

Výsledky zdravotnictví a zdravotní péče

ZHODNOCENÍ DATOVÝCH ZDROJŮ

Nedostatečné epidemiologické podchycení zdravotního problému a s ním spojené spotřeby péče neumožňuje seriózní hodnocení výsledků. V České republice je tato oblast velmi málo rozvinuta.

I v případě, že údaje existují, tak je velmi obtížné určit, které činnosti a kteří poskytovatelé péče se na výsledku podílejí. Tento problém je obzvláště závažný v případě chronických onemocnění. Čím více poskytovatelů se na léčbě podílí, tím hůře se určuje přínos každého z nich.

Mimo úmrtnosti se k hodnocení výsledků péče o zdraví může používat úroveň zatížení populace rizikovými faktory, které jsou z velké části vázány na životní styl.

Nedostatek informací o výsledcích péče je nahrazován informacemi o objemu poskytovaných specifických druhů péče – operace katarakty, náhrady kloubů, transplantace a podobně. Za výsledek, např. zajištění dostupnosti, je však můžeme považovat pouze tehdy, pokud je znám počet osob, u kterých je tato péče indikována. Informací z této oblasti je v České republice dosud málo.

Spokojenost se zdravotnictvím je specifickým výsledkem, kterému se začíná věnovat více pozornosti. Mezinárodně srovnatelné údaje za Českou republiku jsou již k dispozici v rámci šetření WHO nebo Eurostatu.

VYMEZENÍ PROBLEMATIKY

Pro ekonomické posouzení přínosů poskytované zdravotní péče a celého zdravotnického systému je nezbytné ocenění výsledků zdravotní péče.

Dosud tradované členění a kvantifikace základních determinantů zdraví odpovídá rozdělení na 50 % životní styl, 20 % životní prostředí, 20 % genetická predispozice a jen 10 % vlastní zdravotní péče a přístup k ní. Lze však předpokládat, že toto členění bude pravděpodobně brzy zásadním způsobem modifikováno, neboť význam zdravotní péče, hlavně u seniorské populace, roste.

Výsledky ovlivňuje na jedné straně jednání a životní styl každého člověka, na druhé straně jsou do značné míry ovlivňovány léčebnými a ošetrovatelskými službami. To znamená, že sektor domácností musí být stavěn na roveň sektoru zdravotnictví.

prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.
Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně
Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví

Zdravotnický systém chápu jako odbornou část péče o zdraví i jako součást širšího sociálního systému. Pokud bych tedy uvažoval o jeho transformaci, ptal bych se, zda, čím a do jaké míry mohu zvýšit jeho výkonnost (performance), pokud jde o zlepšení zdraví lidí, větší responsiveness (vstřícnosti) a slušné financování (fair financing). [...] V teoretických kruzích se všeobecně připojuji, že jednostranná „ekonomizace“ systému je osídlná a že vynucené úspory mohou přijít velmi drahé. Drobné úspory mohou vyvolat celou řadu nežádoucích účinků. Např. vyvolat nepokojenost a slábné financování (fair financing), popřípadě politické oslabení vlády. Jednostrannou ekonomizaci bez citlivého přihlídnutí k cílům systému a hodnotovým důsledkům, včetně dopadu na zdraví, považuji nejen za neadekvátní, ale i za nebezpečnou.

Luboš Olejár
Svaz pacientů ČR
Prezident
Ing. Josef Mrázek
Koordinátor projektu „Hranatý stůl“

Jako příklad špatného přístupu k řešení uvedme problém dostupnosti zdravotní péče. Ať je v daném konkrétním případě odpovědný stát nebo v přenesené působnosti kraj, je jeho povinností zajistit, aby existovala zařízení, se kterými by pojišťovna uzavírela potřebné smlouvy o poskytování a hrazení péče. Proto si musí stát a kraje udržet poskytovatelské kapacity pod kontrolou a kde by chyběly, tam je doplnit. Sama pojišťovna nemůže ručit za dostupnost hospodárně obstarávané péče, když stát a kraje rozprodají nemocnice a dovolí vznik horizontálních i vertikálních monopolů a dovolí, aby se vše podřítilo zájmům zisků majitelů zdravotnických zařízení, které mají odlišné legislativní i technické možnosti. Zde vidím prostor pro významné zavedení systému, ať již do řízení kvality péče jako jakékoli činnosti v institucích nebo do systému vyhodnocování. Za hlavní problém je zde možno označit poměrnou složitost systémů ukazatelů kvality péče, které musí být interpretovány v souvztáženosti a ne vytřzeny z kontextu, jak často činí média.

