

Kontroverzní témata z pohledu primární péče.

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc



Podle generální ředitelky WHO M. Chan v souvislosti s celosvětovým nástupem chronických neinfekčních onemocnění se kyvadlo poskytované léčebně preventivní péče nezvratně pohybuje ve směru integrované, komplexní a na pacienty zaměřené primární péče. (20. Světová WONCA konf. v Praze)

- Uvedené epidemii neinfekčních chorob nelze předcházet ani ji zvládnout bez její silné infrastruktury.
- **Navazující sekundární a terciální péče by měla primární zdravotní péči jasně podporovat. Do nemocnic by měli být umísťováni pouze pacienti, jejichž obtíže vyžadují ambulantně neproveditelné diagnostické a terapeutické postupy.**

Dle statistik WHO v zemích, kde jsou hlavní zdravotní zátěží chronická neinfekční onemocnění, zvládají praktičtí lékaři 80 - 90% zdravotních problémů populace a zároveň spotřebovávají pouze 5-15 % rozpočtu zdravotnictví.

Sekundární péče, kterou tvoří ambulantní a nemocniční specialisté včetně lůžkových zařízení do úrovně oblastních nemocnic by měly poskytovat péči pouze v 15% případů a spotřebovat okolo 45 % rozpočtu.

Terciální péče, tvořená FN a velkými krajskými nemocnicemi by měla poskytovat péči těm nejkomplicovanějším a na svých cca 5 % pacientů spotřebovat cca 40 % z rozpočtu.

Pokud tedy zdravotnický systém z jakýchkoli důvodů propouští neindikované pacienty do dražších pater, zejména do nemocniční péče, je ve svém principu neufinancovatelný.

Problémem v ČR není jen velký podíl nemocnic na celkovém rozpočtu, který tvoří přes 50 %, ale i masivní přesun lékařů specialistů z nemocnic do ambulantní sféry.

