



CHRONICKÉ NEMOCI NEJVĚTŠÍ VÝZVA ZDRAVOTNICTVÍ

ANALÝZY/KOMENTÁŘE: Alföldi, Cikrt, Doležal,
Dvořáček, Halačová, Honěk, Hroboň, Hůlek, Kalvach, Král,
Plechátá, Rahmaniová, Vepřek, Vrubel, Zámečník

PARTNEŘI



Deloitte.
Legal



**VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**



Vydavatel
Sierit, s. r. o.
Metodějova 1469
149 00 Praha 4

Redakční rada:
Miroslav Zámečník
Marcela Alföldi Šperkerová
Tomáš Pohanka

Grafická úprava:
Petr Kocián
Foto: Shutterstock

Kontakty:
tomas.pohanka@sierit.com
www.mederi.cz

m=d=ri • Přemýšleme o efektivnějším zdravotnictví

[ÚVODNÍ STRÁNKÁ](#) | [TÉMATÁ](#) | [KONFERENCE](#) | [ZADÁNÍ VÝRÁŽKY](#) | [CO JE MEDERÍ](#) | [HLEDEJ](#)

<p>ANALÝZY</p> <p>Všem všechno, ale někomu víc Aby naše zdravotnictví fungovalo, je nutné začít měřit jeho kvalitu ve všech aspektech. A pak už jen nastane otázka rozpočtu, jasné...</p> <p>Rozpačitá cesta k solidaritě V době finančního systému bez měřitelných výsledků zdravotnictví se objevily dvě divergentní směry: jedni jsou na své technologii a léky...</p> <p>V rozporu se zdravým selským rozumem Je pozoruhodné, jak rychle se šíří, jaký je vztah mezi zdravotnickými systémy a rozvojem. Hezčí ale srovnat...</p>	<p>KOMENTÁŘE</p> <p>Nízko visícího ovoce není mnoho Je pravda, naše zdravotnictví má velké rezervy a v mnoha oblastech existují možnosti zlepšení. Všechno však není růžové, zejména pokud jde o finanční stránku...</p> <p>Medicina se změnila, její financování nikoli Současné zdravotnictví je plně závislé na veřejném rozpočtu. Všechno, co se děje, je financováno z daní...</p> <p>Stop nepodloženým deklaracím O potřebě propagovat nějaké nové technologie a služby se často slyší. Je třeba si ale uvědomit, že...</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vážení přátelé českého zdravotnictví,

vydání této publikace se shodou okolností schází s inaugurací nového ministra zdravotnictví Miloslava Ludvíka. Je to po dvou desetiletích první člověk v resortu, který má ekonomické a právnické vzdělání, ačkoli řídí mnoho let největší nemocnici v republice, v pražském Motole. Jestli existuje v českém zdravotnictví ultimátní insider, pak je to „Míla“.

Máme co dělat s člověkem, který je mohutně vybaven znalostí o všech hlavních přednostech tuzemského zdravotnictví a také o jeho chybách. Ví extrémně dobře, jaká je moc špičkových zdravotnických zařízení a jaký je jejich reálný politický vliv. Ví, že ve chvílích, kde dojde na opravdu vážný zdravotní problém, jsou téměř všichni byznysmeni, skoro úplně všichni politici a úplně všichni „opinion makers“ vlastně velice drobné „šajby“, které nakonec chodí s prosíkem.

Ví také dobře, jak propustný je zdravotní systém pro řadového občana. A kde jsou mezery ve zdravotní péči, které bychom měli uzavřít, aby se zdravotnictví mohlo úspěšně tvářit jako veřejné a v podstatě beztrždní.

Jako ekonom si Miloslav Ludvík uvědomuje, že tuzemský zdravotní systém sice není drahý v mezinárodním srovnání, ale jinak má podivuhodné rezervy v tom, jak reálně funguje. Je mu známo, že jeho momentální láce nevydrží věčně, organizace není naší nejlepší stránkou a sdílení zdrojů teprve ne.

Ví také, že stárneme a že bez nějaké systémové změny nebudeme schopni zajistit péči pro všechny chronicky nemocné pacienty ani náhodou. Populační management a koordinace péče bývaly možná chloubou českého zdravotního systému před zhruba šedesáti lety, ale dnes je to naše velké minus.

Viděno shora, ale s citem pro systém, musíte vnímat, že naše zdravotnictví se blíží ke stavu docela významného stresu, který není možné vyřešit jenom dodáváním peněz.

Potřebujeme organizační a strukturální změnu. Nemusí být striktně vzata spojená s vlastnickou restrukturalizací, ale s toky peněz a motivacemi kolem nich, to v každém případě. Kdo, co a za co – o to půjde. Zejména pokud se má systém pohnout kupředu, musí být tato pravidla postavena na nějakém intelektuálně obhajitelném základě.

Tohle všechno nový ministr zdravotnictví, ví. Že to není jenom o penězích, mu musí být po tolika letech uvnitř naprosto zřejmé. Protože peněz, těch bylo i pro Motol vlastně vždycky málo.

Nechme se vhledem Miloslava Ludvíka překvapit. Za hloupého ho nikdy nikdo neměl, a kdyby nebyl realistou, nikdy by tak dlouho nepřežil. Teď je to na tobě, Mílo.

Miroslav Zámečník



ÚVODNÍK 03

KOMENTÁŘ: Reforma zdravotního systému má v době ekonomické konjunktury příležitost. Později bude bolet mnohem víc, varuje **Miroslav Zámečník** 08

ANALÝZA: Do tuzemského zdravotnictví v posledních třech letech proudí čím dál víc peněz, ale efektivita vynakládaných prostředků se nezvyšuje, píše **Marcela Alföldi Šperkerová** 10

ANALÝZA: Americké zdravotnictví je nejdražší na světě, přitom z hlediska celkových výsledků dopadá hůře než většina systémů v ostatních vyspělých zemích. Jak se z toho může poučit Česko? ptá se **Miroslav Zámečník** 18

KOMENTÁŘ: Náklady na chronické nemoci pohlcují 70 až 80 procent prostředků putujících do zdravotnictví. Na základě zahraničních zkušeností víme, že se s nimi dá bojovat efektivněji, než jak se to daří v Česku, uvádí **Pavel Hroboň** 23

KOMENTÁŘ: Přerozdělení se zakomponovaným modelem farmaceuticko-nákladových skupin dává pojišťovnám ekonomický důvod věnovat pozornost organizaci péče o chronicky nemocné a zároveň nemocné chrání před diskriminací, upozorňuje **Pavel Vepřek** 26

ANALÝZA: Geriatrická křehkost je jednou z nejvýznamnějších příčin konzumace zdravotnických a sociálních služeb. To však statistiky nesledují. Konzervování současného stavu tak nevede k úsporám, nýbrž stupňuje tlak na dlouhodobou péči, prohlašuje **Zdeněk Kalvach** 28

STUDIE: Prodloužení soběstačnosti pacienta s demencí může vést k úsporám na straně zdravotního i sociálního sektoru. Státní správa však nedeklaruje ambice upravit financování této péče, píše **Filip Vrubel a Daniela Rrahmaniová** 38

NĚKDO MUSÍ BÝT LÍDR...

- Hradíme zdravotní péči za téměř 60 % obyvatel ČR
- Zdravotnickým zařízením letos vyplatíme více než 152 miliardy korun
- Za péči o jednoho klienta jsme připraveni zaplatit nejlépe ze všech pojišťoven
- Máme uzavřené smlouvy s nejvíce lékaři, nemocnicemi a dalšími zařízeními
- Svým partnerům poskytujeme nejkomplexnější poradenství a servis
- Naše pobočky najdete na 185 místech v ČR
- Přes VZP Point s námi mohou zdravotníci i plátcí komunikovat elektronicky

Partnerství s námi se vám vyplatí!



 **VZP**
POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz

ANALÝZA: Při zlepšené kompenzaci diabetiků může systém zdravotního pojištění v průběhu 20 let ušetřit 18,3 miliardy korun v porovnání se situací, kdy by kompenzace zůstala na současné úrovni, dokumentuje **Tomáš Doležal** **42**

KOMENTÁŘ: Permanentně se v oblasti zdravotnických prostředků snažíme ušetřit na těch nejzranitelnějších a nejpotřebnějších. Ve vyspělých zemích se přitom úspory zaměřují na nové, inovativní a vysoce nákladné technologie, upozorňuje **Jakub Král** **45**

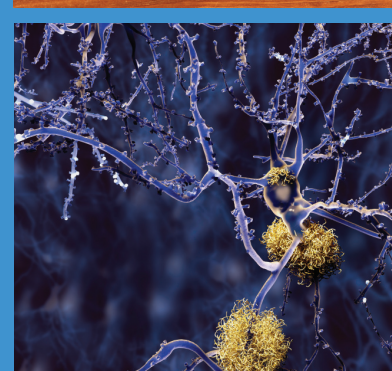
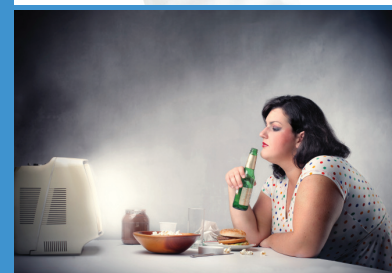
STUDIE: Ústav lékového průvodce se snaží zmapovat užívání léků v domovech pro seniory. Zatím zjistil závažné problémy potvrzující, že tito senioři jsou ohroženou skupinou, pokud jde o účelné a bezpečné předepisování a podávání léků, dokládají **Ivana Plechatá, Tomáš Cikrt a Milada Halačová** **48**

KOMENTÁŘ: Náklady na biologické léky patří k nejrychleji rostoucím položkám ve zdravotně pojistném plánu VZP. Strmě totiž roste počet pacientů, kteří je využívají, připomíná **Petr Honěk** **52**

ANALÝZA: Hlavním pojmem spojeným s problematikou stárnutí populace je takzvaná zdravá délka života. Inovativní léky ji však dokážou prodloužit, uvádí **Jakub Dvořáček** **54**

KOMENTÁŘ: Disease management v praxi. Platforma eVito propojuje péči o chronicky nemocné, vzdělává pacienty a přitom šetří čas ordinacím, popisuje **Jan Hůlek** **56**

PŘEDNÁŠKY: Výběr z přednášek z 8. ročníku **Prague International Health Summit** k chronickým chorobám, který pořádal Advance Healthcare Management Institute ve dnech 19. až 21. května 2016 **58**





moje@ambulance

Váš praktický lékař

✦ ONLINE SLUŽBY

✦ MODERNÍ ORDINACE

✦ ORDINAČNÍ DOBA 12 HOD.

✦ PŘÍJEMNÉ PROSTŘEDÍ

✦ OBJEDNÁVKOVÝ SYSTÉM

✦ PREVENTIVNÍ PROGRAMY



**Více než
150 tisíc
spokojených
klientů!**



www.mojeambulance.cz

Věčné provizorium českého zdravotnictví



Reforma zdravotního systému má v době ekonomické konjunktury příležitost. Později bude bolet mnohem víc.

Miroslav Zámečník, bývalý člen Národní ekonomické rady vlády

Kdo chce porozumět paradoxům českého zdravotnictví, hodně si pomůže, když se seznámí s historií zdravotnictví německého a našeho předlistopadového. Neboť bylo to Rakousko-Uhersko, kdo opisovalo od Bismarckova Německa, nikoli naopak, a Československá republika v tom v podstatě pokračovala.

Poté se stal inspirací na dlouhých čtyřicet let sovětský zdravotní systém Nikolaje Alexandroviče Seměška. Češi jej převzali, ačkoli měli zaveden funkční model Národní pojišťovny. Po listopadu 1989 jsme se k němu v podobě založení Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) víceméně vrátili, a teprve dodatečně k němu byly přiroubovány zaměstnanecké zdravotní pojišťovny.

To, co vypadalo jako série provizorních porevolučních řešení, se

ukázalo býti permanentní součástí systému.

Škodlivé pozůstatky minulosti

Nikdo kupříkladu nepředpokládal, že by platba za státní pojištěnce, která neodráží náklady „státních pojištěnců“,

Nikdo nepředpokládal, že místo horizontálních dohod mezi pojišťovnami a poskytovateli se trvalou součástí zdravotního systému stanou úhradové vyhlášky

byla trvalou složkou českého modelu zdravotního pojištění. A vidíte, máme ji tady dodnes a s tím, jak populace stárne, bude toto provizorium vytvářet rostoucí finanční napětí.

Zrovna tak nikdo asi nepředpokládal, že místo horizontálních dohod mezi pojišťovnami a poskytovateli se trvalou součástí systému stanou úhradové vyhlášky, tedy že o ekonomice systému – který byl původně z finančního hlediska autonomní – bude rozhodovat ministerstvo zdravotnictví.

A nikdo nejspíš netušil, že fakultní nemocnice budou ještě v roce 2016 přímo řízené organizace ministerstva zdravotnictví. To sice „píská pravidla hry“, ale je to vzhledem ke své zřizovatelské funkci velmi podjatý rozhodčí. V kolektivních sportech bychom to asi nepřijali, ve zdravotnictví je to tak.

Na první pohled máme konkurenční zdravotní pojišťovny, které ale nemohou diferencovat pojistný produkt, neboť základní balík hrazené péče je velmi široký a sazba

pojistného je stanovena zákonem, stejně jako oddělení „provozních peněz“ a „peněz na péči“. Smluvní svoboda je omezena.

Obdobně v poskytování péče existuje dualismus téměř stoprocentně soukromé ambulantní sféry (vnitřně ještě dělené na praktické lékaře a ambulantní specialisty s různým způsobem úhrad) a segmentu akutní lůžkové péče, která je v rukou státu a krajů od roku 2003 s malým podílem privátních nemocnic. Po opuštění neudržitelných výkonových plateb koncem 90. let minulého století jsme chtěli přejít od indexovaných paušálů na úhrady na bázi DRG, ale ani to – i kvůli velmi málo reprezentativní datové základně s malým počtem respondentů – se nám nakonec nepodařilo. Dnes čekáme na „restart“ a budeme čekat zřejmě dlouho.

Navzdory všemu má české zdravotnictví stále velmi dobrou dostupnost a v některých oborech celosvětově špičkové výsledky.

Vrcholí ekonomická konjunktura se promítá do rekordní úrovně zaměstnanosti a poměrně rychlého růstu mezd, což jsou dva základní parametry určující příliv peněz do zdravotnictví prostřednictvím výběru pojistného. Přesto se nemluví téměř o ničem jiném než o nedostatku peněz i personálu, permanentně se srovnává poměr výdajů na zdravotnictví k HDP a poukazuje na podfinancovanost v porovnání s nesrovnatelně bohatšími zeměmi. Spoléhání na provizoria a jejich zaplatování manuálními intervencemi shora je trvalým zdrojem konfliktů a napětí v českém zdravotnictví.

Vnitřní logika chybí

Kde začít? First things first, takže u peněz. Rozhraní veřejných financí a zdravotnictví, tak jak bylo u nás provizorně nastaveno, je nestabilní a v souvislosti s demografickým vývojem není ani udržitelné. Každý ministr financí trpí tím, že do peněz plynoucích do zdravotnictví

nemá potřebný vhléd, připadá mu netransparentní a neefektivní.

To není paranoidní syndrom, jehož projevem je „vztahovačnost, hostilita, sklon k agresi, zlostnost, absence smyslu pro humor, pocity nadměrné důležitosti vlastní osoby a sklon k obviňování“, jemuž ze záhadných důvodů podléhají s tou či onou intenzitou všichni ministři financí.

To je fakt, neboť české zdravotnictví transparentní zkrátka a dobře není. Pokud si myslíte opak, dokažte na algoritmu stanovení úhrad pro akutní lůžkovou péči jeho vnitřní logiku a oporu v tvrdých, reprezentativních nákladových datech za celý systém. Víte, že nic takového neexistuje a že je to čirá improvizace založená na tom, kdo si co vylobbuje.

Chytrý ministr financí s příslušným vhlédem do českého zdravotnictví by souhlasil s tím, že stát jako plátce za státní pojištěnce by měl platit průměrné náklady na tyto kohorty, ale samozřejmě až poté, co se bude úhradový mechanismus opírat o něco, co je založeno na reprezentativním vzorku dat.

Teď něco pro milovníky aplikované daňové teorie (najdou se takoví). Česko jako země, která má vysoký podíl producentů mezinárodně obchodovaných statků (zejména zpracovatelského průmyslu) na tvorbě HDP a je vystavena tvrdé mezinárodní konkurenci, by nemělo nadměrně danit práci, což se bohužel děje. Takže platba za státní pojištěnce, kopírující náklady na státní pojištěnce, by měla být zdrojově pokryta křížovým subvencováním zdanění práce, což se bohužel také děje.

Alternativou je hrazení pojistného za státní pojištěnce z daňového mixu, tedy například ze spotřebních a majetkových daní, které méně deformují ekonomickou aktivitu. Jinak řečeno, plné úhrady pojistného za státní pojištěnce by neměly být hrazeny ze zvýšení sazeb zdravotního pojistného (to by naopak mělo klesnout), ale z jiných daní. Snížené

zdanění práce si zaplatíme jiným kanálem.

Na reformu je málo času

Je to daňová reforma jako hrom a politický konsenzus pro tuhle zásadní reformu je potřeba vybojovat. Ministr zdravotnictví přitom nesmí být zakuklený odbojář, ale partner, který udělá svůj kus práce.

Například že opravdu restartuje DRG, které bude založeno na reprezentativních datech.

Například že odstátní fakultní nemocnice a nebude blbnout s konceptem neziskových nemocnic, za jejichž hospodaření nenese odpovědnost zřizovatel, ale de facto státní rozpočet.

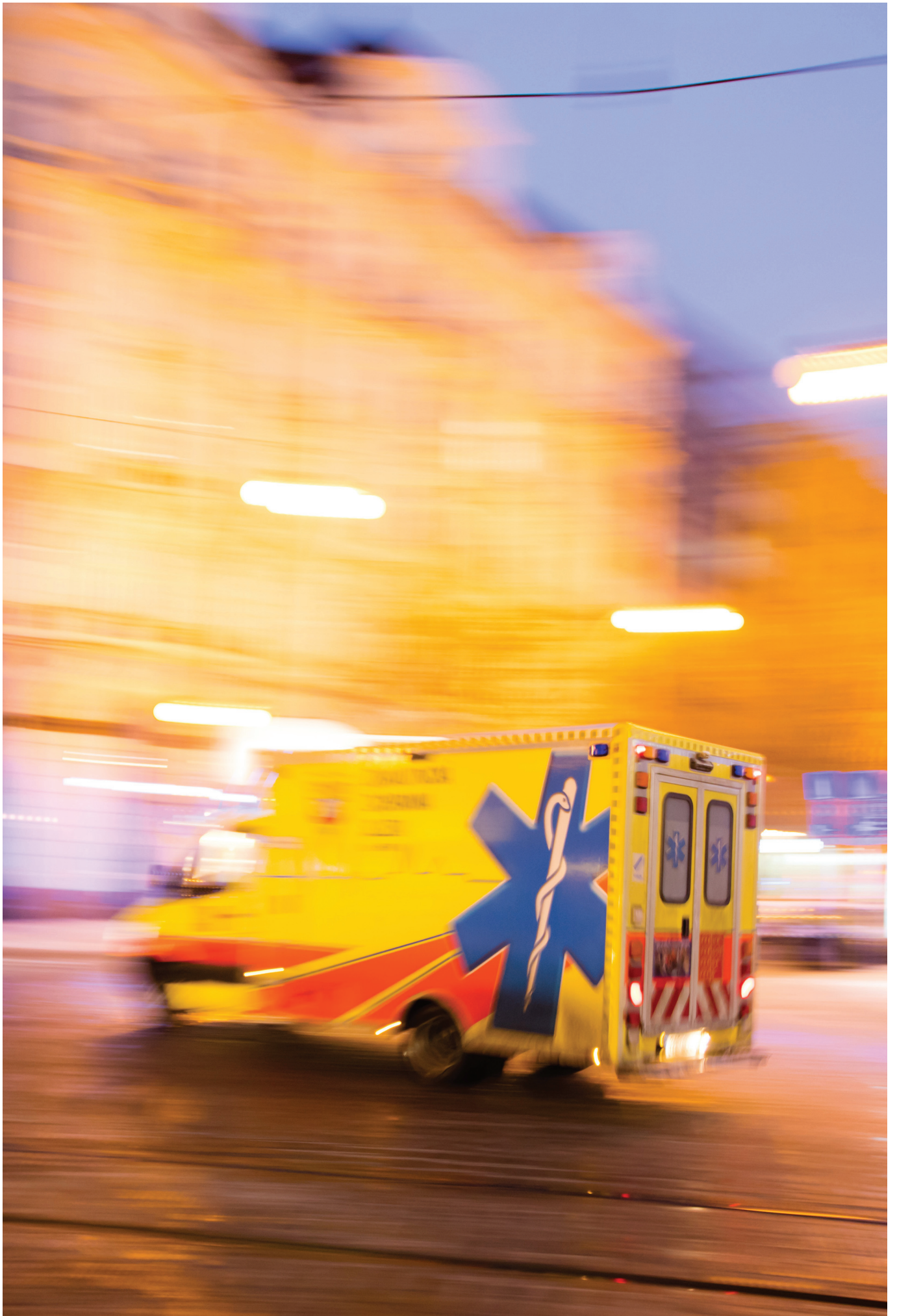
Například že podpoří integraci péče, což je v souvislosti se stárnutím obyvatelstva, nárůstem chronických onemocnění a dnešním tristním stavem opravdu velký úkol, který vyžaduje ministra s rozhledem, jenž hovoří jasně a nechce záplatovat.

Sdílení zdravotních záznamů odpovídajících elektronické éře a nastavení úhrad, které koordinaci péče v celém jejím kontinuu (včetně té sociální) finančně motivují (stejně jako v Německu) – to je jenom začátek. Chytrý ministr financí by na to slíbil projektové financování.

Ministr zdravotnictví by měl také národu rozumně vysvětlit, že zavádí spoluúcast pojištěnců, přičemž ti slabí, nemocní a potřební ji nemusejí platit, pokud budou respektovat léčebný plán a budou se snažit.

Zdravotní pojišťovny, pokud nejsou zcela ochromeny, by takového ministra měly silně podpořit a jít reformě naproti. V opačném případě skončí na smetišti dějin a zbyde nám jen VZP.

Anebo se také nemusíme dohodnout a budeme pořád nespokojeni. Tím více, že i tahle současná konjunktura bude možná dřív, než se nadějeme, vystřídána recesí. A peněz nebude víc, ale méně.



Uprostřed volebního ryku náklady rostou

Do tuzemského zdravotnictví v posledních třech letech proudí čím dál víc peněz, ale efektivita vynakládaných prostředků se nezvyšuje.

Marcela Alföldi Šperkerová, zástupkyně šéfredaktora časopisu AM Review

Po krátké chvilce oddychu Česko vstoupilo počátkem roku 2016 do permanentního volebního období. Jak se ukázalo před krajským hlasováním, nelze již od politické reprezentace očekávat žádné zázraky, které by měly ambici české zdravotnictví kultivovat směrem k vyšší výkonnosti. I když sociální demokracii – ovládající resort od roku 2014 – nelze upřít, že se až na pár střípků český systém nepokoušela k vyšší efektivitě vést ani dříve.

Doufejme jen, že zákonodárci alespoň vpustí bez dramatických zásahů do života v tomto ohledu nejambicióznější normu z pera odcházejícího sociálnědemokratického ministra Svatopluka Němečka, jež zavádí přerozdělování pojistného podle skupin chronicky nemocných (Pharmacy-based Cost Group, PCG). Zdravotní pojišťovny by se jí měly řídit již od roku 2018.

Poté, co se do schvalovacího finále dostaly zákony o vzdělávání lékařů, sester a dalšího personálu a také novela, jejíž ambicí je ztížit reexporty léků, se vedle protikuřácké úpravy zřejmě podaří parlamentem protlačit již jen návrh na snížení ochranného limitu doplatků na léky pro děti a seniory. Je totiž líbivý napříč poli-

Ačkoliv rozpočet českého zdravotnictví v posledních třech letech posilují přírůstky v podobě silnějšího výběru pojistného, volání aktérů systému po dalších přídavcích neustává

tickým spektrem. I když vynechává nikoliv nepodstatnou skupinu chronických pacientů, kteří mají tu smůlu, že jsou v produktivním věku, před poslaneckými volbami na podzim 2017 se ne jeden politik bude chtít hrát

v jeho odlesku. S podobnou motivací se vzkříšení po několikaměsíčním tichu dočkala rovněž kritizovaná norma o neziskových nemocnicích.

Volební odér v ovzduší nicméně strhává k aktivitě i ty, již nikam ne kandidují. Ačkoliv rozpočet českého zdravotnictví v posledních třech letech posilují přírůstky v podobě silnějšího výběru pojistného díky rostoucí ekonomice a pravidelně se zvyšujících odvodů za státní pojištění, volání jednotlivých aktérů systému po dalších přídavcích neustává.

Naopak, nabírá na intenzitě. A spolu s ním sílí i permanentní křik České lékařské komory za vyšší příjmy pro lékaře.

Naproti tomu volání po prvcích posilujících efektivitu, jako je větší integrace poskytovatelů zdravotních služeb, zavádění programů řízené péče pro skupiny chronicky nemoc-

ných či důraz na kvalitní následnou péči, není téměř slyšitelné.

Zdravotní sestra jako nedostatkové zboží

Za poslední dva roky spotřebovaly zdravotní služby o 20 miliard korun více než v roce 2014. Většinu přírůstků polykají nemocnice, což se nelíbí ostatním segmentům zdravotnického trhu. Ale ani většina špitálů, snad s výjimkou ministerských prominentů – fakulních nemocnic, není spokojena. Vydobyté peníze musí rovnou přefakturovat do mezd zdravotnického personálu.

Jakkoliv si vyšší příjmy mnozí z nich plně zaslouží, v zemi pracuje na 39 tisíc lékařů a více než polovina z nich při přepočtu na plné úvazky v nemocnicích. Podle aktuálního žebříčku Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) Health Statistics je Česká republika v počtu lékařů na tisíc obyvatel nad průměrem těchto zemí, po boku států jako Dánsko, Španělsko či Itálie. Lehce zůstává za Německem a výrazněji za Rakouskem.

Mírně nadprůměrné skóre vykazují Češi rovněž v počtu absolventů škol. Lékařská komora ovšem varuje, že čerství lékaři utíkají ze země kvůli špatným finančním podmínkám

i komplikovanému a zdlouhavému systému atestačního vzdělávání. Z tisícovky ročně promujících lékařů jich pětina rovnou míří za hranice země. Za výdělkem či zkušenostmi odcházejí také zkušení lékaři, a to v řádu několika set ročně.

Mezi lékařskými odbornostmi jsou ale značné rozdíly, o čemž svědčí akutní nedostatky lékařů některých specializací, například nemocničních gynekologů a porodníků, či rychlé zvyšování průměrného věku praktických lékařů. Lékařská komora a odboráři spatřují řešení problému v plošném nárůstu platů, v čemž jim současná vláda sekunduje. Přidávky peněz by ale měly spíše mířit tam, kde je třeba zvýšit atraktivitu profese, a zároveň mají motivovat ke kvalitě a efektivitě.

České nemocnice aktuálně hledají tisícovku lékařů. To je ale ve srovnání s nedostatkem zdravotních sester menší potíž. Ty už chabé platové podmínky, chaos v kompetencích ošetrovatelského personálu a přetíženost natolik otrávil, že ze zdravotnictví utíkají kvapem.

Jejich nedostatečné počty potvrzuje i žebříček OECD, podle něhož pracuje v českém zdravotnictví podprůměrný počet sester. Například oproti Dánsku, Norsku či Švýcarsku jich je v tuzemsku sotva polovina.

Vzdělávací zákony pod palbou kritiků

Čerstvé novely zákonů, které mění jak atestační vzdělávání lékařů, tak kvalifikační přípravu nelékařského personálu, se právě blíží do finále legislativního procesu. Obě novely čelí kritice, přestože aspoň tu lékařskou považuje část politiků i představitelů oboru za kompromis správným směrem. Například podle sdružení Mladí lékaři neřeší navrhovaná norma žádný podstatný problém specializační přípravy lékařů a ministerstvo zdravotnictví ji připravovalo, „aniž by mělo jakoukoliv vizi, kam by vzdělávání mělo směřovat, jak by se měla zvýšit jeho kvalita a kam by měly směřovat investice“.

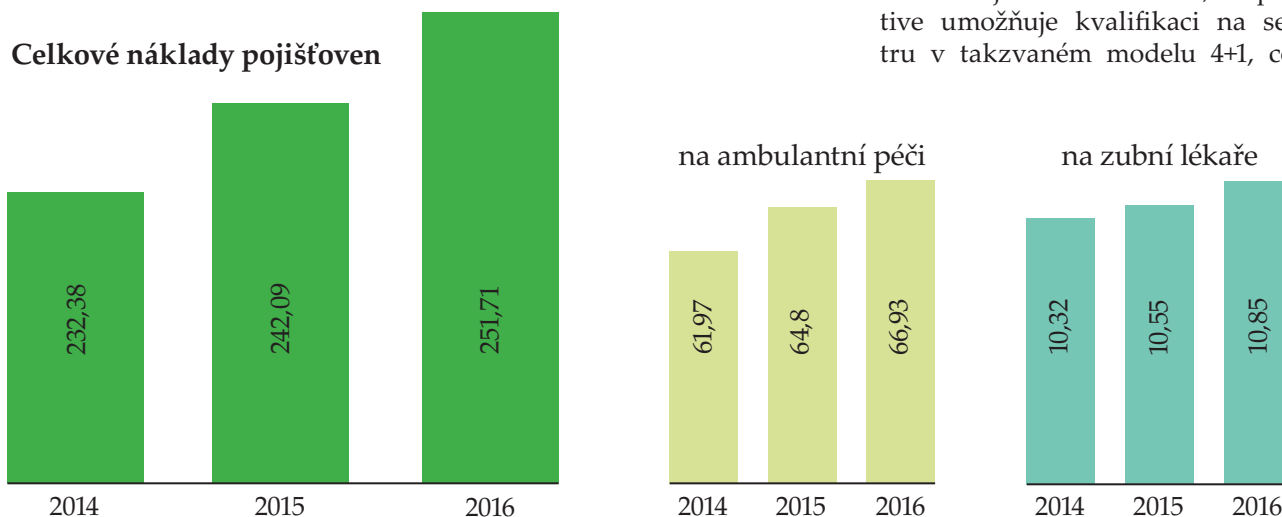
Ještě většího odsouzení se dočkala novela vzdělávání sester a dalšího personálu. Před jedenácti lety Česko vykročilo po vzoru vyspělých zemí ke studiu na všeobecnou sestru v terciárním stupni, jak si žádá rychle se měnící medicína, která potřebuje čím dál kvalifikovanější a erudovanější členy zdravotnického týmu. Tedy i sestry a další nelékařské profesionály, kteří budou schopni přebírat některé rutinní kompetence od lékařů.

Tento přenos se ale v tuzemsku nenosí, přestože je ze zkušeností zemí, které k němu přistoupily, jedním z tahounů vyšší produktivity a efektivity.

Namísto toho novela zákona konzervuje nefunkční stav, respektive umožňuje kvalifikaci na sestru v takzvaném modelu 4+1, což

NÁKLADY NA ZDRAVOTNÍ SLUŽBY PODLE SEGMENTŮ

(v mld. Kč)



Zdroj: pojistné plány pojišťoven

znamená pouhý rok pomaturitního studia navíc. Profesní asociace i sestry nikde neorganizované proto s nelibostí nesou avizovanou změnu vzdělávání, která je vrací z vysokých škol na střední.

Studie zveřejněná v časopise *Lancet* v roce 2014 prokázala, že čím více sester v nemocnici má bakalářský titul, tím strměji klesá úmrtnost pacientů. České sestry naopak často vykonávají činnosti, které má provádět méně kvalifikovaný ošetrovatelský personál, což je jednak neefektivní a jednak neekonomické. Management nemocnic mnohde nepochopil roli zdravotnických asistentů a jen málokde funguje vícestupňová ošetrovatelská péče, zajištěná sanitáři, ošetrovateli, zdravotními asistentkami, všeobecnými sestrami, specialstkami a staničnicemi.

Naše zdravotnictví prostě chce sestru, která bude za vše zodpovědná a nebude stát moc peněz. To je také hlavním motivem připravované změny ve vzdělávání: jak si politici i mnozí lékaři představují, díky novele posílí kapacity sesterského personálu. Přitom právě sestry s magisterským titulem by mohly v hierarchii kompetencí postupovat výše, postupně ulevovat lékařům a starat se například o diabetiky a další chronicky nemocné pacienty, edukovat je, pracovat s nimi na změnách životního stylu. Vyškolené sestry by měly samostatně plánovat a řídit veškerou ošetrovatelskou péči, starat se o prevenci, řídit home care péči včetně předepisování zdravotních pomůcek. K takovému



posunu ale tuzemské zdravotnictví zjevně ještě mentálně nedospělo.

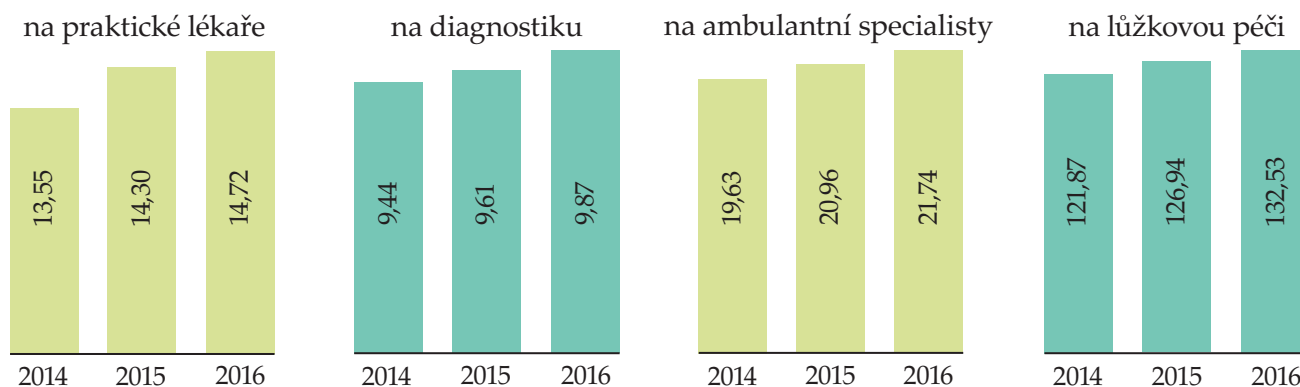
Recept na centrovou léčbu?