MUDr. Jan Bříza CSc., MBA
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Ředitel

Medicina je obor zvyklý posuzovat způsobovědně efektivitu léčebných i diagnostických postupů. Zde však došlo k oslabení role metodik léčby. V těchto otázkách se třísí snahy i možnosti ministerstva zdravotnictví, regionálních správ, zdravotních pojišťoven, odborných společností i samotných zdravotnických zařízení, které mají odlišné legislativní i technické možnosti. Zde vidím prostor pro významné zavedení systému, ať již do řízení kvality péče jako jakékoli činnosti v institucích nebo do systému vyhodnocování. Za hlavní problém je zde možno označit poměrnou složitost systémů ukazatelů kvality péče, které musí být interpretovány v souvztáženosti a ne vytřzeny z kontextu, jak často činí média.

MUDr. Marcela Sojáková
LOK – SČL ČR
Členka předsednictva

Kvalita je srovnatelná s vyspělou Evropou, která si, na rozdíl od nás, vysoce kvalifikované pracovní síly váží. Pokud bude pokračovat současný trend – a vzhledem k nechtěnému zvýšení objemů prostředků, které míří do zdravotnictví – pravděpodobně bude, dojde k pochopitelnému snižování kvality péče. Kvalifikovaní lékaři budou odcházet ve větším objemu než je tomu dosud ...

prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.
Fakulta humanitních studií
Univerzity Karlovy v Praze

Není tajemstvím, že se dramaticky zvěšuje propast mezi ideální a dostupnou medicínou a rozhodně se nejedná pouze o „rozhnutí“. Bylo by krásné, spravedlivé a mravné, kdyby každý občan kdekoli a kdykoliv obdržel takovou léčbu a péči, která odpovídá nejnovějším poznatkům vědy a techniky. Faktem je, že může obdržet jen takovou, která je reálně dostupná. Na reálné formě léčby a péče se ovšem nepodílí jenom finanční a vždy limitované finanční zdroje, ale také geografická dostupnost a vzdálenosti úrovně poskytovatelů zdravotní péče. Ke škodě věci je v České republice diskutována jen finanční stránka věci [...]