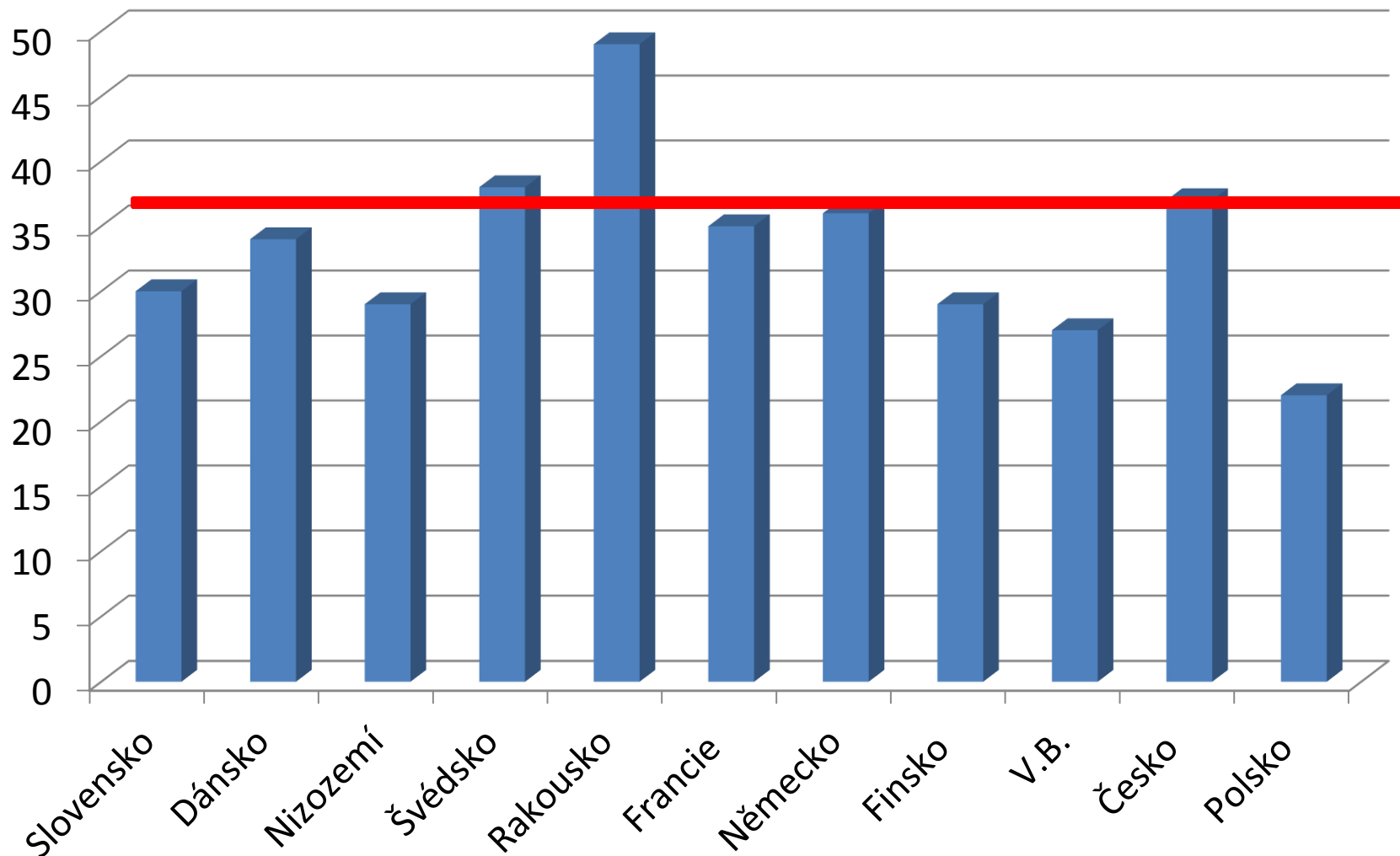
Vzhledem k tomu, že nebyly úměrně s rozvojem ambulantní specializované péče redukovány nemocniční kapacity, kde jak známo „lůžko si svého pacienta najde“, tak místo pacientů z nemocnic se některé specializace snaží získat pacienty, kteří patří do primární péče.