Jednou z mála pozitivní snah, která by omezila politické pŕtky i kupování si voličů, je ministerský návrh na zavedení pravidelné automatické valorizace odvodů za státní pojištění. To by totiž vedlo i k určité ekonomické stabilitě. Ministerstvo zdravotnictví navrhuje navázat valorizaci na všeobecný vyměřovací základ ve výši čtvrtiny průměrné mzdy. Výpočet plateb ze státní kasy by měl být zároveň doplněn anticyklickým me-

chanismem, jenž by zaručoval nižší platby v letech konjunktury a naopak vyšší výdaje v krizovém období. Koefficient růstu by se měl odvíjet od objemu státních pojištěnců, jejichž počet se v letech krize zvyšuje o lidi, kteří ztratili práci.

Automatickou valorizaci vítají lékaři, zaměstnavatelé i odbory, smířeno s ní je i ministerstvo financí. Ani jedna skupina ale není spokojena s navrhovaným modelem.

Česká lékařská komora stejně jako odbory považuje výši odvodů za příliš nízkou a požaduje, aby se vypočítávaly až z poloviny průměrné mzdy.



Zvolený model se nelíbí ani resortu financí, i když z odlišných důvodů. Nastavený anticyklický mechanismus totiž považuje v této podobě za nedostatečný, respektive mu připadá dotace ze státního rozpočtu v časech konjunktury příliš vysoká.

Ostatně právě v posledních dvou letech zdravotnický systém bobtnal právě kvůli skokovému navyšování odvodů za státní pojištěnce po několika letech stagnace. Částka na pojištěnce ze 723 korun měsíčně v roce 2013 poskočila na letošních 870 korun. Spolu s rostoucím výběrem pojistného to vyneslo za poslední dva roky rozpočtu o více než osm procent víc peněz, tedy zmíněných 20 miliard korun.

Letos tak bude systém hospodařit s 252 miliardami korun, jak vyplývá ze zdravotně pojistných plánů pojišťoven. A příští rok, kdy státní platba za pojištěnce povyroste na 920 korun měsíčně, rozpočet posílí podle úhradové vyhlášky na rok 2017 o dalších 13 miliard.

Tempo s růstem celého trhu drží ambulantní segment stejně jako lůžková péče. Nejvýraznějšího pokroku dosáhly lázně, které ovšem v letech 2012 a 2013 čelily dramatickému poklesu. Za poslední dva roky si přilepšily o bezmála 30 procent příjmů a příští rok by se měly dotáhnout téměř ke svému maximu z roku 2010.

Sprint centrových léků

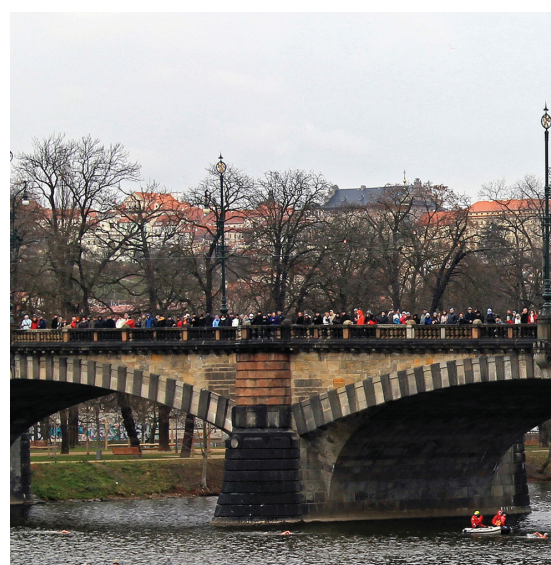
Vedle výdajů na hrazené vakcíny, na něž si Všeobecná zdravotní pojišťov-

na (VZP) na letošek vyčlenila o třetinu více než v předchozích letech – především kvůli nově zavedené hrazené vakcině proti pneumokokům pro seniory, nabraly dramatické tempo hlavně výdaje v kategorii centrových léků. Již několik let patří k rekordmanům trhu, letos se ale řítí přímo sprintem.

Jenom VZP náklady podle odhadů meziročně do konce roku vzrostou o 22 procent na 9,4 miliardy korun. Za celý trh tak mohou atakovat hranici 15 miliard.

A lze očekávat, že to není jen jednoróční výkyv. Zdravotní pojišťovny předpokládají v nejbližší budoucnosti tempa mezi deseti až třiceti procenty. Jednak si k nejmodernější léčbě hledá cestu stále více pacientů a jednak na trh vstupují nové molekuly. Léčba se tak u závažných nemocí čím dál rychleji mění z unifikované na personalizovanou neboli na míru šitou pacientům. To s sebou sice přináší lepší klinické výsledky, ale zároveň sílí tlak na růst nákladů.

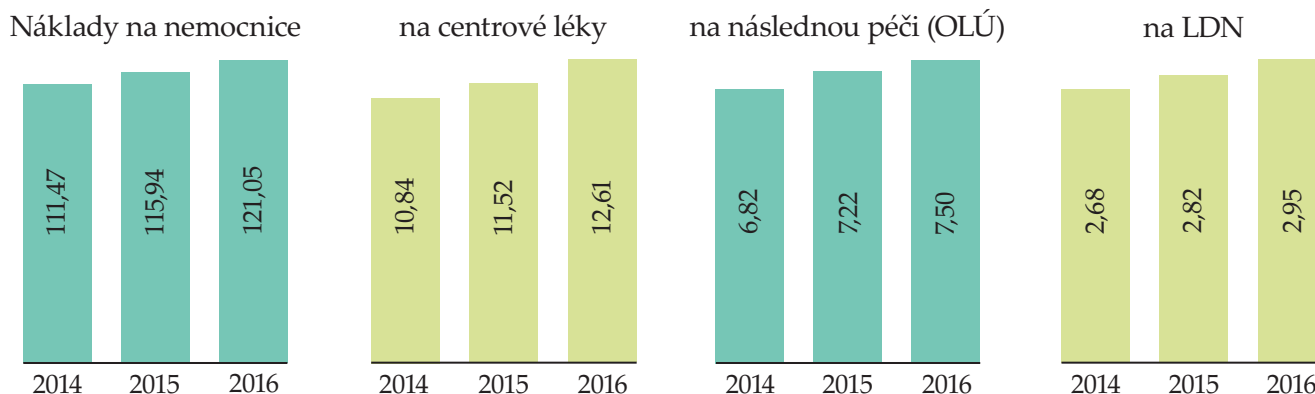
Jistou nadějí na ukořícování nákladů plátcům přináší biosimilars, jež nově vstupují na trh a postupně se prosazují i u lékařů, kteří je předepisují svým pacientům. Díky nim pak klesá jednotková cena léčby, což ji zpřístupňuje většímu množství pacientů, především u chronických autoimunitních chorob. I přesto v těchto indikacích stále vykazujeme větší či menší podléčenost a oproti vyspělému světu horší dostupnost moderních terapií.



Biosimilars nicméně nejsou všespasitelným řešením a zprvu jen sotva ovlivní očekávaný růst výdajů zdravotního pojištění spojovaný s příchodem nových přípravků na český trh. Evropská léková agentura totiž v poslední době schválila 50 nových molekul, z nichž je většina vázaná na biomarkery.

Jak potvrzují mnozí lékaři, nové metody jsou často doslova převratem v léčbě, dokážou opravdu pacientům ulevit, potlačit aktivitu onemocnění a jeho bezprostřední projevy, oddálit jeho progresi a v některých případech i nemocného vyléčit. A z těchto důvodů bude čím dál méně přípustné přínosnou léčbu pacientům upírat.

Ministerstvo zdravotnictví proto zřídilo pracovní skupinu, jejímž úkolem je vymyslet, aby cena za tuto léčbu odpovídala přínosu pro





pacienta. Stejným problémem už se zabývá lékový úřad, který u centrových přípravků posuzuje jejich nákladovou efektivitu. A pokud překročí 1,5 milionu korun za QALY, tj. rok života v plné kvalitě, lék do systému nepustí. Jenže to nestačí. U nákladných terapií je třeba zvažovat jejich celospolečenské přínosy a náklady – nejen zdravotnické, ale i sociální. I přes četné výzvy mezinárodních a evropských autorit je Česko stále na hony vzdálené tomu, aby Health Technology Assessment (HTA) zavedlo.

Vyšší úhrady pro psychiatry

Ambulantní sektor táhnou především náklady na služby specialistů, které i v posledních dvou letech udržely nadprůměrný výkon a zvýšily se o bezmála 11 procent. A nadprů-

měrného přílivu peněz se dočkala i dlouhodobě podfinancovaná následná a dlouhodobá nemocniční péče, ačkoliv se deficit zatím dohnat nepodařilo.

Naproti tomu diagnostika včetně laboratorních vyšetření přidala jen 4,5 procenta, což je nejnižší přírůstek ze všech segmentů. Za průměrem trhu sice zaostaly i náklady na receptové léky, ale přesto si přidaly šest procent, což je vzhledem k trendu předchozích let, kdy tyto výdaje díky úsporami motivované lékové politice stagnovaly, nemilá zpráva.

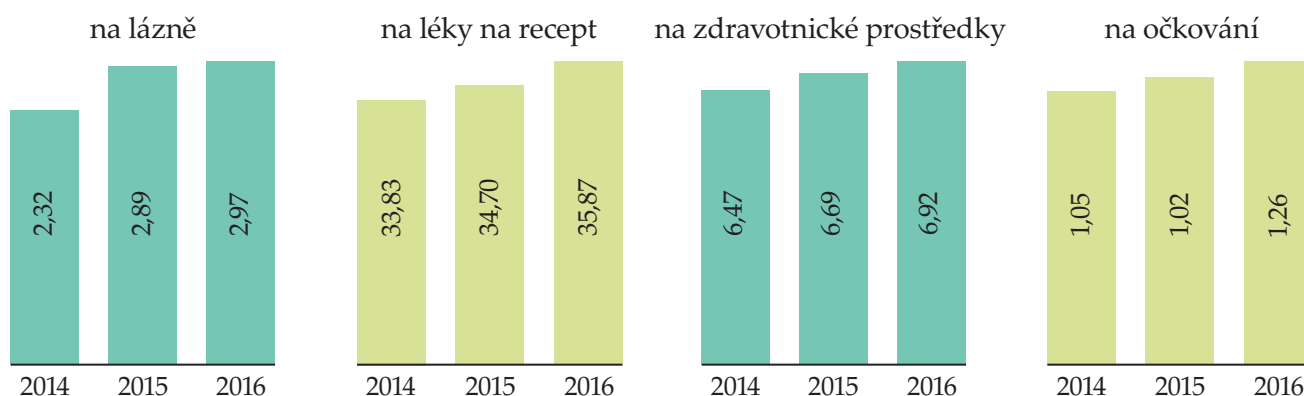
Nepotvrdil se tak optimismus představitelů Státního ústavu pro kontrolu léčiv a ministra zdravotnictví, kteří loni předpokládali úspory dvě až tři miliardy korun, jež měl vynést pokles sazby DPH za léky na 10 procent. Jenže místo toho se objem

výdajů pojišťoven zvedl o miliardu korun. K tomu přispěly jak zrušené 30korunové poplatky za recept, tak nutnost je lékárnám kompenzovat, i když ani ne v poloviční výši a jen za omezený počet předpisů.

Více než polovinu z celkového nárůstu nákladů ve zdravotnictví si v posledních letech připisuje lůžková péče. Nemocnice sice tu a tam hlásí nedostatek kapacit, ale zjevně jsme dosud nedokázali uzpůsobit strukturu akutní lůžkové péče potřebám trhu, což je zdrojem neefektivity segmentu. V počtu akutních lůžek na tisíc obyvatel si držíme v rámci OECD nadprůměrný výsledek, přičemž před námi je pouze Japonsko, Korea, Rakousko a Německo.

Proto je sporné, že připravovaný zákon o neziskových nemocnicích, jenž se po roce ticha opět vrátil do legislativního procesu, přispěje k tlaku na efektivnější využívání jak finančních, tak lidských zdrojů v nemocnicích. Sice přinese dlouho vzývané odstátnění špitálů, kvůli němuž je především ministerstvo zdravotnictví dosud trvale v podezření ze střetu zájmů, neboť je zřizovatelem významné části lůžkové kapacity a zároveň strůjcem úhradové vyhlášky. Kritici nicméně zákonu vytýkají, že posiluje roli ministerstva a že nemocnicím, které se stanou neziskovou organizací, zaručí smlouvu se zdravotními pojišťovnami, které tak přijdou o významnou páku tlačící na efektivitu.

Návrh nové regulace úhrad za zdravotnické pomůcky a další pro-



středky, který byl rozcupován snad ještě razantněji než neziskové nemocnice, naopak prozatím zůstává u ledu.

Události se však konečně daly do pohybu v případě psychiatrické reformy, jež má přesunout těžiště péče o pacienty z léčen do komunity, tedy takzvaných center duševního zdraví, která vznikají v pilotním projektu. Psychiatrickou péči resort podpořil i v úhradové vyhlášce na rok 2017, nastavil příznivější finanční podmínky a z regulací vyňal úhrady za depotní léky (přípravky s pomalým vstřebáváním) a soudem nařízenou léčbu.

Šťastná třináctka

Tuzemské zdravotnictví není, jak by se mohlo z výše uvedeného zdát, v tak špatné kondici. Podle žebříčku Euro Health Consumer Index 2015, které hodnotí kvalitu zdravotnictví ve 35 evropských státech podle 48 indikátorů v šesti kategoriích, obsadilo se 760 body pěkně 13. místo. Přitom před deseti lety dosáhlo jen 403 bodů.

Na přední příčky Česko dotáhla především velmi dobře hodnocená dostupnost zdravotní péče, jako například dojezdová doba do nemocnice či rychlý přístup k onkologické léčbě.

Naopak selhává v elektronické komunikaci, což v zemi, kde řadu let nelze prosadit ani elektronické předepisování receptů, není překvapením. A nic na tom nezmění ani fakt, že opět vznikla vládní koncepce eHealth.

Česku se ale přes všechnu chválu akutní péče nedaří ve srovnání s evropskou špičkou například bojovat s fatálními následky ischemické choroby srdeční, výsledky sráží nízké body za přístup k moderní léčbě revmatoidní artritidy. Autoři žebříčku vyzdvihují Česko především jako zemi, jež při poměrně nízkých výdajích na zdravotnictví dokáže nabídnout překvapivě dobrou péči.

Přesto by nebylo od věci poučit se od Nizozemska, jediné země, která se drží na medailových pozicích již od vzniku tohoto indexu v polovině minulého desetiletí. Ta získává body

především za nejdůsledněji pracovanou tvorbu zdravotní politiky, přičemž dokáže do rozhodování o zdravotní péči zapojit i pacientské organizace.

Ostatně i Evropská komise v Country Reportu 2016 nabádá, aby Česko zlepšilo řízení a nákladovou efektivitu systému, a to jak v jeho lůžkové, tak ambulantní části. Připomíná, že se země příliš orientuje na nemocniční služby, ačkoliv jsou nákladnější než ambulantní. Navrch nevyužívá sbíraná data pro plánování a racionalizaci lůžkových kapacit, o čemž vypovídá i vysoký počet akutních lůžek v evropském srovnání. A pochvalu nedostává ani za další primát: jeden z nejvyšších počtů návštěv ambulantních ordinací. Evropská komise proto radí, abychom změnili formu, jakou jsou hrazeny nemocnice, a zavedly funkční gatekeeping jakožto nástroj omezující zbytnou či nepotřebnou spotřebu péče. Není to nic překvapivého. Podobné rady Česko dostává od několika mezinárodních institucí i domácích expertů každoročně. Zatím marně.

**Jsme tady
pro vaše zdraví**



- » Zdravotnické zařízení s dlouholetou tradicí
- » Dostupná a kvalitní zdravotní péče
- » Smluvní zařízení všech zdravotních pojišťoven

www.privamed.cz

HODNOCENÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ PODLE EHCI

Zápory

1. Práva pacientů a informace

Kompenzace chybné léčby bez soudního sporu
Informovanost o právech přeshraniční péče v EU
On-line objednávání
Elektronické recepty

2. Dostupnost zdravotní péče

- žádné výtky -

3. Výsledky péče

Pokles úmrtí na kardiovaskulární choroby

4. Rozsah a dosah nabízených zdravotních služeb

- žádné výtky -

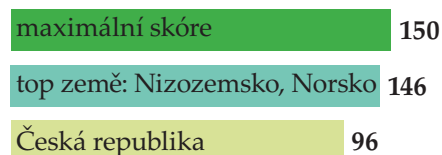
5. Prevence

Užívání alkoholu
Sportování, fyzická aktivita

6. Užívání léčiv

Přístup k novým lékům
Přístup pacientů s revmatoidní artritidou
k biologické léčbě

PACIENTSKÁ PRÁVA



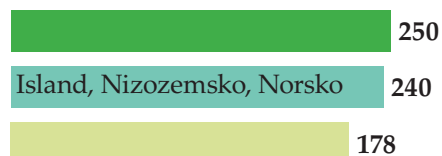
PREVENCE



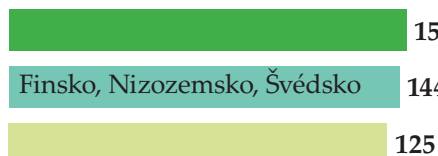
DOSTUPNOST



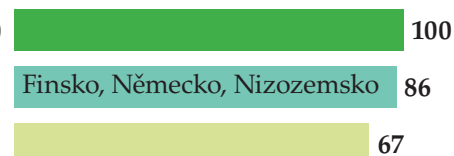
VÝSTUPY



ROZSAH A DOSAH SLUŽEB



UŽÍVÁNÍ LÉČIV



Klady

1. Práva pacientů a informace

Zdravotnictví postavené na právech pacientů
Přístup k vlastní zdravotnické dokumentaci
Funkční registr kvalifikovaných lékařů

2. Dostupnost zdravotní péče

Okamžitý přístup k praktickému lékaři
Dostupnost většiny plánovaných operací do 90 dní
Zahájení onkologické léčby do 21 dní
Čekání na CT vyšetření typicky do 7 dní
Přístup na urgentní oddělení (emergency) nemocnic
do 1 hodiny

3. Výsledky péče

Pokles úmrtí na mrtvici
Počet zemřelých dětí

4. Rozsah a dosah nabízených zdravotních služeb

Nízké soukromé výdaje na zdravotnictví
Počet operací šedého zákalu u populace 65+
Počet transplantací ledvin
Zubní péče pokryta ze zdravotního pojištění

5. Prevence

Podíl dětí očkovýchých proti 8 nakažlivým nemocem
Podíl očkovýchých proti rakovině děložního čípku

6. Užívání léčiv

Přístup ke srozumitelným informacím o lécích
Časté předepisování metforminu (lék na cukrovku)
diabetikům

Zdroj: EHCI 2015

A close-up photograph of a torn piece of white paper with the word "Medicare" printed in a large, black, serif font. The paper is layered over several US dollar bills, including a one-dollar bill and a ten-dollar bill. The background shows the intricate patterns and colors of the currency, such as the green and black of the ten-dollar bill and the blue and green of the one-dollar bill. The word "Medicare" is centered on the white paper, which has a ragged, torn edge. The overall composition suggests a connection between the healthcare program and financial costs.

Medicare

Skládat účty, to zní hrdě

Americké zdravotnictví je nejdražší na světě, přitom z hlediska celkových výsledků dopadá hůře než většina systémů v ostatních vyspělých zemích. Jak se z toho může poučit Česko?

Miroslav Zámečník, bývalý člen Národní ekonomické rady vlády

Největším jednotlivým plátcem za poskytnutou péči nejsou ve Spojených státech zdravotní pojišťovny ani vertikálně integrované Health Maintenance Organizations, ale federální vláda prostřednictvím programu Medicare. Letos je mu padesát let. Platí péči za více než 50 milionů lidí, většinou seniorů nad 65 let. S prodlužující se délkou života a s tím, jak do programu spadají další a další silné poválečné ročníky, často zatížené chronickými nemocemi, finanční napětí logicky roste.

Program Medicare je mimořádný tím, že jde o průběžně financovaný systém hrazený z odvodu z mezd a příjmů u ekonomicky aktivních lidí, který má zároveň extrémně vysokou koncentraci rizikových pacientů. A to právě kvůli tomu, že kryje náklady péče o seniory s vysokým podílem chronicky nemocných.

Letos by měl program zkonsumovat asi 15 procent výdajů federální vlády v celkové výši bezmála 700 miliard dolarů, tedy ekvivalen-

tu více než triapůlnásobku českého HDP. Jenom samotné výdaje na chronicky nemocné s vysokou polymorbiditou (kombinace šesti a více chorob najednou) představují téměř stejný objem peněz, jako je celý HDP České republiky!

Ani největší ekonomika na světě nad tím nemůže mávat rukou a má jenom čtyři možnosti. Zvednout pojistné, zvýšit spoluúčasti či připojištění, anebo začít hodně tlačit na efektivnost systému péče, proces po procesu, u chronicky nemocných obzvlášť. První řešení je nepopulární u ekonomicky aktivní části populace, druhé a třetí se setkávají s nelibostí u seniorů a čtvrté vadí poskytovatelům.

Už teď péče v nemocnici podléhá časově odstupňovaným minimálním spoluúčastem a denním spoluúčastem, které se počítají ve stovkách dolarů, ale tímhle nemá smysl se v České republice detailně zabývat, stejně jako nemají pro porovnání vypovídací hodnotu finanční data.

Co je pro nás naopak velmi relevantní, je nastavení úhradového mechanismu, tedy toho, za co a jak se platí a do jaké míry úhrady podporují koordinaci péče. Zajímat by nás to mělo už proto, že Medicare je především programem pro seniory.

Síla a slabost Medicare

Zdravotnictví je mikroekonomicky zajímavá oblast vzhledem k četným informačním asymetriím a různým typům selhání trhů. Potíž je v tom, že plátcí péče (u nás pojišťovny) nemají účinné kontrolní nástroje.

Následný audit buď provádíte elektronicky a na mnoho nepřijedete, anebo musíte jít do zdravotnické dokumentace, což je velmi drahé, pracné a kontrolovat můžete jen malý vzorek pacientů.

Schvalování výkonů předem je nejen nepraktické a drahé, ale dovedeno do důsledků téměř život ohrožující. Když si řekneme, že neoprávněně vykázaná, protože neprovedená nebo úmyslně špatně

kódovaná péče („upcoding“ za účelem obohacení) je v USA opravdu přísně trestaný delikt páchaný bílými límečky, zatímco v Česku v podstatě optimalizované nastavení softwaru, nebudeme úplně daleko od pravdy. V USA si nicméně aspoň pomáhají tím, že motivují insidery, kteří o podvodech vědí, procentem ze zpětně vysouzené částky.

Ještě úplně jiná věc je, pokud se sice vykáže všechno, co bylo skutečně provedeno, ale je to neefektivní vzhledem k nastavení úhrad. Celá ambulantní sféra totiž jede na výkonové platby („fee for service“), které motivují k tomu, aby se vyšetřovalo hodně, zejména v situaci, kdy se každý s každým soudí. A to je přesně americký model.

V případě nemocnic akutní péče jsou úhrady nastaveny na případové paušály (DRG). Medicare s 50 miliony lidí dovede tlačít na ceny (podstatně úspěšněji než soukromé pojišťovny, zvláště ty, které zároveň neprovazují zdravotnické řetězce, a tak mají s informační asymetrií mnohem větší problémy) a sankcionovat některé případy opakovaných hospitalizací (zápaly plic, náhrady kloubů, atd.). Přesto se hledá účinnější a nákladově hospodárnější řešení.

Zde stojí za zmínku fakt, že „české DRG“ opírající se o velmi nereprezentativní vzorek respondentů – snad pět, ale patrně jenom jedna z celkového počtu 156 nemocnic akutní péče ke konci roku 2013 – bylo zrušeno. Ani ohlašovaný DRG Restart dosud nevyprodukoval uchopitelný výstup, od něhož by bylo možné se v úhradách jakkoli odrazit.

Přihlédněte k tomu, že Medicare je programem pro seniory, z nichž pětina trpí ne jednou chronickou nemocí, ale kombinací pěti a více chorob. A polymorbidní pacienti jsou drazí. Konkrétně pacienti se srdečním selháním mají v 62 procentech případů dalších pět a více chronických problémů. V případě cukrovky trpí dalšími třemi až čtyřmi diagnózami 36 procent diabetiků, pěti a více 34 procent.

Nejde jen o náklady na ambulantní péči, laboratorní vyšetření a léky, ale také o hospitalizace, v USA velmi drahé. Podíl lidí se žádnou anebo jednou chronickou nemocí na opakovaných hospitalizacích byl v roce 2014 pouhé jedno procento. Podíl lidí se šesti a více diagnózami na opakovaných pobytech v nemocnicích činil 75 procent.

Integrovaná péče pomáhá, ale je třeba ji umět nastavit

Všechny vyspělé země se stárnoucí populací a stále častěji i země, které ani bohaté nejsou, čelí v podstatě stejnému problému. V případě Medicare s jeho obrovským kmenem je ale problém mnohem rozvinutější.

Jak udržet populaci v dobré zdravotní kondici co nejdéle a jak za to ve zdravotním systému platit? Elektronizace zdravotnictví včetně mobilních aplikací, dálkového monitoringu a sdílení zdravotních záznamů jsou součástí řešení, ale rozhodně nejsou náhradou za špatně postavené kontrakty.

Programy integrované péče o chronické pacienty (Disease Management Programs, DMP) byly a jsou spojovány s očekávaným zlepšením péče o vybrané cílové skupiny, která by navíc díky lepší koordinaci poskytovatelů a dodržování doporučených postupů měla zamezit nákladným hospitalizacím a vést k celkovým úsporám.

DMP se liší intenzitou i používanými technikami, charakteristické je zapojení koordinátora péče (care manager), typicky diplomované nelékařské zdravotnické profese (sestry/bratři), kteří edukují pacienta, motivují jej k dodržování léčebného režimu a monitorují jeho zdravotní stav. To vše s různou intenzitou osobního kontaktu jak s pacientem, tak s ošetřujícími lékaři.

Studie rozpočtové kanceláře Kongresu (Congressional Budget Office, CBO), publikovaná v roce 2012, která posuzovala účinnost 34 různých DMP financovaných z prostředků Medicare, dospěla k závěru, že zkoumané

DMP jako celek nedosáhly původní desiderata, pokud jde o náklady na hospitalizace ani celkové výdaje na zdravotní péči. A to navzdory častému sdílení ekonomického rizika u většiny posuzovaných programů.

Konstrukce odměny ve formě kapitální měsíční platby vyžadovala dosažení netto úspory celkových výdajů na péči včetně hospitalizací po odečtení všech výdajů na kapítace v rámci DMP. Celkově nepřesvědčivý výsledek však zastírá velké rozdíly ve výsledcích jednotlivých experimentálních programů.

Jako nejslibnější se ukázal typ programu, kdy koordinátoři působí v ordinacích praktických lékařů navázaných na nemocnici. Koordinátoři přitom měli přístup k elektronickým zdravotním záznamům v rámci sítě, která zajišťovala téměř veškerou péči o pacienty zahrnuté do programu.

Program vyústil jak ve snížení hospitalizací, tak celkových nákladů na poskytnutou péči, přičemž převýšil jeho náklady na kapitální odměnu a generoval úsporu v rozsahu sedmi až jedenácti procent. Ale byl velmi osamocený.

Potenciál se skrývá ve „wearables“

Nelze tvrdit, že DMP jako koncept nepřinášejí žádný efekt. Jejich účinnost velmi závisí na designu programu. Distanční metody v podobě koordinace po telefonu nejsou účinné, osobní interakce s koordinátorem v ordinacích byla důležitým parametrem stejně jako sdílení rizik a pečlivá příprava se všemi zainteresovanými poskytovateli.

Zároveň je nutno připomenout, že studie se zabývala programy, které ještě neobsahovaly distanční monitoring prostřednictvím „wearables“, neboli aplikací chytrých telefonů a komunikaci prostřednictvím sociálních sítí, které dovedou kontakt s pacientem zintenzivnit a zároveň nákladově odlehčit. Skokový pokrok v této oblasti v posledních letech tak

MEDICARE V ČÍSLECH

CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ SENIORŮ V PROGRAMU MEDICARE (v režimu výkonových plateb, fee for service)

Chronická onemocnění a polymorbidity	senioři 65+ (výdaje v USD na osobu a rok)	podíl výskytu u seniorů
0 až 1 nemoc	1699	32 %
2 až 3	5207	31 %
4 až 5	10 881	22 %
6 a více	31 238	15 %

Chronická onemocnění a komorbidity	celkové výdaje v mld. USD	podíl pojištěnců v %	podíl na celkových výdajích (%)
0 až 1 nemoc	21,7	35 %	7 %
2 až 3	58,3	30 %	18 %
3 až 4	82,7	21 %	26 %
6 a více	161,3	15 %	50 %

Komorbidity	počet opakovaných hospitalizací	podíl pojištěnců	podíl na readmisích
0 až 1 nemoc	22 630	35 %	1 %
2 až 3	108 079	30 %	7 %
3 až 4	261 713	21 %	16 %
6 a více	1 198 497	15 %	75 %

VÝSKYT CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ U KLIENTŮ MEDICARE A KOMORBIDITY

Onemocnění	výskyt celkem	jedno chronické onemocnění	další jedno až dvě	další 3 až 4	5 a více dalších
Alzheimer	10 %	5 %	19 %	28 %	49 %
Artritida	29 %	8 %	29 %	32 %	31 %
Astma	5 %	4 %	21 %	29 %	47 %
Renální selhání	17 %	2 %	15 %	32 %	51 %
CHOPN	11 %	3 %	17 %	28 %	52 %
Diabetes	27 %	4 %	26 %	36 %	34 %
Srdeční selhávání	14 %	1 %	10 %	27 %	62 %
HIV/AIDS	0,4 %	15 %	37 %	26 %	23 %
Hyperlipidemie	45 %	5 %	35 %	34 %	26 %
Hypertenze	55 %	5 %	36 %	34 %	25 %
Ischemická choroba srdeční	27 %	3 %	20 %	36 %	41 %
Osteoporóza	6 %	4 %	26 %	31 %	39 %

Zdroj: Centers for Medicare and Medicaid Services (www.cms.gov)

zůstává příslibem účinnějších DMP v budoucnu.

Medicare rovněž sází skupinové zastřešující kontrakty s takzvanými Accountable Care Organizations (ACO), tedy poskytovatelských sítí, jež motivují poskytovatele na koordinaci péče (praktické lékaře se specialisty a nemocnicemi, následnou péčí, home care atd.) na základě sdílení zdravotních záznamů a finančního bonusu za úspory.

V přespříštím roce by chtěl Medicare platit tímto typem úhrady polovinu péče. ACO jsou v podstatě DMP převedený do roviny zajišťování péče v celé populaci v dané spádové oblasti.

V principu nezpochybnitelná myšlenka platby za výsledek samozřejmě spočívá na provedení. Jak konkrétně bude síť motivována k tomu, aby se řádně starala, ale

zároveň tak činila pokud možno co nejlevněji?

Od roku 2012, kdy se s kontrakty tohoto typu začalo, uběhlo poměrně dost času. Fungují vůbec? Prestižní New England Journal of Medicine uveřejnil letos v červnu studii, která si kladla za cíl právě toto zjištění a metodologicky byla postavena robustně. A to včetně porovnání nákladů s kontrolní skupinou, a to před i po zavedení skupinových kontraktů s poskytovatelskými sítěmi ACO. Nejdřív dobrá zpráva: úspory jsou znatelně a konzistentně vyšší v těch organizacích, které jsou založeny na sdruženích praktických lékařů a ambulantních specialistů, než v těch, které rotují kolem nemocnic. A ta horší zpráva? V prvním roce se ušetřilo oproti kontrolní skupině v přepočtu 1,4 procenta (asi 144 dolarů na pojištěnce), ve druhém roce tři dolary.

Jenže jaké zbývají alternativy? Výkonové platby bez koordinace péče ji vzhledem k rozpočtovým omezením a stárnoucí populací nepředstavují, a tak se tyto postupy budou nadále zkoušet a nakonec začnou fungovat. České zdravotnictví není postaveno na integraci péče ani náhodou, ale to neznamená, že by nemělo alespoň některé věci zkoušet, dokud finanční vítr fouká do plachet. Není nic horšího než reformovat ve spěchu, protože vás akutně tlačí nedostatek prostředků.

Prozatím víme jenom to, že všem restartům navzdory nemáme dosud ani Zdravotnickou ročenku za rok 2014 (stav k 31. říjnu 2016). Takhle se k HealthData.gov, tedy k publikaci anonymizovaných zdravotnických dat ve veřejné doméně, které může kdokoli zpracovat, opravdu nedostaneme.



Zdravotnická skupina EUC je silná v ambulantní péči. Věnuje se prevenci a osvětě.

EUC ji pojalo takto:

Po celé ČR organizuje výstavu **Vaše nejcennější foto, umělecky pojaté snímky z mamoscreeingů.**

Ukazují prsa žen, z nichž některé si prošly pozitivními nálezy, všechny jsou však dnes zdravé.

EUC propaguje **umění prevence a vyzývá ty, kteří to cítí podobně, aby si výstavu převzali. Osvěta je důležitá a může být i krásná.**

Více <http://www.euc.cz/o-nas/vase-nejcennejsi-foto>



Chronické nemoci se nevyhnou žádné části systému



Náklady na chronické nemoci pohlcují 70 až 80 procent prostředků putujících do zdravotnictví. Ze zahraničí víme, že se s nimi dá bojovat efektivněji, než jak se to daří v Česku.

