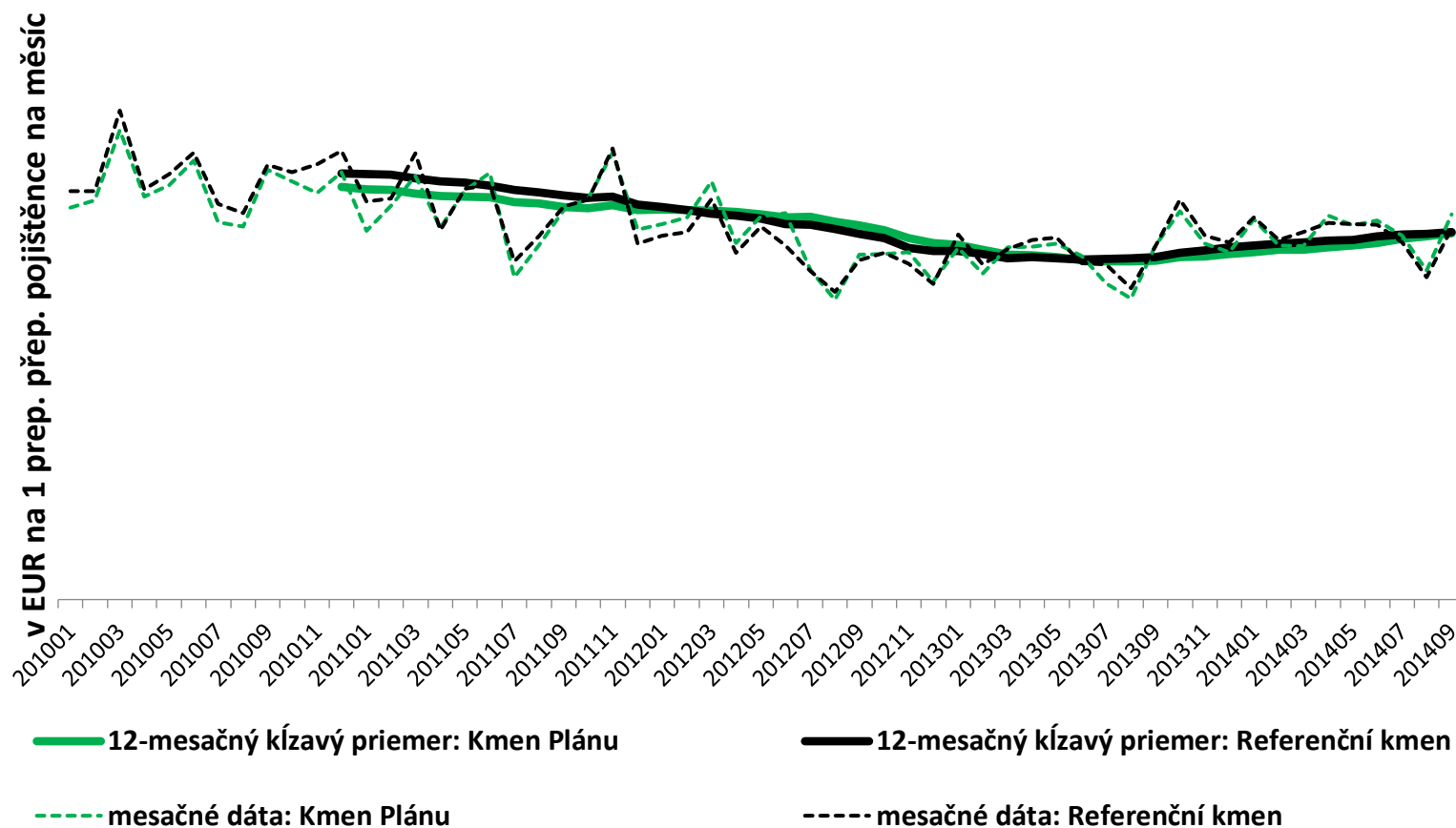
Z hlediska výsledku úspora nevzniká tak, že náklady na kmen Plánu klesají v čase, ale že jestli jsou v daném čtvrtletí nižší než náklady referenčního kmene přepočteno na náš kmen