MUDr. Jaromír Sobota, CSc.
Státní zdravotní ústav se sídlem v Praze
Ředitel

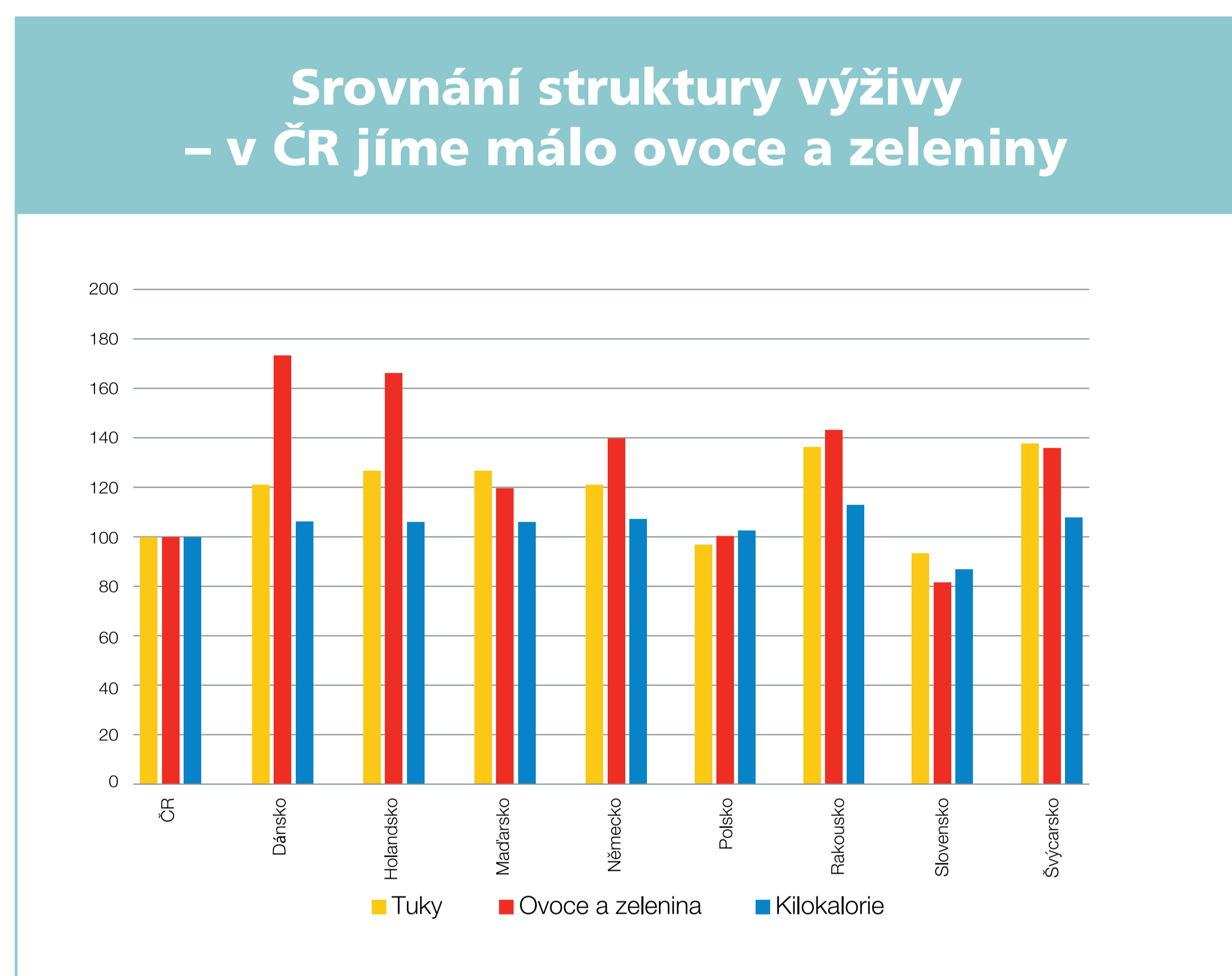
Z hlediska prodloužení života a přezívání doplněno je zdravotnictví efektivní ... z hlediska kvality života je efekt nepříliš dobře definován a pokud jde o cost benefitní analýzu efektivity, je všude na světě problematická. Zdá se však, že systém užíví poskytovatelé (moc jich neutká), a tak je z jejich hlediska efektivní pacienti také stále s otázkou vzdělávání a výchovy nových pracovníků. [...] Všichni řeší peníze, šetření, ekonomickou výhodnost. Ale to nejdůležitější – kvalitu péče o nemocné, dostatečnou empatii personálu jako by nechávali ležet stranou. Vychovávat dobrého lékaře chce deset let, dobrou sestru minimálně dva. Ale o těchto věcech nikdo nemluví. Když se podívám na věkovou strukturu personálu nemocnic, myslím, že je na čase začít přemýšlet, kdo bude vychovávat naše nástupce. Abychom se nedostali do situace, a teď parafrazuji výrok primáře Pízáka, „že děti budou vychovávat děti“.

MUDr. Petr Wagner
Oddělení klinické biochemie,
Klaudiana nemocnice v Mladé Boleslavi