Pavel Hroboň, Advance Healthcare Management Institute

Diabetes, cévní onemocnění, astma, mentální problémy, onkologická onemocnění a další chronické neinfekční nemoci představují již dnes obrovskou medicínskou i ekonomickou zátěž zdravotních systémů i celých společností. Jen diabetem trpí v České republice téměř každý desátý člověk.

Podle zahraničních zdrojů jsou chronické nemoci zodpovědné za 70 až 80 procent nákladů na zdravotnictví ve vyspělých zemích. Nejde jen o náklady, ale o stejně velký podíl na zkrácení života a zhoršení jeho kvality.

Podíl pacientů s chronickými nemocemi přitom narůstá kvůli stárnutí obyvatelstva a vysokému výskytu rizikových faktorů, jako je obezita, nedostatek pohybu, kouření, nevhodné složení stravy a další.

Tyto rizikové faktory jsou v obyvatelstvu zemí střední a východní Evropy zastoupeny mimořádně silně. Například dle srovnání dat z roku 2014 má Česko desátý nejvyšší výskyt pravidelných kuřáků mezi dospělým obyvatelstvem v zemích Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Podle Eurostatu je mezi evropskými zeměmi na šesté příčce ve výskytu obezity.

S chronickými nemocemi neumíme pracovat

Co můžeme s chronickými nemocemi udělat? Jejich vysoký výskyt je paradoxně (kromě jiných faktorů) způsoben i úspěchy moderní medicíny. Ta dokáže pacienty s chronickými nemocemi za obrovských nákladů dlouhodobě udržet naživu, nedokáže je ale vyléčit. Odpoví na „epide-

mií“ chronických nemocí je tedy nedopustit jejich rozvoj a oddálit vznik komplikací.

Vezměme si jako příklad opět diabetus II. typu. Jeho rizikové faktory (obezita, nedostatek pohybu a další) jsou dlouhodobě známé. Umíme odhalit začátky onemocnění, takzvané stadium prediabetu, ve kterém je možno vzniku a rozvoji nemoci zabránit. I při jasné diagnóze diabetu pacient na začátku onemocnění žádné závažné příznaky nepocituje. Pokud ale nezmění chování a nedodrží příslušný léčebný režim včetně farmakoterapie, postupně se rozvíjí komplikace ve formě kardiovaskulárního onemocnění, poruch ledvin, zhoršení zraku, bolestí končetin a další.

Diabetici mají vysoký výskyt srdečních infarktů, mozkových mrtvic,

selhání ledvin, oslepnutí, amputací končetin a dalších nesmírně závažných komplikací. Ty dramaticky dopadají jak na kvalitu a délku života pacientů, tak na náklady na jejich léčbu. Cílem proto je oddálit vznik těchto komplikací, ideálně ho vůbec nedopustit. Je to cesta, jak uchránit diabetiky před závažným zhoršením jejich zdravotního stavu a zdravotní systém před obrovskými náklady na léčbu komplikací, které by u mnoha pacientů vůbec nemusely vzniknout. Naše zdravotní systémy ale neumějí s chronickými nemocemi efektivně pracovat. Byly vybudovány v minulých dobách, kdy hlavní problém představovaly infekční nemoci. Jejich léčba byla převážně krátkodobá a nevyžadovala koordinaci významného množství poskytovatelů. Naopak, s chronickými nemocemi žijí lidé léta i desítky let a jejich průběh významně ovlivňují svým chováním.

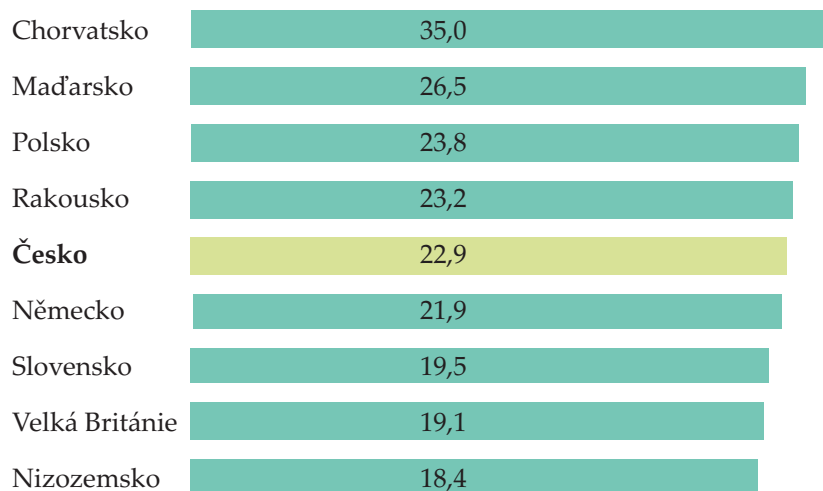
Je třeba najít koordinátora

Pečovat by o pacienty s chronickými chorobami měla řada poskytovatelů působících na různých místech zdravotního systému. Například u pacientů s cukrovkou jde o praktické lékaře, diabetology, dietní sestry a poradce, oční lékaře, neurology, kardiology, případně chirurgy a další zdravotníky působící jak v ambulantní sféře, tak v nemocnicích. Bez úzké koordinace jejich činnosti a výměny dat není možné zajistit poskytnutí všech potřebných léčebných a preventivních zásahů, tedy efektivní péče.

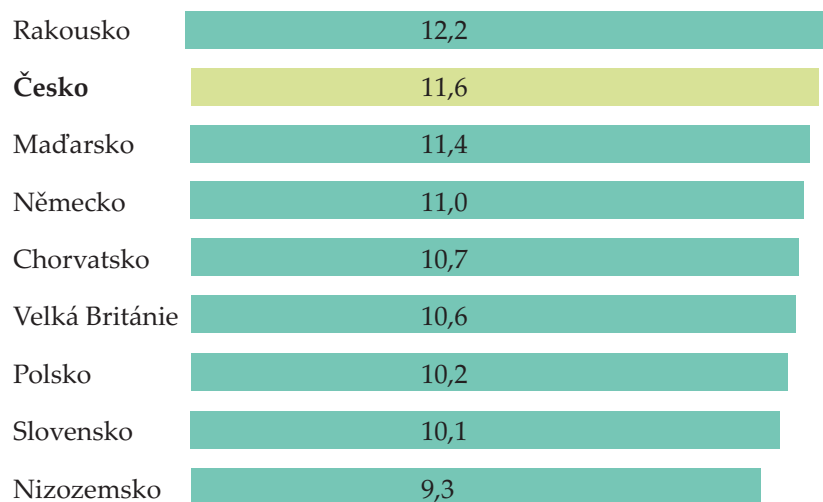
Otázkou je, kdo má hrát roli koordinátora. Plošná řešení typu zavedení gatekeepingu praktickými lékaři nedávají v současné realitě českého systému smysl. Zásadní roli musí hrát zdravotní pojišťovny, jejich role ale nemusí být uniformní. Na Slovensku zdravotní pojišťovna Dôvera přímo organizuje program disease managementu diabetu. V jiných evropských zemích nicméně vidíme modely, ve kterých pojišťovny roli koordinátora péče přenechávají ambulantním lékařům (ať už praktikům nebo specialistům), případně agen-

TABÁK, ALKOHOOL A OBEZITA VE VYBRANÝCH ZEMÍCH EU

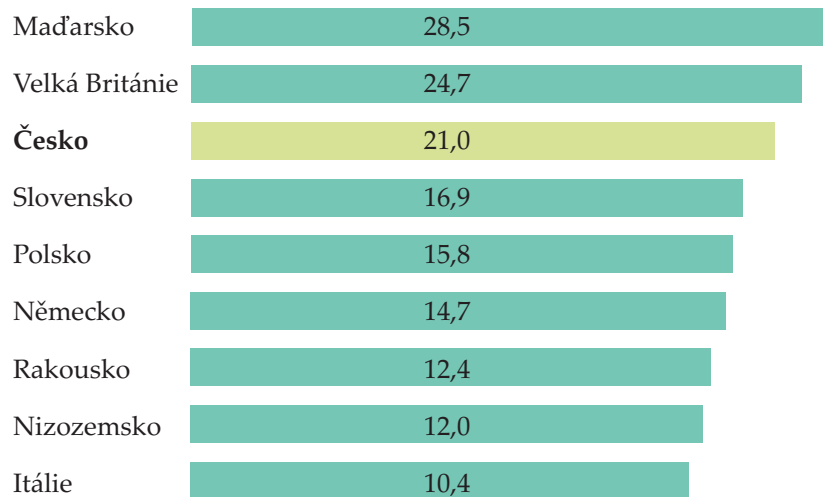
Podíl dospělých, kteří kouří denně tabák, na populaci (v %)



Spotřeba alkoholu u populace starší 15 let (v litrech na osobu a rok)



Podíl populace starší 15 let, která má problémy s obezitou (v %)



Zdroj: Health at a Glance 2014, OECD; data jsou z roku 2012 nebo novější

turám specializovaným na disease management. Samotné pojišťovny si ponechávají roli plátců včetně kontroly kvality a výsledků péče.

V Česku je proto třeba správně nastavit motivace, ne nutně hledat jednotný model pro celý stát. Z tohoto hlediska je důležitá změna přerozdělení vybraného pojistného mezi zdravotními pojišťovnami, která se v současné době projednává v Poslanecké sněmovně.

Nově by měla zahrnovat právě i zohlednění počtu klientů s chronickými nemocemi na základě takzvaného modelu farmaceuticko-nákladových skupin (Pharmacy-based Cost Groups, PCG), dlouhodobě používaného v Nizozemsku.

Taková změna povede k větší pozornosti pojišťoven věnované chronickým nemocem a jasné motivaci ke zlepšení péče, včetně vytváření programů disease managementu obvyklých v mnoha zemích západní Evropy. Následně mohou zdravotní pojišťovny hledat lokálně a regionálně vhodná řešení, která se musí lišit

například mezi Prahou a jinými většími městy na straně jedné a venkovskými oblastmi na straně druhé.

Základem je změna chování

Vedle integrace zdravotních služeb je druhým základním předpokladem omezení dopadu chronických nemocí výrazné posílení péče pacienta o vlastní zdraví. Naše chování – tedy nedostatek pohybu, strava, stres, návykové látky a další parametry životního stylu – představuje pro většinu lidí rozhodující faktory vzniku a rychlosti rozvoje chronických nemocí. Pokud dokážeme změnit své chování, chronické nemoci u nás buď nemusí vzniknout vůbec, nebo vzniknou až ve vyšším věku a jejich průběh bude významně mírnější.

Většina lidí ale potřebuje ke změně chování hodně vnější pomoci. Na začátku je to třeba poskytnutí informací ve formě, ve které jsou schopni je vstřebat. Následně pravidelné připomínání významu nemoci, doplnění nových znalostí, seznámení se s dosaženými výsledky, srovnání

s ostatními pacienty, případně i finanční motivaci ze strany zdravotní pojišťovny.

Ani tak se samozřejmě nepodaří dosáhnout správného chování u všech. Vzhledem k rozsahu problému má ale i částečné zlepšení u některých skupin obyvatelstva velký dopad. A hlavně – na základě zejména zahraničních zkušeností víme, že se toho dá dosáhnout.

Výzva, kterou představují chronické nemoci, se nevyhne žádnému zdravotnímu systému a žádné jeho části. Týká se státní správy, zdravotních pojišťoven, ambulantních poskytovatelů, nemocnic, dodavatelů léků a zdravotnických prostředků. Každý z nich má svůj díl zodpovědnosti a možnost přispět k lepší organizaci péče a motivaci pacientů. Pokud včas nepochopíme rozsah problému, který pro naši společnost představují chronické nemoci, a nepodnikneme účinné kroky k jeho omezení, půjde o obrovské selhání s nedožitými zdravotními i ekonomickými důsledky.



Živá voda pro pojištění, nebo jeho labutí píseň



Přerozdělení se zakomponovaným PCG dává pojišťovně důvod věnovat pozornost organizaci péče o chronicky nemocné a chrání nemocné před diskriminací.

Pavel Vepřek, předseda sdružení Občan

Promyšlené přerozdělení je jedním ze stavebních kamenů správného fungování veřejného zdravotního pojištění založeného na existenci více zdravotních pojišťoven.

Na rozdíl od klasického pojištění, ve kterém se výše pojistného vypočítává z individuálního rizika pojišťované osoby, se ve veřejném (sociálním) systému míra individuálního rizika do pojistného nepromítá.

Většinou je jeho výše odvozována od velikosti příjmu. Vzácněji má pojistné jednotnou výši pro všechny pojištěnce zvoleného programu, někdy, jako například v Nizozemsku, je kombinací obého. V případě jedné pojišťovny nebo státního systému se rozdílná individuální rizika občanů vyrovnávají v rámci celého pojistného kmene.

V pluralitním systému je situace složitější. Pokud by každá pojišťovna měla příjem jen od svých pojištěnců a ti by si mohli pojišťovnu svobodně vybírat, pak by hlavní motivací pojišťoven bylo získávat mladé a zdravé lidi s vysokými příjmy a odrazovat ty s opačnou charakteristikou.

To by šlo proti smyslu veřejného pojištění. Proto je ve všech pluralitních systémech zaveden různě rafinovaný systém vyrovnávání rizik, kterému se u nás říká přerozdělení.

Příjmem zdravotní pojišťovny není to, co vybere od svých pojištěnců, ale částka, která vzejde z přerozdělení. Zjednodušeně se dá říci, že všechny pojišťovny dávají vybrané peníze na jednu hromadu, na niž stát ještě přisype platbu za „své“ pojištěnce. Tato hromada se pak zpětně rozdělí mezi jednotlivé pojišťovny

v závislosti na rizikovosti jejich kmene. Cílem je, aby pojišťovny energii směřovaly do efektivního zajišťování kvalitní péče, a nikoli do zaujatého výběru pojištěnců.

Hrubý a nedokonalý

Náš dosavadní způsob přerozdělení zohledňuje výši a rozložení rizika v závislosti na věku a pohlaví a zpětně kompenzuje významnou část nákladů spojených se zvláště drahou péčí. V porovnání se státy s pluralitním pojišťovenským systémem je stále ještě hodně hrubý a nedokonalý. V Německu používají složitý algoritmus, který zohledňuje závažnost diagnózy, užívané léky, věk a pohlaví, invaliditu, dobu pracovní neschopnosti a potřebu nákladné dlouhodobé péče. V Nizozemsku pracují s pěti indikátory rizikovosti. Základem je věk a

pohlaví, následují dvě sociálně-ekonomické korekce – dle místa bydliště (rozdílnost nákladnosti péče v jednotlivých regionech) a typu příjmu (OSVČ jsou méně nákladní než lidé na sociálních dávkách). Čtvrtým faktorem je příslušnost či nepříslušnost do některé farmaceuticko-nákladové skupiny a konečně za páté je to možné zařazení do některé z vybraných diagnosticko-terapeutických skupin (pacienti, kteří po skončení pobytu v nemocnici vyžadují dlouhodobou nákladnou péči).

Z hlediska finančního vyjádření hraje největší roli zařazení do farmaceuticko-nákladové skupiny (Pharmacy-based Cost Group, PCG), protože tyto skupiny reflektují náklady spojené s péčí o chronicky nemocné. Léky slouží k identifikaci chronických pacientů a PCG zahrnují nejen náklady na tyto léky, ale i celkové náklady na péči o jejich konzumenta. Přerozdělení se zakomponovaným PCG dává pojišťovně ekonomický důvod věnovat pozornost organizaci péče o chronicky nemocné a zároveň chrání chronicky nemocné před diskriminací v systému.

V Nizozemsku způsobilo zavedení PCG výrazné zvýšení orientace pojišťoven na péči o chronicky nemocné a rozeběhlo intenzivní spolupráci s patientskými organizacemi. Pro pojišťovnu se stává chronicky nemocný pacient lepším klientem než zdravý, protože jí přináší peníze ve výši odpovídající statistickým nákladům na jeho léčení. Na rozdíl od zdravého pojištěnce, kterému není co organizovat, má u chronického pacienta pojišťovna šanci příznivě ovlivnit náklady na celkovou péči.

Posílení robustnosti systému přerozdělení o prvek PCG začalo být v tuzemsku vážně diskutováno před nějakými sedmi lety a na ministerské úrovni začaly práce na jeho zavedení v roce 2012. Výsledek několikaletých debat prošel prvním čtením v Poslanecké sněmovně jako sněmovní tisk 715/0 (Novela zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění), s očekávanou účinností od 1. ledna 2018.

Schvalovaný model se inspiruje tím nizozemským a pracuje s 25 farmaceuticko-nákladovými skupinami.

Podmínkou pro vznik skupiny bylo, že bude mít minimálně dvě stě osob a úhrn jejich ročních nákladů převyšší 24000násobek průměrných měsíčních nákladů. Návrh zákona také umožňuje kombinaci více farmaceuticko-nákladových skupin, pokud se to ukáže účelné. K tomu, aby

SKUPINY PCG V ČESKU

1. Glaukom
2. Poruchy štítné žlázy
3. Antipsychotika, Alzheimerova choroba, léčba závislosti
4. Léčba antidepresiv
5. Hypercholesterolemie
6. Diabetes s hypertenzí
7. Těžké astma, chronická obstrukční choroba plic
8. Astma
9. Diabetes typu II
10. Epilepsie
11. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida
12. Srdeční choroby
13. Revmatické choroby léčené inhibitory TNF
14. Revmatické choroby léčené jinak než inhibitory TNF
15. Parkinsonova choroba
16. Diabetes typu I
17. Transplantace
18. Cystická fibróza a onemocnění exokrinní funkce pankreatu
19. Onemocnění mozku a míchy
20. Malignity
21. HIV, AIDS
22. Renální selhání
23. Léčba růstovým hormonem
24. Hormonální onkologická léčba
25. Neuropatická bolest

byl pojištěnec zařazen do příslušné skupiny, musí daný lék užívat minimálně 181 dní v roce.

Paradoxně proti proudu

Rozšířením systému přerozdělení o skupiny PCG vzniká prostředí, které umožňuje státu pustit zdravotní pojišťovny na delší opatě. Bez možnosti výmluvy na nemocnější pojištěnce může stát nechat pojišťovny předvést, že dokážou i něco více než jen distribuovat zdravotní daň poskytovatelům zdravotních služeb. Paradoxně k tomu dochází ve chvíli, kdy všechny ostatní kroky státu jako regulátora směřují ke zrušení pluralitního pojišťovenského systému.

Ať už je to nemožnost diferenciací výše pojistného, zrušení regulačních poplatků, podvázání smluvní volnosti úhradovou vyhláškou s praktickou nemožností smlouvy vypovídat, nemožnost si legálně doplatit za „nadstandard“, šachování s předsunutými platbami a zvyšováním platby za státní pojištěnce, záměr vytvořit datového „velkého bratra“ či záměr sjednocení platů všech zaměstnanců ve zdravotnictví bez ohledu na zaměstnavatele a místo působení. O převádění peněz pojišťoven z účtů komerčních bank do ČNB ani nemluvě.

Vylepšení systému přerozdělení zohledněním skupin PCG vypadá z tohoto pohledu jako poslední sloka labutí písničky pluralitního veřejného pojištění. Stále je ale naděje, že dějinné kyvadlo již dosáhlo vrcholu „zestátňovací úvrati“ a mohlo by nastoupit cestu zpátky.

To by pak bylo namístě zavést dvousložkové pojistné a umožnit cenovou konkurenci pojišťoven, definováním rozsahu hrazené péče zákonem umožnit připojištění, vytvořením samostatné instituce udržující klasifikační systémy (DRG, kódování procedur) odsoudit úhradovou vyhlášku k nepotřebnosti, sjednotit a upravit corporate governance pojišťoven tak, aby zájem pojištěnců byl pro jejich vedení prvořadý. Uvidíme, kam se budoucnost nachýlí.



Zažité stereotypy, prchavé experimenty

Geriatrická křehkost je jednou z nejvýznamnějších příčin konzumace zdravotnických služeb. To ale statistiky nesledují. Konzervování současného stavu tak stupňuje tlak na dlouhodobou péči.

Zdeněk Kalvach, geriatr, internista a gerontolog

Starých lidí přibývá, život ve stáří se prodlužuje a uspořádání pro krátkověkou společnost přestávají vyhovovat. Společenská závažnost zdravotních aspektů seniorské problematiky je dána právě demografickým vývojem. S tím souvisí objem výdajů na zdravotní péči čerpanou osobami vyššího věku a nutnost přizpůsobovat dosavadní tradiční pojetí služeb a zdravotnického systému potřebám seniorů.

Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) za rok 2014 uvádí, že jejich 1,29 milionu pojištěnců ve věku starším než 65 let využilo zdravotní péči ve výši 63,9 miliardy korun. Bylo to zhruba 49 500 Kč ročně na jednoho pojištěnce, což představovalo 44,3 procenta všech výdajů VZP. Souhrnná platba všech zdravotních pojišťoven za zdravotní péči u občanů ve věku 65+ tedy odhadem v roce 2014 zřejmě překročila 90 miliard korun. Jen nárůs-

tem počtu pojištěnců v této věkové kategorii (bez meziročního zvyšování úhrad) by při současném pojetí služeb mělo v roce 2025 jít celorepublikově o 117 miliard.

Nejvýrazněji bude podle demografické prognózy přibývat „starých seniorů“ ve věku přesahujícím 85 let. Do roku 2065 by se jejich počet měl zvýšit zhruba šestkrát. Nerovnoměrností generací se zároveň ještě nevýhodněji změní poměr „mladých“ a „starých“ seniorů se snížením podílu nejpřirozenějších domácích pečujících, tedy synů a dcer ve věku 60 až 70 let.

Naděje dožití roste

Stárnoucí generace jsou v současnosti dlouhodobě v lepším zdravotním a funkčním stavu než ty předchozí. Hranice biologického stáří se posouvá do vyššího věku. S prodlužováním naděje dožití dochází ke kom-

presi nemocnosti, těžká vyčleňující disabilita je zatlačena do vysokého věku a v mladším stáří eventuálně nahrazena disabilitou jen mírnou, omezující některé aktivity, nikoli však soběstačnost či sebeobsluhu.

Absolutní přibývání seniorů přesto zvyšuje prevalenci chorob vyššího věku i konzumaci zdravotní péče.

V rozporu s představami o nepřirozeném prodlužování naděje dožití tím, že „medicína nenechá starce v klidu umřít a dystanaticky je trýzní na přístrojích“, ukazují úmrtnostní charakteristiky, že prodlužování naděje dožití bylo nejprve dáno poklesem úmrtnosti v dětství, pak ve středním věku a posléze logicky i ve stáří, ovšem nikoli s masovým dožíváním extrémního věku.

Jde o fenomén rektangularizace křivek generačního přežívání a nepředpokládá se, že by naděje dožití, tedy nejčastěji dožívaná délka života,

a pečovatelské služby i na finanční sociální pomoc včetně příspěvků na péči. Zásadní je pochopit, že kromě chorob a neovlivnitelné přirozené involuce existuje též řada ovlivnitelných faktorů, které funkční stav ve stáří zhoršují či naopak zlepšují a s nimiž by geriatricky gramotná medicína měla pracovat.

Jak uvedeno, nejde o záležitosti okrajové. Problematika zdravotního stavu (včetně práceschopnosti orientačně alespoň do 75 let), zdravotní péče a jejich nákladů ve věku 65+ se podle údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ) na konci roku 2014 týkala 1,88 milionu (17,8 %) obyvatel České republiky. V roce 2025 půjde o cca 2,34 milionu lidí, v roce 2065 o 3,44 milionu (32,2 % obyvatel).

Lidí ve věku 75+, v němž se manifestuje takzvaná geriatrická křehkost se specifickými geriatrickými zdravotními obtížemi a medicínskými komplikacemi a také s prospěchem z kvalitní geriatry, žilo na našem území asi 728 tisíc (v roce 2025 půjde o 1,11 milionu). A zvýšené riziko dlouhodobé až trvalé ztráty soběstačnosti s hrozbou dlouhodobé ústavní péče a potřebou integrovaných komunitních služeb, přicházející především ve věku 80+, se týkalo 419 tisíc občanů.

V Česku fungovalo v roce 2014 pro potřeby jednoho segmentu geriatrické medicíny, totiž dlouhodobé zdravotní péče, především 10 559 lůžek ve 131 léčebnách pro dlouhodobě nemocné (LDN) a 3 457 lůžek v 69 ošetrovatelských ústavech doplněných lůžky v psychiatrických léčebnách a na některých odděleních geriatrických či v odborných léčebných ústavech tohoto zaměření. Jen výdaje VZP na zdravotní činnost LDN činily téměř 3,8 miliardy korun. V gesci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR bylo podle ČSÚ k dispozici asi 37 300 míst v 501 Domovech pro seniory (80 % obyvatel starších 75 let) a 14 300 míst ve 263 Domovech se zvláštním režimem.

Celkem jde o téměř 67 tisíc míst pro seniorský život v ústavech roz-

dělených do dvou resortů (zdravotnictví a práce a sociální věci) se zcela rozdílnými mechanismy pojetí služeb i financování, přestože většina klientů je shodně zdravotně sociální povahy a vyžaduje obdobné přístupy. Oněch 67 tisíc lůžek odpovídá asi 16 procentům lidí starších 80 let, respektive devíti procentům lidí ve věku 75+. Pokud by měl tento poměr zůstat zachován, znamenalo by to vytvořit do roku 2025 zhruba 32 800 dalších lůžek. Při odhadované výši nákladů milion korun na vytvoření jednoho lůžka by šlo o téměř 33 miliard korun. Nové kapacity ovšem znamenají nové provozní náklady.

Tři okruhy

Demografické i ekonomické údaje vyvolávají neklid a obranářské úsilí o úspory, snahu šetřit mnohdy „za každou cenu“, „nepustit geriatrickou medicínu ze řetězu“. Kvalifikované propočty před několika lety svědčily o podfinancování dlouhodobé péče, „péčové oblasti“, a to asi čtyřnásobně ve srovnání s Rakouskem, přičemž financování například neurochirurgie či kardiologie vycházelo ve srovnání s Rakouskem jako zcela srovnatelné. Zdá se však, že takový jednostranný důraz na šetření vede do slepé uličky a že bude nutná nejen revize

financování, ale také revize přístupu ke geriatrické problematice s cílem zavést postupy účelnější, účinnější a bezpečnější, než jsou ty stávající.

Geriatrická problematika se schematicky skládá ze tří okruhů:

1. Problematika zdravotního stavu starších obyvatel ve věku 65+, prevalence a incidence chorob, zvláště tzv. chorob stáří, jejich intervencí a nákladů s tím spojených, respektive celkových zdravotnických výdajů ve věku nad 65 let.

2. Problematika geriatrické křehkosti, klinické manifestace nízké úrovně zdravotního potenciálu interferující se soběstačností, jejího hodnocení, intervenování a zohledňování v modifikaci a ucelenosti medicínských přístupů (ucelené geriatrické hodnocení, geriatrický nemocniční režim), problematika bezpečného zvládnutí geriatricky příznačných funkčních deficitů, dekompenzací a komplikací nízkonákladovými intervencemi o vysoké účinnosti - jádro geriatrické medicíny!

3. Problematika dlouhodobé ošetrovatelské péče, poskytování potřebné zdravotní péče seniorům v ústavních, pobytových službách, respektive participace na dlouhodobé péči zdravotně sociální (long term care),



včetně ucelených koordinovaných komunitních služeb, a také podpora pečujících rodin, laického pečování v domácím prostředí.

Zdravotní stav lidí ve věku 65+

Zpráva o zdraví obyvatel ČR (Ministerstvo zdravotnictví, 2014) konstatuje, že tvrdé ukazatele zdravotního stavu, totiž úmrtnostní parametry, vykazují od roku 1990 setrvalé zlepšování, chápané především jako kompenzace nahromaděného potenciálu z období stagnace úmrtnostních poměrů, faktické nadúmrtnosti při nízké účinnosti zdravotnictví a závažně negativních determinantách zdraví v období let 1960 až 1990. Naděje dožití při narození se setrvale zvyšuje (v období 1990-2011 o 7,2 roku u mužů, respektive o 5,5 roku u žen), ale zůstává pod průměrem Evropské unie.

Kromě novorozeneckého období přispěli k růstu naděje dožití při narození největším poklesem úmrtnosti lidé v sedmém a osmém dekadu (u mužů především v období 60-74 let věku, u žen 65-79 let), a to především ovlivněním kardiovaskulární mortality.

Přesto naděje dožití v 65 letech zůstává nízká, zaostává za historickými zeměmi EU a je hodnocena jako nevymaněná z postkomunistické podoby. To svědčí o nedobré zdravotním stavu této věkové skupiny – hypoteticky v důsledku chronifikovaných změn z mladšího věku, nezdravého životního stylu a nedostatečné podpory zdravotnickými službami.

Klíčovým geriatrickým parametrem zdraví je disabilita, míra zdravotního postižení, omezení aktivit, případně soběstačnosti a sebeobsluhy. To se snaží postihnout indikátory DFLE (Disability Free Life Expectancy, naděje dožití bez disability, bez zdravotního postižení), jakými jsou HALE (Health Adjusted Life Expectancy), respektive HLY (Healthy Life Years, léta prožitá ve zdraví) zařazené do evropských zdravotnických indikátorů (Minimální evropský modul zdraví).

Velkým problémem hodnocení HALE/HLY je metodika, a tím pádem také interpretace výsledků. V současnosti jde o hodnocení podle výběrového dotazníkového šetření, v němž předmětná otázka zní, zda respondent byl v posledních šesti měsících omezen v aktivitách, které lidé obvykle dělají. Odvozovat od těchto odpovědí zásadní hodnocení – zda se naděje dožití ve stáří prodlužuje účelně, smysluplně, či bolavě, trýznivě, „maranticky“ – je velmi problematické a nebezpečné. Současné interpretace indukují mylný dojem, že prostředky na zdravotní péči jsou vynakládány marně.

Kromě toho, že odpovědi jsou modulovány „pohledem na život“, ambicemi a „bolestí“ bude disabilitu vykazovat každý respondent, který v posledním půlroce prodělal ischias, jakoukoliv byť elektivní operaci, nebo kterého zlobilo bolavé ko-

Naděje dožití v 65 letech zůstává pro Čechy a Moravany nízká, zaostává za historickými zeměmi EU a je hodnocena jako nevymaněná z postkomunistické podoby. To svědčí o nedobré zdravotním stavu této věkové skupiny

leno. Naopak šetření vůbec nepracuje s lidmi v nemocnicích ani v dlouhodobé ústavní péči (jen s lidmi žijícími doma v komunitě) a otázkou je zapojení lidí se syndromem demence!

Zpráva o zdraví obyvatel ČR přesto (byť s poznámkou o nutnosti opatrné interpretace) odvážně uvádí, že naděje dožití ve zdraví, hodnocená při narození, se od roku 1962 do roku 2010 prakticky nezměnila: u žen činí 63,7 a 64,6 roku, u mužů 62,8 a 62,2 roku (což je dokonce pokles). Prodlužování naděje dožití při narození jde výhradně na roky prožité v nemoci se zdravotním omezením!

Není vůbec jasné, jak byla situace hodnocena v roce 1962, a především to naprosto odporuje jak klinické a lidské zkušenosti, tak prosté logice. Zvláště pokud si člověk představí plejádu současných pacientů s roky velmi kvalitního života po kardiovaskulárních intervencích, kloubních náhradách, operacích katarakty, účinném залечení chronického srdečního selhání či rozedmy plicní. A pokud si zároveň vybaví záplavu disability na každém kroku před érou těchto výkonů.

V roce 2012 byla naděje dožití ve věku 65 let pro ženy 19,2 roku a pro muže 15,7 roku. Její struktura podle tří otázek výběrového dotazníkového šetření byla následující:

Bez omezení běžných činností u žen v průměru 8,9 roku (46 % zbývajících života), u mužů 8,3 roku (53 %), s mírným omezením u žen sedm let (36 %), u mužů 5,3 roku (34 %), s vážným omezením u žen 3,3 roku (17 %), u mužů dva roky (13 %).

Bez chronických nemocí (k nimž ovšem patří například i arteriální hypertenze, lehký diabetes mellitus na pouhé volné dietě či artróza) činila u žen 7,3 roku, u mužů 6,7 roku, s chronickou nemocí u žen 12, u mužů devět let. Ve velmi dobrém či dobrém subjektivním zdraví 3,4 roku u mužů i žen, v subjektivně přijatelném zdraví 9,2 roku u žen a osm let u mužů, ve špatném či velmi špatném zdraví 6,6 roku u žen a 4,3 roku u mužů.

Pravděpodobně lze výsledky interpretovat tak, že v 65 letech má před sebou žena nejspíše 16 (dle nepřesného šetření 15,9) a muž 14 (13,8) let kvalitního života bez významného funkčního omezení. A pravděpodobně by se při bližší kontrole ukázalo, že podstatná část lidí hodnotících své zdraví jako špatné, či dokonce velmi špatné, řídí automobil, tráví léto na chatě, kterou udržuje, žije samostatně, případně zvažuje kloubní náhradu ke zvýšení aktivit.

Stávající metodika HALE/HLY se jeví jako problematická a neměla by být používána jako argument při po-

suzování účelnosti zdravotnických intervencí ve stáří.

Geriatrická křehkost a specifické aspekty

Geriatrie se zabývá zdravotními problémy a zvláštnostmi vyššího věku. Logicky nemůže jít o všechny aspekty zdraví a jeho intervenování obhospodařované jedním specializačním oborem.

Proto je vhodnější hovořit o geriatrické medicíně či o geriatrických aspektech zdravotnického systému a zdravotní péče. Bylo by významnější přizpůsobit zdravotnický systém jako celek proměnám a potřebám „stárnoucí populace“ než budovat dílčí obor geriatrie.

