

Zdravotní péče a struktura její spotřeby

ZHDNOCENÍ DATOVÝCH ZDROJŮ

Spotřeba zdravotní péče ve vztahu k řešeným zdravotním problémům populace je podchycena velmi nedostatečně.

Lůžková nemocniční péče je podchycena nejlépe, není však zachycena navazující péče poskytovaná v sociálních zařízeních a v domácnostech.

Lékařská péče je podchycena pouze ve spotřebě léčiv, není však zachycena vazba na diagnózu.

Ambulantní péče není podchycena ani ve vztahu k jednotlivým populačním segmentům (v členění dle věku, pohlaví a věku).

VYMEZENÍ PROBLEMATIKY

Dostupné údaje nesvědčí o tom, že by celková spotřeba péče v České republice byla nízká (výjimkou může být například nízká spotřeba léků na léčbu nervových onemocnění). Nelze se však vyjádřit o její účelnosti ani o jejím rozložení ve vztahu k jednotlivým populačním segmentům. Tento problém se netýká jenom ČR, ale i ostatních vyspělých zemí.

Spotřeba lůžkové péče je vázána především na ošetrovatelskou péči. Velké rozdíly jsou jak mezi státy, tak i mezi jednotlivými kraji. Na rozdíl se nejvíce podílí dlouhodobá péče. Obecně lze říci, že při nízkém počtu osob trvale upoutaných na lůžko v sociálních zařízeních dochází k přesunu této péče do nemocnic.

U ambulantní péče dochází ke koncentraci do větších měst. Se zvýšením kapacit v dané lokalitě však zároveň dochází ke snížení počtu vyšetření na jednoho lékaře.

U lékařské péče je spotřeba léčiv ve srovnání s ostatními státy spíše nadprůměrná, z velké části je to vázáno na skupinu léků pro kardiovaskulární onemocnění.

MUDr. Zuzana Roithová, MBA
Poslankyně Evropského parlamentu
Ministryně zdravotnictví od ledna do července 1998

Výše uvedené faktory (doplňno stárnutí populace, rozvoje technologií, nárůst nabídky a zvýšené očekávání pacientů) vedou jednak k eskalaci nákladů na zdravotnictví a jednak (zejména prvý z nich) k nutnosti změny struktury systému zdravotní péče tak, aby odpovídal potřebám klientů. Zatímco vývoj zdravotnických systémů druhé poloviny dvacátého století lze označit jako jednoznačně „extenzivní“ – nové technologie a metody diagnostiky a léčby, zejména nárůst počtu seniorů v západní Evropě a v USA k posílení „intenzivního“ rozvoje. Tím mám na mysli posun od cíle „vyléčit“ (cure) k cíli „pečovat“ (care) – tedy ke změně struktury zdravotnických pracovníků (významnější počet nelékařských odborníků) i jejich kompetencí (posílení role ošetrovatelského personálu v zařízeních následné péče), ke změně struktury zdravotnických zařízení i ke změně jejich financování, k oslabení finanční bonifikace „triumfující medicíny“.

Mgr. Stanislav Havlíček
Česká lékařská komora
Prezident

Vztah potřeby a spotřeby léčiv a zároveň rozvoj lékařského systému lze v současném (byť částečně reformovaném prostředí) zhodnotit jen s velkými obtížemi. [...]

Spotřeba léčiv vyjádřená množstvím finančních prostředků vyjadřuje dlouhodobě mezinárodní přístřeže ceny zmíněných léků dlouhodobě klesají. Tento trend je obrazem situace, kdy je léčivo chápáno jako „zboží“, a jako u takového je jeho kvalita posuzována nikoliv terapeutickým účinkem, ale „úspěšností“ v tržním prostředí. Toho úspěchu je často dosaženo bez ohledu na skutečnou potřebu pacientů. Prakticky dochází k navyšování počtu pacientů podle laboratorních hodnot, bez ohledu na jejich přístup k prevenci a ochraně vlastního zdraví. Jinými slovy jsou pacienti lézeni léky i v situacích, kdy jejich životní styl a režimová opatření působí v protikladu k zamýšlenému terapeutickému efektu.

PharmDr. Josef Suchoň
INFOPHARM, a. s.