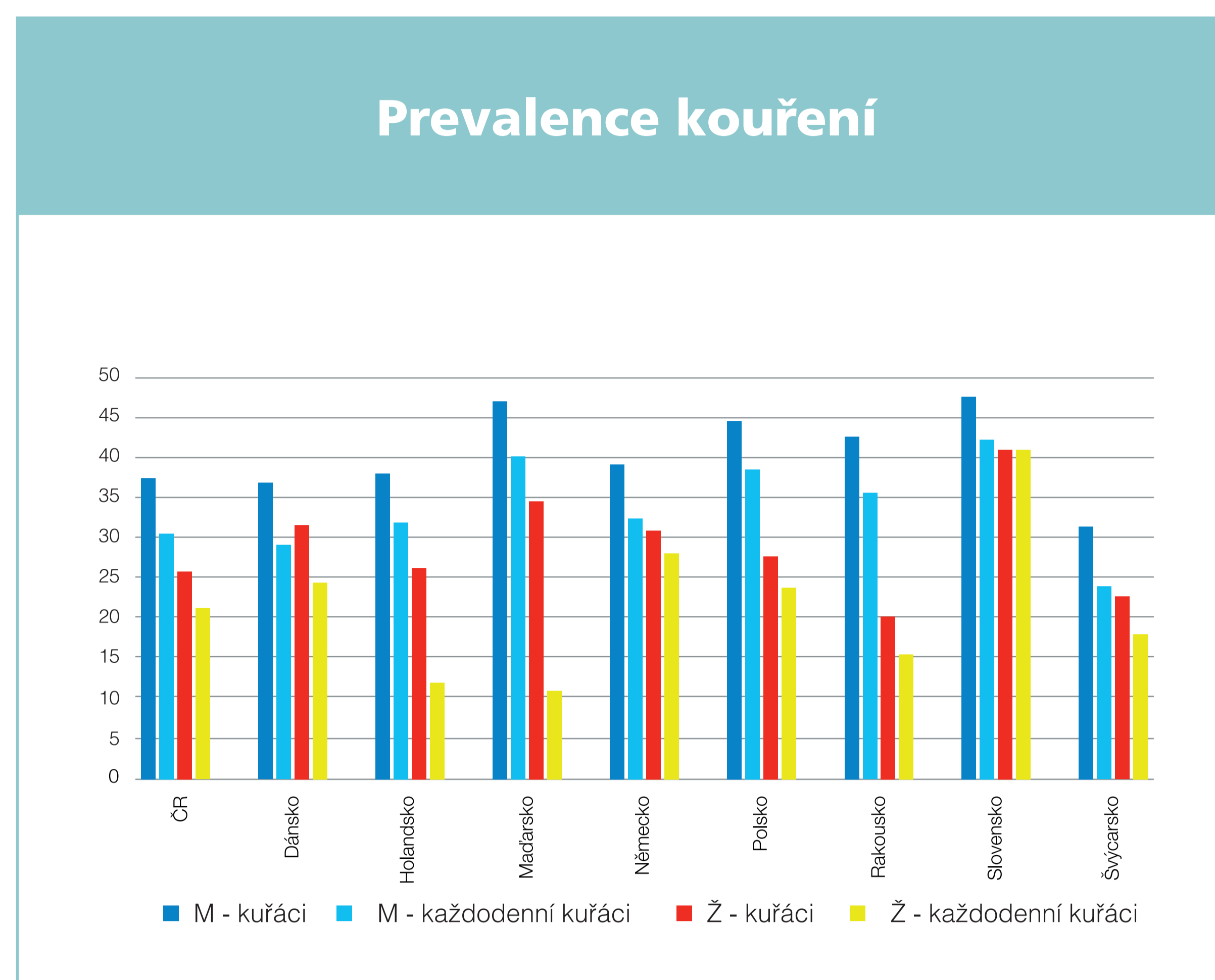
Osobně za největší současný problém našeho zdravotnictví považuji problém personální a problém kvality péče o nemocné. Ty samozřejmě souvisejí s otázkou vzdělávání a výchovy nových pracovníků. [...] Všichni řeší peníze, šetření, ekonomickou výhodnost. Ale to nejdůležitější – kvalitu péče o nemocné, dostatečnou empatii personálu jako by nechávali ležet stranou. Vychovávat dobrého lékaře chce deset let, dobrou sestru minimálně dva. Ale o těchto věcech nikdo nemluví. Když se podívám na věkovou strukturu personálu nemocnic, myslím, že je na čase začít přemýšlet, kdo bude vychovávat naše nástupce. Abychom se nedostali do situace, a teď parafrazuji výrok primáře Pízáka, „že děti budou vychovávat děti“.