# Shrnutí





# Kmen plánu vs. Referenční kmen

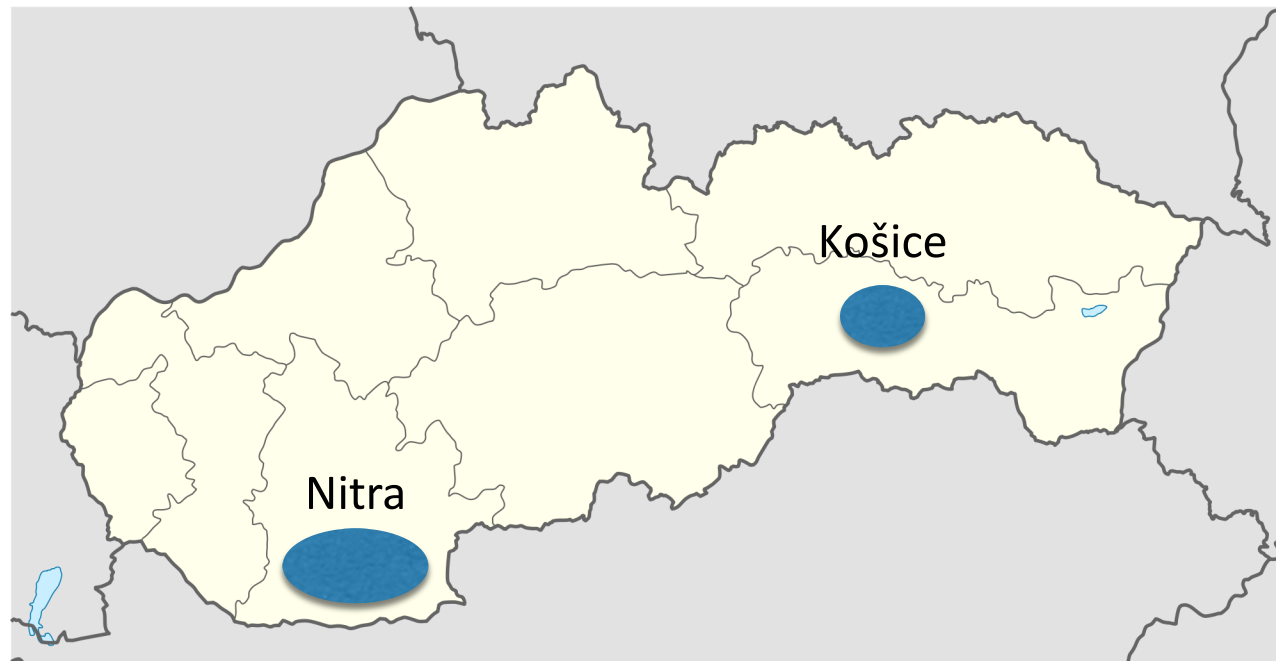


# V. Výsledky



# Výsledky (2011-2016)

- Zapojeno více než 100 000 pojištěnců
- 4 skupiny všeobecných lékařů (celkem více než 100 všeobecných lékařů)
- 4 nemocnice
- 2 Plány





# Ekonomické výsledky (2011-2016)

- Skupiny všeobecných lékařů - téměř vždy v zisku
- 1 nemocnice - v zisku
- 1 nemocnice - na nule
- 2 nemocnice - ve ztrátě
- Parametry úspěchu pro nemocnice:
  - Mít vlastní síť praktických lékařů (jako zaměstnance)
  - Mít široké portfolio specialistů
  - Kontrolovat alespoň 30 % objemu zdrojů ve Fondu plánu
- Výzva pro nemocnici: Stávající model chování vs. rizikový kontrakt
- Úkol pro administrátora: Kontinuální potřeba upravovat a doladovat parametry rizikového kontraktu



# Podněty na diskusi

## 1. Existence dvou fondů

- Fond všeobecných lékařů
- Fond Plánu

## 2. Stabilita

- Velikost kmene - vlastního i referenčního (hra se dvěma kmeny)
- Komplexnější model PCG
- Zvýšení podílu zajištěných výdajů

## 3. Vliv náhody

- 16% pravděpodobnost, že díky náhodě bude ztráta více než 0,5% Fondu Plánu
- 7% že to bude více než 1,0%
- 1% že to bude více než 1,5%