Výdaje na léčiva jsou strašákem a politickým fenoménem, což příliš nekoresponduje s objektivní situací a obvykle bývá důsledkem zaměřování za příčinu. Vysoké výdaje na léčiva a jejich vysoká spotřeba nevznikají v žádné zemi. ČR nevyjímaje, ve valice samovolně a bez příčin. K hlavním příčinám absolutní i relativně vysoké spotřeby léčiv v ČR jsou návyky a očekávání pacientů a lékařů, obavy politiků nevyhovující stav změnit způsobem, které se osvědčily v zahraničí, a malá schopnost identifikovat relevantní příčiny tohoto stavu.

JUDr. Daniela Bruthanová
Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

Odpovídá struktura spotřebované péče potřebě zdravotní péče? Neodpovídá. Řada výkonů (léčebných postupů) je uměle indikována, jiných výkonů se nedostává, zejména pro nedostatečnou personální zajištění. Existují výrazné regionální rozdíly. Zdravotnictví doplňuje sociální péči, především u starších osob.

Jan Vomlela
Revírní bratrská pokladna
tiskový mluvčí

Reálnou potřebu péče je velmi nesnadné definovat. Přitom je žádoucí, aby mezi skutečnou „spotřebovanou péčí“ a její přibližnou „potřebou“ existoval jednoznačný kauzální vztah. Přes všechna regulační omezení další péče o seniory má výrazné setřené rozdíly mezi sociální a zdravotní potřebností. Zajištění zdravotnického zázemí touto péčí je dlouhodobým pozůstatkem z dřívějšího nastavení socialistického zdravotnictví.

MUDr. Jan Bríza CSc., MBA
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
ředitel

Síť zdravotnických zařízení a s ní spojená struktura poskytované péče v jednotlivých zařízeních je poznamenána setrvačností a subregionálními zájmy. Praktickým dopadem často bývá ne zcela výstižná nákladová technika na pracovištích bez dostatečného odborného zázemí. Obecně trzení o nadbytku nemocničních lůžek je nutné korigovat pohledem nejen přes bryle zdravotnického, ale i sociálního rozortu. V ČR prakticky zanikla višgenerační podoba a zejména další péče o seniory má výrazné setřené rozdíly mezi sociální a zdravotní potřebností. Zajištění zdravotnického zázemí touto péčí je dlouhodobým pozůstatkem z dřívějšího nastavení socialistického zdravotnictví. Úhradové nerovnosti vedou spíše k vyhledávání lukrativních poskytovatelů či výkonů a nepodporují racionální restrukturalizaci zdravotnických zařízení v síti. Zařízení následné péče často neposkytují adekvátně navazující péči pacientům vyžadujícím systematickou a cílenou rehabilitaci, tím někdy i dochází k anulování výsledků poskytnuté akutní péče.