Prakticky každý klinický obor má své staré pacienty, svou geriatrickou problematiku. Část jí je všem oborům společná, část je oborově specifická. Ono společné, co též musí někdo metodicky, odborně, výzkumně rozvíjet, je podstatou samostatného specializačního oboru geriatrie.

Tato „geriatrie v užším slova smyslu“ je obdobně jako pediatrie svými kořeny zakotvena v rodině internistických oborů – základní medicínská řemeslnost geriatrů je internistická. Je však rozšířena o funkční aspekty a o podstatné přesahy do dalších oborů, především do neurologie, psychiatrie, rehabilitace (fyzioterapie i ergoterapie), posudkového lékařství a také do ošetrovatelství a sociální práce.

Díky této kombinované výbavě je geriatr nejlépe ze všech lékařů uzpůsoben nejen pochopit atypické projevy chorob ve stáří, specifickou geriatrickou symptomatologii a povahu intervenčních modifikací, ale také uceleným způsobem porozumět medicínsky relevantní situaci starého člověka a stanovit potřebné multioborové intervence schopné též zvýšit účelnost výdajů.

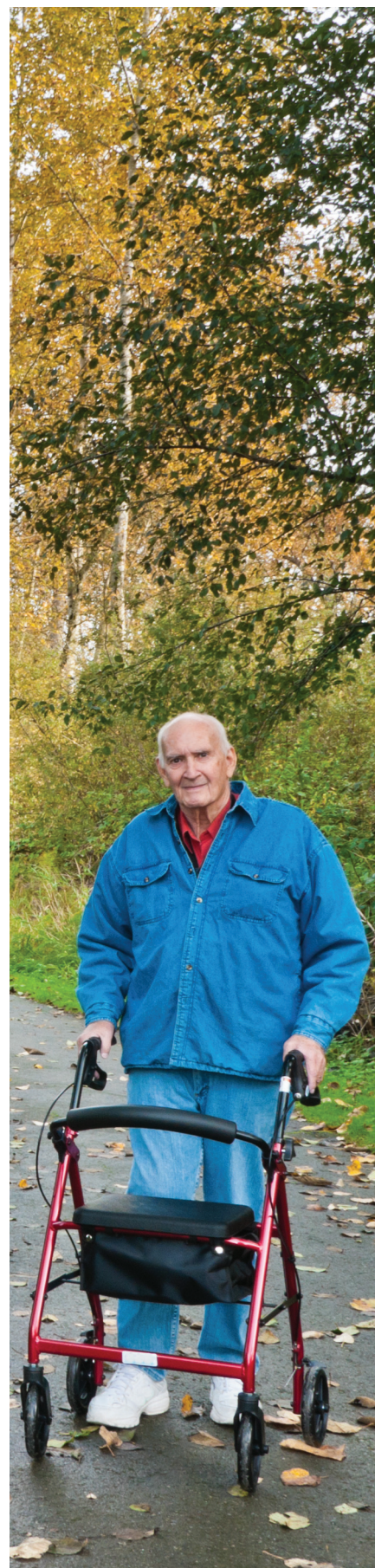
Jako každý klinický obor má i geriatrie své aspekty preventivní (především terciální prevenci ztráty so-

běstačnosti), „akutně“ diagnosticky léčebné, rehabilitační i paliativní. Jejím oprávněním nejsou zvláštní metody, ale specifictví a ostatními obory nepokrytí, často mezioborová riziková pacientů. Subjektem geriatrické péče nejsou všichni lidé starší určitého věku, natož se všemi zdravotními problémy (šlo by věcně o nesmysl a koncepčně o nepřijatelnou věkovou segregaci), ale „křehcí geriatrickí pacienti“.

Za ty se považují starší lidé (obvykle ve věku 75+, v případě závažných funkčních deficitů již od 65 let) s nízkou úrovní potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti, adaptability), a tím podmíněnou atypičností klinických projevů, potřebou specifických geriatrických přístupů (specifického geriatrického režimu), s ohrožeností či ztrátou soběstačnosti, přítomností specifických rizik, například pádů či delirií. Geriatrie se těchto lidí medicínsky ujímá, pokud nevyžadují specializovanou medicínskou péči jiných odborností.

Geriatrická křehkost (tzv. frailty) podmiňuje jak specifickou klinickou manifestaci (atypické projevy chorob, multikauzální geriatrické syndromy – např. instability s pády), tak největší část disability (zdravotního postižení, funkčních deficitů, „invalidity“) stáří. Disability se ve stáří uvolňuje z těsné vazby na choroby typické v mladším věku. Geriatrická křehkost je proto jednou z nejvýznamnějších příčin konzumace zdravotnických a sociálních služeb včetně hospitalizací. To však dosud zůstává statisticky utajeno, neboť podíl projevů geriatrické křehkosti na konzumaci zdravotní péče (včetně hospitalizací) se nesleduje ani nevykazuje a je většinou „maskován“ stereotypním vykazováním frekventních, u pacientů též přítomných chorob (ateroskleróza, ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární postižení apod.).

Rozumět disability vyššího věku a jejím medicínským rizikům, jejich účelné intervenci i prevenci, stejně jako nejasným dekompenzacím zdraví křehkých starých lidí, zna-



mená rozumět konceptu křehkosti. Jak odpovídá klasické formulaci kanonizované Světovou zdravotnickou organizací, zdraví je více než nepřítomnost nemocí, a tedy více versa: nezdraví a zodpovědnost zdravotnictví jsou dány i čímsi více než jen přítomností chorob.

Nejvýrazněji tato skutečnost platí zřejmě v neonatologii a právě v geriatrii – medicínskou výzvou jsou nejen choroby, ale také a mnohdy především „stav organismu“. Není-li vzat v potaz, dochází k mylným hodnocením, chybným diagnózám, neúčelným intervencím, k zanedbání i ke znehodnocení dílčích úspěšných výkonů (např. ke zbytečnému „rozležení“ a posléze úmrtí na dekubitální sepsi, ačkoliv na počátku byla provedena technicky dokonale úspěšná náhrada kyčelního kloubu po úrazu – v takovém případě nedostatečná podpora a návaznost následné péče zbytečně ukrátkaly život i zmarnily výdaje na úspěšné zvládnutí akutní fáze onemocnění či úrazu).

K rozvoji klinické geriatrie s pochopením, ucelným hodnocením a popisem geriatrických pacientů, je-

jich specifických projevů a intervencí došlo mezinárodně v 70. a 80. letech, v období normalizační izolace a stagnace českého zdravotnictví. To intervenční moderní geriatrii (enabling geriatrics) nezachytilo a ustrnulo na ošetřovatelsví a budování léčeben dlouhodobě nemocných (LDN). Je proto jednou z hlavních příčin trvajícího medicínské nezájmu o křehké geriatrické pacienty, jejich vnímání především jako nositelů chorob a při nemožnosti řešit choroby jejich vytlačování do sociální péče.

Logicky tak v České republice nebyl zdravotnickým systémem zachycen ani koncept geriatrické křehkosti, jejich možných intervencí a geriatrie jako medicíny za nízké úrovně potenciálu zdraví. Pouhé ošetřovatelské konzervování nezdatného stavu však nevedlo k úsporám, nýbrž stupňovalo tlak na dlouhodobou ústavní péči.

Stárnutím početných generací narůstá i počet nepochopených křehkých pacientů, kteří jsou místo vysoce účelných nízkonákladových geriatrických intervencí často neúčelně protáčení systémem a nákladně vyšetřováni ve snaze nikoliv

posoudit a zlepšit funkční stav, ale nalézt choroby.

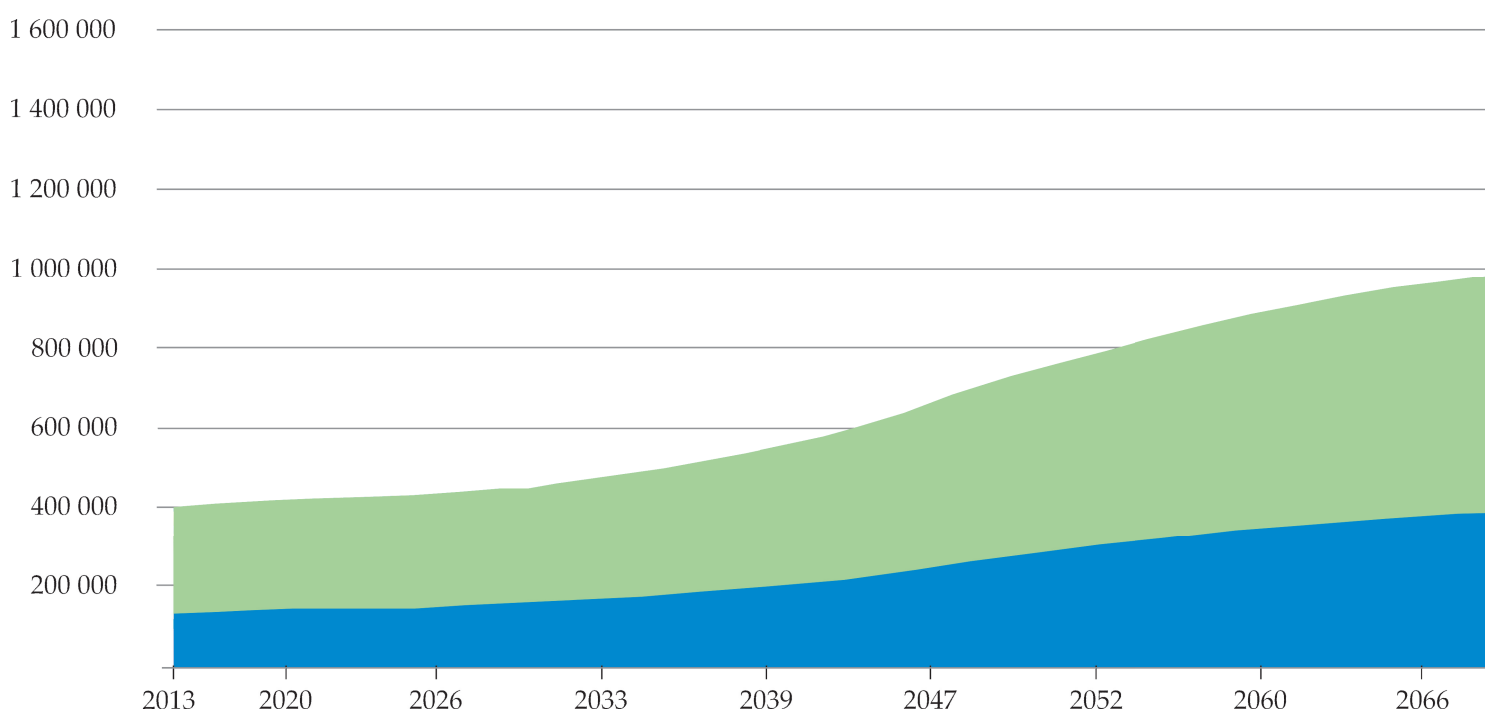
Nedojde-li k nápravě, budou bezpečnost, účinnost i účelnost medicíny vůči křehkým geriatrickým pacientům klesat. Prognóza pacientů se zhorší, ale neúčelné výdaje se zvýší.

Stávající klinická medicína neplní roli „enabling geriatrics“, funkční stav často nezlepšuje, ale naopak ztrátu soběstačnosti svými přístupy konzervuje, či dokonce indukuje, zvláště během hospitalizací bez podpůrného a ochranného geriatrického režimu.

Tápání a malé vstřícnosti systému odpovídá i neujasněné a nerozvinuté postavení oboru geriatrie, jehož těžiště přes všechny snahy stále spočívá v následné a dlouhodobé péči. Mimo ni obor téměř neexistuje.

Nemůže tak plnit ani konsiliární pomoc ostatním oborům, ani včasné intervenování zdánlivě banálních, přesto v současnosti opakovaně prohrávaných dekompenzací zdravotního a funkčního stavu křehkých pacientů. Nemůže tyto rizikové pacienty ani bezpečně, v geriatrickém režimu,

JAK BUDE PŘIBÝVAT LIDÍ STARŠÍCH 80 LET



Zdroj: ČSÚ

převést po akutních fázích na JIP či ARO k předání do domácí péče.

Nemocniční geriatrická oddělení prakticky neexistují, a pokud ano, plní často převážně roli LDN. Geriatrické ordinace jsou ojedinělé, jejich počet odpovídá ordinacím sexuologickým a je nesouměřitelný s ostatními klinickými obory.

V roce 2014 VZP evidovala pouze 44 geriatrických ordinací. Karlovarský kraj byl zcela bez takového zařízení, ve čtyřech krajích šlo jen o jedno pracoviště včetně dvou ze tří krajů s nejvyšším počtem seniorů (kraje Zlínský a Královéhradecký).

V systému tak chybí článek, který by rozuměl křehkým geriatrickým pacientům, propojoval by následnou péči s nemocniční i nemocnice s terénními komunitními službami, ostatní obory konsiliárně podporoval a obor na regionální úrovni metodicky rozvíjel. A zdravotnickému systému chybí řada informací – například o skutečných příčinách hospitalizací křehkých geriatrických pacientů.

Tam, kde se stereotypně vykazují zástupné choroby, mohl by geriatr

podchytit funkční problémy a klinické manifestace geriatrické křehkosti. Stejně závažné je geriatrické zkvalitňování farmakoterapie, která právě u křehkých, často multimorbidních pacientů s polypragmázií vykazuje nejvyšší neúčelnost a nebezpečnost a současně nejnižší cílevědomý zájem lékařů.

Kvalitní intervenční geriatrie (enabling geriatrics) se jeví jako hlavní a mimořádně účinný potenciál pro zvýšení nejen bezpečnosti, ale také účelnosti zdravotní péče o početné křehké geriatrické pacienty a pro snížení samoučelných a odvrátitelných výdajů (na neúčelnou polypragmázií, na alibistické diagnostické výkony z rozpaků a nepochopení těchto pacientů, z iatrogenního indukovaní ztráty soběstačnosti a nutnosti dlouhodobé ústavní péče).

Teprve s ní a s jejím zajištěním by se měla rozvíjet i takzvaná dlouhodobá péče. Intervenční, neošetrovatelský charakter geriatrie je významný též pro motivaci lékařů a jejich volbu oboru, a to bez ohledu na to, zda jde formálně o obor specializačně základní, nebo nástavbový.

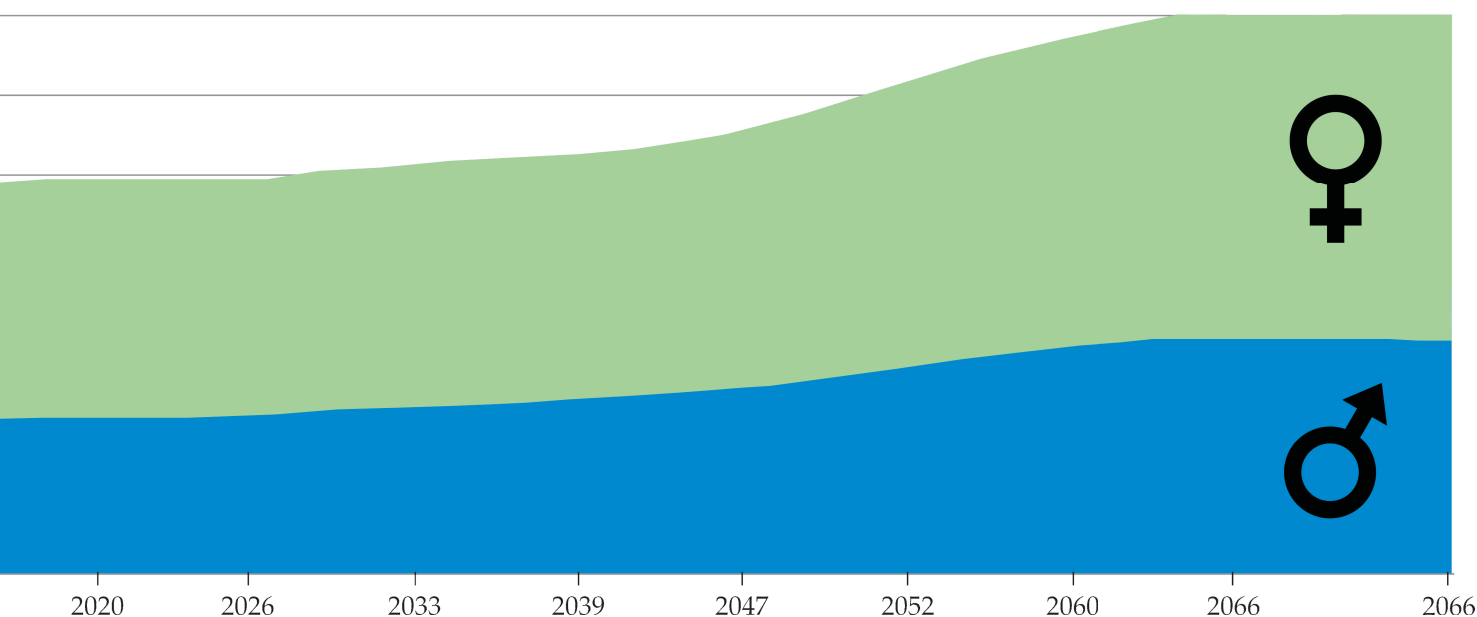
Následná a dlouhodobá péče

Následná a dlouhodobá péče o křehké a nesoběstačné staré lidi je téma závažné eticky, medicínsky i ekonomicky. Její kvalita i bezpečnost dlouhodobě trpí vyhoštěností na zdravotně sociálním pomezí s mezi-resortními negativními kompetenčními konflikty, neujasněnou a přetlačovanou zodpovědností a obecným despektem.

Mnohdy se vytváří atmosféra vyloučeního prostředí pro jakoby nechtěné a velmi často problémové i medicínsky nepochopené lidi.

I v této oblasti zastarávají a proměňují se zažitá stereotypy či prchavé experimenty. Rozdělení mezi dva resorty se zcela odlišnými metodickými přístupy i mechanismy financování napomáhá falešným nastavením „jako by“.

Například jako by v domovech pro seniory žili zdraví lidé, kteří „jen nemohou či nechtějí žít doma“, vždyť „kdyby nebyli zdraví a vyžadovali zdravotní péči, byli by v nemocnici, ve zdravotnickém zařízení – nejsou-li tam, jsou zdraví“.



Důsledkem je, že v domovech pro seniory žijí multimorbidní, křehcí, zdravotně labilní lidé často s lékovou polypragmázií, vysoce náchylní k nežádoucím účinkům léků, ke komplikacím a dekompenzacím svých chorob i k výskytu nových onemocnění, která i při své banálnosti (např. záněty dýchacích cest) mohou být pro lidi s nízkým potenciálem zdraví fatální. A to jak ve smyslu úmrtí, tak ve smyslu ztráty sebeobsluhy a nárůstu potřeby ošetrovatelské péče. To se přitom odehrává v podmínkách mnohdy fakticky omezené dostupnosti potřebné zdravotní péče.

Tato zařízení i při velkém počtu klientů nemají své ústavní lékaře a je známo, že mnozí praktičtí lékaři (zvláště v oblastech s jejich nedostatkem a přetížeností) fungují víceméně formálně a mnohdy stereotypně předepisují po telefonu léky a pomůcky, aniž by pacienta po řadu měsíců vůbec viděli.

Obtížná bývá dostupnost konsiliárních vyšetření (sporadické bývají i kontroly psychiatrů, přestože mnozí pacienti užívají antidepresiva i antipsychotika s významným výskytem nežádoucích účinků pro poruchy chování v rámci syndromů demence). Některé nemocnice a dopravní zdravotní služby negativně komentují, či výslovně komplikují převozy těchto klientů na nemocniční ambulance v případě zhoršení stavu. A o postupu při zhoršení zdravotního stavu mnohdy rozhodují odborně nekompetentní pracovníci bez zdravotnického vzdělání.

Domovy pro seniory prošly závažnými změnami ve spektru klientů – se změkčením životních podmínek, zvláště bydlení v domácnosti, do nich přicházejí teprve lidé se závažným zdravotním postižením, především s poruchou pohyblivosti a orientace včetně kognitivní poruchy.

To vyžaduje vysokou míru ošetrovatelské podpory včetně režimu nakládání s léky, na což nejsou nastavena metodická pravidla. Přes 80 procent obyvatel Domovů pro senio-

ry je starších 75 let (kolem 40 procent je starších 85 let).

Souhrnně se tak „sociální pobytová“ zařízení mění de facto v ošetrovatelské ústavy. Nadměrné omezování zdravotní péče a komplikované metody její úhrady, které odvádějí již tak nedostatečný personál od klientů k „papírům“, vytvářejí atmosféru vyloučení a diskriminace.

Snahy zavádět do tohoto prostředí paliativní péči hrozí závažným zane-

Nadměrné omezování zdravotní péče a komplikované metody její úhrady, které odvádějí již tak nedostatečný personál od klientů k „papírům“, vytvářejí atmosféru vyloučení a diskriminace

dbáním a „degenerováním“ domnělé paliativní péče na odstupování od léčby a nedešování „umírajících“ klientů ke zdravotnickým intervencím různých komplikací, a to bez přiměřeného zdravotnického zajištění a podporování přímo v domovech pro seniory.

Terénní služby mají potenciál

Obdobně kontroverzní vývoj lze pozorovat v oblasti následné péče a LDN. Stav zdravotnického personálu klesají, což vytváří riziko nadměrného a nekorektního používání omezovacích postupů či nedostatečné nutriční podpory. Přitom do zařízení jsou z nemocnic opakovaně překládáni předčasně medicínsky nestabilní pacienti, kteří by ještě měli být ošetřováni na nemocničním lůžku (například bezprostředně po operaci či cévní mozkové příhodě).

Rovněž případně zvažovaný nový typ zařízení – ústavy dlouhodobé péče (LTC) – hrozí přes zdravotní problematiku pacientů a předpokládanou péči o umírající omeze-

nou dostupností potřebné zdravotní péče bez ústavních lékařů.

Sektor následné a dlouhodobé péče přes rizikovost a značnou bezbrannost jeho pacientů stále není dostatečně zajištěn metodicky gesčním dohledem ani zákonem zabývajícím se jeho bezpečností a kvalitou (nikoliv pouhým organizačním a metodickým uspořádáním). Vypělým příkladem takového zákona je kanadský model.

Těžiště dlouhodobé péče by však mělo spočívat v terénních službách, které by křehké seniory s omezenou soběstačností zakotvovaly v domácím prostředí, v těžších případech podporovaly pečující rodiny, a předcházely tak nutnosti nákladného ústavního pobytu či by ji co nejvíce oddalovaly. Tím hůře, že komunitní služby jak zdravotní (např. domácí péče), tak sociální (např. pečovatelská služba) zůstávají roztržštěné a nekoordinované, nejsou obecně dostupné, chybí jejich včasná návaznost (včetně přechodu z nemocnice do domácí péče) i přiměřené poradenství a poskytování informací pečujícím rodinám.

Od sedmdesátých let 20. století je známa nerovnoměrná dostupnost i základních podpůrných služeb. Nejzávažnější je korelace největší nedostupnosti s největším počtem starých obyvatel v pásech takzvaných vnitřních periferií na pomezí krajů Středočeského, Jihočeského, Plzeňského a Vysočiny. V těchto územích žijí staří lidé v malých odlehlých vesnicích s horší dostupností de facto vyloučeně, bez potřebného kontaktu s mladšími sousedy i s terénními službami.

Cestou k nápravě by pravděpodobně mohlo být sevření multiresortního spektra podpory na obecní komunitní úrovni, tedy v kompetenci obcí, především obcí s rozšířenou pravomocí. K tomu však zatím chybí jak legislativní, tak rozpočtové předpoklady. Komunitní systém integrovaných podpůrných služeb tak stále zůstává jen návrhem.

Zdá se, že zásadní změnu bude v kontextu demografického vývoje vyžadovat jak uspořádání, tak financování „péčové“ oblasti, neboť vzájemné vyrovnávání plateb mezi resorty je nejen absurdní, ale také náročné a odvádí personál od klientů/pacientů k vykazování a byrokratickému formalismu.

Je třeba ověřit podobu a financovatelnost zdravotně sociálních ošetrovatelských zařízení, která by odpovídala povaze zdravotního a funkčního stavu jejich seniorské klientely, umožňovala podporu sociálních rolí, základních lidských práv, „slušného chování“ zachovávaného sebeuctu a důstojnost klientů. A současně pružné účelné zajištění potřebné zdravotní péče včetně farmakoterapie a pečlivé kontroly omezovacích postupů.

V oblasti financování je třeba ověřit především německé zkušenosti s takzvaným ošetrovatelským pojištěním.

Bez těchto změn hrozí nejen neúměrný růst nákladů, ale také otřes apriorních humanistických hodnot a mezigenerační solidarity poškozující sociální kapitál společnosti. Nelze připustit, že by mohli existovat jacísi občané druhé kategorie, příliš „přestárlí“, příliš nesoběstační, pro které by nemusela platit základní lidská práva, u nichž by mohla být de facto omezována dostupnost potřebné zdravotní péče, a dokonce by mohlo být zvažováno, zda nejde o „život nehodný žití“.

Snadná řešení věci komplikují

I dnes je geriatrické téma rozkročeno od základního „pečování“ v ústavech s omezováním počtu zdravotníků a faktické dostupnosti potřebné zdravotní péče pro domněle „beztak marné, umírající starce“ po „boj se stárnutím“.

Posledně zmíněná disciplína patří ke komerčně nejúspěšnějším segmentům zdravotnického byznysu, takzvané anti-aging medicíny, o futurologických extravagancích a mediálně prezentovaných fantas-

magoriích slibujících prodloužení lidského života na 150 i více let (podkladem mediálních zvěstí jsou vesměs „odborné“ formulace typu „nelze zcela vyloučit, že by mezi námi mohl být někdo, kdo by se dožil roku 2100 ve věku 150 let, ani že by se v roce 2100 mohl narodit člověk, který bude žít 200 let“).

Nejslavnější představitel těchto vizí, šéfredaktor časopisu Rejuvenation Research (Výzkum omlazování) Aubrey de Grey spekulující o chromozomálních mutacích, mitochondriích, volných radikálech a jejich vlivu na stárnutí, je pracovně rozkročen mezi Moskevským technologickým institutem a kalifornskou nadací SENS (Strategies for Engineered Negligible Senescence).

Ještě ambicióznější jsou od roku 2013 Google Ventures s projektem Calico (California Life Company) zaměřeným pod heslem „léčit smrt“ na dosažení nesmrtelnosti, a to především kybernetické. Její podstatou by měla být transplantace mozku umírajícího člověka (a tím jeho myšlení, vědomí, vzpomínek či osobnosti) do nového „těla“ označovaného jako avatar, ideálně do vyspělých nebiologických nosičů, případně hologramu.

První transplantace mozku se dle odhadů má uskutečnit v roce 2020, první přenos myslí do hologramu v roce 2045. Hybnými silami projektu jsou Kalifornská univerzita, biotech-

nologická firma AbbVie a především 35letý ruský oligarcha a tiskový magnát Dmitrij Itskov.

Toto vzednutí anti-aging aktivit podporovaných moderními technologiemi upomíná na dobu před stolety, kdy šlágrm snů o omlazování a nesmrtelnosti byly transplantace opičích pohlavních žláz, s nimiž začal v Paříži rovněž Rus Sergej Voronoff (podle některých názorů právě tehdy došlo k přenosu viru HIV z opice na člověka).

Druhou asociací, která člověka napadá, je eugenické modulování biologické struktury populace. Voronoff byl ostatně žákem jednoho z nejznámějších francouzských eugeniků a nositele Nobelovy ceny Alexise Carrel, zatímco Kalifornie, dnešní sídlo Univerzity v San Francisku i nadace SENS, byla tehdy i ještě dlouho po tom hlavní baštou eugeniků ve Spojených státech.

Na jedné straně nesmrtelnost a vyléčené stárnutí na dosah, na druhé straně když ne přímo eutanazie, tak „ponechání marných starců na pospas přirozenému osudu“ ve stylu japonské legendy o zvyku ubasute (odkládání „přestárlých“ stařen do hor), které výstižně popisuje japonský film Balada o Narajamě. Nic nekomplikuje složitě reagování na demografickou změnu a potřebu podpory důstojného smysluplného života seniorů – byť se zdravotním postižením – více než snadná řešení.



Jak se vyvíjely úhrady léčiv proti demenci

Prodloužení soběstačnosti pacienta s demencí může vést k úsporám na straně zdravotního i sociálního sektoru. Státní správa však nedeklaruje ambice upravit financování této péče.

Filip Vrubel, Daniela Rrahmaniova

Tento článek se zaměřuje především na financování zdravotní péče a farmakoterapie pacientů postižených demencí, a to specificky na příkladu skupiny léčiv, které jsou používány při léčbě Alzheimerovy choroby (AD).

Dopady stávajícího systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění byly analyzovány z pohledu silných a slabých stránek, respektive příležitostí, kterým je potřeba jít vstříc.

Dosud není objasněna kompletní etiopatogeneze této choroby a v současnosti používané terapeutické postupy mohou průběh choroby pouze modulovat, případně zpomalovat. Hlavním efektem farmakologické léčby je kromě zlepšení kvality života pacientů i oddálení těžkých stadií choroby, spojených s nesoběstačností a následnou institucionalizací péče.

Osm let bez inovace

O Alzheimerově chorobě se v posledních letech stále více píše a hovoří, a to zejména v souvislosti s prodlužujícím se věkem dožití a předpokládanými náklady, které si péče o pacienty vyžádá. V únoru roku 2016 po několikaletém zpoždění přijala Česká republika svůj národní akční plán na léta 2016 až 2019 pro toto onemocnění.

Přestože Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) zveřejňuje data týkající se ambulantní a lůžkové péče o pacienty s demencí, státní orgány přiznávají, že v současné době nejsou k dispozici dostatečné statistické údaje, které by ukazovaly, kolik pacientů se v ČR léčí kvůli demenci. Neví se ani to, kolik lidí tímto onemocněním trpí bez ohledu na to, zda u nich byla či nebyla stanovena diagnóza.

Při Alzheimerově chorobě je k dispozici farmakoterapie inhibitory mozkových acetylcholinesteráz (iAChE) – léčivé přípravky s obsahem léčivých látek donepezil, rivastigmin a galantamin, které jsou podávány jako léčiva první volby při diagnóze lehké až střední demence.

A dále přípravky obsahující léčivou látku memantin, které jsou hrazeny pacientům s vyšším stupněm postižení.

Alzheimerova choroba nepochybně patří mezi závažná chronická onemocnění, jejíž farmakoterapie však vykazuje netypický znak, a sice že za uplynulých osm let, tedy od zavedení nového systému stanovení úhrad léčiv ze zdravotního pojištění, do ní nepřibyla žádná nová látka, která by rozšířila farmakoterapeutické možnosti. Zatímco farmakoterapie většiny závažných chronic-

kých onemocnění (kardiovaskulární onemocnění, DM, revmatoidní artritida, roztroušená skleróza atd.) byla posílena příchodem léčivých látek se zcela novým mechanismem účinku, nebo se alespoň rozšiřovalo spektrum látek s obdobným mechanismem účinku, tak u léčiv používaných při léčbě AD došlo pouze k takzvané generifikaci výše uvedených čtyř léčivých látek.

Z tohoto důvodu je možné na této skupině látek pozorovat, jaký vliv má příchod generických léčiv na výši úhrady za denní dávku, respektive na počet obchodovaných balení léčiv (viz tabulky na str. 40).

K 1. lednu 2008 byly generifikovány dvě léčivé látky – donezepil (4 léčivé přípravky od 2 výrobců) a galantamin (14 léčiv od 3 výrobců). Všechny čtyři uvedené léčivé látky jsou od počátku fungování systému uvedeny ve vyhlášce č. 384/2007 Sb., o referenčních skupinách jako referenční skupina č. 87/1 (léčiva k terapii Alzheimerovy choroby, perorální a transdermální aplikace).

První hloubková revize v této referenční skupině proběhla již v r. 2009 (pravomocná je od března 2010), celkem tedy doposud proběhly tři hloubkové revize. Léčivé přípravky obsahující memantin vyhodnotil Státní ústav pro kontrolu léčiv jako nezaměnitelné s ostatními a nezařadil je do žádné referenční skupiny.

Nový systém zajistil léčbu více pacientům

Přestože se jedná o jednu z prvních revidovaných referenčních skupin, kde navíc proběhly i další revizní řízení, k faktickému přiblížení průměrných hodnot úhrady za definovanou denní dávku (DDD) došlo u zaměnitelných látek teprve v průběhu roku 2014.

Stalo se tak téměř sedm let po zavedení nového systému stanovení úhrad (a ještě dnes lze nalézt ojedinělé přípravky, které mají odlišnou výši úhrady kvůli zneužití poměrně složitýho procesu vstupu do systé-



mu veřejného pojištění). K poklesu úhrady léčivých přípravků obsahujících memantin došlo až po příchodu generik v průběhu roku 2013.

Z dat Státního ústavu pro kontrolu léčiv je možné sledovat vývoj spotřeby sledovaných léčivých přípravků v jednotlivých letech, a to jak ve finančním objemu (cen výrobce bez obchodní přírůžky a DPH), tak v počtu DDD. I když tedy srovnání průměrných úhrad léčivých látek v referenční skupině trvalo téměř sedm let, z údajů o skutečně obchodovaných cenách a množství vyplývá, že zavedení nového systému stanovení cen a úhrad v roce 2008 umožnilo většímu počtu pacientů dostat se k potřebné zdravotní péči, přičemž celkové náklady na ni zároveň poklesly.

Přestože totiž za posledních osm let stoupl počet DDD více než 3,5krát, celkový finanční objem těchto dodaných léčiv je dokonce nižší než v roce 2008 (viz tabulka na str. 40).

Z celkových dat o cenách distribuovaných léčiv a z nákladů zdravotních pojišťoven vyplývá, že od zavedení nového systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2008, založeného na principu srovnávání českých cen a úhrad zdravotních

pojišťoven na základě zahraničních cenových referencí, poklesly nejen náklady zdravotních pojišťoven, ale také doplatky pacientů (neboť ceny léčiv klesaly ještě více než úhrady zdravotních pojišťoven). U inhibitorů mozkových acetylcholinesteráz (iAChE) došlo k poklesu cen až o 80 procent, k poklesu nákladů zdravotních pojišťoven o 68 až 75 procent. I u memantinu lze po příchodu generik pozorovat významný pokles (viz tabulka na str. 40).

