

Kam kráčíš, české zdravotnictví?



Tomáš Doležal,
Tomáš Mlčoch

České zdravotnictví se v současnosti ocitá na rozcestí. Klíčovou otázkou je, kudy se vydáme a jakým směrem se bude zdravotnictví ubírat. Pokusíme se přetvořit zdravotnictví v moderní celek, který pružně a efektivně reaguje na potřeby pacientů, používá pro jejich dobro nejnovější technologie z oblasti IT a zároveň je financován udržitelným a transparentním způsobem? Anebo se budeme i nadále utěšovat a chlácholit tím, že české zdravotnictví není v poměru k výdajům zase až tak „špatné“, takže místo úsilí o důkladnější či hlubší reformy přikročíme nanejvýš k drobným, kosmetickým úpravám? Autoři sami se přimlouvají za to, abychom dali přednost té odvážnější vizi a posunuli české zdravotnictví do 21. století.



Tomáš Doležal



Tomáš Mlčoch

F

Pro české zdravotnictví je krátkozraký pohled typický. Největší vzrušení vyvolávají pravidelně se opakující debaty nad úhradovou vyhláškou na další rok.

FINANCOVÁNÍ BEZ KONCEPCE

Pokud chceme nalézt něco, co je charakteristické pro přístup vládní administrativy a politické garnitury obecně k veřejným statkům v oblasti zdravotnictví, sociálního systému nebo školství, je to absence střednědobých a dlouhodobých koncepcí. Vlády a jednotliví ministři se soustřeďují na vládnutí „tady a teď“, rozdělují stávající rozpočty a plánují příjmy a výdaje na příští rok, ale již nejsou ochotni či schopni přicházet s dlouhodobými vizemi.

Pro české zdravotnictví je tento krátkozraký pohled typický. Největší vzrušení vyvolávají pravidelně se opakující debaty nad úhradovou vyhláškou na další rok. Úhradová vyhláška je klíčový dokument, kterým ministerstvo zdravotnictví rozděljuje finanční objemy pro jednotlivé segmenty léčebné péče, tedy nemocnice,

praktické lékaře, ambulantní specialisty, léky apod. Každoročním rituálem jsou tak spory o to, jak tyto veřejné prostředky „spravedlivě“ rozporcovat (stávající systém úhrad zvýhodňuje některé nemocnice na úkor jiných, zejména fakultní nemocnice, které získávají při výpočtu úhrad bonus v podobě takzvaného koeficientu specializace).

Naproti tomu se mezi politiky a zdravotnickými experty téměř nediskutuje o dlouhodobé finanční udržitelnosti rozsahu zdravotní péče, který český občan konzumuje, ani o tom, kam omezené prostředky nasměrovat, aby kvalita zdravotních služeb byla co nejvyšší. Bylo by vhodné vytvořit finančně udržitelné koncepce s dlouhodobějším výhledem, minimálně na příštích pět let.

Přítom žijeme v době, kdy zdravotní systémy všech vyspělých zemí stojí před zátěžovým testem ve formě stárnutí populace, zvyšování nákladů v důsledku vyšší nemocnosti a rostoucích výdajů na medicínské technologie. Trendem posledních let je navíc to, že pacienti jsou stále lépe informováni a požadují co nejvyšší kvalitu. Zdravotní systémy jsou také přetvářeny informačními technologiemi, možnostmi analyzovat „big-data“ a v reálném čase sdílet o pacientovi všechny dostupné informace. Jak tedy bude vypadat české zdravotnictví 4.0 v roce 2025? To je schopen přesně předpovědět asi málokdo, ale právě proto bychom potřebovali dlouhodobou vizi zdravotnictví, které je finančně udržitelné a zároveň poskytuje přiměřeně dostupné a kvalitní služby.

CO NÁM RADÍ JINÍ?