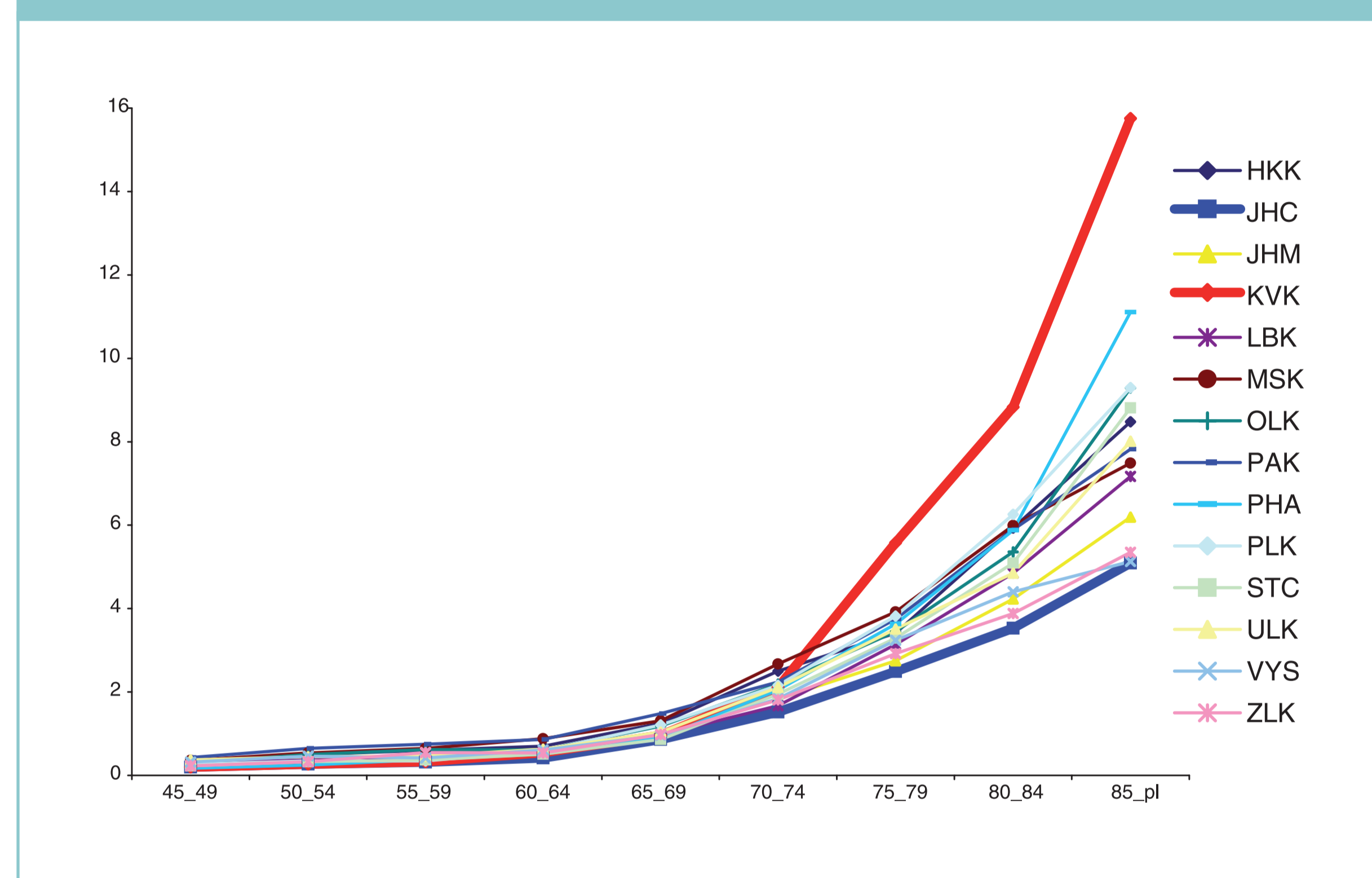
MUDr. Eduard Sohlich, MBA
Asociace českých a moravských nemocnic
předseda

Je třeba varovat před ukvapenou redukcí poskytovatelů i počtu lůžek! Tvzení, že máme posvátnou na podložných argumentech! [...] Objektivně dochází k snížení počtu na spotřebě zdravotní péče ze strany poskytovatelů ústavní péče (v roce 2001 činil podíl nákladů zdravotních pojištěn na lůžkovou zdravotnická zařízení 48,1 % a v roce 2005 pouze 48,7 %, tedy o 1,4 % méně, což je cca 2,3 mld. Kč úspor). Struktura tržeb od zdravotních pojištěn v nemocnicích není pouze za lůžkovou péči. Ta představuje pouze 65 %, 23 % tržeb jsou ambulantní výkony a 12 % ostatní. To znamená, že celkový podíl nákladů na lůžkovou péči vůči spotřebě zdravotní péče je pouze cca 30 %! Tvzení, že máme mnohem více nemocnic než státy s přírodní „15“, rovněž pokouhá. V sousedním Německu je cca 2.250 nemocnic, což je mnohem více na počet obyvatel než 197 nemocnic v České republice. Určitě diskutujeme o strukturní oborů, podmínkách provádění specializovaných výkonů, ale mj. ne v paměti potřebu základní obslužnosti jednotlivých regionů. Přehnaná centralizace nezlepšuje dostupnost ani kvalitu a nebude levnější.