Vstup nových léčiv do systému potřebuje úpravu

Alzheimerovu chorobu nelze léčit kauzálně. Používané léky hlavně odhalují těžká stadia demence a zlepšují kvalitu života nemocných. Jak již bylo uvedeno, neobjevil se v této skupině léčiv již osm let žádný nový lék, přestože jsou do výzkumu choroby investovány obrovské finanční prostředky. Výzkum nicméně přinesl řadu výsledků, a to zejména v oblasti diagnostických metod, kdy díky specifitě nových radiofarmak jsme schopni diagnostikovat již časná stadia onemocnění.

V současné době jsou nadějně výsledky pokročilých fází klinických

LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY V ČÍSLECH

PRŮMĚRNÁ ÚHRADA ZA DEFINOVANOU DENNÍ DÁVKU (DDD) v Kč

	2008	2010	2011	2013	2014	2015	2016
Donepezil	49,9	38,9	34,3	32,4	32,1	15,9	21,6
Rivastigmin P	78,3	63,0	43,0	35,0	36,2	19,5	19,6
Rivastigmin TD	x	58,9	58,9	24,9	24,8	18,9	18,9
Galantamin	58,1	53,9	35,7	26,3	26,3	18,9	18,9
Memantin	65,0	60,4	65,0	68,0	59,5	47,3	44,2

POČET KÓDŮ LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ

	2008	2010	2011	2013	2014	2015	2016
Donepezil	4	26	66	99	88	69	53
Rivastigmin P	8	12	50	58	48	19	8
Rivastigmin TD	0	2	2	2	4	4	3
Galantamin	14	11	12	12	12	3	3
Memantin	2	2	2	2	23	55	60

POČET DEFINOVANÝCH DENNÍCH DÁVEK VERSUS FINANČNÍ OBJEM LÉČIV

Finanční vyjádření (v Kč) bez OP a DPH

	2008	2011	2013	2014	2015
Donepezil	82 892 760	110 191 885	92 553 714	85 233 134	85 322 013
Rivastigmin P	54 687 532	20 214 264	11 656 594	9 431 709	8 772 647
Rivastigmin TD	0	17 726 258	11 780 729	11 665 531	11 165 582
Galantamin	34 205 266	12 394	868 267	1 962 171	2 271 285
Memantin	58 696 673	67 003 187	91 944 617	96 369 030	115 352 467

Počet definovaných denních dávek

	2008	2011	2013	2014	2015
Donepezil	1 665 607	5 022 810	6 554 642	7 673 110	8 362 124
Rivastigmin P	690 744	680 277	608 502	592 318	581 706
Rivastigmin TD	0	283 816	217 566	221 319	222 943
Galantamin	564 995	420	56 760	145 620	177 240
Memantin	734 592	1 310 488	2 041 049	2 975 494	3 649 134

VÝVOJ PRŮMĚRNÝCH CEN A ÚHRAD ZA 1 DDD

(v %, hodnoty k 1. 1. 2008 brány jako 100 %)

	2008		2011		2013		2014		2015	
	cena %	úhrada %	cena %	úhrada %	cena %	úhrada %	cena %	úhrada %	cena %	úhrada %
Donepezil	100	44	69	28	65	22	64	21	32	
Rivastigmin P	100	38	55	24	45	20	46	19	25	
Galantamin	100	49	61	25	45	22	45	21	32	
Memantin	100	64	100	56	105	41	92	40	73	

Legenda:

název	cesta podání
Donepezil	perorální
Rivastigmin TD*	transdermální
Rivastigmin P	perorální
Galantamin	perorální
Memantin	perorální

*Pro pacienty, kteří nemohou být léčeni perorálními formami Rivastigminu, je stanovena i druhá zvýšená úhrada.

Zdroj: Deloitte Legal

hodnocení biologického léčiva na bázi monoklonální protilátky. Zkoumány jsou rovněž možnosti vakcinace proti τ -proteinu. Takové léčivo by v případě úspěšné registrace znamenalo průlom v léčbě Alzheimerovy choroby, ale zároveň obrovskou finanční zátěž.

Z údajů z vyspělých zemí je známo, že náklady na lékařskou péči o pacienty s demencí tvoří méně než 15 procent celkových nákladů, které jsou na péči o tyto pacienty vynakládány. Zbytek tvoří náklady na neformální péči (většinou rodinných příslušníků) a na profesionální sociální péči. Právě vysokým podílem „sociálních“ nákladů se Alzheimerova choroba liší od ostatních chronických onemocnění a je velkou otázkou, zda vůbec bude adekvátně vyhodnocen benefit očekávaných nových nákladných léčiv pro společnost jako celek. Bez další úpravy současných pravidel vstupu nových léčiv do systému zdravotního pojištění, který nijak nezohledňuje úspory generované na sociálních výdajích, je možné, že pokud bude hodnocen pouze dopad na zdravotní pojištění, tak ve snaze jej regulovat budou stanoveny podmínky úhrady pouze pro úzkou skupinu těžkých pacientů. Společnost jako celek pak nebude schopna využít potenciálu léčby časných stadií onemocnění, která by se dotýkala velké počtu pacientů.

S ohledem na neúprosnou vazbu mezi věkem a Alzheimerovou chorobou, prodlužování střední délky života a rostoucí prevalenci nemoci ve vyšším věku si asi každý z nás přeje, aby byl výzkum nové léčby úspěšný. A aby byl systém posuzování přínosů a nákladů nových zdravotnických technologií upraven tak, aby bylo možné zohledňovat i přínosy v jiných veřejných rozpočtech a případná nová léčba byla díky tomu dostupnější.

Slabé i silné stránky financování

V této souvislosti je překvapivé, že se v národním akčním plánu pro Alzhe-

imerovu nemoc a podobná onemocnění – jako strategickém dokumentu ukládajícím orgánům státní správy úkoly pro roky 2016 až 2019 – neobjevuje záměr zabývat se finanční provázaností zdravotního a sociálního segmentu péče o pacienty.

Přestože je v dokumentu uvedeno, že prodloužení soběstačnosti pacienta s demencí a udržení pečujících rodinných příslušníků ekonomicky činnými – při včasné zachytu onemocnění – může vést k úsporám na straně zdravotního i sociálního sektoru, státní správa nedeclaruje ambice upravit současný systém financování této péče. A to tak, aby zohlednila všechny relevantní přínosy a náklady, například podle zásad Health Technology Assessment (HTA, hodnocení zdravotnických technologií).

Dosavadní zkušenosti se stávajícím systémem úhrady léčiv prokázaly, že jeho silnou stránkou je referencování léčiv se srovnatelným účinkem, kdy díky tlaku na cenu dochází ke snižování nákladů zdravotního pojištění, ale také odhalily jeho slabé stránky. Ty spočívají především v minimální flexibilitě, neprovázanosti s úhradovou regulací specializované centrové péče (opožděný vstup do center a dodatečné regulace preskripce úhradovými dodatky). A také v absolutní izolovanosti hodnocení dopadů vstupu nových léčiv, technologií a zdravotnických inter-

venčí pouze na rozpočet zdravotního pojištění. Plnou váhu této slabé stránky spatřujeme právě u chronických onemocnění a léčby a prevence civilizačních chorob.

Ve světle těchto úvah se čím dál častěji objevují výzvy k tomu, aby byla provedena revize stávajícího systému financování zdravotní péče (včetně farmakoterapie) a navrženy jeho legislativní úpravy právě v těch oblastech, které jsou na základě zkušeností identifikovány jako nevyhovující. Nelze považovat za správné, a patrně ani dlouhodobě udržitelné, aby byl zakonzervován stav, kdy kvůli nemožnosti komplexního posouzení přínosu určité technologie pro společnost jako celek probíhá pouze separované hodnocení jednotlivých finančních rozpočtů.

Právě péče o pacienty s demencí je oblastí, kde je tento problém již identifikován. Nelze si představit, že vývoj medicíny a předpokládané rozšíření léčebných možností bude reflektováno jen stávajícím institutem hloubkových revizí úhrad léčiv, ve které může dojít nanejvýš ke změně preskripčních a indikačních omezení, aniž by však došlo k posunu vnímání dopadů zdravotní péče v celospolečenském kontextu. Tedy aniž by došlo ke skutečné změně systému financování zdravotní péče, kde prvním krokem bude skutečné komplexní hodnocení přínosu zdravotnických technologií a intervencí.



Potenciál úspor na příkladu diabetu

Při zlepšené kompenzaci diabetiků může systém zdravotního pojištění v průběhu 20 let ušetřit 18,3 miliardy korun v porovnání se situací, kdy by kompenzace zůstala na současné úrovni.

Tomáš Doležal, Institut pro zdravotní ekonomiku a technology assessment (iHETA)

Diabetes mellitus je chronické celoživotní onemocnění, které zkracuje očekávanou délku života, snižuje kvalitu života a znamená významně zvýšené náklady ve srovnání s populací bez této diagnózy. Zahraniční i česká data jednoznačně ukazují, že většina zdravotních nákladů je vynaložena na léčbu komplikací.

Náklady na hospitalizace u pacientů s diabetem druhého typu v České republice tvořily 61 procent přímých nákladů na diagnózu a celkové náklady na tuto diagnózu tvoří přibližně 10 procent veškerých nákladů na zdravotní péči (Doležal 2009). Diabetes je zdravotní a ekonomickou hrozbou ve většině vyspělých zemí, kde se její prevalence v populaci neustále zvyšuje. Státy, které umí predikovat vývoj zdravotních nákladů, si to uvědomují. Například Velká Británie provedla projekci přímých i nepřímých nákladů

na diabetes prvního i druhého typu mezi lety 2010/2011 a 2035/2036. Celkové náklady v tomto období vzrostou z 23,7 miliardy liber na 39,8 miliardy a z toho přímé zdravotní náklady se téměř zdvojnásobí z 9,8 miliardy na 16,9 miliardy liber. Podíl nákladů diabetu na celkových výda-

Náklady na hospitalizace u pacientů s diabetem druhého typu v České republice tvořily 61 procent přímých nákladů na diagnózu

ch britského zdravotnictví vzroste z 10 na 17 procent (Hex 2012). Cukrovka je tak modelovým onemocněním s obrovským populačně zdravotním, sociálním a ekonomickým dopadem, kdy preventivní a včasné intervenční programy mají ve střednědobém

horizontu jednoznačný ekonomický přínos. Správce zdravotního pojištění by se měl zajímat, jaká je kompenzace jeho klientů, a motivovat poskytovatele k tomu, aby tato kompenzace – a tedy výskyt klinických komplikací – byla co nejlepší.

Kompenzace diabetiků v Česku

Průřezové analýzy dat z České republiky naznačují, že kompenzace populace českých diabetiků má ke spokojenosti daleko. Například nedávno prezentovaná analýza 3905 pacientů ukázala, že cílových hodnot glykovaného hemoglobinu podle doporučených postupů (5,3 %) nedosahuje ani 50 procent léčených diabetiků (Kvapil 2015).

Horší kompenzace diabetu, ve smyslu vyšších hodnot glykovaného hemoglobinu, krevního tlaku, tělesné hmotnosti a krevních lipidů, zvyšuje

riziko výskytu mikrovaskulárních a makrovaskulárních komplikací, a tím navyšuje náklady na léčbu tohoto onemocnění.

Dlouhodobé výsledky léčby diabetu, výskyt komplikací a náklady na ně je možné modelovat farmakoekonomickými modely, které s velkou přesností ukazují tyto parametry v horizontu 20 až 30 let. Je možné tak poměřit náklady vložené do projektů prevence, časného zachytu a včasné a agresivní intervence oproti ekonomickým přínosům, které bude mít za následek lepší kontrola a nižší výskyt diabetu. Níže jsou uvedeny výsledky dvou takových projektů v České republice z nedávné doby.

Ekonomický potenciál dosahování cílových hodnot

Regulace zdravotních pojišťoven má dnes očekávané cílové hodnoty, nad které je třeba intenzifikovat či změnit antidiabetickou léčbu, na 6,0 procent glykovaného hemoglobinu, i když doporučení odborných společností je ještě o něco přísnější (5,3 % glykovaného hemoglobinu). Z celkového počtu diabetiků má cca 40 procent z nich hodnoty glykovaného hemoglobinu nad hranicí 6,0 procent (Kvapil 2015).

Pomocí celoživotního farmakoekonomického modelu, který umí na základě klinických charakteristik definované kohorty diabetiků a jejich kompenzace predikovat pravděpodobnost výskytu mikro- a makrovaskulárních komplikací v čase, byla simulována hypotetická situace, ve které by cílových hodnot glykovaného hemoglobinu nižších než 6,0 procent dosáhli všichni diabetici druhého typu v České republice. Musíme si uvědomit, že v roce 2015 bylo v České republice 789 900 diabetiků druhého typu. Touto simulací si můžeme zviditelnit ekonomický potenciál špatné kompenzace diabetu v Česku.

Výsledky ukazují, že skrytý ekonomický potenciál nedostatečné kompenzace diabetu v Česku je obrovský. Pokud bychom dosáhli cílových hodnot podle regulací zdravotních pojiš-

ťoven, ušetřil by systém zdravotního pojištění v průběhu 20 let 18,3 miliardy korun ve srovnání se situací, kdy by kompenzace zůstala na současné úrovni (viz graf na str. 44 nahoře).

Vedle ekonomických benefitů by bylo dosaženo zlepšení zdravotního stavu populace diabetiků. V průběhu 20 let by se zabránilo 4073 úmrtím, 3126 infarktům myokardu, 4830 terminálním stadiím selhání ledvin s nutností hemodialýzy nebo transplantace, 2242 amputacím a 6725 případům makulárního edému.

Zavádění nových antidiabetik do praxe

Nová antidiabetika ze skupiny inhibitorů DPP-4 a agonistů GLP-1 jsou v České republice používána v terapii diabetu druhého typu již několik let a jsou možností, jak zlepšit kompenzaci diabetu, prognózu pacientů a pokusit se dostat pod kontrolu náklady na léčbu komplikací. Cílem farmakoekonomického projektu bylo na základě reálných dat z běžné klinické praxe České republiky popsat účinnost, bezpečnost a nákladovou efektivitu pacientů, u nichž byla zahájena léčba inhibitory DPP-4, respektive agonisty GLP-1 (Doležal 2015).

V první fázi byl proveden sběr dat klinických údajů před zahájením léčby moderními antidiabetiky a poté v následujících 12 měsících. Pro všechny pacienty byly sbírány tyto údaje: demografické údaje, doba od diagnózy, tělesná hmotnost, BMI, HbA1c, systolický a diastolický krevní tlak, celkový cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglyceridy. Ve druhé fázi byla získaná klinická data vložena do farmakoekonomického modelu, který je schopen na základě velkých mortalitních prognostických kohort (Framingham, UKPDS, ACCORD) predikovat dlouhodobý výskyt mikro- a makrovaskulárních komplikací, délku života a délku života ve standardní kvalitě (tzv. QALY, Quality Adjusted Life Years).

Výsledky ekonomických simulací v časovém horizontu 20 let ukazují, že

18,3

miliardy korun je možné uspořit v nákladech zdravotních pojišťoven díky optimální kompenzaci diabetu II. typu.

4830

terminálním stadiím selhání ledvin s nutností hemodialýzy nebo transplantace je možné se vyhnout.

3126

infarktů myokardu nemusí postihnout pacienty.

6725

případům makulárního edému by optimální kompenzace diabetu měla zabránit.

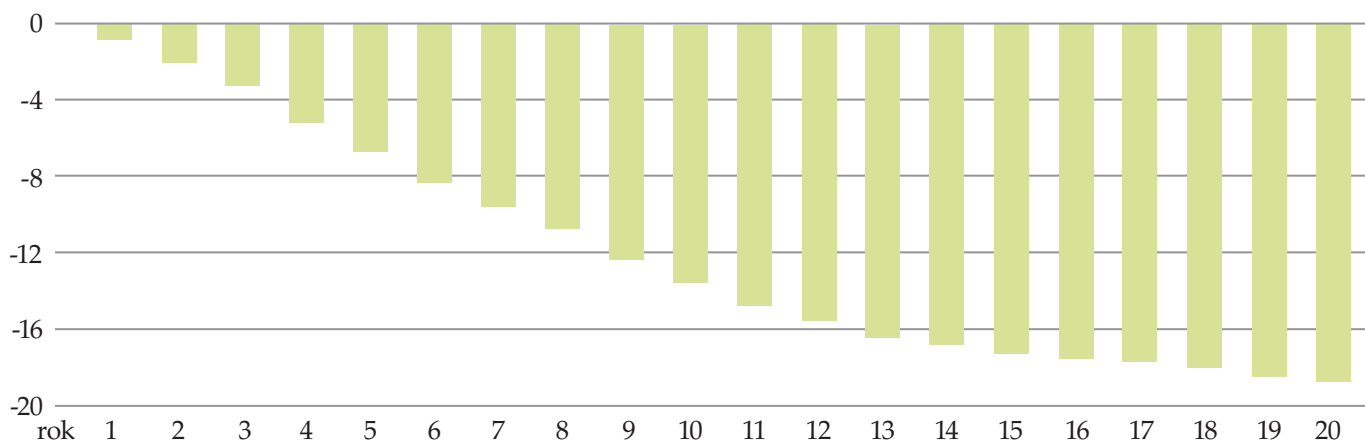
2242

amputací nemusí být třeba.

4073

úmrtím lze zabránit.

ÚSPORY POJIŠŤOVEN PŘI OPTIMÁLNÍ KOMPENZACI DIABETU II. TYPU (v mld. Kč)



převedení špatně kompenzovaných diabetiků druhého typu na moderní antidiabetika ve srovnání se stavem, kdy léčba pokračuje bez uspokojivého zlepšení, má významné dopady na délku života i délku života ve standardní kvalitě. Ve skupině DPP-4 inhibitorů dochází u jednoho diabetika k prodloužení délky života o 0,36 roku a 0,31 QALY a ve skupině GLP-1 agonistů o 0,45 roku a 0,39 QALY.

Více let života ve zdraví

Farmakoekonomický model predikoval, že zlepšení kompenzace diabetu

je provázeno snížením výskytu mikro- a makrovaskulárních komplikací. Například kumulativní incidence terminálního selhání ledvin (ESRD; End-Stage Renal Disease) se snížila z 7,87 na 6,95 případu na 100 pacientoroků při léčbě DPP-4 inhibitory a z 10,35 na 8,52 případu při léčbě GLP-1 agonisty. Rozdíly v kumulativním procentuálním výskytu kardiovaskulárních komplikací diabetu jsou uvedeny na (DPP-4 inhibitory) a (GLP-1 agonisté). V analýze procentuálního zastoupení nákladů na zdravotní péči jsou dominantními náklady na léčbu komplikací (47,6 % náklady na mikro-

vaskulární komplikace a 18,4 % náklady na makrovaskulární komplikace) a jen menší část (28,2 %) je investována do DPP-4 inhibitorů (viz graf dole).

Výsledky ukazují, že v porovnání s terapií, kterou byli pacienti léčeni před vstupem nových antidiabetik, přináší převod na DPP-4 inhibitory a GLP-1 agonisty prodloužení očekávané délky života, včetně délky života v plné kvalitě. Rovněž dochází k úspoře nákladů na léčbu komplikací ze zdravotního pojištění.

Výsledky vyjádřené na kohortu 1000 diabetiků druhého typu ukazují, že v kohortě nových antidiabetik se získá ve 20letém časovém horizontu 360/450 let života a 310/390 QALY. To znamená úsporu 5,2/4,8 milionu korun přímých nákladů na kardiovaskulární komplikace, 16,5/25,4 milionu nákladů na renální komplikace a 10,5/14,1 milionu korun nákladů na diabetickou nohu.

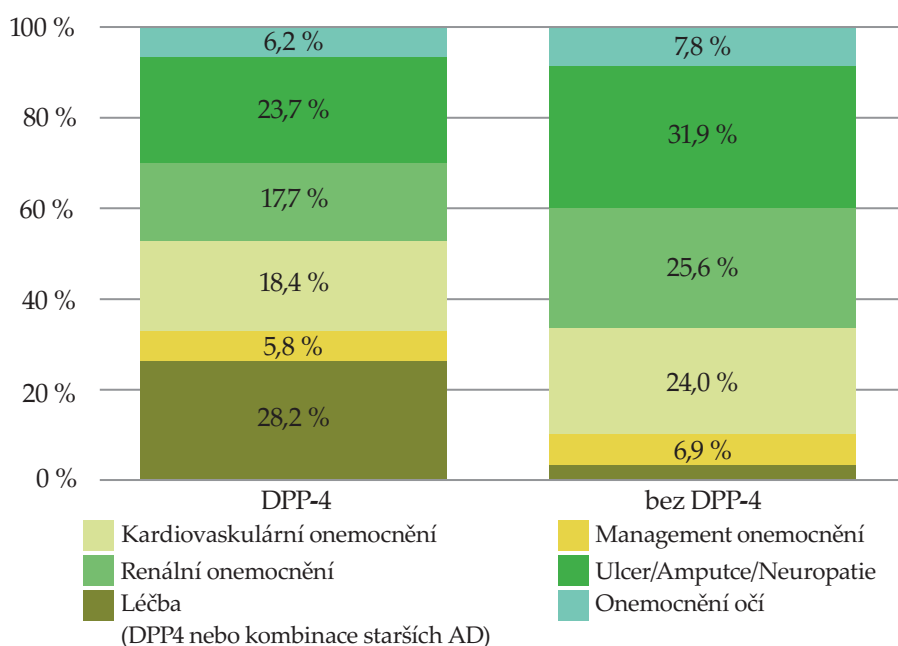
Literatura:

Doležal T, Písaříková Z, Zemanová P, Bartáškova D. Náklady na diabetes 2. typu v podmínkách zdravotního systému České republiky. *Vnitř Lék* 2009;55(4): 342-344. **Hex N, et al.** Estimating the current and future costs of 1 and Type 2 diabetes in the UK, including direct health costs and indirect societal and productivity costs. *Diabet Med.* 2012 Jul;29(7):855-62

Kvapil M. Distribuce hodnot glykovaného hemoglobinu v populaci diabetiků 2. typu: projekt Valetudo. *Vnitř Lék* 2015;61(1):81-83.

Doležal T, Kruntořádová K. Klinický a ekonomický přínos nových antidiabetik v České republice. *Vnitř Lék* 2015; 61(Suppl 3): 50-53

NÁKLADY PŘI TERAPII DPP-4 INHIBITORY V POROVNÁNÍ SE SOUČASNOU LÉČBOU



Nastavme systém aspoň na deset let



Permanentně se snažíme ušetřit na těch nejzranitelnějších. Ve vyspělých zemích se přitom eliminace růstu nákladů zaměřuje na nové, vysoce nákladné technologie.

Jakub Král, Porta Medica

Smyslné nastavení regulace zdravotnických prostředků vždy závisí na rozumné diverzifikaci pravidel. Pokud by se stanovila identická pravidla pro všechny skupiny těchto výrobků, vznikne oprávněná kritika, že taková regulace je u nerizikových produktů typu obvaz naprosto neadekvátní, přísná, administrativně zatěžující a zbytečná. Tatáž regulace by se však u výrobků typu prsního implantátu jevila jako nedostatečná, benevolentní a ohrožující bezpečnost pacientů.

Heterogenita je proto základní vlastností zdravotnických prostředků, a tudíž se při přípravě jakékoli nové regulace – ať již obecné (otázky týkající se vstupu na trh), tak ekonomické (problematika cen a úhrad) – nesmí zapomínat na to, že nelze stanovit jednotná pravidla. Regulaci je nezbytné vždy pečlivě diverzifikovat a přizpůsobovat

specifikům dílčích podskupin zdravotnických prostředků.

Pod ekonomickým drobnohledem

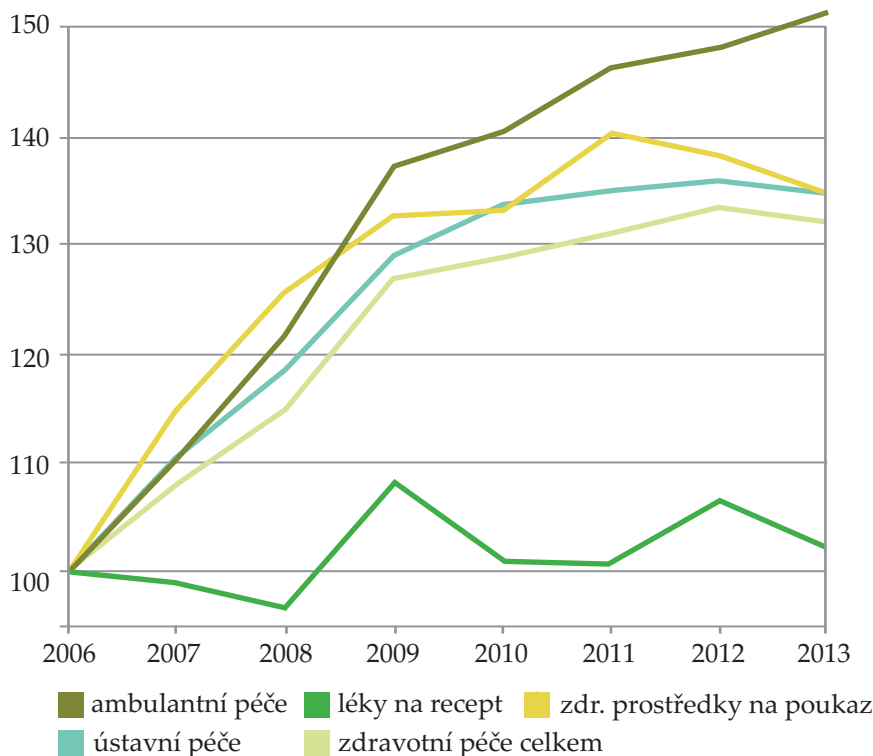
Leitmotivem této publikace je problematika chronických onemocnění. Ta jsou bohužel spjata s dlouhodobým, či dokonce doživotním užíváním léků či používáním zdravotnických prostředků. Tato skutečnost se navíc projevuje tím, že jednotlivé skupiny chronicky nemocných pacientů spotřebovávají poměrně velké množství finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění. U produktů, které tito pacienti nezbytně potřebují k zachování určitého zdravotního stavu, jsou téměř permanentně hledány cesty, jak uspořít.

Snahy o hledání úspor jsou legitimní jak v případě regulátorů (mi-

nisterstva zdravotnictví či Státního ústavu pro kontrolu léčiv), tak zdravotních pojišťoven. Pokud jde o zdravotnické prostředky používané při chronických onemocněních (či přímo postižení), pod ekonomický drobnohled se dostávají především produkty sloužící diabetikům, stomikům a inkontinentním pacientům.

Akcelerátorem úsporných snah v těchto oblastech je skutečnost, že těchto pacientů přibývá a s ohledem na demografickou křivku, životní styl a další faktory jich nadále přibývat bude. Co mě však v tomto kontextu velmi zarazí, je fakt, že se permanentně snažíme ušetřit na těch nejzranitelnějších a nejpotřebnějších. Chronicky nemocní pacienti mají totiž v mnoha případech i složitější sociální situaci – onemocnění často limituje jejich pracovní možnosti. V České republice se tak hlavní potenciál úspor hledá

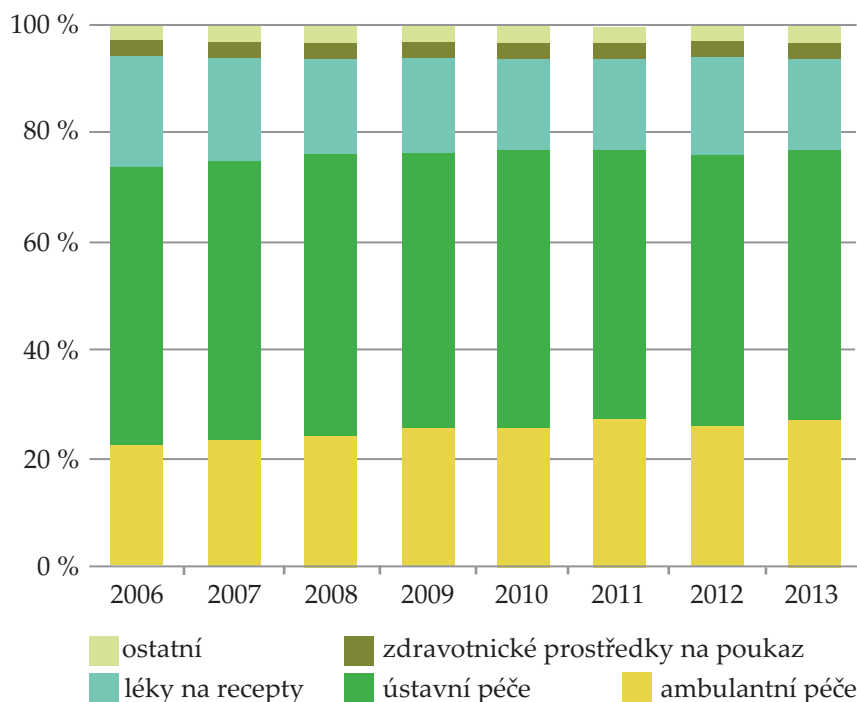
INDEX NÁKLADŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN NA ZDRAVOTNÍ PÉČI DLE SEGMENTŮ (rok 2006 = 100)



v pomůckách vydávaných na poukaz, jako jsou inkontinenční pleny, stomatické sáčky a proužky na měření glykémie, kdežto ve většině vyspělých zemí se úsporné aktivity včetně HTA (hodnocení zdravotnických technologií) zaměřují na nové, inovativní a vysoce nákladné technologie.

Současná cenová i úhradová regulace zdravotnických prostředků nefunguje příliš dobře, nemá kvalitní právní základ, a v současné době je dokonce přezkoumávána Ústavním soudem. Nejvíce kritizována je absence jakýchkoli pravidel hry mezi regulátory, zdravotními pojišťovny, dodavateli, odbornými společnostmi a patientskými organizacemi. Současně je zřejmé, že právě v dobách, kdy chce stát usilovat o nalézání úspor a zefektivňování systému veřejného zdravotního pojištění, je nezbytné předem stanovit věcná i procesní pravidla, která se následně nebudou v průběhu „hry“ měnit a která umožní objektivní přezkoumání správnosti postupu těch, jimž se svěří rozhodovací pravomoci.

PODÍL NÁKLADŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN NA ZDRAVOTNÍ PÉČI PODLE SEGMENTŮ



Období sprintu, období ticha

Ministerstvo zdravotnictví – jakožto garant legislativy obsahující cenovou i úhradovou regulaci zdravotnických prostředků – si je vědomo jak nedostatků současné právní úpravy a její aplikace, tak především rizika jejího částečného zrušení ze strany Ústavního soudu. Z tohoto důvodu byla v roce 2015 předložena novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, jež měla zásadním způsobem změnit pravidla stanovování úhrad zdravotnických prostředků.

Tento návrh obsahoval velké množství nedostatků, které pramenily z nedostatečné diverzifikace pravidel pro různé skupiny zdravotnických prostředků a také z přílišné inspirace systémem stanovování úhrad léků. To bylo ostatně předmětem valné většiny výhrad ze strany jednotlivých připomínkových míst. Je velmi pozitivní, že ministerstvo zdravotnictví na kritiku reagovalo příslibem přepracování materiálu a jeho opětovného rozeslání

Zdroj: ÚZIS, 2014

do vnitřního připomínkového řízení. Od té doby však uplynul celý rok a stále nemáme k dispozici nový návrh ani nebyla opětovně zahájena širší odborná diskuse směřující k jeho vytvoření. Bohužel se začínáme dostávat do stále se opakujícího algoritmu, kdy hluchá období legislativního ticha střídá tvůrčí sprint, během něhož jsou maximálně zkracovány veškeré lhůty pro odbornou diskusi a připomínkování připravených materiálů. Nejprve se rok a půl nic nedělo, poté dostala připomínková místa k dispozici šibeniční termín zhruba dvou týdnů uprostřed srpnových dovolených, aby se následně opět rok a půl nic nedělo.

Nebráňme se spoluúčasti, kde má smysl

Dovolím si využít situace, kdy na stole neleží žádný konkrétní legislativní návrh komplexně řešící stanovování cen a úhrad zdravotnických prostředků, a pokusím se formulovat základní teze, které by při přípravě nové regulace měly být zohledněny. Již do fáze

přípravy nového návrhu by měly být připraveny subjekty, na něž bude mít budoucí regulace přímý dopad (zdravotní pojišťovny, pacienti, odborné společnosti, dodavatelé).

Nesnažme se najít univerzální systém funkční pro všechny skupiny zdravotnických prostředků. To, co může být funkční pro pomůcky vydávané na poukaz, nemusí být vůbec vhodné třeba u nemocničních zdravotnických prostředků. Nová regulace by měla představovat spíše evoluci než revoluci. Snažme se proto navázat na vše, co v dané oblasti funguje dobře, a odstraňujeme hlavně procesní nedostatky současné regulace místo tvorby nového modelu. Inspirujme se tím, jaké modely regulace se osvědčily pro skupiny zdravotnických prostředků v zahraničí.

Měl by existovat konkrétní správní orgán, který bude řídit transparentní proces, přičemž jeho rozhodnutí by mělo být vždy odůvodňováno a měla by existovat garance možnosti uplatnění opravných prostředků či

soudního přezkumu. Mějme respekt k chronicky nemocným pacientům a nastavme systém tak, aby nebyli nuceni k permanentnímu střídání různých zdravotnických prostředků. Třeba u stomických pacientů je každá taková změna velkým problémem jak fyzickým, tak psychickým.

Nebráňme se a priori jakékoli spoluúčasti, jež může vést k příchodu tolik potřebných inovací i v dobách stárnutí obyvatelstva a popularity úspor. Snažme se však zajistit u každé indikace zachování plné úhrady zdravotnických prostředků způsobit nezbytné terapeutické intervence či základní kompenzace zdravotního postižení.

