

Stanovisko ČSOT k záměru VZP zavést od roku 2027 úhradový mechanismus „PURO TEP“ u primoimplantací totálních endoprotéz kyčle a kolene

Česká společnost pro ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí (ČSOT) se seznámila se záměrem VZP ČR (VZP) zavést od příštího roku úhradový mechanismus označovaný jako „PURO TEP“, založený na principu epizody péče a bonifikace za koordinaci péče u primárních náhrad kyčlí a kolene a na základě podrobné analýzy komise ČSOT pro endoprotetiku předkládá následující stanovisko.

Úvod

ČSOT podporuje snahu plátců péče posilovat kvalitu, koordinaci a efektivitu léčby pacientů po implantaci TEP. Současně však považuje za nutné upozornit, že předložený koncept VZP ve své podstatě představuje pokračování dříve představeného pilotního modelu epizodní/balíčkové úhrady za vyléčení („bundled payments“), aniž by odborné společnosti i poskytovatelé měli k dispozici transparentní a úplné vyhodnocení pilotního projektu, které by doložilo jeho skutečné přínosy, rizika a dopady na jednotlivé typy poskytovatelů a skupiny pacientů. VZP přitom při spuštění pilotního projektu v roce 2024 deklarovala, že nepředpokládá plošné zavedení tohoto způsobu úhrad, a že bude nejpozději ke konci roku 2025 zveřejněno vyhodnocení projektu. Bez předchozího zveřejnění a odborné diskuse nad výsledky pilotního ověření proto není možné odpovědně podpořit plošné zavádění tohoto mechanismu.

Souhrnné zhodnocení konceptu

ČSOT považuje návrh PURO TEP v předložené podobě za odborně nepřipravený a ekonomicky chybný. Podle předloženého materiálu „VZP ambice 2027“ má být u primoimplantací totálních endoprotéz kyčle a kolene ve skupinách CZ-DRG 08-I05-04, 08-I05-05, 08-I05-06 a 08-I06-04 stanovena normovaná výše úhrady za celou epizodu péče, a to vedle standardní úhrady hospitalizace s bonifikací za koordinaci, avšak s celkovým stropem nepřekračujícím normativ epizody. V konceptu schází jasné vyčíslení úhrady a další determinující ekonomické parametry, viz dále.

Základní ekonomickou chybu návrhu spatřujeme v tom, že jedna normovaná platba za epizodu péče nemůže spravedlivě ocenit stejný výkon u zásadně odlišných pacientů. VZP sama už v roce 2023 veřejně popisovala tento přístup u pacientů s nízkým rizikem komplikací a současně předpokládala jednorázový úhradový balíček za celou léčbu. V klinické realitě jsou však náklady na primoimplantaci i následnou péči zásadně modifikovány interním rizikem, klasifikací ASA, komorbiditami, obezitou, poruchami koagulace, sociálním zázemím, průběhem rehabilitace a rizikem readmise. U pacientů s ASA ≥ 3 byla popsána přibližně 2,9-krát vyšší pravděpodobnost readmise po totální artroplastice. U revizních výkonů jsou ekonomické disproporce ještě výraznější: náklady byly v jedné široce citované analýze o 76 % vyšší než u primárních náhrad, zatímco úhrada byla vyšší jen o 23,6 %. Paušální normativ proto nutně přepláci jednoduché případy a podfinancovává případy složité.

Za zvlášť závažné považuje ČSOT riziko nežádoucí selekce pacientů. Není-li mechanismus dostatečně rizikově adjustován, může ekonomicky zvýhodňovat zařízení pečující převážně o méně komplikované pacienty, a naopak penalizovat poskytovatele, kteří koncentrují nemocné s vyšší komorbiditou, složitější anatomii, komplikovaným pooperačním průběhem, traumaty,

nebo návazností na další superspecializovanou péči. Právě toto riziko je opakovaně popsáno i v zahraniční literatuře k „bundled payment“ modelům u kloubních náhrad.

ČSOT dále upozorňuje, že návrh může vést k dalšímu přesunu náročných a komplikovaných případů do pátých a fakultních nemocnic, aniž by jejich odlišná case-mix zátěž byla adekvátně promítnuta do úhradového mechanismu. Pokud by byl PURO TEP zaveden bez robustní rizikové stratifikace a bez zvláštního režimu pro centra, která objektivně řeší vyšší podíl komplikovaných případů, mohl by systém paradoxně oslabit dostupnost i kvalitu péče právě tam, kde je nejvíce potřeba.