doc. Mgr. Věra Adámková, CSc.
Institut klinické a experimentální medicíny

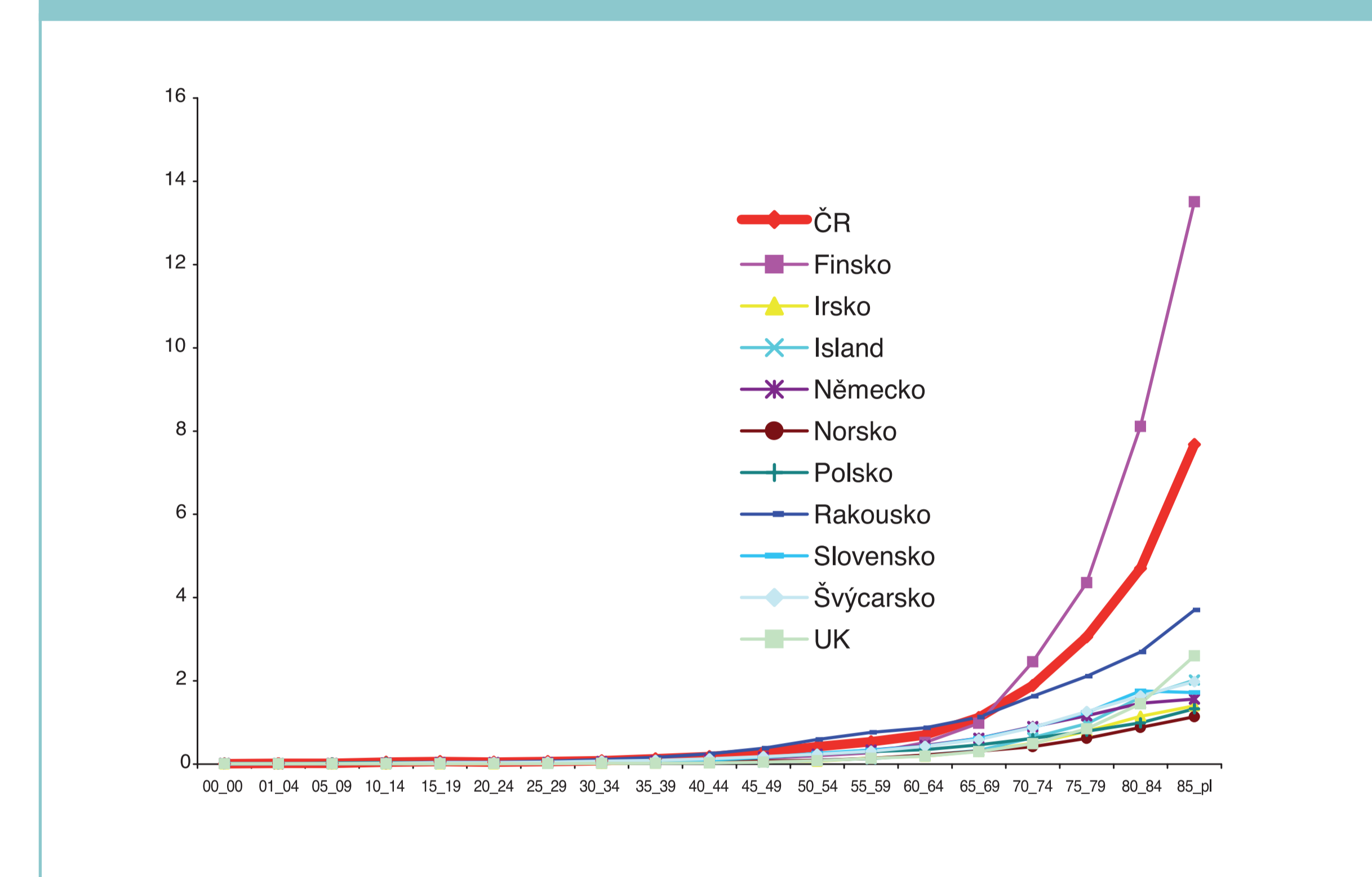
Civilizační choroby je pojem, který zahrnuje celou škálu chorobných stavů, které jsou v tzv. moderní společnosti časté a jsou hrozbou pro ekonomiku celé společnosti, [doplňno Do této kategorie patří také] Kardiovaskulární nemoci (KVO) Ovlivnitelné rizikové faktory KVO – je třeba podporovat jejich preventivní ovivnění (nefarmakologické, změnou životního stylu) a osoby, které takovýto program dodržují, bonifikovat. Naopak pacienti, kteří nedbají doporučení, je třeba zapojit do zdravotní úhrady – přík. kouření při diagnóze ischemické choroby srdeční, anginy pectoris, při manifestních známkách aterosklerózy, po cévní mozkové příhodě – příkladně nelze trdit lůžkovou léčbu. Při nutnosti farmakologické léčby dochází ke zneužívání úhrady – pacient obchází nekontrolované několik lékařů, od každého je vybaven medikací – úhrada u jednoho lékaře, kontrola je na pojistovně – zdravotnické zařízení není schopno kontrolovat jina zařízení.