Mějme na paměti, že označení CE není automatickou garancí kvality ani nákladové efektivity. Neignorujme argumenty odborných společností, jakožto i potřeby a zkušenosti samotných pacientů. Nastavme systém, který bude administrativně zvládnutelný a který bude moci fungovat bez velkých změn alespoň deset let.

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY: RŮZNORODÁ KATEGORIE

Kategorie výrobků, které jsou souhrnně označovány legislativním pojmem zdravotnické prostředky, je neskutečně různorodá. Patří sem bazální zdravotnický materiál (obvazy, náplasti, stříkačky), kompenzační pomůcky (berle, invalidní vozíky, glukometry, inkontinenční pomůcky, stomické sáčky), diagnostické přístroje (rentgeny, CT, magnetické resonance), invazivní produkty (umělé klouby, kardiostimulátory, prsní implantáty) a tak dále.



Nebezpečný koktejl

Ústav lékového průvodce se snaží zmapovat užívání léků v domovech pro seniory. Zatím zjistil závažné problémy potvrzující, že tito senioři jsou ohroženou skupinou.

Ivana Plechatá, Tomáš Cikrt, Milada Halačová

Senioři žijící v zařízeních sociální péče jsou zranitelnou skupinou vyžadující často nepřetržitou zdravotně-sociální péči. Už dávno to nejsou „běhaví“ starší lidé, kteří jen potřebují sociální kontakt s vrstevníky a občas dohled, aby si nezapomněli vzít léky. „Poslední roky vykonávám práci primáře léčebny dlouhodobě nemocných s těžce chronicky nemocnými seniory za kapitáční platbu 150 až 180 Kč měsíčně,“ popisuje praktická lékařka, která do takového domova dochází.

Senioři v sociálních zařízeních bez stálé přítomnosti lékaře jsou rizikovou skupinou mimo jiné z hlediska užívání léků. Tato rizika jsou dána zejména jejich křehkostí, multimorbiditou a někdy také sníženou rozhodovací schopností. To si uvědomují ve vyspělých zemích a hledají cesty, jak tento problém řešit prostřednictvím pravidel, doporučení, případně zákonů tak, aby byla naplněna práva seniorů na svobodné rozhodování o zdraví a zároveň zajištěna kvalita a účelnost poskytované zdravotní péče, včetně farmakoterapie.

V případě léků jde zejména o to, aby nedocházelo k předepisování a podávání příliš mnoha léků najednou (polypragmázie), nebo naopak odepírání léčiv s prokazatelným účinkem na pozitivní vývoj nemoci a délku přežití, ke zbytečnému užívání léků ovlivňujících psychiku a mobilitu, anebo kumulaci či neřešení problémů spojených s nežádoucími účinky léků.

V Česku se dosud zájem aktivistů a odborníků soustředil především na problematiku práv klientů. Mnohdy jen na to, kdo profesně může a nemůže podávat pacientům léky, jak má být ordinace formálně zapisována a jakým způsobem o své farmakoterapii může klient spolurozhodovat.

Cílem Ústavu lékového průvodce (ÚLP) je obrátit pozornost na samotnou farmakoterapii, tedy její odbornou medicínskou – farmakologickou a klinickou stránku.

Proto se ústav rozhodl ve spolupráci a za podpory Státního ústavu pro kontrolu léčiv a týmu klinických farmaceutů Nemocnice Na Homolce

zmapovat reálnou situaci v užívání léků v domovech pro seniory. Na základě získaných dat potom navrhnout konkrétní řešení, jak ji zlepšit a ukázat dobrou praxi. Jde o velice závažný problém, jehož podceňování potenciálně ohrožuje kvalitu života a zdraví mnoha tisíců klientů různých typů sociálních zařízení v celé České republice.

Hodina týdně stačí

Počet seniorů, kteří se dožívají vyššího věku a žijí déle ve stáří i v nemoci, narůstá a nadále tomu tak bude. Například v Anglii mezi lety 2000 až 2020 vzroste počet 90letých dvojnásobně, což odpovídajícím způsobem zvýší potřebu zajištění domácí i ústavní péče.

Podle britských údajů téměř 80 procent lidí starších 65 let užívá léky, téměř 40 procent z nich užívá pět a více léků najednou a 90 procent si kupuje volně prodejné léky (takzvané OTC léky). Lidé nad 65 let spotřebují více než třetinu všech předepsaných léků a 40 procent OTC.

Odhaduje se, že 35 procent seniorů má zkušenost s nežádoucími účinky léků. Britská studie z devadesátých let minulého století ukázala, že pětina hospitalizací seniorů byla způsobena neodpovídající farmakoterapií, a přitom polovině těchto případů bylo možné předejít.

Snahy o řešení existují. V Austrálii byla vydána doporučení, která požadují vytvoření multidisciplinárního lékového poradního sboru pro domovy seniorů (Aged Care Facilities), který je podobný terapeutickým a lékovým týmům v nemocnicích.

Ve Velké Británii platí směrnice, podle níž u geriatrických pacientů, kteří užívají současně více než pět léků, musí být v dokumentaci (ústavní i ambulantní) zapsána alespoň dvakrát ročně farmakoterapeutická epikríza (shrnutí nemoci a stavu pacienta) zdůvodňující, proč nelze polypragmázii omezit.

Ve Spojených státech jsou podle zákona nursing homes povinny zaměstnat konzultanta-farmaceuta, aby zhodnotil předepsanou medicaci každý jeden až tři měsíce.

Ten pak radí praktickým lékařům v takových věcech, jako je výběr, trvání a sledování farmakoterapie, a také se podílí na vzdělávání personálu v podávání a zacházení s léky.

Studie provedená ve Velké Británii ukázala, že jedna hodina farmaceuta týdně může statisticky významně přispět ke zlepšení péče. Tato pomoc byla vítána personálem domova a v 78 procentech akceptována praktickým lékařem.

Randomizovaná švédská studie ukázala na vzorku 33 domovů, že multidisciplinární tým – složený z lékaře, farmaceuta a sestry – snížil předepisování psychoaktivních léků a předešel polypragmázii a lékovým duplikacím. Podobná práce v Anglii provedená ve 14 domovech ukázala, že i krátké zhodnocení medikace snižuje množství podávaných léků obecně, aniž by byly poškozeny duševní či tělesné funkce pacienta.

Neoficiální odměna za laskavost

Zařízení sociální péče nejsou zdravotnická zařízení. Nezaměstnávají vlastní lékaře, ale měla by zajistit svým klientům lékařskou péči. Obvykle to probíhá tak, že najdou praktického lékaře, ten zařadí klienty do své kartotéky a předepisuje jim léky. Podle neoficiálních informací ale často lékař ani pacienty nevidí a preskripcce je čistě formální. Vedení zařízení je rádo, že se jim vůbec podařilo najít lékaře, který je ochoten klienty převzít do „péče“. Někdy jej za „tu laskavost a zátěž“ dokonce neoficiálně odměňují. Jindy se ústavu ujme větší nestátní zdravotnické zařízení – v tom případě se „v péči“ střídají

respondentů činil 82 let, přičemž 74 procent z nich byly ženy. Průměrný počet užívaných léků byl 8,9 léku vázaných na lékařský předpis, 1,2 volně prodejných léků a 0,6 doplňků stravy. Potenciální lékové interakce byly odhaleny u 86 procent respondentů. Závažné a velmi závažné interakce se zjistily u desetiny z nich, tedy 8,6 procenta účastníků studie. Léčiva nevhodná ve stáří byla předepsána 65 procentům pacientů sledovaného vzorku.

Srovnáme-li tyto údaje s celorepublikovým průměrem, ukazuje se, že problém se týká i seniorů, kteří žijí mimo domovy. Seniori obecně totiž užívají průměrně čtyři až šest léků



různí lékaři, takže klienti žádného svého praktického lékaře ani formálně nemají.

Jak kvalitní je farmakoterapie za takových podmínek? Přehledná analýza chybí, nicméně se objevila práce profesora Vlčka a kolektivu s názvem Farmakoterapie v domovech důchodců (Geriatric a Gerontology 2014, 3, č. 2: 65-70), která přinesla znepokojující výsledky. Studie probíhala ve dvou domovech důchodců v oblasti Prahy a Středočeského kraje. Bylo do ní zařazeno 58 respondentů ve věku 65 a víc let, kteří podepsali informovaný souhlas. Průměrný věk

současně, hospitalizovaní pět až osm léků. Ženy přitom užívají v průměru více léků než muži.

Podle profesorky Topinkové (Medicína po promoci 4/2013, komentář k článku zahraničních autorů: Snižování rizika nežádoucích lékových příhod u seniorů) počet užívaných léků zvyšuje exponenciálně pravděpodobnost nežádoucích lékových reakcí, přičemž v případě osmi léků a více nebezpečí výskytu dosahuje téměř 100 procent. Vysoký výskyt nežádoucích reakcí v kombinaci s tím, že jsou ve většině případů předepsána léčiva nevhodná pro seniory,

může tvořit nebezpečný koktejl, který činí z klientů domovů pro seniory skupinu vážně ohroženou péčí non lege artis.

Projekt potvrdil polypragmázii

Je domov seniorů „bezpečné místo“ z hlediska bezpečného a účelného užívání léků? Na tuto otázku chtěl odpovědět pilotní projekt Ústavu lékového průvodce. Projekt byl rozdělen do dvou fází: první bylo dotazníkové šetření a druhou „audit“ týmu klinických farmaceutů přímo v domovech nad zdravotnickou dokumentací jednotlivých klientů.

Do projektu se v dotazníkovém šetření zapojilo sedm zařízení, která jsou registrována k poskytování sociálních služeb jako domovy seniorů. Kritériem pro výběr byla ochota jejich vedení a ošetrovatelského personálu se do projektu zapojit, domovům byla poskytnuta plná anonymita. Vyhodnocení dat z dotazníků, která popisovala situaci 859 klientů, ukázalo na obecné a často systémové problémy v péči o cílovou skupinu multimorbidních seniorů v průměrném věku 81,6 roku, kdy 99 procent těchto klientů užívalo léky.

Data ukazují na velké množství farmak, která klienti užívají. Průměrný počet léků je šest na předpis lékaře. Pouze sedm procent klientů má léky u sebe a užívá je samostatně. Zbytek klientů je zcela či převážně závislý na pomoci personálu při užívání léků (např. vlivem demence).

Psychofarmaka užívá 71 procent klientů ve vzorku, přitom psychiatr dochází do zařízení maximálně jednou měsíčně. U více než 16 procent klientů nebyla jejich farmakoterapie revidována lékařem delší dobu než tři měsíce, u téměř pěti procent déle než rok.

Kromě dat týkajících se léků tým zaznamenal skutečnosti, které ukazují na vážné systémové problémy spojené zejména s nedostatečnou dostupností praktického lékaře a zdravotních sester. Role praktických lékařů v domovech pro seniory je často

nedostačující. V jednom zařízení mají například 200 klientů (včetně těch vyžadujících zvýšenou péči), ale lékař je navštěvuje pouze dvakrát týdně po dvou hodinách.

Časté jsou případy, kdy je velmi obtížné pro praktického lékaře „ukočirovat“ předepisování léků, když je senior v péči několika specialistů. Nejčastějšími specialisty jsou diabetolog-internista, psychiatr, urolog, neurolog a kardiolog.

Dvě hodiny týdně na 150 klientů

V zařízení sociálních služeb může praktický lékař působit na smlouvu jako zaměstnanec, který provádí pravidelně vizity. V praxi mnoho zařízení na takovou pozici nemá finanční prostředky a v našem vzorku nemělo „vlastního“ lékaře ani jedno zařízení. Častěji má praktický lékař či více lékařů klienty domova pro seniory registrované v rámci kapitační platby a docházejí do zařízení.

Tato varianta klade vysoké profesionální nároky na střední zdravotnický personál, který musí rozhodnout, zda klienta doporučí ke „zhlédnutí“ lékařem, či nikoli. Některá zařízení mají velký problém praktika vůbec najít. Lékaři dokonce hovoří o zoufalých telefonátech i ze vzdálených domovů pro seniory, které potřebují praktika „pro 150 klientů na dvě hodiny týdně“.

Hlavní roli koordinátora péče či toho, kdo indikuje ke „zhlédnutí“ klienta lékařem a také k předepisování léků, mají zdravotní sestry, jejichž počet v zařízeních sociálních služeb stále klesá. Domovy pro seniory se totiž potýkají s problémem, jak je zaplatit. Setkali jsme se s případem, kdy jedna zdravotní sestra měla v noci odpovědnost za 177 klientů!

Sehnat lékaře, který by docházel v odpoledních hodinách či o víkendech, je téměř nemožné. Jak vyplývá z dat Všeobecné zdravotní pojišťovny, návštěvní služba praktických lékařů v posledních letech obecně prudce klesá ve všech regionech. Proto střední zdravotnický perso-

nál v těchto hodinách volá raději záchranku, což má neblahý dopad jak na klienty, tak na finanční náklady systému veřejného zdravotního pojištění. Příмым důsledkem je zároveň to, že jsou přeplněna interní a jiná oddělení akutní péče v nemocnicích. Pro některé nemocnice, které se také potýkají s nedostatkem personálu, to už nyní představuje vážný problém.

Obecně jsou na střední zdravotnický personál v domovech pro seniory kladeny vysoké nároky. Musí dodržovat všechny standardy, pravidla vykazování, administrativu a současně si uvědomují systémové problémy a nedostatky v řízení a financování péče o seniory ve svých zařízeních. Často musí rozhodovat o zdravotním stavu těžce multimorbidních klientů, což by vůbec nemělo spadat do jejich kompetence. Je to však každodenní realita, přičemž jejich práce je navíc dlouhodobě finančně podhodnocena.

Čtyři stateční

Geriatr, který by měl být součástí primární péče o křehké seniory, je v některých oblastech naprosto nedostupný. Nelze předpokládat, že se situace zlepší, když i v nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, je geriatr řazen do skupiny 4, respektive 5 (spolu s dalšími velice specializovanými obory) s dojezdovou vzdáleností 120 minut. Podle navržené novely Zákona 95/2004 o specializačním vzdělávání lékařů je navíc tento obor nově navrhován k vyřazení ze základního kmene.

Zřejmě velmi problematická je v mnoha ústavech sociální péče dostupnost psychiatrické péče a práce s psychofarmaky. Leckde je obtížné psychiatrické konsilium vůbec zajistit, jinde přijíždí psychiatr striktně jen ve zjevně nedostatečné frekvenci, takže psychofarmaka nejsou vyladěna, neřeší se jejich nežádoucí účinky včetně přetlumení, poruch pohybu a dalších. Tento nepříznivý stav má hluboké kořeny a příčiny spočívají

v ostudném odkládání řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče.

Všem zařízením, která se zúčastnila dotazníkového šetření, Ústav lékového průvodce nabídl audit farmakoterapie jednotlivých klientů. Pouze čtyři z těchto zařízení se rozhodla podstoupit audit, který z jejich strany vyžadoval součinnost a práci navíc (podpisy informovaných souhlasů od klientů či rodin, dohoda s předepisujícím lékařem, příprava základních informací o klientech a také spolupráce při auditu). U tří byl proveden. Ostatní zařízení se rozhodla nepokračovat v projektu. Nejčastějšími důvody byly časová náročnost, změna ve vedení domova či odmítnutí součinnosti ze strany praktického lékaře.

Samotný audit probíhal v každém zařízení dva až tři dny a byl zahájen schůzkou týmu klinických farmaceutů s vedením domova, vrchní sestrou a praktickým lékařem, který má klienty domova „v kapitaci“. Přímo na auditu aktivně na místě spolupracovala pouze jedna praktická lékařka. Schůzka sloužila hlavně k výměně informací.

Kliničtí farmaceuti následně posuzovali účelnost a bezpečnost farmakoterapie na základě informací připravených ošetřujícím personálem o jednotlivých klientech a na základě studia ošetřovatelské a lékařské dokumentace. Existovala možnost kon-

zultovat nejasnosti a klást otázky buď ošetřovatelskému personálu, nebo přímo lékařům (častěji telefonicky). Následovalo vypracování klinických doporučení ze strany farmaceutického týmu pro ošetřujícího lékaře a ošetřovatelský personál a jejich předání lékaři či ošetřujícímu týmu.

Ohrožená skupina

Celkem bylo „auditováno“ 151 klientů v průměrném věku 82 let. Bylo vyhotoveno 378 doporučení, což je průměrně 2,5 doporučení na jednoho klienta. Nalezené lékové problémy byly tříděny podle takzvané mezinárodní klasifikace DRP (Drug Related Problems) tak, aby umožnily další statistické zpracování a mezinárodní srovnávání s již publikovanými daty (viz Jak dopadl audit).

V rámci pilotního projektu nelze hovořit o reprezentativnosti dat, a to zejména z následujících důvodů. Počet a výběr zařízení doporučených prostřednictvím platformy A-Forum, sdružující asi 50 pobytových zařízení pro seniory, byl vázán na ochotu zařízení spolupracovat a poskytnout údaje. Lze se důvodně domnívat, že tato zařízení patří k těm lepším v oboru, která nemají co skrývat, jsou registrovaná, mají standardy sociální péče, chtějí péči poskytovat co nejlépe, mají více či méně efektivně nastavenou spolupráci s praktickými lékaři a jejich managementy jsou otevřeny

odborné spolupráci a zlepšování služeb, které poskytují.

Výběr klientů, kteří byli „auditováni“ (jejich léková preskripce prošla hodnocením klinických farmaceutů), nebyl náhodný. Pouze v prvním zařízení se účastnili všichni klienti, kteří poskytli informovaný souhlas. Dvě zařízení měla více než 150 klientů, což by z kapacitních důvodů týmu bylo nemožné hodnotit. Proto jsme výběr ponechali na zvážení ošetřovatelského personálu. Předpokládali jsme, že k auditu doporučí klienty, jejichž stav to vyžaduje, ale není zcela jisté, že se záměr naplnil.

Výsledky projektu přes všechna metodologická úskalí ukazují, že senioři v zařízeních sociálních služeb jsou ohroženou skupinou, pokud jde o účelné, efektivní a bezpečné předepisování a podávání léků. Důvodem je nejen samotný zdravotní stav a potřeba odborné zdravotní péče, ale zejména organizace a přístup k této zdravotní péči. Úloha praktického lékaře jako koordinátora je nezastupitelná a v dosavadním nastavení systému se jeví jako nedostatečná.

Možností se jeví nějaká forma zapojení klinického farmaceuta do multidisciplinárního týmu péče v domovech, například formou konzultací. Ústav lékového průvodce přesto považuje projekt za natolik potřebný, že se rozhodl pokračovat v něm nadále.

JAK DOPADL AUDIT (Co kliničtí terapeuti zjistili po studiu zkoumaného vzorku pacientů)

Doporučili laboratorní vyšetření (např. z důvodu rozvoje nežádoucího účinku, nejistoty nad stavem vylučovacích orgánů, přetrvávajícího důvodu pro indikaci léku)	24,5 %
Odhalili vysokou dávku LP vzhledem k věku či stavu vylučovacích orgánů	18,5 %
Detekovali účinnou látku nevhodnou vzhledem k věku pacienta	13,9 %
Účinná látka neodpovídala diagnóze/komorbiditám	15,2 %
Indikace byla nejasná, neboť z dokumentace nebylo zřejmé, proč pacient lék užívá	13,9 %
Chybné načasování podávání léku	13,2 %
Zbytnou indikaci	10,6 %
Chybějící léčivo vzhledem k diagnóze a aktuálnímu zdravotnímu stavu	17,2 %
Provázanost mezi nevhodným lékem ve stáří, vysokou dávkou a manifestovaným rozvojem nežádoucích účinků	13,2 %
Lékové interakce	6,6 %
Duplicity	4 %

Zdroj: ÚLP

Za stejné peníze více léčených



Náklady na biologické léky patří k nejrychleji rostoucím položkám ve zdravotně pojistném plánu VZP. Strmě totiž roste počet pacientů, kteří je využívají.

Petr Honěk, náměstek ředitele VZP ČR pro zdravotní péči

Biologická léčba přinesla v řadě diagnóz zlepšení léčebných možností a pro pacienty delší a kvalitnější život. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) vydává přes osm miliard korun ročně za biologické léky směřované do center specializované péče.

Objem péče narostl z několika málo přípravků před deseti lety na celkem 162 léčivých přípravků v loňském roce. Klientům VZP jsou předepisovány v 55 zařízeních – převážně fakultních nemocnicích, velkých krajských nemocnicích a specializovaných ústavech či ordinacích.

Náklady na biologické léky patří k nejrychleji rostoucím položkám ve zdravotně pojistném plánu. Zatímco objemově nejnákladnější segmenty nemocnic a ambulantních specialistů kopírují svým růstem vzestup hrubého domácího produktu a náklady na ně rostou u pojišťoven přibližně tříprocentním tempem, růst nákladů na biologickou léčbu atakuje deseti-procentní hranici.

Významné jsou i nárůsty v počtech pacientů. Zatímco například u roztroušené sklerózy jich v roce 2009 bylo 3 500, loni se jejich počet vyšplhal téměř na šest tisíc. Stejně nárůsty vykazují další chronické onemocnění – revmatoidní artritida. V případě této choroby se v roce 2009 biologická léčba dostala k 800 klientům VZP, o šest let později to ale byl už téměř dvojnásobek.

Rozšíření moderních přípravků na chronické nemoci pro více pacientů záleží na vstupu levnějších kopií originálních přípravků

Přestože Česká republika v rámci regionu střední a východní Evropy patří k zemím s velmi dobrým přístupem pacientů k moderním preparátům, situace by mohla být lepší. Nemocní se dvěma zmiňovanými diagnózami by se mohli dostat k léčbě ve dřívějších stádiích a jistě by

z toho profitovali. Vše ovšem naráží jednak na ekonomické možnosti a jednak na skutečnost, že již dnes náklady na tyto léky rostou nejrychleji ze všech zdravotních služeb.

Biosimilární přípravky snižují cenu

Rozšíření moderních přípravků na chronické nemoci pro více pacientů záleží na vstupu levnějších kopií originálních přípravků. V případě biologických léků se jim říká biosimilars. Jejich vstup provázela před pár lety určitá opatrnost, dnes lékaři sahají k biosimilars stále častěji.

Tyto léky mají stejnou účinnost i bezpečnost jako originály. A co více, i velké společnosti jako Sanofi nebo největší producent originálních biologických léčiv na světě – společnost Amgen – začínají budovat svoje divize zabývající se výrobou biosimilárních přípravků.

Tyto nadnárodní korporace si v žádném případě nemohou dovolit

dělat jakékoliv kompromisy z hlediska kvality, a ohrožit tak svoje pacienty a sekundárně sebe jakýmkoliv skandálem.

Pohled plátce je jasný. Vstup biosimilárních léčiv znamená tlak na snížení ceny. Běžně tak postupují pojišťovny v západní Evropě a VZP se bude chovat stejně. Jinými slovy – za stejné peníze bude možné léčit daleko větší počet pacientů. Je to obdobné jako při vstupu generik v sedmdesátých letech minulého století. Počáteční obavy vystřídal vznik propracovaného průmyslu, který zpřístupňuje moderní léčbu většímu počtu pacientů.

Příkladem mohou být jedny z nejmásověji používaných léků, statiny, na léčbu vysokého cholesterolu. Na český trh vstupovaly v druhé polovině devadesátých let. Denní dávka tehdy stála více než 40 korun a statiny se léčilo pár tisíc pacientů. Dnes jsou to statisíce lidí a denní dávka stojí 2,20 Kč. A to také díky tlaku VZP na výrobce.

BIOLOGICKÁ LÉČBA KLIENTŮ VZP

	počet pacientů	náklady v mld. Kč
2010	17 871	4,217
2011	19 085	5,162
2012	20 136	5,517
2013	21 358	6,554
2014	23 473	7,470
2015	26 114	7,710
2016	?	8,500

S biosimilars se budeme potkávat více a více. V příštích dvou letech vyprší patent jednomu z nejpoužívanějších biologických léků v revmatologii a dvěma v onkologických diagnózách – na rakovinu prsu a tlustého střeva.

To je šance, že náklady na léčbu těchto nemocí neporostou tak rychle a že se ještě více pacientů v revmatologii, s roztroušenou sklerózou či třeba s cukrovkou dostane k nejmodernější léčbě. A to je dobrá zpráva.



Správný lék znamená výrazný rozdíl



Hlavním pojmem spojeným s problematikou stárnutí populace je takzvaná zdravá délka života. Inovativní léky ji však dokážou prodloužit.

Jakub Dvořáček, výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu

Regulátoři i plátcí mají v Česku i dalších vyspělých zemích pocit, že výdaje na léky nekontrolovaně rostou. Růst výdajů nicméně podle Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) dokazuje, že se Česká republika dostává na evropskou úroveň a jde cestou efektivního zdravotnictví.

Inovativní léky jsou totiž schopné usnadnit pacientům život v jiných rovinách. Za prvé je většina biologických léků vázána na biomarker (genetickou informaci), takže jsou přípravky mnohem šetrnější. Lékař nemusí experimentovat a ví od samého počátku léčby, že přípravek bude na pacientovy potíže účinkovat.

Reakce pacienta na lék je mnohem lepší než u klasické léčby, zkracuje se hospitalizace a pacient má šanci zapojit se zpátky do společnosti. Není tudíž závislý na systému zdravot-

nictví. Inovativní léčba má obrovské úspěchy v neurologii či onkologii, AIDS je dnes chronickým onemocněním s vysokou kvalitou života, přičemž během léčby nemocný normálně pracuje a funguje.

Stěžejním pojmem spojeným s problematikou stárnutí populace je takzvaná zdravá délka života. Tento ukazatel Světové zdravotnické organizace vypovídá o počtu let, jichž se osoba ve věku 60 let může dožít bez vážnějších zdravotních omezení. Zdravá délka života českých mužů činí 13,5 roku, čímž se Česko řadí v Evropské unii na chvost. Horšího údaje dosáhlo ve stejné kategorii pouze Slovensko.

Při řešení problematiky stárnutí populace může sehrát klíčovou roli právě inovativní medicína. Inovativní léky v minulosti představovaly klíčové řešení v dosud neprobádaných oblas-

tech a stejně tomu bude i v budoucnu. Přispěly ke snížení úmrtnosti, při léčbě rakoviny hrají klíčovou roli a prodlužují střední délku života.

V letech 2000 až 2009 se střední délka života ve 30 zemích Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj prodloužila o 1,74 roku. Odhaduje se, že inovativní léky měly na tomto zlepšení 73procentní podíl.

Další faktory, jako například příjem, vzdělání, očkování, snížení rizikových faktorů a přístup ke zdravotní péči, se podílely na výsledku 27 procenty.

Nesprávný přístup vyjde draho

Ve stádiu vývoje je v současnosti asi 16 tisíc látek, přičemž více než 80 procent klinických studií se zaměřuje na degenerativní onemocnění, nepřenosné choroby a rakovinu.

Vedle zdravotního stavu představuje dodržování správného postupu při léčbě určené lékařem hlavní výzvu pro mnoho zdravotnických systémů. Odhaduje se, že nesprávný přístup k léčbě stojí vlády Evropské unie 125 miliard eur ročně.

Průmysl nadále investuje do inovativních perorálních přípravků dle preferencí pacientů. Sociální média a stoupající počet pacientů s připojením na internet otevírají nové možnosti pro podporu pacientů a lékařů. Moderní biologická léčba dává naději pacientům s roztroušenou sklerózou.

Starší léčebné metody uplatňované u pacientů s roztroušenou sklerózou nedokázaly průběh této nemoci zpomalit. Výsledky dlouhodobých studií prováděných za posledních 15 let ale prokázaly, že moderní biologická léčba zásadně zlepšuje stav těchto pacientů, zvyšuje jejich kvalitu života, umožňuje nemocným zachovat si aktivní životní styl a zároveň snižuje jejich pracovní neschopnost. Včasné zahájení léčby moderními léky dokáže významně omezit rozvoj onemocnění.

Dlouhodobé studie potvrzují, že včasné zahájení léčby je klíčem k úspěchu. Riziko progresu onemocnění se snižuje, pokud terapie začne v prvním roce od výskytu počátečních příznaků onemocnění. Příchod moderní biologické léčby

změnil přirozený průběh roztroušené sklerózy a pacientům dává mnohem větší naději na zachování aktivního životního stylu a práce schopnosti.

Objevují se nové léky, které umožňují agresivní terapii s časným začátkem a následnou několika-
stupňovou eskalací, pokud předchází lék nedokáže aktivitu onemocnění dostatečně utlumit.

Výhody biologické léčby

Situace je v případě českých žen podobná. Jejich zdravá délka života je totiž stejně jako u mužů nižší než v Unii. České ženy pravděpodobně tráví poslední roky života se zdravotními komplikacemi a vzhledem k tomu, že tuzemská populace zatím nedosahuje průměrné délky života jako vyspělé země EU, je prakticky jisté, že se tato situace bude nadále zhoršovat. Je proto nutné se jí cíleně zabývat.

Pokud bychom porovnali průměrnou zdravou délku života pro ženy a muže v Česku, zjistíme, že rozdíl průměrné délky života mezi mužem a ženou činí 6,5 roku ve prospěch žen, ale rozdíl v letech prožitých ve zdraví jen 3,5 roku (zdravá délka života).

V roce 2014 probíhala v Česku studie, která se zaměřovala na porovnání zdravotního stavu pacientů trpících revmatoidní a psoriatickou artritidou, psoriázou nebo ankylozující

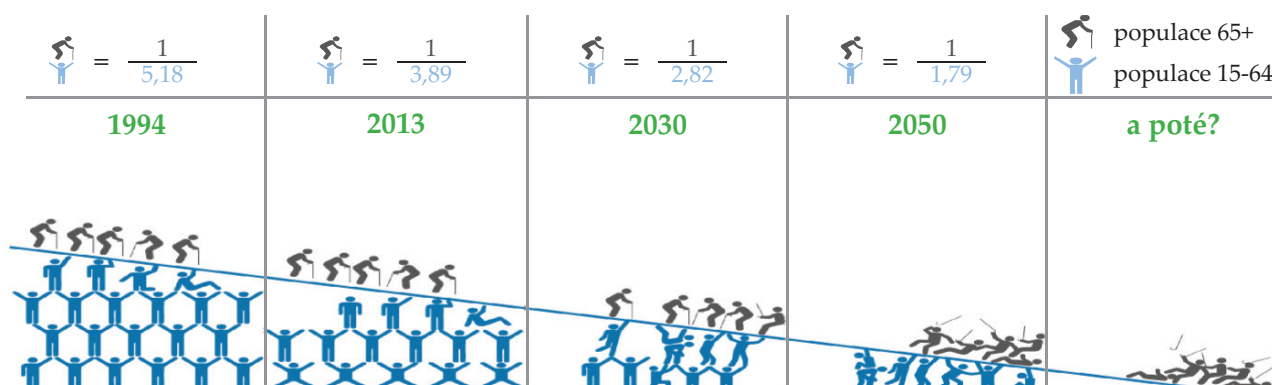
spondylitidou. V průběhu studie byla u pacientů zahájena biologická léčba. Výzkumu se účastnilo 53 pacientů z 11 specializovaných ambulancí dermatologů a revmatologů, přičemž někteří z nich trpěli současně více chorobami.

U pacientů s revmatoidní artritidou bylo po nasazení biologické léčby zaznamenáno výrazné snížení aktivity onemocnění. Tyto osoby měly možnost posoudit svůj zdravotní stav před a po změně léčby a všichni z dotazovaných se shodují, že kvalita jejich života se zlepšila. Závažnost onemocnění pacientů trpících psoriatickou artritidou se v průběhu studie značně snížila. V době, kdy tito pacienti neužívali biologickou léčbu, uváděli, že jejich onemocnění má až extrémní vliv na jejich kvalitu života. Již po třech měsících biologické léčby tito pacienti pocítovali zlepšení svého zdravotního stavu.

V případě pacientů s psoriázou byly po zahájení biologické léčby také zaznamenány výrazné rozdíly. Vliv nemoci na kvalitu života se snížil u všech zkoumaných a onemocnění postihovalo menší oblast těla ve srovnání s předchozím stavem.

Původně zasahovala psoriáza v průměru 24 procent těla pacientů, po zahájení léčby pak jen sedm procent. Z výše uvedeného je zřejmé, že biologická léčba zvyšuje kvalitu života pacientů napříč diagnózami.

NEJISTÁ BUDOUCNOST PRO OBĚ GENERACE (očekávaný vývoj poměru mladých vůči starým)



DM² ve skupině EUC



Platforma eVito propojuje péči o chronicky nemocné, vzdělává pacienty a přitom šetří čas ordinacím.

Jan Hůlek, ředitel pro vnější vztahy EUC

Některé názvy mají u nás smůlu. Řízená péče je jedním z nich. Vyvolala očekávání, ale zároveň odpor, takže je to dnes téměř „nepřátelský“ pojem. Disease management zatím nemá v českém označení moc velké konotace a taky s ním není příliš praktických zkušeností.

My ve skupině EUC jsme s ním ale už začali a jako první diagnózu jsme vybrali diabetes mellitus.

K přesvědčení, že management chronických nemocí je receptem na hrozící velké problémy nejen českého zdravotnictví, mě vedou tři důvody.

1. Osobní zkušenost. Již od roku 2001 zdravotnická zařízení, v nichž působím (původně Kardia, která je nyní součástí skupiny EUC), provádějí skutečné pracovně-lékařské prohlídky. Děláme jich desítky tisíc ročně a díky tomu máme reálný obrázek jak o zdravotním stavu obyvatelstva, tak přehled o běžné zdravotní péči. V rámci pracovně lékař-

ských služeb (PLS) zaznamenáváme hraniční hodnoty ve velkém měřítku a nekompenzované diabetiky musíme vyřazovat z pracovního procesu. Jsem přesvědčen, že v Česku centrová péče funguje dobře, ale pokulháváme v péči o chronické pacienty.