Poměry v českém zdravotnictví byly v minulosti analyzovány řadou světových institucí a z těchto analýz vzešla konkrétní doporučení, co by mělo české zdravotnictví pro dlouhodobou udržitelnost a zvýšení efektivity dělat. Z roku 2011 je to analýza Světové banky, z roku 2014 pochází analýza OECD a každoročně se českým zdravotnictvím zabývá také Evropská komise ve svých pravidelných zprávách.

DOPORUČENÍ OECD

Nejvíce detailů a doporučení poskytuje zpráva OECD z roku 2014 (OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014, Raising Standards). ▷

České zdravotnictví se příliš zaměřuje na minimální požadavky, místo aby usilovalo o průběžné zvyšování kvality.

▷ Předmětem kritiky ze strany OECD je v první řadě slabá orientace českého zdravotnictví na kvalitu. Data o kvalitě péče nejsou systematicky shromažďována, vyhodnocována ani publikována. Pokud jde o celkové řízení systému, spoléhá se v současné době především na minimální bezpečnostní a kvalitativní standardy, jejichž dodržování má zajišťovat povinná akreditace. Naproti tomu v ostatních zemích OECD se klade důraz hlavně na to, aby se kvalita zdravotních služeb neustále zvyšovala. Za tímto účelem se kvalita zdravotní péče pravidelně monitoruje a zavádějí se různá motivační opatření, která poskytovatelům služeb dávají průběžnou zpětnou vazbu, jak mohou své výsledky zlepšovat. České zdravotnictví se příliš zaměřuje na minimální požadavky a zahrnuje málo opatření, která by nemocnice motivovala k tomu, aby usilovaly o neustálé zvyšování kvality.

Kvalita péče není v centru agendy manažerů zdravotnictví, natož aby na její kontrolu a odměňování byly nastaveny úhradové mechanismy. Úhradové mechanismy jsou v drtivé většině paušální nebo výkonové (nemocnice a ambulantní sféra), nebo dokonce kapitální, fixně na jednoho pacienta v kartotéce (praktičtí lékaři).

Pacienti nemají dostatek informací, zejména o kvalitě poskytovatelů, zatímco lékaři ani zdravotnická zařízení nejsou motivováni soutěžit o pacienty.

Pacienti mají jen minimální informace o kvalitě jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, a nemohou se tak kvalifikovaně rozhodovat. Třebaže Češi mají právo na svobodný výběr lékaře nebo nemocnice, v praxi je možnost svobodné volby lékaře málokdy využívána jako činitel přispívající k vysoké kvalitě péče. Nemají-li totiž pacienti dostatek informací o kvalitě služeb jednotlivých lékařů či nemocnic, mohou jen těžko vyvíjet tlak na poskytovatele, aby si konkurovali kvalitou svých služeb. Velmi důležité tedy je, aby se data o kvalitě služeb jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče v ČR průběžně shromažďovala, vyhodnocovala a zveřejňovala a aby pacienti k těmto datům měli snadný přístup.

Druhým bodem kritiky ze strany OECD je nepřítomnost vyhodnocování nákladové efektivity stávajících preventivních prohlídek a programů. V současnosti není zaveden žádný

dohled nad kvalitou preventivních prohlídek zaměřených na kardiovaskulární onemocnění, které jsou běžně nabízeny dospělým, ani pro tento screeningový program nebyla provedena analýza efektivity vynaložených nákladů. Obdobně platí, že ačkoli existují doporučení pro sekundární prevenci kardiovaskulárních rizik, nesleduje se jejich dodržování. Všem dospělým je též nabízena komplexní zdravotní prohlídka jednou za dva roky, bez ohledu na osobní rizikový profil. Ze zahraničních zkušeností ovšem vyplývá, že cenová efektivita necíleného screeningu, jako je ten, který se nabízí v České republice, je pravděpodobně nízká. Evropské pokyny pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění navíc univerzální screening nepodporují. Doporučují, aby riziko bylo posuzováno na základě věku, pohlaví, kuřáctví, hodnot krevního tlaku a celkové hladiny cholesterolu.