Mgr. Denisa Ševčíková
Koalice pro zdraví

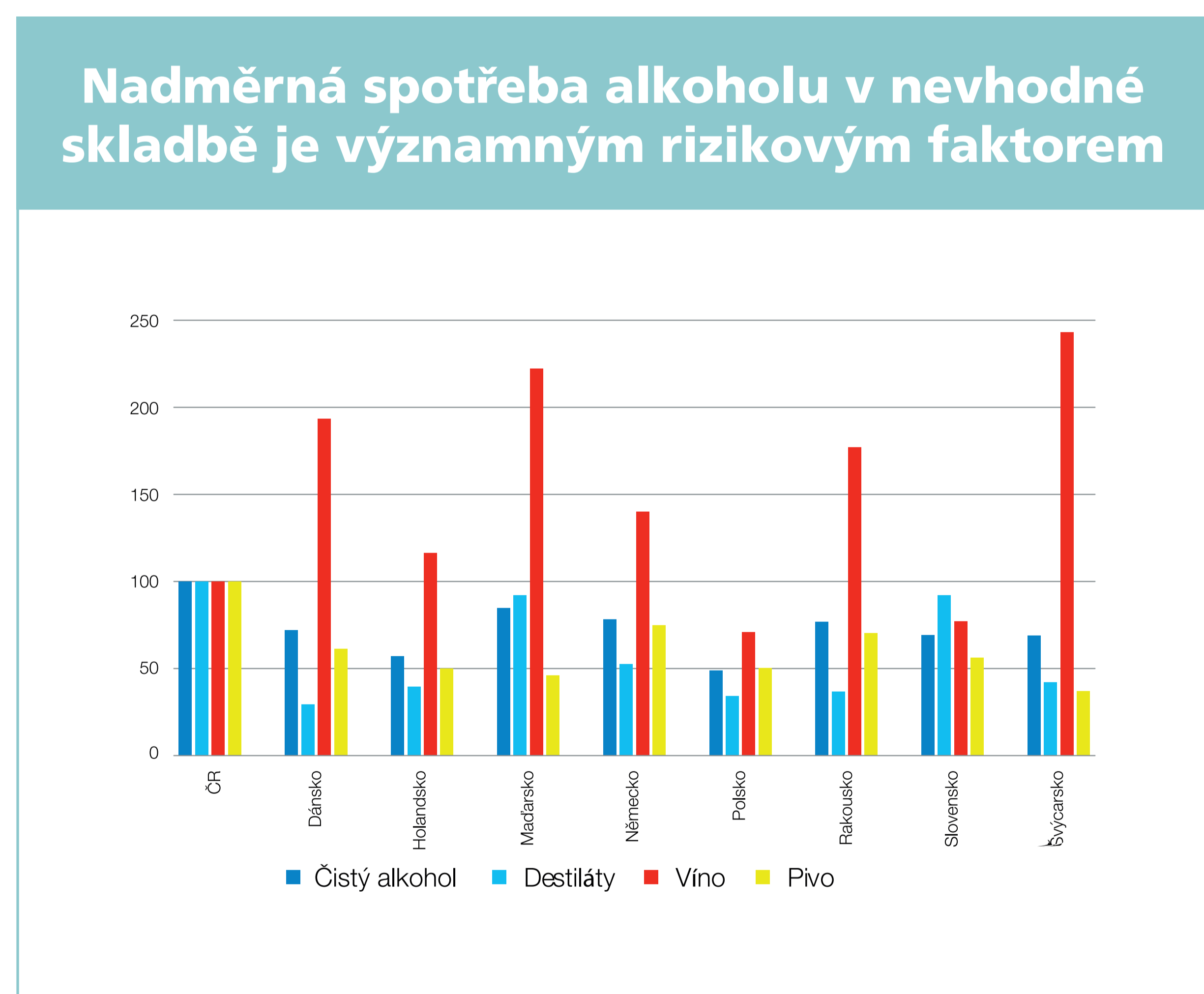
Máme nedostatek zdravotních služeb a problém s jejich dostupností. Jednoznačně se naše zdravotnictví potýká s nedostatkem praktických lékařů, a to je velká věština z nich v důchodovém věku. [...] Záložně máme peníze se v ČR dávají na psychiatrickou péči a chybí nám hlavně komunitní péče. V některých městech fungují jejich pilotní projekty, ale v systému prý není dost peněz na to, aby se psychiatrie tímto směrem vyvíjela. [...] Naše pojišťovny stojí hodně peněz různá onemocnění, ale jsou taková, která jsou opravdu hodná strádit, a to jsou vzácná onemocnění. V EU mají státy speciální fondy na financování vzácných onemocnění, aby nebyly zatěžované pojišťovny. [...] Víme, že nám ve zdravotnictví chybí vypracované standardy i u jiných diagnóz než jenom např. v onkologii. Samozřejmě je potřeba, aby ty standardy umožňovaly také lékatům v individuálně posuzovaných případech vést léčbu i jinou cestou.