Náš DM program je založený na definici rolí Klinického centra, Koordinujícího poskytovatele a Centra aktivní podpory zdraví. Důležitý je skutečně individualizovaný léčebný plán

2. Řízenou zdravotní péči jako koncept jsem znal ze zahraničí. Viděl jsem v tom velkou příležitost. Skupina EUC byla partnerem letošního International Health Summitu (IHS) v Praze. Přípravy na IHS a zejména vystoupení během konference – inspirace od našich kolegů z Velké Británie, Slovenska i Izraele – nás

posunuly zase o kus dál. K tomu přibyla praktická zkušenost s chodem našich ordinací po celé České republice. Ve chvíli, kdy se v Česku začalo mluvit o farmaceuticko-nákladových skupinách (Pharmacy-based Cost Groups, PCG), a po reálných epidemiologických poznatcích ze screeningu metabolického syndromu jsme v EUC vytušili, že diabetes mellitus bude velký problém českého zdravotnictví a má cenu se na něj soustředit. Bylo tedy jasné, že musíme začít pracovat na programu řízené péče pro diabetické pacienty.

3. EUC si jako partnera pro e-Health vybralo v roce 2015 telemedicínskou platformu eVito. Původně byla zaměřena na vzdálený monitoring zdravotních parametrů, jež jsme dokázali u uživatelů různých skupin monitorovat. Nejvíce jsme si sledování vyzkoušeli na vzorku pacientů s problémy s příjmem a výdejem energie. Prostě eVito si našli především ti, kteří chtěli zhubnout. Dnes v platformě eVito přibýly další funk-

ce a služby. Propojuje péči o chronicky nemocné, edukuje pacienty a přitom šetří čas ordinacím. eVito je dnes skutečné Centrum aktivní podpory zdraví.

Jaká je realita v ambulantní péči a co je klíčové? Někteří praktičtí lékaři, přes existující úhradový mechanismus, péči o prediabetiky neřeší. A eVito to díky svému programu disease managementu (DM) může změnit a pomoci lékařům i pacientům.

Náš DM program je založený na definici rolí Klinického centra, Koordinujícího poskytovatele a Centra aktivní podpory zdraví. Důležitý je skutečně individualizovaný léčebný plán, který lze sledovat a průběžně hodnotit.

Na začátku procesu je aktivní depistáž, kdy praktičtí lékaři vyhledávají mezi svými pacienty potenciální diabetiky a prediabetiky. Poté dochází na rizikovou stratifikaci pacientů a tvorbu individuálních léčebných plánů, rozdělení kompetencí mezi praktickým lékařem a diabetologem v rámci následné dispensární péče u každého pacienta zařazeného do programu.

Aby pacient prošel vším, čím by měl v rámci klinického protokolu projít, znamená to pro doktora nárůst práce. V eVitu jsme se zaměřili na to, abychom zjednodušili a odbremenili práci, kterou ordinace mají s DM programem, a abychom vedli pacienta k samoléčbě. Pomáháme mu ve zvládnání nemoci. Proto jsme eVito doplnili o další funkci – výchovu a vzdělávání prediabetického a diabetického pacienta.

V DM programu, do něhož je lékař zapojen, za něj eVito může dělat to, na co z časových důvodů není prostor. S eVitem by tedy práce v ordinaci mělo ubývat.

K čemu je eVito pacientům? V mezidobí mezi návštěvami ordinace (diabetik jednou za 3 měsíce, prediabetik jednou za 6 měsíců), kdy lékař pacienta nevidí, stará se o něj eVito. Podporuje pacienta v samoléčbě: edukuje, vede k dodržování

režimových opatření, k selfmonitoringu hladiny cukru v krvi, učí vidět stav kompenzace cukrovky a dopad dodržování léčebného protokolu v souvislostech.

U chronických chorob léčených ambulantně platí, že když má pacient chuť žít a s nemocí se poprat, výsledek je lepší. A je jedno, jestli jde o pacienta, který chce za lékaře partnera, o své zdraví se zajímá a na internetu sleduje nejnovější trendy, nebo je to pacient plně se podrobující medicínské autoritě. Vůle něco s nemocí udělat je dobrá pro něj, pro okolí, pro všechny.

Žádný lékař nemůže být s pacientem 24 hodin a to, jak se pacient chová mezi návštěvami, má zásadní dopad na jeho zdraví. Cílem je vytvořit prostředí, které vede pacienta a pomáhá mu být spoluhráčem proti jeho nemoci.

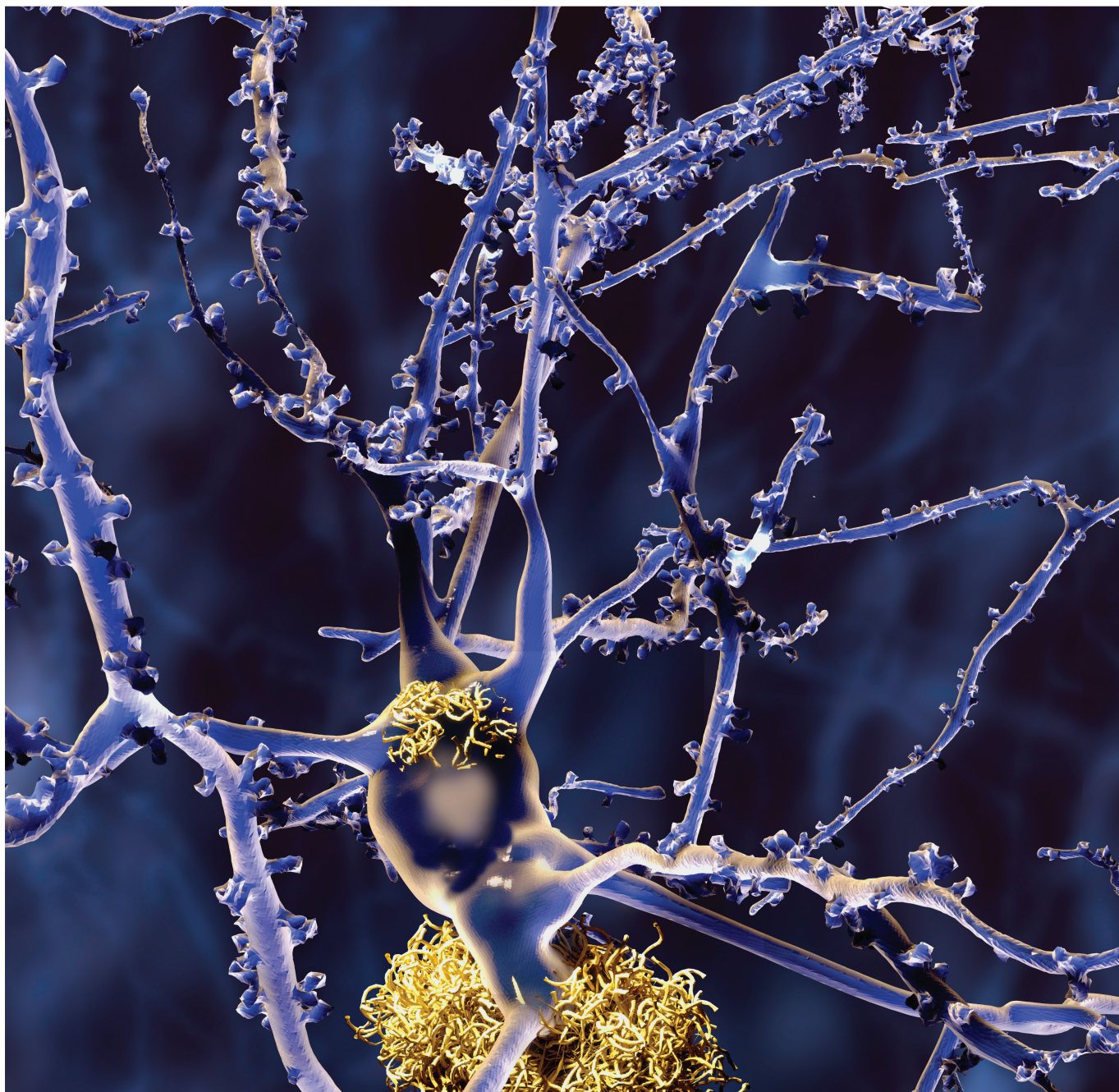
Co pro nás v EUC bude úspěch? Pokud praktičtí lékaři zapojení v našem DM programu udělají maximum pro vyhledávání rizikových pacientů, tyto pacienti se dostaví na kontrolu a budou následovat pokyny praktického lékaře a platformy eVito, je vysoce pravděpodobné, že se v horizontu několika let znatelně sníží preventabilní komplikace diabetu. Bude třeba méně uříznutých nohou.

Zkušenosti z Izraele popsala Rachelle Kaye z pojišťovny Maccabi na IHS v přednášce o významu propojené elektronické zdravotní dokumentace v managementu péče (více na str. 67 této publikace). Začali s ní už v roce 1991, počítačové „době kamenné“, a nyní jsou v tomto systému zapojeny všechny ambulance.

Výhoda systému je i to, že pacient má přístup do online portálu, kde vidí všechny informace o svém zdravotním stavu. Výhoda pro lékaře je nižší administrativa. Výhoda pro celou společnost? Méně těžkých diabetiků s vážnými zdravotními problémy, což jsou velmi drazí pacienti.

To vše nás nasměrovalo k zavedení programu disease managementu. Tomu věříme.





Chronické nemoci: problémy pro celý svět

Výběr z přednášek z 8. ročníku Prague International Health Summit, který pořádal Advance Healthcare Management Institute ve dnech 19. až 21. května 2016.



Zátěž chronických nemocí na systémy v Evropě

ANNE JOHANSEN,
SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, DÁNSKO

Přibližně 92 procent úmrtí nastává ve střední Evropě podle dat z roku 2013 v důsledku neinfekčních chronických onemocnění. Stěžejní podíl na nich mají kardiovaskulární choroby a různé druhy nádorových onemocnění. Totéž platí pro léta života ztracená v důsledku nezpůsobilosti (Disability-Adjusted Life Years, DALY), byť zastoupení kardiovaskulárních chorob je v tomto případě o něco nižší.

Od roku 2000 dochází v celé Evropě k poklesu předčasných úmrtí v důsledku neinfekčních chronických chorob. Vyjádřeno v absolutních číslech, největší úbytek těchto úmrtí byl zaznamenán ve Společenství nezávislých států zahrnující devět z bývalých patnácti republik Sovětského svazu. Přesto tam nadále zůstává nejvyšší míra předčasných úmrtí v důsledku neinfekčních nemocí.

V souvislosti s tím se prodlužuje střední délka života. V zemích Evropské unie naděje dožití v roce 2013 těsně přesahovala hranici 76 let, přičemž v České republice se pohybovala nad 78 roky. Pokud bychom ale vzali v potaz pouze země Unie před rozšířením v roce 2004, střední délka života se v nich blíží 80 letům.

Hlavním viníkem rozdílů mezi jednotlivými zeměmi jsou právě kardiovaskulární choroby. Pojdme se nyní podrobně podívat, proč představují takovou zátěž. Nejde přitom pouze o předčasná úmrtí, ale také o morbiditu a léta života ztracená v důsledku nezpůsobilosti.

První věc, kterou si musíme uvědomit, je, že existuje poměrně vysoká prevalence neinfekčních chronických chorob. Skupina lidí s těmito nemocemi se navíc stále zvětšuje. Mezi hlavní příčiny vysoké prevalence patří velké rozšíření rizikových faktorů, mimo jiné značná spotřeba tabáku a ve střední Evropě zejména alkoholu. Dalšími z faktorů jsou nevhodná strava a to, že lidé nejsou příliš tělesně aktivní, vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, vysoký index tělesné hmotnosti či vysoká hladina glukózy v plazmě nalačno.

Všechny tyto faktory se podílejí na úmrtích a ztracených letech života (YLL) přibližně ze 70 procent. Pokud se zaměříme na roky života se zdravotním omezením

(YLD), podíl rizikových faktorů činí 25 procent a léta života ztracená v důsledku nezpůsobilosti (DALY) ovlivňuje z 50 procent.

Rizikový životní styl

Ve střední Evropě jsou mezi hlavními pěti faktory rizika související s nesprávným stravováním, vysoký krevní tlak, konzumace tabáku, vysoký index tělesné hmotnosti a spotřeba alkoholu. Rizikové faktory vyplývající z nezdravého životního stylu ovlivňují v tomto regionu léta života ztracená v důsledku nezpůsobilosti z 38 procent, což je dokonce víc než faktory spojené s metabolickými poruchami. V České republice žijí s nadváhou dvě třetiny obyvatel a jedna čtvrtina je obézní.

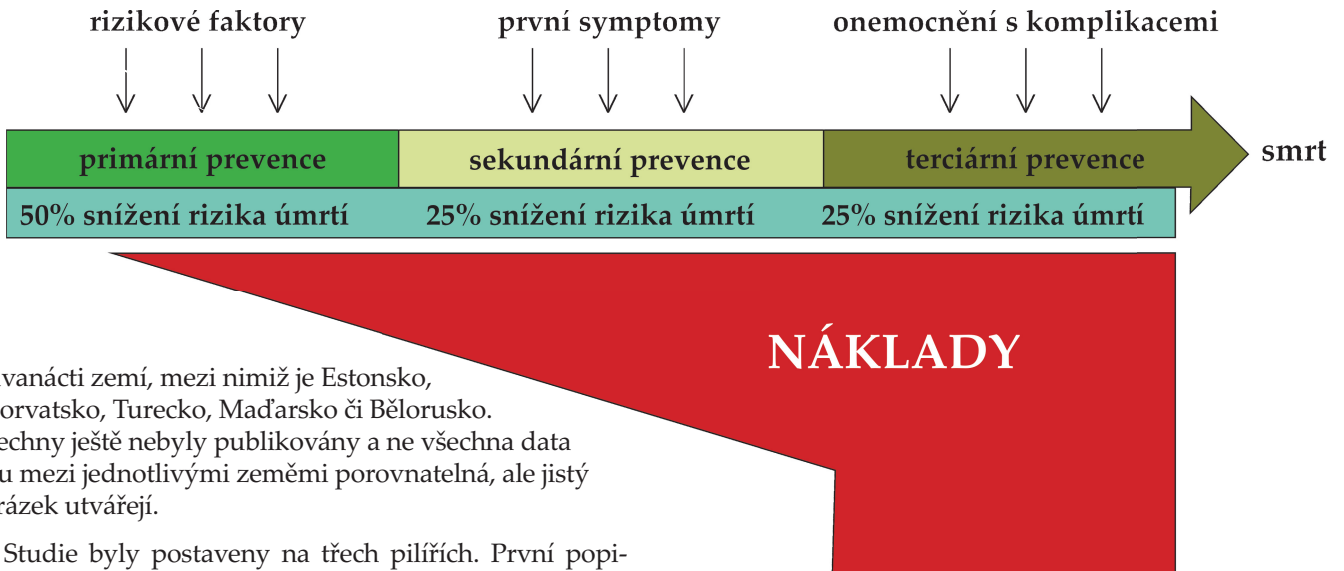
Vysokou míru předčasné morbidity a mortality má na svědomí skutečnost, že chronická onemocnění často nejsou dlouho diagnostikována. A i když se tak nakonec stane, nejsou v mnoha případech odpovídajícím způsobem léčena nebo nejsou správně léčeny akutní komplikace. Problémem nicméně bývá i nevhodná rehabilitace poté, co proběhly akutní komplikace. Nedostatky tak vykazují celý proces od diagnózy přes léčbu až po rehabilitaci.

Bohužel nemáme k dispozici mnoho dat, na jejichž základě bychom mohli porovnat situaci v jednotlivých zemích. Z nedávné studie Světové banky týkající se léčby vysokého krevního tlaku nicméně vyplývá, že ve Spojených státech byla hypertenze diagnostikována u 83 procent pacientů ve vzorku, u 79 procent byla léčena a u 65 procent byl vysoký tlak na konci studie pod kontrolou.

Oproti tomu ve Velké Británii čísla dosahovala 66, 54 a 28 procent, a v Rumunsku dokonce 44, 39 a pouhých 8 procent. Ve většině sledovaných zemí přitom léčíme pouze dvacet až padesát procent těch, jimž byla hypertenze diagnostikována.

Objevuje se čím dál více důkazů, jak se zdravotnictví daří či spíše nedaří zvládat neinfekční chronická onemocnění. Mezioborový tým Světové zdravotnické organizace (WHO) tuto oblast zkoumal a vypracoval studie

JAK SE ZVYŠUJÍ NÁKLADY NA LÉČENÍ NEPŘENOSNÝCH CHRONICKÝCH CHOROB



z dvanácti zemí, mezi nimiž je Estonsko, Chorvatsko, Turecko, Maďarsko či Bělorusko. Všechny ještě nebyly publikovány a ne všechna data jsou mezi jednotlivými zeměmi porovnatelná, ale jistý obrázek utvářejí.

Studie byly postaveny na třech pilířích. První popisoval situaci v oblasti neinfekčních chronických onemocnění v dané zemi a současné trendy. Druhý se věnoval službám, které se s těmito chorobami pojí. A třetí pojmenovával výzvy, které neinfekční chronické nemoci představují pro zdravotnictví jednotlivých zemí. Pokud vás studie zajímají podrobněji, najdete je na internetových stránkách Světové zdravotnické organizace.

Čím dřívější léčba, tím lépe

WHO na roky 2013 až 2020 vypracovala globální plán pro prevenci a léčbu neinfekčních chronických onemocnění. Jeho cílem je 25procentní snížení předčasné úmrtnosti ovlivněné těmito chorobami do roku 2025. Zúčastněné země v roce 2013 přistoupily na to, že budou ve svých zdravotních systémech sledovat 25 vybraných ukazatelů. A shodly se na dosažení devíti dílčích cílů.

Hlavní cílem je zmíněné snížení rizika předčasného úmrtí v důsledku kardiovaskulárních, nádorových a chronických onemocnění dýchacích cest stejně jako diabetu o 25 procent. Důležité je rovněž dosáhnout toho, aby nejméně pro 80 procent pacientů s neinfekčním chronickým onemocněním byly dostupné základní léky (včetně generických) a technologie potřebné k léčbě. A aby minimálně 50 procent lidí ohrožených infarktem myokardu dostávalo odpovídající léky.

Dalšími cíli globálního plánu je o 30 procent oproti stavu v roce 2013 snížit spotřebu tabáku. O 10 procent by se měla snížit škodlivá konzumace alkoholu. Měl by se zastavit nárůst obezity a diabetu v populaci. Prevalence nedostatečné fyzické aktivity mezi lidmi by měla klesnout o 10 procent a o čtvrtinu by se mělo rovněž snížit rozšíření hypertenze v populaci. Pro region střední Evropy nicméně tyto cíle nejsou dostatečně ambiciózní.

Zdravotnické systémy by se měly soustředit na snížení prevalence neinfekčních chronických chorob, což spočívá

v omezení rizikových faktorů. A to jak těch vyplývajících z nesprávného životního stylu, tak metabolických. Druhým neméně podstatným krokem je včasná diagnostika těchto onemocnění, vhodnější léčba i řízení péče a konečně zlepšená rehabilitace. V Kazachstánu se například podle zjištění studie WHO polovina lidí, kteří utrpěli infarkt či cévní mozkovou příhodu, nevrátila do pracovního procesu, což znamená značnou ztrátu produktivity.

Náklady na léčbu úzce souvisejí se stádiem, v nichž se chronické onemocnění podchytí. Obecně platí, že čím včasější diagnostika, tím nižší náklady pro ekonomiku dané země – a to jak přímé v podobě nákladů zdravotního systému, tak nepřímé v podobě například snížení produktivity či ušlých daní.

Musíme dělat věci zcela jinak. Pacienti si musí uvědomit, že za svůj zdravotní stav nesou plnou odpovědnost především oni sami. Lékaři by pak měli nejen poskytovat lékařskou péči, ale zároveň s pacienty umět pracovat a svým chováním je přimět, aby na své zdraví více dbali. Vzpomínám na příběh z osmdesátých let, kdy jeden švédský praktický lékař dokázal zvládat diabetes u 90 procent svých pacientů, což je výjimečné číslo i pro dnešní dobu. Tehdy pro léčbu cukrovky neexistovala žádná rozvinutá technologie, ale klíčem bylo, že onen lékař rovněž trpěl diabetem a s pacienty dokázal správně komunikovat o jejich potížích.

Pokud je léčba včasná, je rovněž daleko úspěšnější. Celých 75 procent předčasných úmrtí lze oddálit jen tím, že se podchytí rizikové faktory či léčba začne ihned po zpozorování prvních příznaků. Zdravotní systémy ve většině zemí se nicméně nejvíce zaměřují na investice do terciární prevence, a tudíž nejdražší péče o chronicky nemocné pacienty. Nakupují drahé technologie, s jejichž pomocí se sice snižuje úmrtnost, ale za vysokých nákladů a s relativně omezenou účinností.

Integrovaná péče v programech disease managementu

DANIEL HODYC,

ADVANCE HEALTHCARE MANAGEMENT INSTITUTE

V oblasti akutní medicíny jsme na tom velmi dobře a výsledky jsou občas impozantní. U transplantace plic Česko dosahuje pětiletého přežití u 50 procent pacientů. Jde přitom o operace, které byly před pár lety nebo desítkami let na úrovni klinického experimentu. Přežití u leukémie stoupl díky novým lékům z padesáti na 90 procent. Mortalita u akutního infarktu myokardu se mezi lety 2000 a 2013 snížila o 57 procent.

Problém současného zdravotnictví spočívá však v tom, že pacienti akutní medicíny tvoří pouze malé procento z celku. Jenom diabetiků je v Česku 750 až 800 tisíc a to je jedna chronická choroba. Totéž přitom platí pro finanční prostředky. Ve Velké Británii jde na léčbu diabetu a jeho komplikací deset procent všech nákladů Národní zdravotní služby. Na chronické choroby zase například v USA podle některých odhadů vynaloží až 85 procent všech výdajů. A to je obrovská výzva.

Pacient v první fázi diabetu by měl dle doporučení navštěvovat dvakrát až čtyřikrát ročně diabetologa a jednou až dvakrát ročně nefrologa, neurologa, oftalmologa a angiologa. V další fázi choroby návštěv přibývá a navíc se větví, takže pacient občas potřebuje hospitalizovat v nemocnici, nefrolog ho může poslat na dialýzu a tak dále. Toto jsou lidé, kterým je v průměru 60 let a kromě toho nemají pouze jednu chorobu – navštěvují také ortopeda či kardiologa. A takových pacientů najdete v registru libovolné tuzemské zdravotní pojišťovny desítky tisíc.

Problém je, že péči o takového pacienta v současnosti pravděpodobně nikdo nekoordinuje. Praktický lékař to nedělá. Částečně tak činí diabetolog, ale pouze s ohledem na cukrovku, a nikoli další choroby. Koordinace by se přitom měla obzvláště týkat farmakoterapie a hlídání lékových interakcí, které mohou být velmi nebezpečné.

Problém je rovněž v tom, jaké jsou finanční motivace poskytovatelů a kdo je zainteresován na dobrém výsledku léčby. Někteří z pacientových lékařů jsou totiž placeni kapítací (tedy dostávají paušální platbu za to, že je u nich pacient registrován), jiní dostávají platbu za jednotlivé vý-

kony (jako kardiolog či nefrolog), nemocnice jsou placeny za hospitalizační případ. Každý úhradový mechanismus přitom motivuje k něčemu jinému a je otázkou, zda v systému najdeme mechanismus motivující k co nejekonomičtější léčbě. Nenajdeme. Finanční motivace neexistuje.

Léčba takto komplikovaného pacienta generuje množství záznamů a informací, každá vyšetření generuje nová poznání. Aby léčba pacienta byla úspěšná, měl by fungovat způsob sběru a koordinace informací. Ten nefunguje. Další problém zní, kdo z poskytovatelů zmíněného pacienta je vybaven nástroji, ať už informačními, finančními nebo jinými, díky nimž ho přiměje ke změně chování. Podle některých studií totiž závisí úspěch léčby až z 80 procent právě na ochotě pacienta změnit své chování.

V tuzemském zdravotním systému není mnoho nástrojů, jak pacienta zapojit a motivovat. Existují některé

Klíčové kroky disease managementu

- standardizace péče o pacienty
- měření a porovnávání léčby a výsledků
- sdílení informací mezi poskytovateli péče a pacienty
- motivace poskytovatelů spolupracovat
- vytvoření role manažera onemocnění
- organizace péče „okolo pacienta“
- motivace pacientů na výsledku léčby

Princip programů disease managementu

- zlepšit výsledky péče
- oddálit komplikace
- přenesení spoluodpovědnosti na pacienta
- zlepšit kvalitu života těch lidí

výkony na edukaci diabetiků, ale ucelený motivační systém nebo jiné nástroje, jak pacienta zaujmout pro spolupráci, najdeme jen velmi vzácně.

S těmito problémy je potřeba něco dělat, protože se týkají většiny pacientů a valné většiny nákladů zdravotních systémů. A o jejich řešení se snaží programy Disease Managementu.

Naší výhodou je, že sice žijeme v zemi, kde tyto programy neexistují, ale nemusíme je vymýšlet znova. Stačí se podívat do zahraničí, co již funguje.

Programy Disease Managementu jsou vytvářeny různě. V Nizozemsku například existuje silná kompetence v oblasti primární péče a tu využívají. Zjednodušeně řečeno, praktický lékař dostane od zdravotní pojišťovny finanční motivaci a nástroje k tomu, aby byl tím, kdo kontroluje a zapojuje další odbornosti v péči

o diabetes a byl podle výsledků péče ohodnocován. V zemích, kde je naopak silná role zdravotních pojišťoven, jak například ve Spojených státech, právě pojišťovna určí koordinátora či manažera onemocnění či případu. V německém modelu je zase koordinátorem stát, který stanovuje, na které choroby se bude dělat program Disease Managementu. A ten posléze motivuje pacienty, pojišťovny i poskytovatele péče.

Aby programy fungovaly, musí přinášet benefity. Jedním z hlavních je finanční úspora, respektive obrana před eskalací nákladů. Z pohledu pojišťovny je program Disease Managementu ideálním způsobem, jak získávat nové klienty. Pro pacienty přináší obrovskou hodnotu v tom, že jsou jednodušší a jednodušší se méně obávají nemoci a jsou spokojenější. Tyto programy jsou však založeny na úsporách z rozsahu, takže musí být konstruovány pro co největší množství lidí.

Chronické nemoci a jejich globální management

ARMIN H. FIDLER,
MANAGEMENT CENTER INNSBRUCK, RAKOUSKO

Řada z nás vyrůstala s myšlenkou, že s chronickými chorobami se potýkají především bohaté země, zatímco ty chudé musí bojovat s infekčními chorobami. Do značné míry je to pravda, ale obrázek se poslední dobou významně mění.

Víme, že rozvojová pomoc se soustředí na výzkum a boj s nemocemi, jako je AIDS či malárie, ale nikdo nechce podpořit boj proti chronickým onemocněním. V chudých zemích přitom úmrtnost na ně v porovnání s bohatšími státy prudce roste. Proto je nutné vést s těmito zeměmi dialog, porozumět jim i potřebám jejich zdravotních systémů. V tomto ohledu existují obrovské rezervy.

Nejde jen o nedostatečné financování zdravotnictví v nízkopříjmových zemích, ale o skutečnou krizi jednotlivců i domácností. Ve střední Asii, Africe či v řadě dalších zemí nepřenosné choroby zasahují pracující rodiny a především jejich úspory. Řada těchto států nemá takový typ zdravotního pojištění a sdílení rizik, jako máme v Evropě, v USA či jinde v rozvinutém světě. A když je

někomu diagnostikována rakovina nebo prodělá infarkt myokardu, může nemoc rodinu hospodářsky zruinovat. Nejzávažněji jsou přitom zasaženy nejvíce znevýhodněné skupiny obyvatel.

Světová banka i řada našich partnerů se snaží zhodnotit hospodářský dopad těchto jevů. Zatímco přenosných chorob se všichni bojíme a epidemie jsou celosvětovou hrozbou, chronické choroby představují tiché zabijáky, kteří nenápadně ovlivňují ekonomické výsledky těchto zemí. V mnoha státech se středními příjmy představuje tato zátěž velkou část jejich hrubého domácího produktu. Například kardiovaskulární břemeno stojí středněpříjmové státy jedno procento HDP, v Číně či Indii ubírá obezita obyvatelstva až 2,1 procenta HDP, 1,5 procenta HDP si v Číně vyžádá kouření.

Setkáváme se s řadou důkazů, že postihne-li živitele rodiny nepřenosná chronická choroba, rodinu to ekonomicky naprosto zničí. Musí prodat svůj domek, případně poslední kozu, protože v těchto zemích neexistuje žádná

záchranná síť. Například v Indii vyjde rodinu léčba diabetu na 15 až 25 procent jejich příjmů, v Číně stojí jedna hospitalizace v důsledku rakoviny její roční příjem.

Významná část nákladů chronických chorob souvisí s poklesem produktivity práce. Ve Spojených státech například představují přímé zdravotnické výdaje na obezitu třetinu celkových nákladů společnosti, jak spočítala společnost McKinsey. A pokud je ztráta produktivity problémem pro bohatší část světa, země s nižšími příjmy postihne ještě výrazněji.

Úmrtnost na chronické nemoci bude eskalovat především v chudších zemích. Zatímco její podíl na celkové mortalitě vzroste v bohatých zemích o jedno procento, ve středněpříjmových státech to bude o 12 procent a v těch s nízkými příjmy až o 45 procent. S touto situací je třeba něco dělat. Nejenom stavět nemocnice či zajišťovat lidské zdroje, lékaře, sestry a další personál. Je důležité identifikovat intervence napříč všemi sektory ekonomiky, které spolu musejí spolupracovat, aby snížily prevalenci chronických chorob.

Jen několik málo z možných cest přitom souvisí se změnami ve zdravotnictví. Školství musí učit děti rozumět zdravému stravování, zlepšit zdravotní gramotnost. Jinou

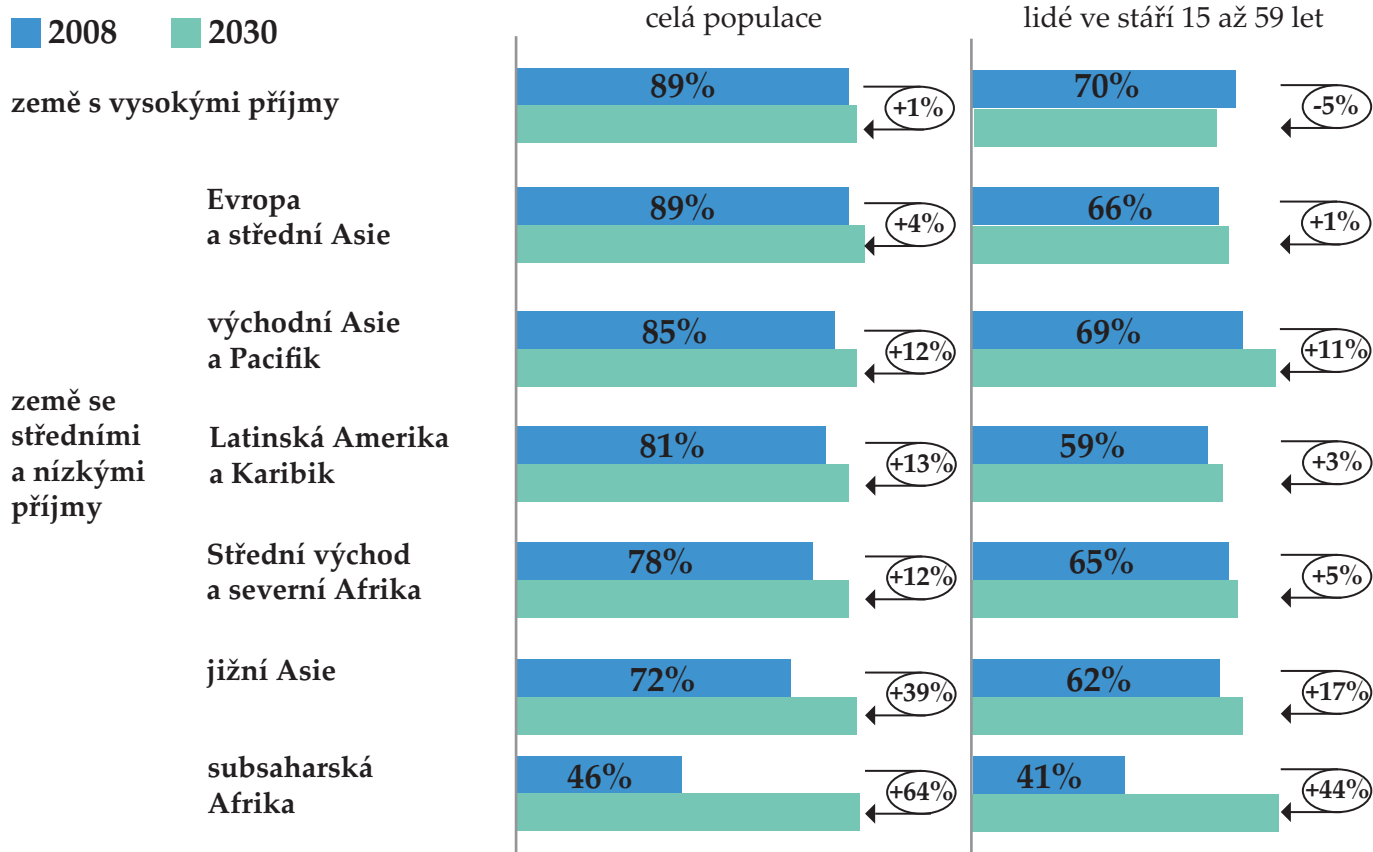
oblastí je městské plánování a celkový dopravní systém – lze jít do práce pěšky či jet na kole, nebo je nutné sednout do auta? Pak je tu regulace průmyslu a zemědělství – tedy výroby tabáku, cukru, alkoholu, používání karcinogenních látek – a na druhou stranu zajištění kvalitní stravy a výživy. Souvisejí s tím také změny v daních.