Návazná rehabilitace a balneoterapie

Slabinou návrhu je i nejednotná dostupnost návazné rehabilitační péče. VZP ve svém pilotním projektu uváděla, že epizoda péče zahrnuje nejen hospitalizaci a výkon, ale i následnou lůžkovou a ambulantní rehabilitaci a smluvní dodatky počítají s povinností rehabilitaci zajistit. Ne všechna ortopedická pracoviště však mají vlastní rehabilitační kapacity nebo stabilní smluvní síť návazných poskytovatelů. Bez přesně definovaných pravidel může dojít k organizačnímu chaosu, nerovnému postavení nemocnic a k soutěži o omezené rehabilitační kapacity, což může negativně dopadnout na pacienty.

Za věcně důležitý považuje ČSOT také ekonomický rozměr návazné péče. V předchozích jednáních na půdě VZP byla jako obvyklá délka následné rehabilitace diskutována doba 10 až 14 dnů. Lázeňskou péčí nelze považovat za obligatorní součást následné péče u všech pacientů. Pokud má být do balíčku nově zahrnována i lázeňská péče, je nezbytné transparentně ukázat, jaký podíl prostředků je v systému vázán na jednotlivé segmenty následné péče (RHB+balneo), v jakých indikacích a jak konkrétně posoudit, zda lze část prostředků efektivněji vrátit do ortopedické léčebné epizody tak, aby podporovala skutečně účelnou a kvalitní pooperační rehabilitaci u jasně definovaných indikací.

Zahraníční zkušenosti

Zahraníční zkušenosti i literatura upozorňují, že „bundled payment“ programy mohou vést k nežádoucí selekci pacientů. Není náhoda, že sofistikovanější zahraniční modely pracují s rizikovou korekcí, s výlukami a s odlišením skupin případů; americký federální model epizodní úhrady za náhrady velkých kloubů zavedený agenturou Centers for Medicare & Medicaid Services rozlišoval skupiny případů podle závažných komplikací, komorbidit, či fraktury a zveřejňoval zvláště cílové ceny a rizikové korekce.

Souhrnné zahraniční přehledy ukazují, že „bundled payments“ mohou přinášet lepší koordinaci péče a někdy i úspory, ale ty bývají převážně mírné (v Evropě 3-5%), metodicky nejednotné a silně závislé na konstrukci modelu. Commonwealth Fund uvádí, že 20 z 32 hodnocených studií popsalo nižší výdaje nebo pomalejší růst výdajů a 18 z 32 zlepšení kvality, zároveň ale výslovně upozorňuje na riziko selekce. Randomizovaná americká zkušenost s programem Comprehensive Care for Joint Replacement ukázala zhruba 3,1% úsporu na epizodu bez nárůstu komplikací, přičemž významná část efektu šla cestou nižšího využití následné (postakutní) institucionální péče. Dobrovolné americké programy naproti tomu vykazovaly menší efekt a část úspor byla vysvětlena právě selekcí pacientů. Dle zahraničních zkušeností tedy přínos nespočívá v jednoduchém zavedení „slepého paušálu“, ale v sofistikovaném nastavení epizody, důsledném risk adjustmentu, koordinaci péče a kontrole postakutních nákladů.

Definice „vyléčení“

Problematický je také samotný jazyk „platby za vyléčení“. U totálních endoprotéz není výsledkem binární stav, který by šlo férově zachytit jednou pevnou hodnotou „vyléčen/nevyléčen“. VZP sama v pilotním projektu definovala 90-denní epizodu péče, zapojení pacienta do hodnocení bolesti a pohybové aktivity, bonifikaci za koordinaci a současně krácení ceny při komplikacích nebo odpočet paušální částky při reoperaci do dvou let. To samo ukazuje, že nejde o jednorázově měřitelné „vyléčení“, ale o soubor klinických i organizačních výsledků v čase. Veřejná mediální zkratka, podle níž by pojišťovna při opakované operaci nebo léčbě komplikací péči dále neplatila, je proto metodicky nebezpečná a v prostředí center i ekonomicky likvidační, protože nezohledňuje vstupní rizikovitost, biologickou variabilitu, sociální faktory ani skutečnost, že komplikace nejsou rozloženy rovnoměrně mezi typy poskytovatelů.