V České republice rovněž chybí organizace, která by se zabývala hodnocením zdravotnických technologií (health technology assessment – HTA), a je zde tedy relativně málo zkušeností a zavedených postupů pro uskutečnění takového posouzení cenové efektivity. Provedením takového hodnocení by tedy pravděpodobně musela být pověřena univerzita nebo soukromý subjekt. Absence národního institutu pro hodnocení zdravotnických technologií je však v ostrém kontrastu k většině ostatních zemí OECD, a je zapotřebí znovu se zabývat možností jeho založení.

Dále se zpráva OECD pozastavuje nad nevyjasněnou rolí praktických lékařů při koordinaci zdravotních služeb, a to zejména pro pacienty s chronickými nemocemi, například s cukrovkou. To, že pacienti mohou vyhledat péči specialistů bez konzultace s praktickým lékařem, špatně definované vzájemné povinnosti ambulantních specialistů a praktických lékařů i současný systém úhrad, to vše se odráží jak ve zbytečných nákladech, tak ve zhoršené kvalitě a návaznosti péče o chronicky nemocné. Cukrovka je složité a nákladné onemocnění a její prevalence se v České republice významně zvyšuje. České zdravotnictví by proto mělo usilovat o posílení péče ve všech stádiích: prevence, včasná detekce i léčba. Bylo by vhodné provést určité změny v organizaci péče: v léčbě diabetu by měli hrát větší roli praktičtí lékaři; prioritou by měla být dobře koordinovaná péče zaměřená na pacienta; a měla by být podporována osvěta pacientů a selfmonitoring.

OECD konstatuje, že obecná zdravotní vzdělanost české populace je na nízké úrovni, což je varovný stav, neboť by bylo žádoucí změnit rizikové chování české populace vzhledem k vysokému výskytu takzvaných civilizačních onemocnění.

V neposlední řadě zpráva upozorňuje na absenci dlouhodobých politicky udržitelných koncepcí zdravotnictví, které by nepodléhaly výkyvům politického cyklu. Každá nová vláda (kterých zde bylo za poslední dvě desetiletí dvanáct) si přirozeně vždy přeje prosadit nějakou změnu, zároveň ale dochází k rozsáhlým personálním obměnám na administrativních i odborných pozicích a projevuje se tendence ukončit stávající iniciativy. V důsledku toho hrozí, že se nepodaří vybudovat rozvinutý systém zajišťování kvality anebo jiné důležité reformy zdravotnictví, které vyžadují dlouhodobější přípravu.

Podle doporučení OECD z roku 2014 je změna potřebná zejména v následujících oblastech:

- Systém kontroly kvality – sledování výsledků péče (outcomes).
- Motivace (finanční) ke zvyšování kvality péče na různých úrovních (platby zacílené na výsledky, „pay-for-performance“).
- Hodnocení nákladové efektivity preventivních či screeningových programů a zdravotnických technologií.
- Úloha praktických lékařů ve sféře chronických onemocnění – chybí jasnější vymezení zodpovědnosti (gate-keeping).
- Pacienti nemají dostatek informací, zejména o kvalitě poskytovatelů, zatímco lékaři ani zdravotnická zařízení nejsou motivováni soutěžit o pacienty.
- Zlepšení vzdělávání pacientů, aby lépe věděli, jak správně a účinně pečovat sami o sebe při chronických onemocněních (zejména diabetu) – takzvaný self-management.
- Nutnost dlouhodobé koncepce a vize.