Zdravotnická politika nicméně musí převzít vůdčí úlohu a ostatní resorty zapojit. Iniciativu musí převzít zaměstnavatelé, zapojit se musí i občané – na osvětě by se třeba měly podílet pacientské organizace či skupiny.

Jejich úkolem je přimět například diabetiky, aby se zamysleli, co mohou udělat, aby lépe zvládali svou nemoc. Důležité přitom bude definovat, jak měřit výsledky, co je úspěchem a jak ho dlouhodobě udržet s rozumně vloženými investicemi.

Problémy s nepřenositelnými chronickými onemocněními jsou předmětem veřejného zájmu. Věnuje se jim Generální shromáždění OSN, které náklady s nimi spojenými vyčíslilo na 47 bilionů dolarů v roce 2030, tedy čtyři procenta globálního HDP. Na zasedání Světové zdravotnické organizace vznikl akční plán. To je pozitivní, ale je v tom hodně politiky a lobbování. Jenže my se musíme dívat i dál a plány skutečně realizovat.

PŘEDPOKLÁDANÝ VÝVOJ ÚMRTÍ ZAPŘÍČINĚNÝCH NEPŘENOSNÝMI CHRONICKÝMI CHOROBAMI (v % všech úmrtí v populaci)



Zdroj: analýza Světové banky, údaje jsou z roku 2008, předpokládaný růst do roku 2030

Komplexní program pro chronicky nemocné pacienty

MARTIN KULTAN,
DÓVERA ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA, SLOVENSKO

Role zdravotních pojišťoven se mění. Na Slovensku je definovaná poměrně nešťastně, protože pojišťovny mají dle zákona v podstatě pouze vybírat pojistné a platit za lékařskou péči. Nepočítalo se se zapojením pojišťoven do motivace všech zúčastněných ani s programy Disease Managementu. Pojišťovny však přestávají být tím, kdo pouze přerozděluje peníze, a začínají se více zapojovat. Poskytují podporu, snaží se koordinovat lékařskou péči, vyhodnocují výsledky péče a začínají selektivně uzavírat smlouvy a selektivně odměňovat.

Slovensko je v mnoha ohledech specifické. Především se kvalita poskytované péče výrazně liší. Odlišnosti najdeme mezi jednotlivými regiony, ale různá je i úroveň konkrétních lékařů. Například podíl pacientů s vyšetřením očního pozadí se u jednotlivých diabetologů pohybuje od 23 do 86 procent, průměr činí 64 procent. Náš aktuální cíl je, aby podíl překročil v průměru 80 procent. Poskytovatelé péče spolu navíc nekomunikují. Pokud by se o diabetika ve slovenském pojetí mělo starat alespoň pět ambulantních lékařů, je zjevné, že bez koordinace nemůže být léčba efektivní.

Finanční motivace je pro každého poskytovatele péče v systému jiná a nikdo nenesení odpovědnost ani za celkový výsledek, ani za ekonomickou efektivitu léčby. S tím souvisí i skutečnost, že většina pacientů nemá o své nemoci dostatek informací.

Cíle programu jsou zlepšení zdravotního stavu pacientů a zároveň snížení nákladů. Nepočítáme s tím, že by se finanční úspory projevily v horizontu pěti let, prvotní je nyní proto zvýšení kvality lékařské péče. Investovat musíme teď a peníze se nám nakonec vrátí.

Program byl vyvinut ve spolupráci s diabetology. Přizpůsobili jsme klinický protokol, zavedli elektronický portál pro lékaře a vytvořili platební a motivační mechanismus, na jehož základě jsou lékaři odměňováni. Spolu s tím jsme zvýšili informovanost pacientů a vypracovali pro ně motivační program. Praktické lékaře jsme zpočátku do systému nezapojovali, protože

to zatím na Slovensku nebylo možné. Do budoucna s tím ale počítáme.

Klinický protokol pro diabetes vychází z mezinárodních standardů. Podstatné je zabezpečit minimální kvalitu léčby pro každého pacienta. Na základě dat, která lékař do systému zadá, se automaticky generuje léčebný plán. Ten poté lékař může upravovat podle svých zkušeností, pokud se výstup ukáže jako nedostatečný.

Dalším nástrojem je elektronický portál pro lékaře. Lékař do něj pacienti registruje, shromažďují se o nich klinická data, která diabetologové sdílejí mezi sebou. Lékař může zadat i nestrukturovaný text a systém ho sám roztrídí do přehledné podoby. Součástí portálu je plánování léčby a objednávkový systém ke specialistům. Systém zároveň kontroluje plánovanou léčbu.

Systém zatím není plně integrovaný do prostředí všech klinických elektronických systémů lékařů, které používají, nicméně mohou se do něj ze svých systémů kliknutím dostat. Některé podobné systémy již plně integrované máme, jako je elektronická preskripce, sledování a kontrola lékových interakcí. Pokud se však systém osvědčí, plná integrace bude dalším mezikrokem.

Lékaři jsou v systému odměňováni podle kvality léčby. Mají definovaná kritéria kvality na každé čtvrtletí, díky tomu mohou získat odměnu až do výše 15 procent navíc. Průměrné očekávané plnění je v tomto stádiu nad deseti procenty.

Kritéria kvality, která sledujeme, se postupně vyvíjejí. Zpočátku klademe důraz na administrativní ukazatele, jako je registrace pacientů do systému či účast na schůzkách, pokračujeme přes procesní ukazatele – například jaké procento pojištěnců podstoupilo oční prohlídku. Poslední jsou pak výsledkové ukazatele, tedy například aby určité procento pacientů mělo hodnotu glykovaného hemoglobinu pod určitou hladinou.

Součástí programu je rovněž vzdělávání pacientů. Provádějí ji vyškolení edukátoři, které jsme vybrali ve spolu-

práci s diabetology. Někteří jsou sami diabetici, jsou mezi nimi i certifikované zdravotní sestry a jejich hlavním cílem je naučit pacienty, jak zvládat diabetes, jak předcházet komplikacím a jak s touto chronickou nemocí žít.

Vzdělávání pacientů probíhá během šesti až osmi setkání v rozsahu dvou hodin. Součástí bývá kromě edukátora, kterých zatím máme osm, a pacienta i jeho rodinný příslušník. A do budoucna plánujeme vytvoření e-learningového programu, aby vzdělávání bylo co nejlepší.

Motivační program pro pacienty má za cíl přimět je, aby se drželi doporučení lékaře. Díky tomu získává výhody, které se pojí se zdravým životním stylem, například slevy v lékárnách či ve fitness centrech.

Všechny tyto nástroje by měli pomoci, aby se péče o diabetiky zlepšila. Projekt zatím běží ve vybraných re-

gionech Slovenska. Zapojilo se do něj 21 diabetologů – 50 procent všech diabetologů v Košickém kraji a 80 procent v Nitranském kraji. Společně léčí 11 tisíc diabetiků, přičemž do května roku 2016 se jich do systému lékaři zaregistrovali osmnáct set. Vzdělávání podle prvních čísel celkem funguje, protože čtyři z pěti registrovaných pacientů se objednali na vzdělávání a 70 procent z těch, co navštívili první setkání, přišlo i na druhé. Po prvních pěti měsících projektu jsou tak reakce pacientů velmi dobré.

V létě roku 2017 plánujeme projekt rozšířit na celé Slovensko. Začneme rovněž spolupracovat s praktickými lékaři, přičemž v první fázi půjde o včasné podchycení diabetu. Plánujeme rovněž zapojit lékaře i do finančního rámce, tedy aby měli zodpovědnost i za celkové náklady na léčbu diabetu. A následně plánujeme rozšířit projekt na další nemoci.

Model péče zaměřený na ochranu zdraví

MAGOR PAPP,

ODBORNÝ VEDOUCÍ MODELU ORGANIZACE PRIMÁRNÍ PÉČE, MAĎARSKO

Ve střední a východní Evropě se potýkáme v posledních deseti až patnácti letech s krizí lidských zdrojů a týkají se hlavně primární péče. Maďarský program byl zahájen asi před čtyřmi lety. Řada praktických lékařů je totiž starších a blíží se důchodovému věku, přičemž mladí lékaři nepřibývají dostatečně rychle.

Práce praktického lékaře není mezi mladými příliš populární. Zatěžuje ji hodně administrativy, lékaři nemají dostatek kompetencí pro řešení chronických chorob a nedostává se jim ani času, protože denně ordinaci navštíví v průměru 60 až 80 pacientů.

V roce 2012 bylo v Maďarsku 180 neobsazených ordinací praktických lékařů, nyní jich je 315. Maďarská vláda výrazně zvýšila platy praktických lékařů, ale finanční motivace sama o sobě nestačí. Zvláště když populace stárne.

Na rozvoj systému primární péče poskytla švýcarská vláda nevratný finanční příspěvek ve výši 15,3 milionu švýcarských franků (315 milionů korun). Naším cílem je mimo jiné vytvořit preventivní systém služeb v primární

péči. Jak totiž víme, zdravý životní styl má na zdravotní stav populace pětikrát větší vliv než zdravotnictví.

V Maďarsku v současnosti nezbyvá právě na prevenci čas, protože praktičtí lékaři jsou přetížení a je jich nedostatek. Administrativa tvoří i více než 50 procent jejich práce. Navíc jsou lékaři izolovaní a často o sobě vzájemně nevědí, což komplikuje jejich informovanost.

Na severu a severovýchodě Maďarska, kde je situace zvláště složitá, jsme v rámci programu vytvořili čtyři clusterly, každý složený ze šesti praktických lékařů. Do každého clusteru jsme navíc zapojili specializované odborníky a zavedli jsme nové preventivní služby pro paci-

CO OVLIVŇUJE ZDRAVÍ POPULACE (v %)



Zdroj: Lalonde Report

enty. Úzce spolupracujeme s lokálními samosprávami či poskytovateli zdravotních a sociálních služeb.

Cílová populace pro tyto clustery se skládá asi z 32 tisíc dospělých a 10 tisíc dětských pacientů. Pro každý cluster byl vybrán jeden vedoucí praktický lékař, pod něhož spadá dalších pět praktických lékařů, koordinátor veřejného zdraví, specialista na veřejné zdraví, komunitní zdravotní sestra, diabetolog, fyzioterapeut a psycholog. Kromě toho je tu poskytovatel docházkových zdravotních služeb, což je zdravotní sestra zaměřená především na dětské pacienty. Ta spolupracuje se zprostředkovateli zdravotní péče, což jsou lidé komunikující se znevýhodněnou populací a zajišťující její větší zapojení do systému, protože mnozí z těchto lidí k lékaři vůbec nechodí. Pro zprostředkovatele jsme zároveň vytvořili systém školení, přičemž prvního úspěšně dokončili v roce 2014.

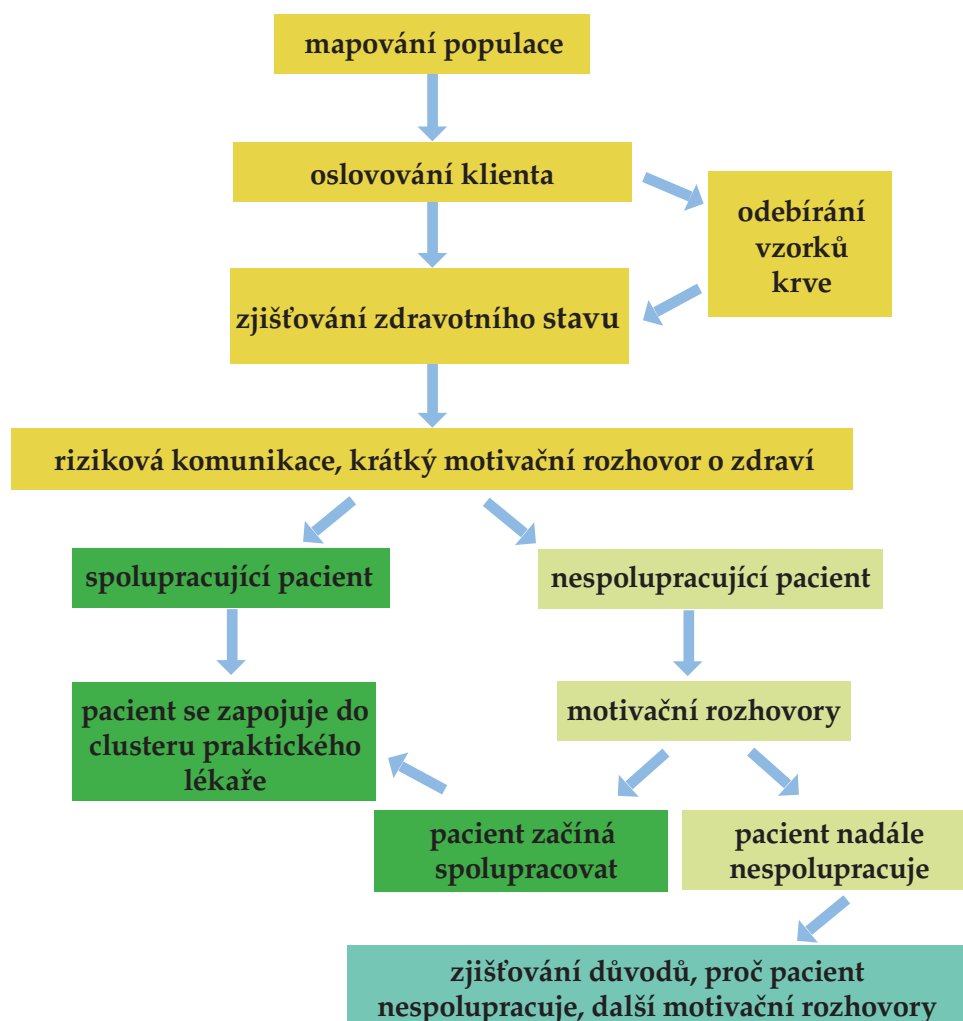
Cílem clusterů je pokrýt zmíněnou populaci novými zdravotními službami do tří let. Prvním krokem je zjištění zdravotního stavu této populace, jednotlivé případy

posuzuje specialista na veřejné zdraví spolu s komunitní sestrou. Pokud odhalí nějaké riziko či onemocnění, zapojí se fyzioterapeut a další odborníci, případně následuje doporučení k návštěvě praktického lékaře. Pacientům, u nichž praktický lékař objeví chronické onemocnění, se posléze věnují specialisté.

O každém klientovi je veden záznam v IT systému. Praktický lékař v rámci prevence tak vyhodnocuje výsledky, analyzuje rizika a směřuje pacienty systémem tak, aby pro ně byl co nejefektivnější.

Posuzování zdravotního stavu jsme zahájili v listopadu roku 2013 a za dva a půl roku jsme zkontrolovali 76 procent populace žijící na území, které pokrývají naše čtyři clustery. Výrazně se díky programu zvýšil počet krevních testů u pacientů s cukrovkou či vysokým krevním tlakem. Navíc prevence měla za následek, že se o 15 procent snížilo využití ambulantních zdravotnických zařízení. V programu je nicméně třeba pokračovat, abychom zajistili, že trend bude trvalý.

CESTA PACIENTA DO MAĎARSKÉHO PROGRAMU PREVENTIVNÍ PÉČE



Úloha elektronických zdravotních záznamů v péči o pacienta

RACHELLE KAYE,

KAYE HEALTH SYSTEMS CONSULTING SERVICES, IZRAEL

Izrael začal být aktivní v zapojování informačních technologií do zdravotnictví již počátkem devadesátých let. Jako první s elektronickými záznamy o pacientech přišla v roce 1991 zdravotní pojišťovna Maccabi Healthcare Services, o dva roky později následovala pojišťovna Clalit. Tyto dvě pojišťovny přitom pokrývají 77 procent izraelských pojištěnců, přičemž zdravotní pojištění je v Izraeli stejně jako v Česku povinné.

Tehdejší ředitel pojišťovny Maccabi zavedl elektronické záznamy bez jakékoliv podpory ministerstva zdravotnictví a zapojil do systému klinické pracovníky, což byl v rozvoji izraelského systému důležitý krok. Nyní všichni lékaři, kteří mají smlouvu s některou ze čtyř izraelských pojišťoven, pracují s daty o pacientech v elektronické podobě a společně je sdílejí. K údajům mají navíc přístup i ostatní odborníci pracující ve zdravotnictví, ať už jde o výzkumníky či manažery, všechny nemocnice a pacienti.

Klíčovým aspektem integrované péče je právě to, aby k důležitým údajům měli přístup všichni zainteresovaní. Díky tomu může systém upozorňovat lékaře na nežádoucí lékové interakce

Klíčovým aspektem integrované péče je právě to, aby k důležitým údajům měli přístup všichni zainteresovaní. Díky tomu může systém upozorňovat lékaře na nežádoucí lékové interakce nebo na to, že k předepsanému léku existuje levnější generický ekvivalent. Pacient si může na internetu prohlížet všechna svá laboratorní a jiná vyšetření či ověřovat předepsané léky, takže má o svých kontaktech se zdravotnictvím dokonalý přehled. Může tímto způsobem i kontaktovat lékaře a požádat o vydání receptu, který mu lékař může elektronicky poslat.

Pro chronické pacienty bylo v roce 2012 spuštěno telenavigační centrum, které je k dispozici 24 hodin

denně, a to jak prostřednictvím call center, tak webového rozhraní. Jeho cílovými skupinami je šest tisíc pacientů se složitými chronickými chorobami, kteří nemohou snadno vycházet z domu, a čtyři tisíce pacientů se stabilizovaným chronickým onemocněním, ať už jde o diabetes, onkologické pacienty či pacienty s chronickými psychickými poruchami.

Toto centrum je založeno na personalizovaném sledování pacientů specializovaným zdravotnickým personálem. Zapojení pacienta do centra musí doporučit lékař primární péče a musí souhlasit s tím, že se bude aktivně zapojovat do péče o svého pacienta a že všichni odborníci budou moci nahlížet do jeho záznamů o pacientovi.

Jednou z oblastí, kde jsme čelili největším problémům, byla integrace péče s nemocnicemi. I v této oblasti nicméně Izrael dělá pokroky. Největší izraelská síť nemocnic Assuta by příští rok v květnu měla otevřít nové zdravotnické zařízení ve čtvrtmilionovém městě Ašdod, které má za cíl co největší integraci péče. Základem zcela nového přístupu je propojení nemocnice s místní komunitou, pacienty a jejich rodinnými příslušníky, a to nejen prostřednictvím praktických lékařů, ale také sociálních služeb.

Pozitivní je, že mnohá data týkající se úspěšnosti léčby chronických chorob správnost přístupu v Izraeli potvrzují. Technologie samotná nicméně nestačí. Je potřeba prolomit tradiční bariéry mezi nemocnicemi a komunitami, o jejichž zdraví se starají. Je potřeba propojit zdravotní péči a sociální služby, protože se často obě týkají stejných pacientů. A musíme více zapojovat pacienty a jejich rodiny do léčby.

A především je potřeba, abychom si my všichni, kdo máme co do činění se zdravotnictvím, uvědomili, že sdílení elektronických zdravotních záznamů skutečně zachraňuje životy. A pokud jeho zavedení nepomáháme, neseme svůj díl viny za to, že lidé zbytečně umírají, přestože by jim včasná a správná péče mohla přinést další roky života.

Systemy klinického rozhodování v primární péči

GERRY MORROW,

MEDICAL DIRECTOR CLARITY INFORMATICS, VELKÁ BRITÁNIE

Mezi způsoby, které zlepšují systém péče o pacienty s chronickým onemocněním, patří ve Velké Británii systém Prodigy (<http://prodigy.clarity.co.uk>), který podporuje klinická rozhodování v primární péči. Je určen lékařům, sestřám a dalším zdravotnickým profesionálům, aby měli informace založené na důkazech o pacientech. Začalo se na něm pracovat před 20 lety, kdy si lékaři uvědomili, že sice mají množství informací, ale nejsou adekvátně spravovány.

Cílem bylo zajistit, aby všichni věděli, kde jsou tyto informace k dispozici. Poskytli jsme profesionálům přímou osu mezi informacemi, léčbou a naším výzkumem.

Zdravotníci mají v systému k dispozici různé pokyny, jasná, stručná a praktická doporučení včetně shrnutí současných znalostí na jednom místě. Mohou je sledovat i během návštěvy pacienta. Díky těmto informacím klesá jejich reakční doba rozhodování. Také méně chybují, což vede k záchraně životů a snížení mortality i morbidity chronicky nemocných pacientů. A systém slouží i ke vzdělávání pacientů, protože je mohou zdravotníci odkazovat na edukativní videa.

Klinické informace obsažené v Prodigy jsou založeny na důkazech a odrážejí nejlepší praxi. Systém má také akreditaci instituce NICE.

Webové stránky Prodigy navštíví v průměru měsíčně 170 tisíc uživatelů z celé Velké Británie. Důkazem toho, že informace považují za užitečné, je, že se na stránky vrací. Prodigy obsahuje asi 350 témat formou otázek a odpovědí typu Jaká je nejlepší léčba pro danou potíž?

Nedávno z tohoto zdroje informací autoři připravili aplikaci pro pacienty Prodigy Patient. Tímto způsobem by měla proběhnout demokratizace zdravotnických informací. Lékař může pacientovi sdělit, že čerpá informace na těchto stránkách, a doporučit mu, aby je také využíval. Například může pacienta se srdečním selháním odkázat na stránku, kde se dočte, jak probíhá hospitalizace. Pacient si může aplikaci stáhnout do mobilu.

Společnost Clarity Informatics se rovněž soustřeďuje na zlepšení informovanosti v nemocniční péči, respektive přístup založený na důkazech a platbu za výsledky léčby. Spočívá v poskytování pobídek nemocnicím podle toho, jak se jim daří v péči o pacienty.

Zatímco v USA nastal posun od objemu k hodnotě a k finančním úsporám, v Británii se snažíme redukovat komplikace, a tím šetřit výdaje. Zavedli jsme proto systém plateb známý pod akronymem CQUIN, který podporuje o kvalitu a inovace ve zdravotní péči.

Společnost Clarity Informatics spolupracuje se všemi nemocnicemi v Británii, přičemž sleduje jak procesy v nich probíhající, tak výsledky. Nemocnicím následně poskytuje informace o tom, jak si vedou. Z automatizovaných dat a klinických informací firma vypracuje report o kvalitě péče o pacienty s konkrétní nemocí. Posuzuje přitom jednoduchá kritéria, například zda byl pacient se zápallem plic rentgenován.

Autoři se při implementaci systému setkávají i s problémy, které nelze podceňovat. Například klinický pracovník postup navržený systémem odmítne, protože nevěří datům. Až když se ho podaří přesvědčit, akceptuje jej a přistupuje k němu svědomitě. Je důležité, aby byly vztahy založeny na důvěře a data byla zabezpečena. Řešení musí být praktické a šité na míru konkrétní nemocnici a audity je nutné opakovat v kratších časových intervalech než jednou ročně.

V prvních pár letech fungování programu se například snížila standardizovaná mortalita u pneumonií o dvě procenta. Výsledky byly publikovány v *The New England Journal of Medicine*, kde byl zjištěn pokles mortality u pneumonií o 1,9 procenta, takže za prvních 18 měsíců zachránil program asi 890 lidských životů.

Dalším důvodem pro zavádění přístupu P4P je nákladová efektivita. Během prvních 18 měsíců program vygeneroval přibližně 5200 QALY a 4,4 milionu liber úspor díky poklesu hospitalizací.

Smluvní zajištění kvality péče o chronicky nemocné

JEROEN STRUIJS,

NÁRODNÍ ÚSTAV ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ, NIZOZEMSKO

Nizozemská cesta k integrované péči trvá již 20 let. Nyní řešíme reformu plateb za zdravotní péči. Existuje několik mechanismů, jak platit lékaři. Platba za výkon, kapitace či mzda jsou ty nejhorší z nich.

Chceme-li totiž přesunout odpovědnost od plátců k poskytovatelům, musíme je motivovat, aby vzájemně spolupracovali a zvyšovali hodnotu péče o chronicky nemocné. Proto jim vyplácíme odměnu za balíčky služeb (bundled payments).

V minulosti jsme používali platby za výkon a z nich jsme vycházeli, když jsme konstruovali balíčky služeb. V roce 2007 jsme je experimentálně konstruovali pro diabetes, o tři roky později pro chronickou obstrukční plicní nemoc a řízení rizika kardiovaskulárních chorob. Přírůstnost tohoto systému řešily vyhodnocovací výbory. Při tvorbě balíčků jsme využili faktu, že poskytovatelé nejlépe vědí, kde se plýtvá a kde by se mohla zvýšit efektivita.

Balíčky služeb jsou vlastně jedinou platbou za všechny služby poskytované všemi poskytovateli pro jednu chronickou chorobu. S asociacemi poskytovatelů a patientskými organizacemi jsme se shodli na tom, jaké služby a jaká péče by měly být poskytovány pacientům s konkrétní nemocí. Je to všeobecný rámec, co mohou pacienti s diabetem očekávat. Celková platba je dojednaná s hlavním pojistitelem a ve vyjednávání se subkontraktory existuje úplná volnost.

V regionu se často nachází jeden dominantní poskytovatel, který disponuje balíčkem a rozděluje platby ostatním. Balíček zahrnuje všechny poskytovatele primární péče – praktické lékaře i odborníky, a tedy konzultace, pravidelná vyšetření, laboratorní testy a tak dále. Hospitalizací v nemocnici se netýká.

Pojistitel na počátku uzavře kontrakt s hlavním dodavatelem služeb, takzvanými Care Groups, pro konkrétní chorobu. Ten na základě multidisciplinárních protokolů subkontrahuje všechny poskytovatele, kteří jsou v daném případě nutní. Říkáme tomu funkční deskripce. V balíč-

kách máme zahrnutu i řadu pobídek, které motivují k inovacím. Už v roce 2010 jsme měli celostátní skupiny péče o diabetes pokrývající veškeré obyvatelstvo.

Care Groups (skupiny péče) jsou vlastněny praktickými lékaři. Ti jsou motivováni, aby zvyšovali efektivitu. Musí přitom naplňovat ukazatele kvality, a pokud se nezlepšují, ovlivňuje to v dalším roce vyjednávání o ceně. Lékař je tedy stoprocentně odpovědný za výsledek. Když má kontrahovaný balíček například na 400 eur a podaří se mu poskytnout adekvátní péči za 360 eur, je rozdíl jeho ziskem. Na procesu se podílejí i patientské organizace.

Fungují dva modely Care Groups. První je partnerství praktických lékařů s ručením omezeným. Ti buď poskytují péči sami, nebo subkontrahují další poskytovatele. Ve druhém modelu už se zapojují i nemocnice, respektive její specialisté – oftalmolog či služby domácí péče. Vzniká tedy řada kreativních řešení, která vycházejí z funkční deskripce standardu péče.

Výsledky systému Care Groups

Platby za péči o diabetes se v začátcích pohybovaly mezi 258 až 474 eury za pacienta na rok, nyní jsou v rozpětí 360 až 400 eur. Tato sazba musí být ze zákona uvedena v kontraktu. Vždy zahrnuje pravidelné prohlídky, oční vyšetření či péče o dolní končetiny, dietní poradenství, laboratorní testy a konzultace u specialistů. Naopak vyloučeny jsou například platby za léky.

Model jsme podrobili řadě vyhodnocování. Jedna z otázek zněla, zda systém poskytuje pobídky k realokaci a delegování úkonů. To se povedlo, například praktický lékař spolupracuje se zdravotní sestrou, která se specializuje na pacienty s CHOPN. Díky tomu se nám daří mnohem lépe plnit protokoly. Pro praktické lékaře je to ale někdy složité, musejí totiž dohlížet i na práci sester, které poskytují péči nebo poradenské služby pacientům, protože pacient někdy chodí jen za sestrou a vůbec nemusí mít kontakt s lékařem.

Také jsme se ptali zainteresovaných subjektů, co si o modelu myslí. Pojistitelé i lékaři uvádějí, že funguje jednodušeji než byla kdykoliv v minulosti. Systém také zvýšil transparentnost na úrovni jednotlivých Care Groups. Vznikly webové aplikace, které zlepšují registrační disciplínu a kulturu, protože subkontraktoři musí vyplnit veškerá data, jinak nedostanou zapláceno.

Navíc ti, kteří jsou do systému zapojeni, vidí, kdo dosahuje jakých výsledků. Pokud se nezlepšují, činí opatření. Informace, které jsou k dispozici, výrazně přispívají k integrované péči. Objem dostupných dat je výrazně vyšší, i když bychom chtěli dosáhnout v oblasti IT více.

Objevila se ale i stížnost, že Care Groups jsou ve vlastnictví praktických lékařů a že bychom měli usilovat o multidisciplinární vlastnictví, kde by byly zapojeny i nemocnice a další poskytovatelé. Bude ale záležet na tom, jak se bude systém dále vyvíjet. Poskytovatelé si rovněž stěžují na administrativní zátěž, takže budeme muset hledat zjednodušení. Pacienti zatím vyjadřují vysokou spokojenost.

Jaké jsou výsledky péče? Když se vyskytnou komplikace, například v souvislosti s diabetickou nohou, jsou dosahovány lepší výsledky ve skupině pacientů zahrnutých do balíčků služeb než u kontrolní skupiny. Pacienti nemusejí být tak často hospitalizováni a jejich stav se zlepšuje. Takže se nám daří snižovat počet dnů hospitalizace.

Podobně u retinopatie je skupina pacientů pod balíčkem plateb pravidelněji podrobována screeningu, díky čemuž se předchází komplikacím či slepotě. Tato část pacientů také vykazuje delší střední délku života než kontrolní skupina. Analyzovali jsme i výdajovou stránku: v kontrolní skupině šly náklady mnohem více nahoru než v té, kde jsou platby za balíčky služeb. V Nizozemsku tedy systém zlepšil organizaci a proces poskytování péče. Máme nižší mortalitu a obecně nižší výdaje na zdravotní péči. Naprosto zásadní bylo, že byly definovány standardy péče.

V minulosti v Nizozemsku neexistovaly žádné motivace ani pobídky, aby praktičtí lékaři usilovali o vyšší efektivitu, což bundled payments změnilo. Díky nim často výrazně klesly náklady. Systém je velkým motivátorem pro vývoj IT programů.

Praktičtí lékaři navíc přebírají odpovědnost za výsledky péče a musejí pravidelně vykazovat, jak si vedou v jednotlivých ukazatelích, jsou motivováni, aby využívali webové IT aplikace, a musejí jít příkladem všem dalším poskytovatelům.

Podobně se snažíme posunout od objemu k hodnotě i u pacientů s CHOPN a kardiovaskulárním rizikem. V budoucnu chceme přejít od soustředění se na jednotlivé nemoci spíše na iniciativy zaměřené na zdraví populace. V roce 2017 plánujeme zavést platby za balíčky služeb pro porod a těhotenství.



ZKUŠENOSTI STAKEHOLDERŮ S BALÍČKY SLUŽEB A CARE GROUPS

Manažeri

- vnímají zlepšení kvality procesu péče
- lepší porozumění individuálním potřebám péče
- větší transparentnost
- vyjednávání s pojistiteli je těžké a zdlouhavé
- IT zatím pokulhá

Pojistitelé

- pozitivně hodnotí kvalitu péče
- průhlednější hodnocení kvality péče
- stále příliš monodisciplinární (výhradně praktičtí lékaři)

Poskytovatelé péče

- zlepšení procesu poskytování zdravotní péče
- reflektivní informace = faktor úspěchu
- někteří míní, že balíčky služeb jsou překážkou pro soustředění se na pacienta
- značná administrativní zátěž
- IT zatím pokulhá
- riziko negativních důsledků realokace úkolů

m≡d≡ri

» Přemýšlejme o efektivnějším zdravotnictví

Co nám vadí?

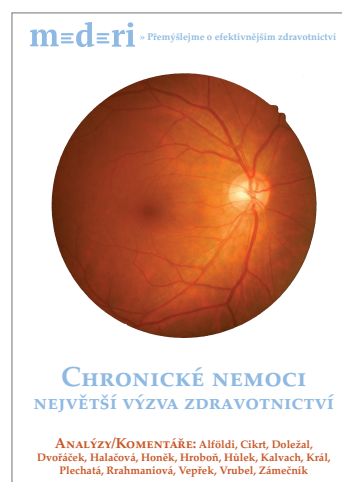
- Neexistuje dlouhodobá koncepce českého zdravotnictví
- Chybí efektivní diskuse
- Jednotlivé části systému – pojišťovny, zdravotnická zařízení, klienti – nemají rovné podmínky
- Financování postrádá transparentnost
- Nejsou dostupné informace o kvalitě zdravotnických zařízení

Jak to chceme změnit?

- Otvírejme témata, která by se měla řešit
- Spojme významné osobnosti, firmy a organizace z oboru
- Vytvořme systém, podle něhož budeme schopni průběžně vyhodnocovat úroveň zdravotnictví



2014



2016

Obě publikace lze v digitální podobě ve formátu pdf stáhnout po registraci na internetových stránkách www.mederi.cz.

Lékárny

Dr.Max⁺

10 let
na straně
pacientů

Dostupnost

Jsme blízko a na řadě
míst suplujeme
chybějící pohotovost



Odborné poradenství

Lékárníci Dr.Max čerpají
z nejlepšího systému
celoživotního vzdělávání



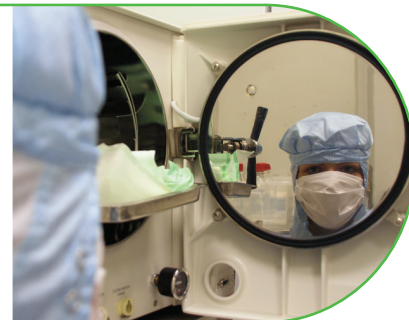
Úcta k tradici

Jsme moderní síť,
ale vážíme
si i historického
dědictví



Respekt k oboru

Naše farmaceutická
laboratoř patří
k absolutní
domácí špičce



Pohodlí

Téměř všechny lékárny
jsou zároveň výdejním
místem e-shopu Dr.Max



Dr.Max⁺
10 et

www.drmax.cz