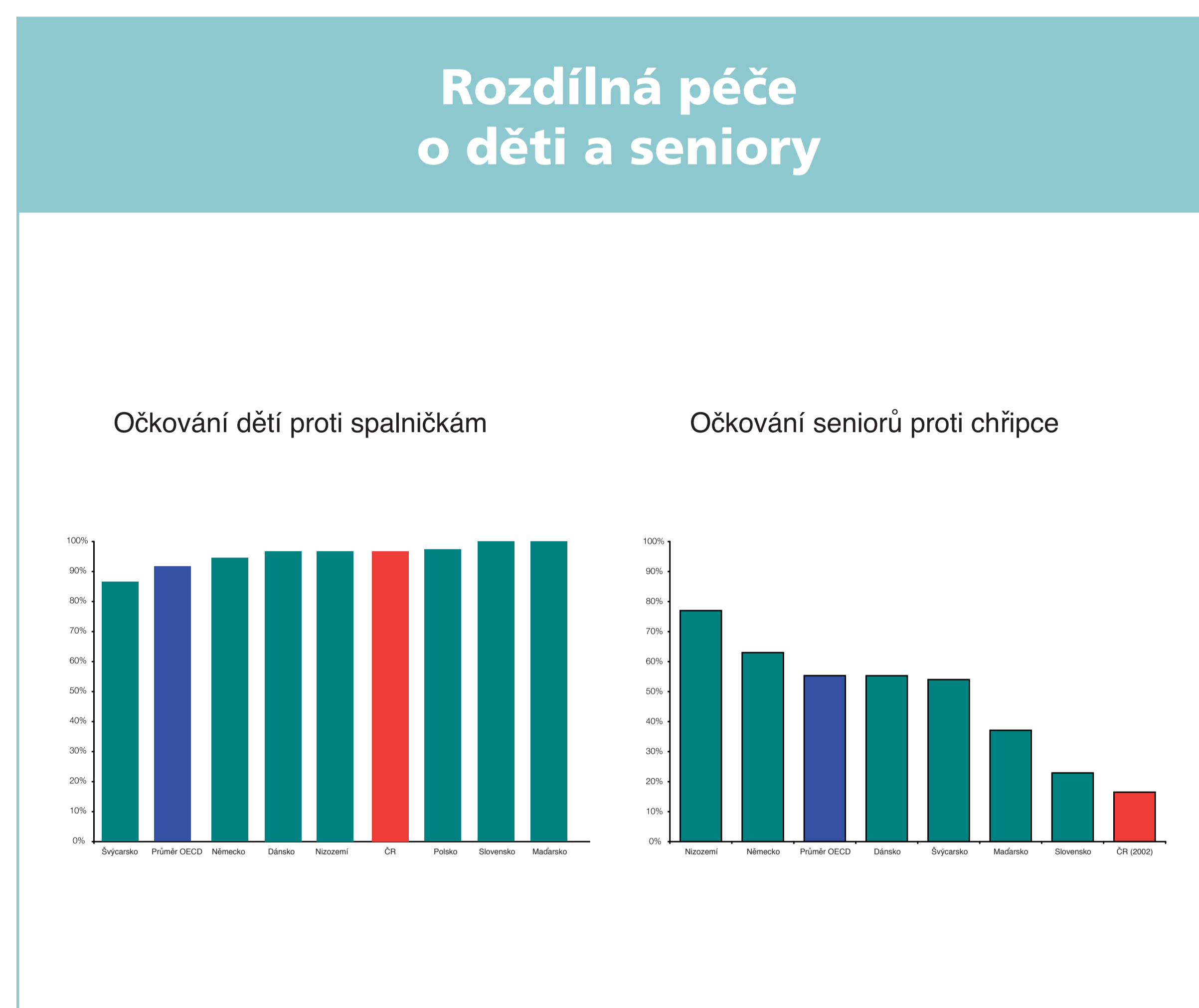
Česká republika má ve srovnání s ostatními státy velké rezervy. V základní skladbě potravin je v České republice ve srovnání se státy s nižší úmrtností výrazně nižší spotřeba ovoce a zeleniny. U celkového kalorického příjmu a ve spotřebě tuků jsou hodnoty srovnatelné.
Zdroj: WHO, Health for all database
Pozn.: ČR = 100 %.