Mezikrajové rozdíly ve spotřebě ošetrovacích dnů u žen u „geriatrických diagnóz“



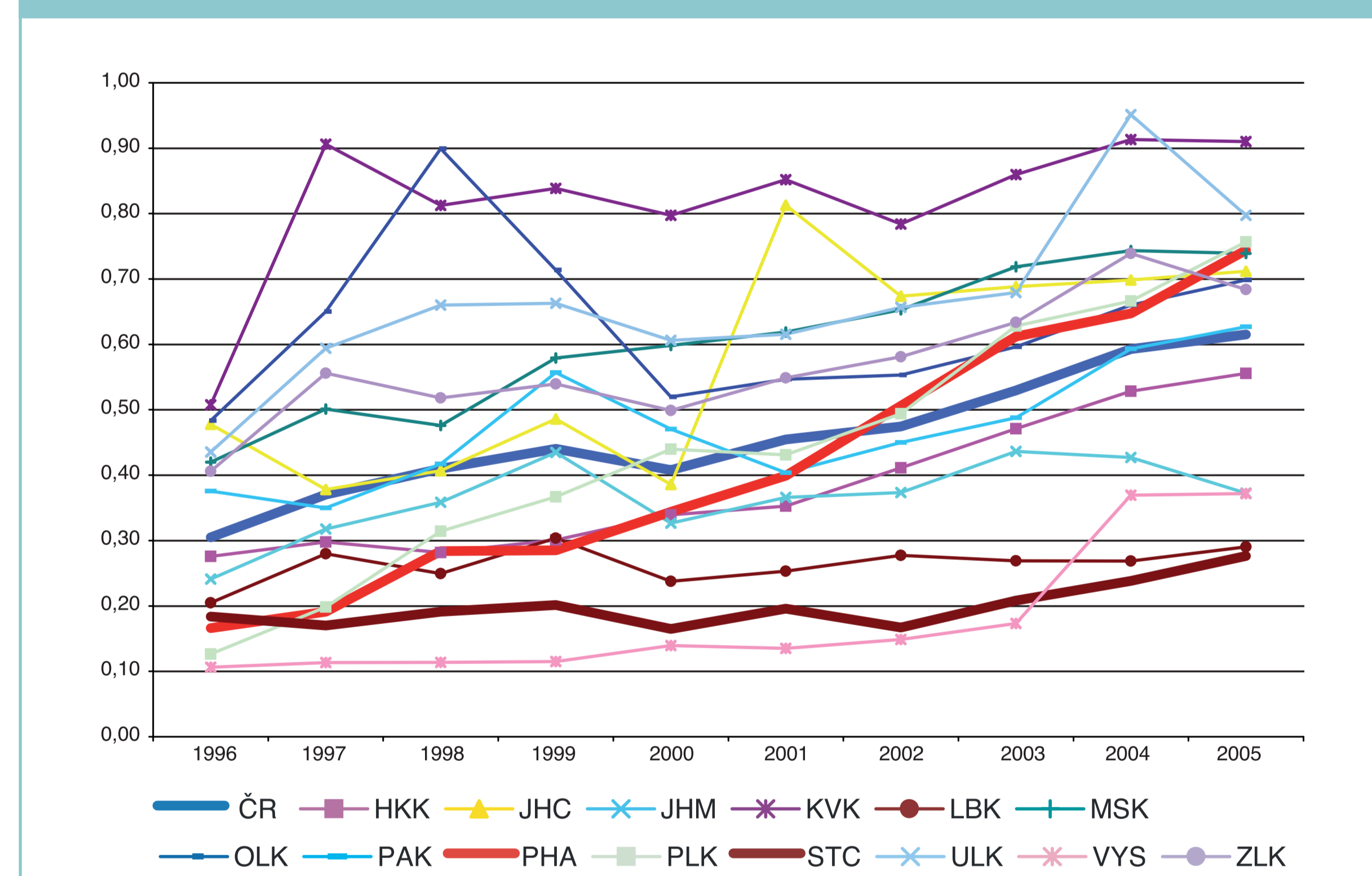
Spotřeba péče vázaná na geriatrické problémy je příčinou velkých rozdílů ve spotřebě mezi kraji i mezi státy. Svědčí to o tom, že tato péče může být zajišťována i mimo zdravotnictví – v domácnostech a sociálních zařízeních.