DOPORUČENÍ EVROPSKÉ KOMISE

Evropská komise – Country Report Czech Republic, SWD(2016)73, Brussels, 26. 2. 2016 – hodnotí české zdravotnictví jako velmi dobré z pohledu dostupnosti péče. Posledních deset let je rovněž pozorováno zlepšení v parametrech celkové délky dožití a délky dožití ve zdraví. Rovněž konstatuje, že české zdravotnictví je orientováno zejména na nemocniční péči, což jej činí nákladnějším, než kdyby bylo více založeno na ambulantních službách. Kapacita lůžkové péče není racionálně plánována vzhledem k potřebám populace a model financování nemocniční péče vyžaduje reformu směrem k fungujícímu mechanismu úhrady založené na diagnostických skupinách – takzvaný DRG systém (Diagnosis-related Groups).

EK vyslovuje obavy z dlouhodobého financování zdravotní péče v ČR, protože české zdravotnictví je financováno téměř výlučně

Český zdravotní systém se strnule brání jakýmkoliv změnám a není připraven na výzvy, kterým bude čelit v 21. století.

z veřejných rozpočtů a systém nedostává finanční podporu z jiných zdrojů. Českému systému chybí regulace pohybu pacientů systémem, který by řídili praktičtí lékaři (takzvaný gate-keeping), když průměrný počet návštěv u lékaře na osobu je 11,1 a průměr EU 6,9. Ve zprávě je také zmiňována obecná netransparentnost v rozdělování finančních prostředků v českém zdravotnictví, zejména v oblasti nemocnic a stanovování úhrad zdravotnických prostředků.

CO JE TEDY TŘEBA ZMĚNIT?

Nechceme být považováni za alarmisty a škarohlídy, kteří kazí idylický obraz českého zdravotnictví. Bezpochyby na tom není český pacient špatně, zvláště pokud má známé a ví, na koho se obrátit v případě zdravotních komplikací. Máme ale pocit, že spíše nejsme schopni provést dostatečnou analýzu, protože nemáme dostatek informací a dat. Český zdravotní systém se strnule brání jakýmkoliv změnám a není připraven na výzvy, které přicházejí. Na místě je tak obava, zda je kvalita péče udržitelná a jestli by již dnes nemohla být v některých oblastech vyšší.

Pokusili jsme se identifikovat pět základních oblastí, ve kterých potřebuje české zdravotnictví nastartovat reformy a střednědobou změnu, díky nimž by se mohlo posunout k vyšší efektivitě a finanční udržitelnosti:

- Pluralitní systém zdravotních pojišťoven, které soutěží o klienty, snaží se pro ně zajistit přiměřeně účinnou a nákladově efektivní péči a odměňují poskytovatele na základě objektivně měřené kvality zdravotní péče;
- Vícezdrojové financování zdravotnictví (fixní daňové odvody, nominální pojistné na základě chování klienta, komerční připojištění, přímé platby se sociálním stropem);
- Vícestupňová síť zdravotnických zařízení na principu spádovosti a míry specializace s dostupnými informacemi o kvalitě poskytovatelů;
- Fungování principu „úhrada následuje efektivitu/kvalitu péče“ (systém indikátorů kvality péče, úhradové systémy odměňující kvalitu a výsledky, důsledné hodnocení nákladové efektivnosti nejen u léků, ale i všech dalších zdravotnických technologií);
- Systémový management chronických a nepřenositelných („civilizačních“) onemocnění na ose prevence → včasný záchyt → včasná intervence → dlouhodobá péče na míru. ☒

O autorech:

Tomáš Mlčoch pracuje jako analytik zdravotní ekonomiky a farmakoekonom ve společnostech iHETA a ValueOutcomes. Věnuje se především analytické činnosti při tvorbě farmakoekonomických analýz a nákladovým studiím jednotlivých typů onemocnění.

Tomáš Doležal je ředitelem společností iHETA a ValueOutcomes. Věnuje se především tvorbě, designu farmakoekonomických studií a jejich vedení, je konzultantem v oblasti vstupu na trh nových léčivých přípravků a členem expertní skupiny pro tvorbu nových zdravotně-ekonomických politik.