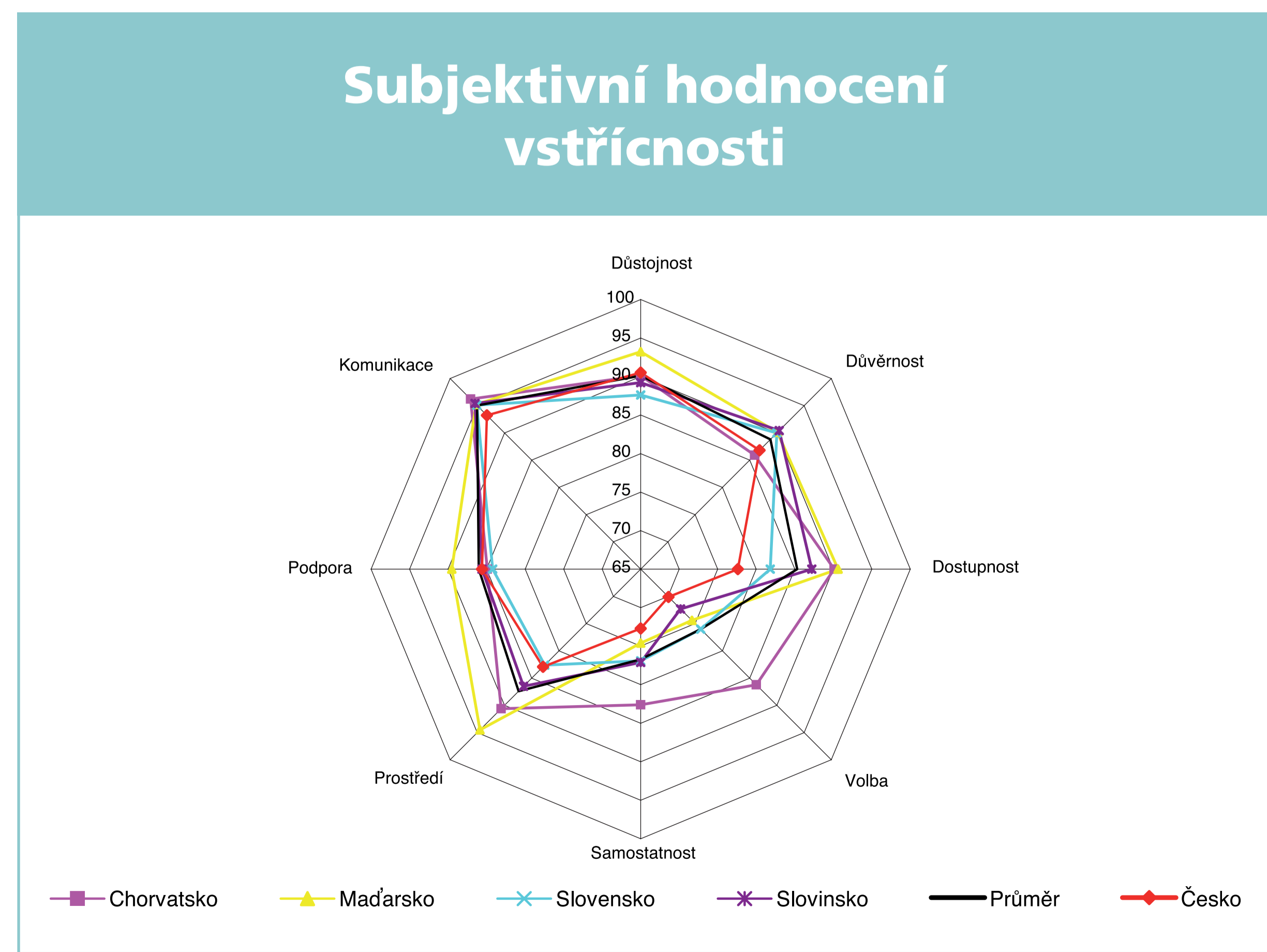
Úroveň kouření v České republice vůči ostatním zemím nijak nevybočuje. To však neznamená, že zde není prostor pro další významné zlepšení.
Zdroj: WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic, 2008