Z pohledu ČSOT je proto nezbytné, aby před jakýmkoli plošným zavedením systému PURO TEP byly splněny následující podmínky:

1. zveřejnění a úplné vyhodnocení pilotního projektu bundled payments / BPCI u TEP, včetně klinických výsledků, komplikací, reoperací, rehospitalizací, dopadu na dostupnost péče a ekonomických výsledků podle typu zařízení;
2. transparentní definice parametrů epizody péče, zejména délka epizody, obsah zahrnuté péče, definice úspěšného výsledku a pravidla pro komplikace;
3. zavedení robustního systému rizikové adjustace zohledňující komorbiditu, funkční stav, věk, sociální situaci a složitost případu;
4. vytvoření zvláštního úhradového režimu pro centrová a páteřní pracoviště, která nesou nadprůměrný podíl složitých a komplikovaných pacientů;
5. jasné vyřešení role a úhrada návazné rehabilitační a lázeňské péče, aby nedocházelo k přenášení nepřiměřeného ekonomického rizika na operující pracoviště bez možnosti reálně ovlivnit všechny součásti epizody;
6. poskytnutí možnosti odborným společnostem podílet se na definici kvalitativních ukazatelů a metodiky měření klinických výsledků.

Závěr

ČSOT konstatuje, že návrh PURO TEP v nynější podobě ohrožuje kvalitu, dostupnost i ekonomickou stabilitu péče, vytváří tlak na selekci jednoduchých pacientů, přesun složitých případů do center, penalizaci komplikované péče a přenesení nákladů na koordinaci a přenesení odpovědnosti za nedostatkové rehabilitační kapacity na nemocnice. Výsledkem nemusí být vyšší kvalita, ale naopak zhoršení dostupnosti péče pro rizikové pacienty a ekonomická destabilizace pracovišť, která dnes drží nejtěžší část systému endoprotetiky.

Proto považujeme za nezbytné požadovat, aby Ministerstvo zdravotnictví ČR i VZP návrh v této podobě nezaváděly a nejprve doložily relevantní data a jasná pravidla pro ochranu center. Bez transparentního vyhodnocení pilotního projektu, přesného nacenění balíčku, jasné definice epizody, důsledné rizikové adjustace a zvláštního režimu pro centrové nemocnice pečující o složité pacienty by šlo spíše o účetní experiment než o kvalitativní reformu systému úhrad.

ČSOT je připravena podílet se na další odborné diskusi o takovém modelu úhrady, který bude motivovat ke kvalitě výsledků péče a její lepší koordinaci, ale současně zachová spravedlivé podmínky pro všechny typy poskytovatelů a především zajistí bezpečnost pacientů.

Zdroje a literatura

1. VAVŘINOVÁ, Petra. *Nový šéf VZP chystá změny. Nemocnicím chce platit za uzdravení pacienta* [online]. Seznam Zprávy, 2026 [cit. 2026-04-16]. Dostupné z webu Seznam Zprávy.
2. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Od diagnózy po rehabilitaci. VZP dohlédne na doléčení* [online]. 3. 9. 2023 [cit. 2026-04-16]. Dostupné z webu VZP ČR.
3. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Platba za komplexní péči se záruční dobou. VZP otestuje pilotní projekt na TEP a v kardiologii* [online]. 25. 3. 2024 [cit. 2026-04-16]. Dostupné z webu VZP ČR.
4. CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. *Comprehensive Care for Joint Replacement Model* [online]. [cit. 2026-04-16]. Dostupné z webu CMS.
5. STRUIJS, Jeroen N., et al. *Bundled-Payment Models Around the World: How They Work and What Their Impact Has Been*. Issue Brief [online]. April 2020 [cit. 2026-04-16]. Dostupné z webu Commonwealth Fund.
6. SCHAEFFER, Jordan F., et al. The Association of ASA Class on Total Knee and Total Hip Arthroplasty Readmission Rates in an Academic Hospital. *The Journal of Arthroplasty*. 2015, 30(5), 723–727. DOI 10.1016/j.arth.2014.12.014.
7. WEBER, Markus, et al. Revision Surgery in Total Joint Replacement Is Cost-Intensive. *BioMed Research International*. 2018, 2018, 8987104. DOI 10.1155/2018/8987104.
8. BERNSTEIN, David N., et al. Is There An Association Between Bundled Payments and “Cherry Picking” and “Lemon Dropping” in Orthopaedic Surgery? A Systematic Review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2021, 479(11), 2430–2443. DOI 10.1097/CORR.0000000000001792.