Mezinárodní rozdíly ve spotřebě ošetrovacích dnů u „geriatrických diagnóz“



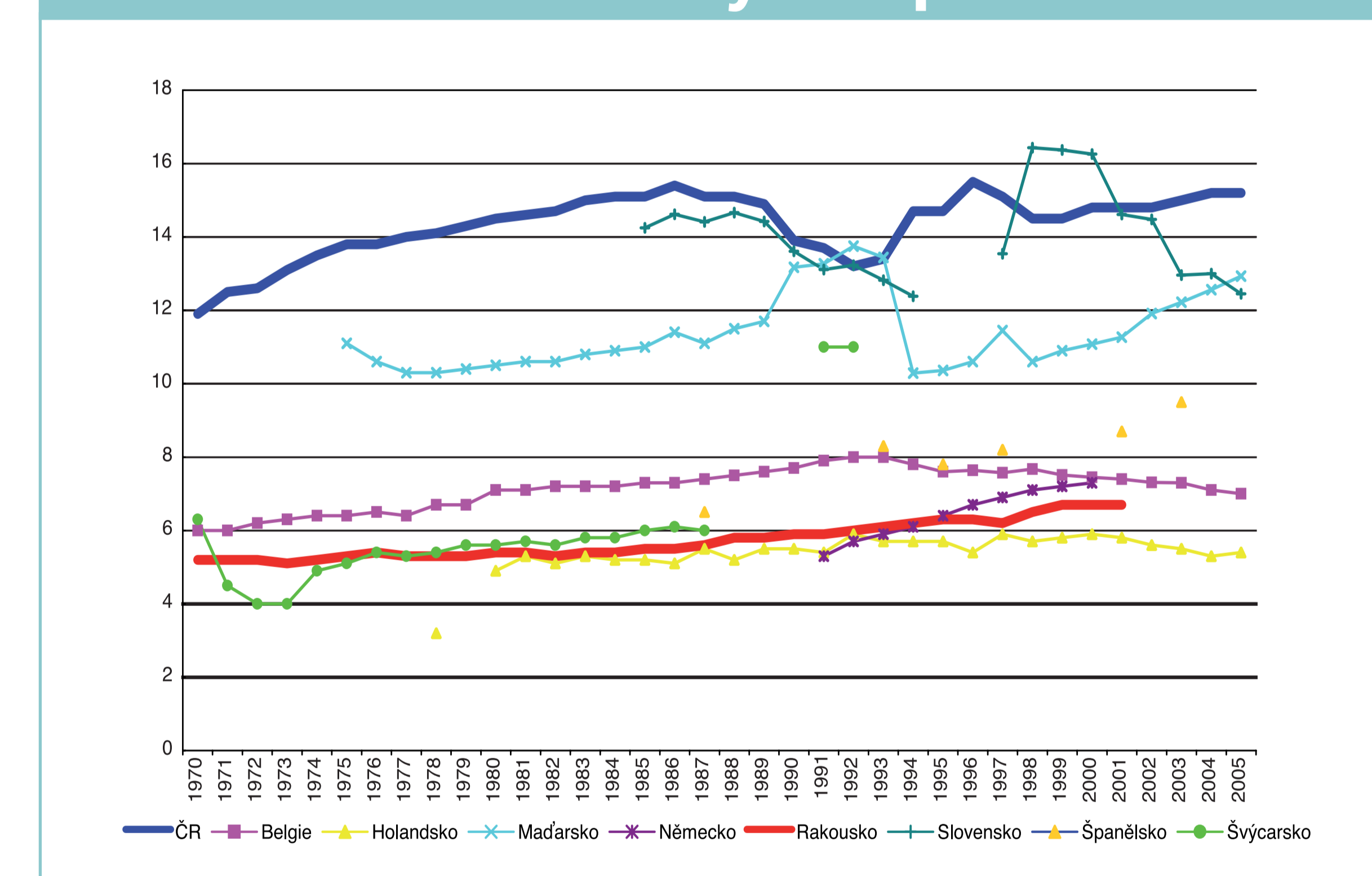
Ve srovnání s ostatními státy je spotřeba ošetrovacích dnů v České republice poměrně vysoká u vyšších věkových kategorií, a to především při řešení potíží, které pracovníce označujeme jako „geriatrické problémy“. Jedná se o hospitalizace z důvodu následujících diagnóz: demence, Alzheimerova choroba, cévní onemocnění mozku, ateroskleróza, onemocnění pohybové soustavy a zlomenina krčku kosti stehenní