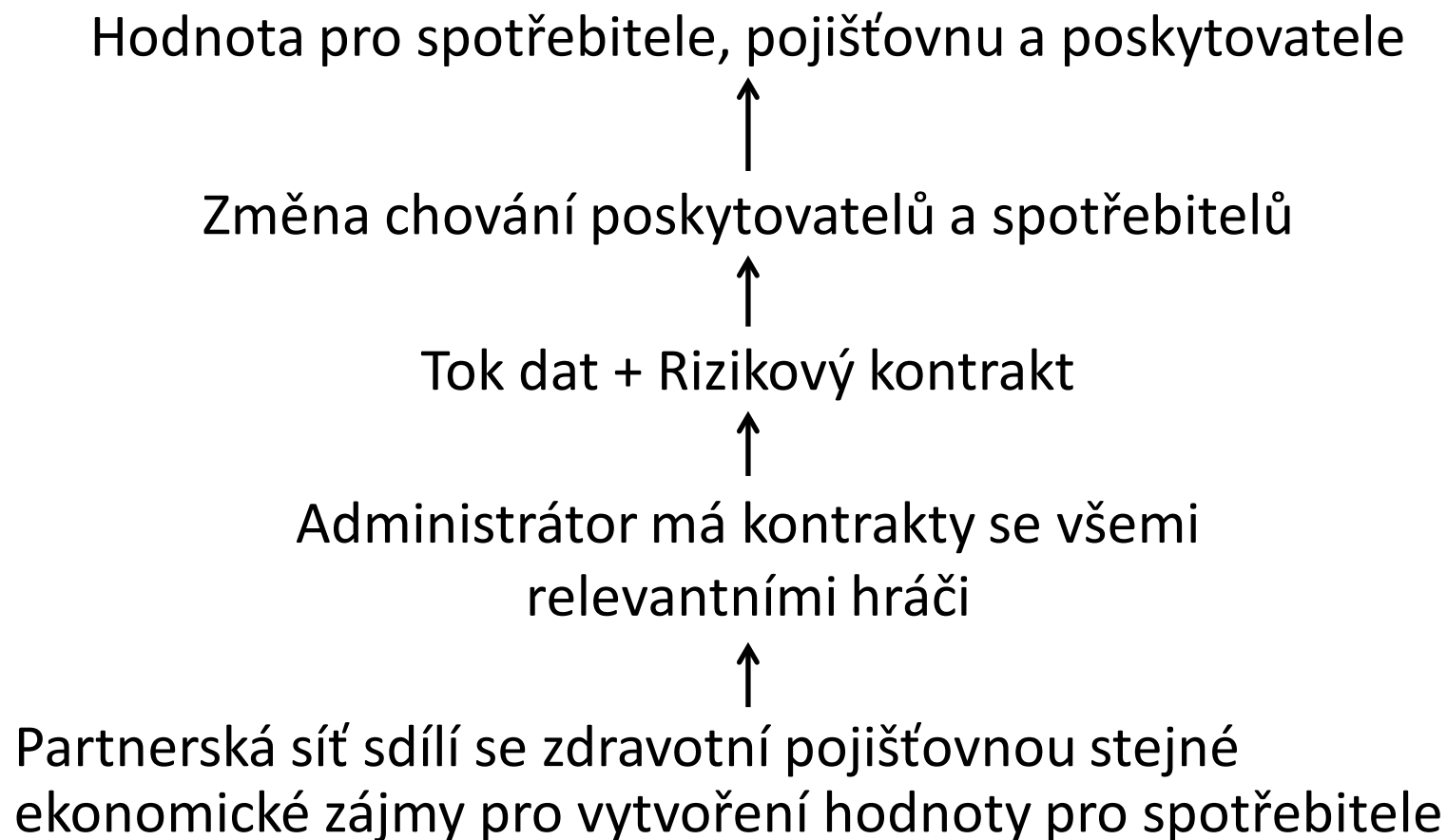
## 4. Opatření

- Časový posun mezi daty a opatřeními
- Problém měření dopadu opatření

## VI. Závěry



# Jak se vytváří hodnota pro spotřebitele?





# Hodnota pro spotřebitele, poskytovatele a pojišťovnu

## Zdravotní pojišťovna

Úspora vzniká tehdy, když výdaje na kmen jsou nižší než výdaje referenčního kmene

Zlepšování zdravotní péče pro pojištěnce(DMP v budoucnosti)

## Spotřebitelé

Úspora času u lékaře

Odměny za chování podporující zdraví a motivace starat se o vlastní zdraví

Možnost využívat služby partnerské sítě

DMP programy

## Poskytovatelé

Koordinace zdravotní péče

Peer review

Data o celém poskytování zdravotní péče



# Shrnutí

- Žijeme v éře **chronických onemocnění**. Kontrola nákladů na chronická onemocnění tedy představuje strategickou výzvu pro manažování finančního rizika.
- Existuje několik typů platebních mechanismů: platba za **existenci** (kapitace), platba za **aktivitu** (za výkon), platba za **koordinaci**, platba za **výsledek**.
- **Rizikový kontrakt**
  - Základem rizikového kontraktu je vytváření sítí partnerských poskytovatelů, vzniká skupina, která nese odpovědnost za kapitálový kmen.
  - Sdílení úspor, rizika, ztráty
  - Lokální záležitost
  - Vzniká hodnota pro spotřebitele, poskytovatele i pojišťovny



# Zdroje

- 3M Health Information Systems
- Evetovits: The experience with DRGs in Hungary, Prezentácia CEF, Ljubljana 2007
- Frank: Health care markets and demand, Prezentácia IEMS, Lausanne 2006
- Frank: Economics and managed care, Prezentácia IEMS, Lausanne 2006
- Gaal, Stefka, Nagy: Cost accounting methodologies in price setting of acute inpatient services in Hungary, Springer Science, 2006
- Isenberg SF: Managed care, outcomes, and quality: a practical guide. Thieme Medical Publishers, 1998
- Nowicky: The Financial management of hospitals and health care organizations, AUPH Press, 2004
- Wilm Quentin, Alexander Geissler, David Scheller-Kreinsen a Reinhard Busse: DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system
- Zelman, McCue, Millikan, Glick: Financial management of health care organizations, Blackwell Publishing, 2005



# Děkuji za pozornost