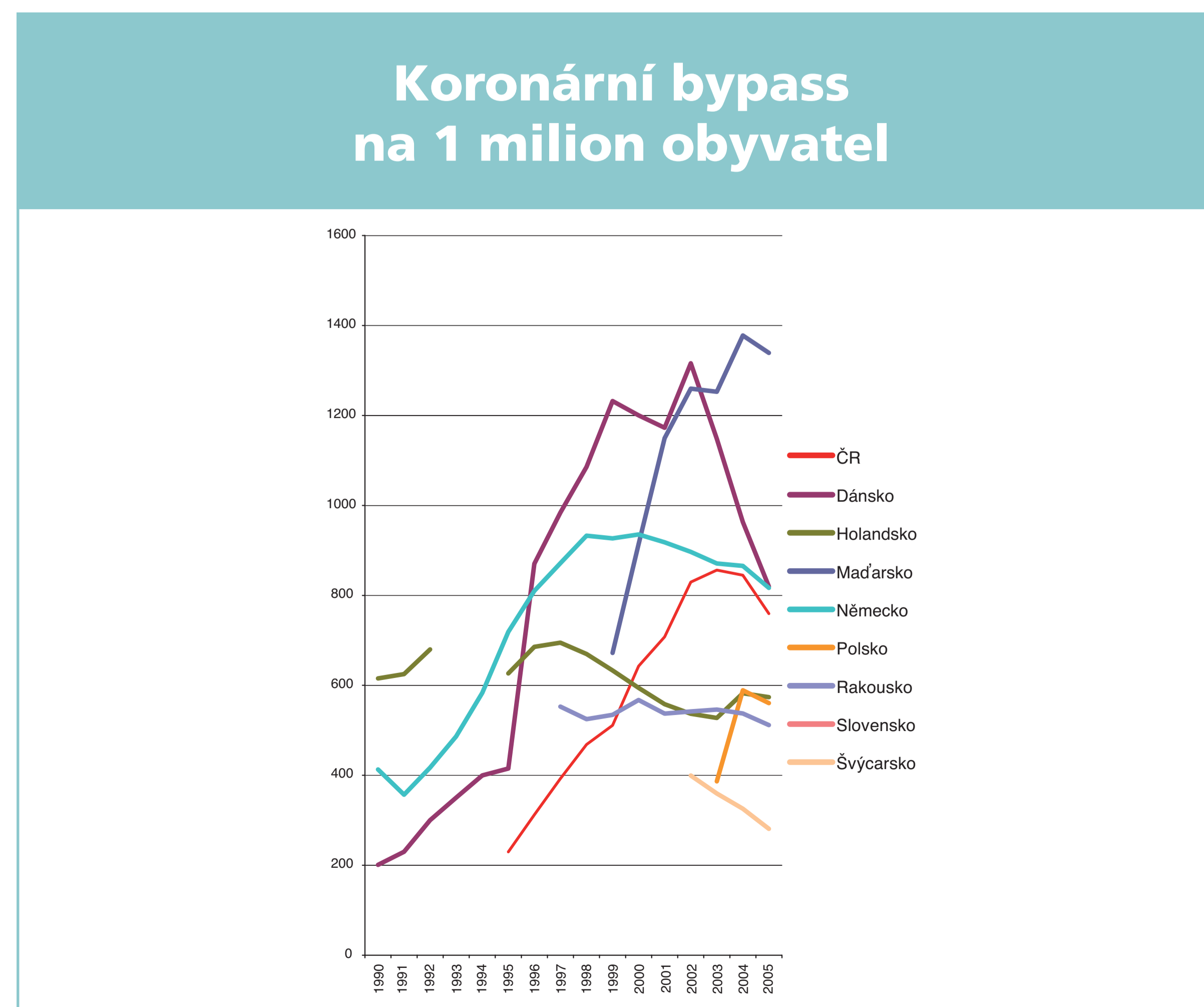
Zdroj: WHO, Health for all database
Pozn.: ČR = 100 %.



Na rozdíl od očkování seniorů proti chřipce je očkování dětí na vysoké úrovni. Je to vázáno na velmi dobrou péči o děti v České republice. Počet osob, které jsou očkovány proti chřipce, je však v ČR ve srovnání s ostatními státy velmi nízký. Očkování není povinné a to ukazuje na malý „dobrovolný“ zájem ze strany populace ve věku 65 a starší.
Zdroj: OECD Health at Glance 2007



Z hlediska jednotlivých oblastí vstřícnosti je pro občany v ČR nejdůležitější srozumitelná komunikace a důstojnost, naopak za nejméně důležité oblasti vstřícnosti považujeme volbu poskytovatele péče a samostatnost při rozhodování.
Zdroj: ÚZIS ČR.



Dostupnost operací včasných tepen (bypass) je v ČR srovnatelná s ostatními zeměmi. Pokles počtu operací je dán jejich náhradou perkutánní intervencí. Velké rozdíly mezi jednotlivými státy mohou být způsobeny jak vlastní dostupností výkonu, tak rozdíly v indikaci i v objemu substitučních výkonů.
Zdroj: OECD Health Data 2007