Pozitivní nárůst činnosti domácí péče



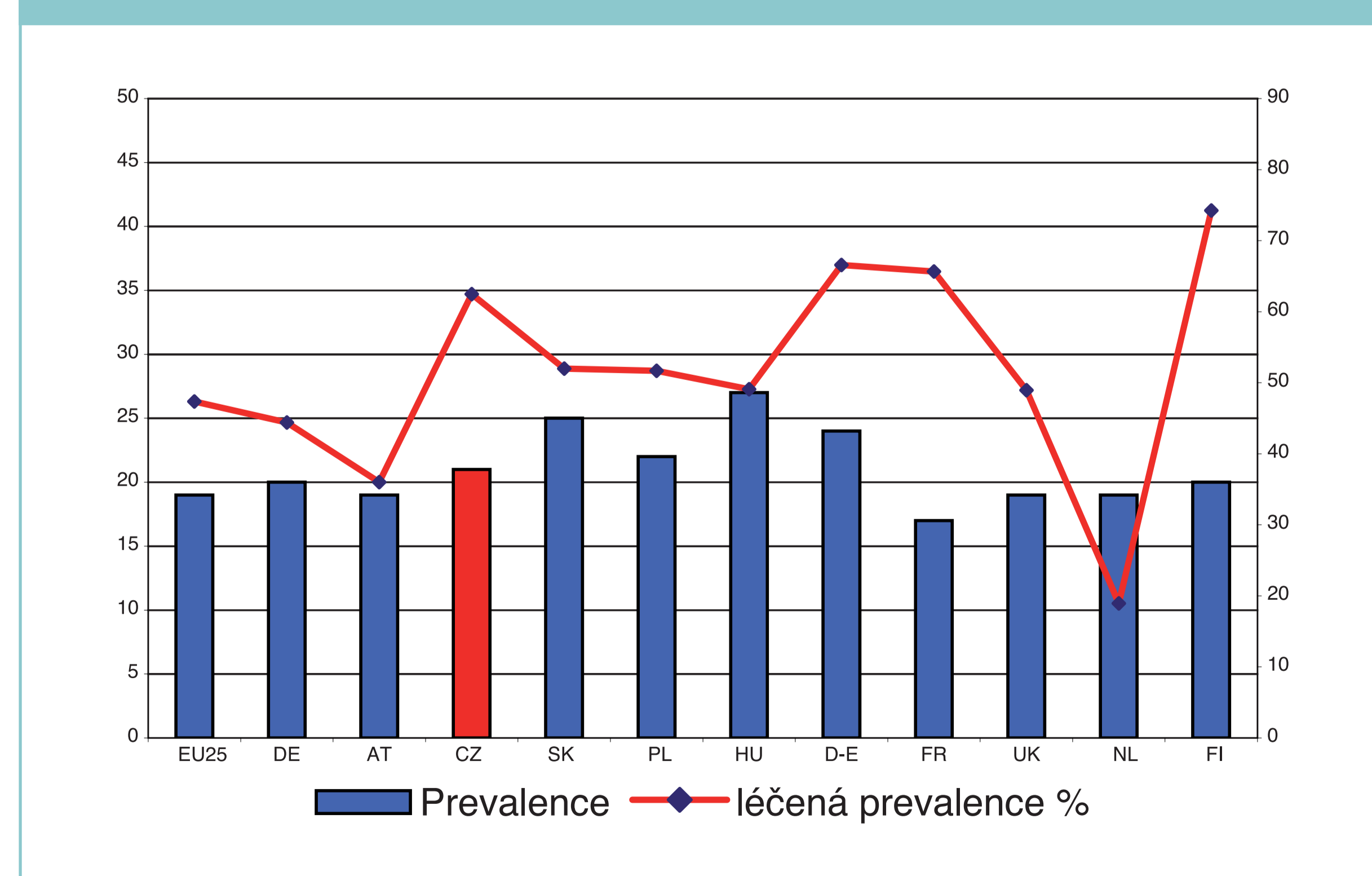
Zatímco počet všech vyšetření na osobu za rok je mezi kraji dlouhodobě stabilní, při pohledu na domácí péči jsou počty kontaktů domácí péče mezi jednotlivými kraji velmi rozdílné a zároveň dochází k jejich zvyšování. Jedná se o pozitivní trend, který umožňuje lepší využití sektoru domácností na zajištění péče.

Vysoký počet kontaktů v ambulantní péči vytváří prostor pro účelnější využití zdravotnických kapacit



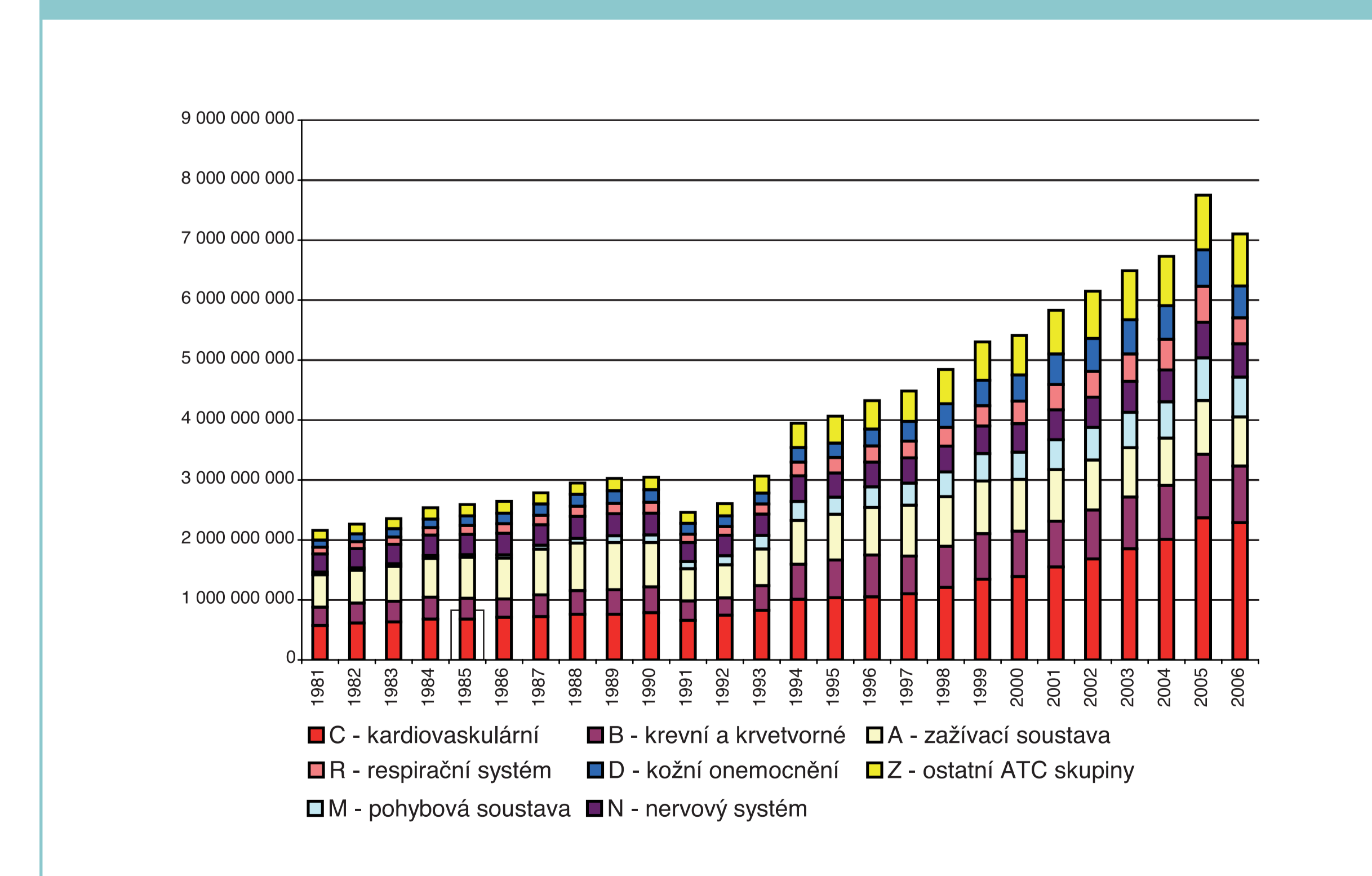
Uhradové nerovnosti vedou spíše k vyhledávání lukrativních poskytovatelů či výkonů a nepodporují racionální restrukturalizaci zdravotnických zařízení v síti. Zařízení následné péče často neposkytují adekvátně navazující péči pacientům vyžadujícím systematickou a cílenou rehabilitaci, tím někdy i dochází k anulování výsledků poskytnuté akutní péče.

Ne každý hypertonik je léčený



Počet hypertoniků v České republice je přibližně stejný jako v ostatních státech. V mezinárodním srovnání jich je ale u nás léčeno relativně více, nejedná se však ještě o optimální počet. Zdroj: Eurobarometer, 2007

Spotřeba léků v České republice v posledních 15ti letech významně vzrostla



Dlouhodobý vývoj spotřeby léků v definovaných denních dávkách ukazuje jednoznačně nárůst, v tomto období došlo k vyrovnání spotřeby s ostatními státy. Na růstu se podílí především nárůst spotřeby léků k léčbě kardiovaskulárních onemocnění.