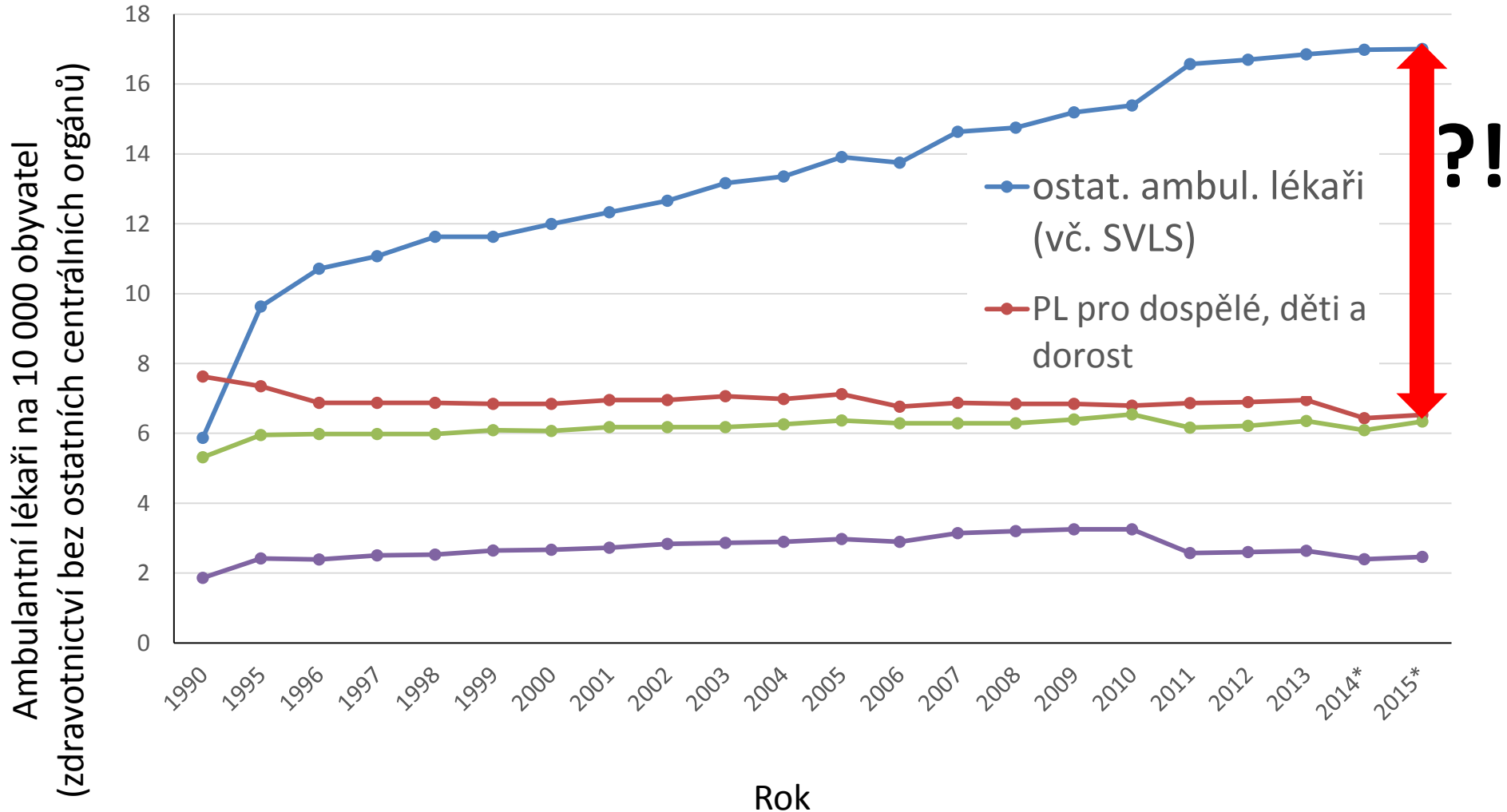
V rámci produkčně zaměřeného výkonového systému je v ČR také poskytováno vysoké množství „nadbytečných“ vyšetření, kdy pacienti jsou nuceni absolvovat různá opakovaná „kolečka“ u dalších lékařů s komplementárními vyšetřeními, která nejsou z logiky věci nezbytná.

Jsme na stupních vítězů ve „zdravotnické turistice“, kde máme u občanů v ČR 11-12 kontaktů se zdravotnickým systémem ročně zatímco ve Švédsku jsou to 3 v Rakousku 7, bez negativního vlivu na zdravotní stav populace.

- Regulace zdravotních pojišťoven na „unicitní rodné číslo“ pak vede k dalšímu navyšování počtu ošetřených pacientů.
- Většina specialistů v zájmu dostatečné výkonové produkce i vzhledem k regulačním opatřením ZP nemá žádný zájem pacienty vracet do primární péče a pokud tak jen pro předpis léků („L“) a provedení nákladných komplementárních vyšetření či „obtěžujících“ adm. opatření (PN atd.).
- Přitom příslušné odborné společnosti v zájmu zachování „dodávek“ pacientů blokují na SUKL jakékoli uvolňování preskripce do primární péče. Tak máme mj. i nevyšší počet regulací u léků.
- Na svoji plnou kapacitu specialisté i plánují svoji ambulantní činnost, což vede k tomu, že z terénu poslané pacienty pak nejsou schopni včas vyšetřit a objednávají je až za několik měsíců.
- Tito pacienti jsou pak praktickými lékaři posíláni do nemocnic a tak se dále prohlubuje nerovnováha mezi jednotlivými segmenty zdravotní péče

Počet lékařů na 10 000 obyvatel. V rámci OECD jsme na 6-7 místě !! Proč tedy nedostatek v ČR?!

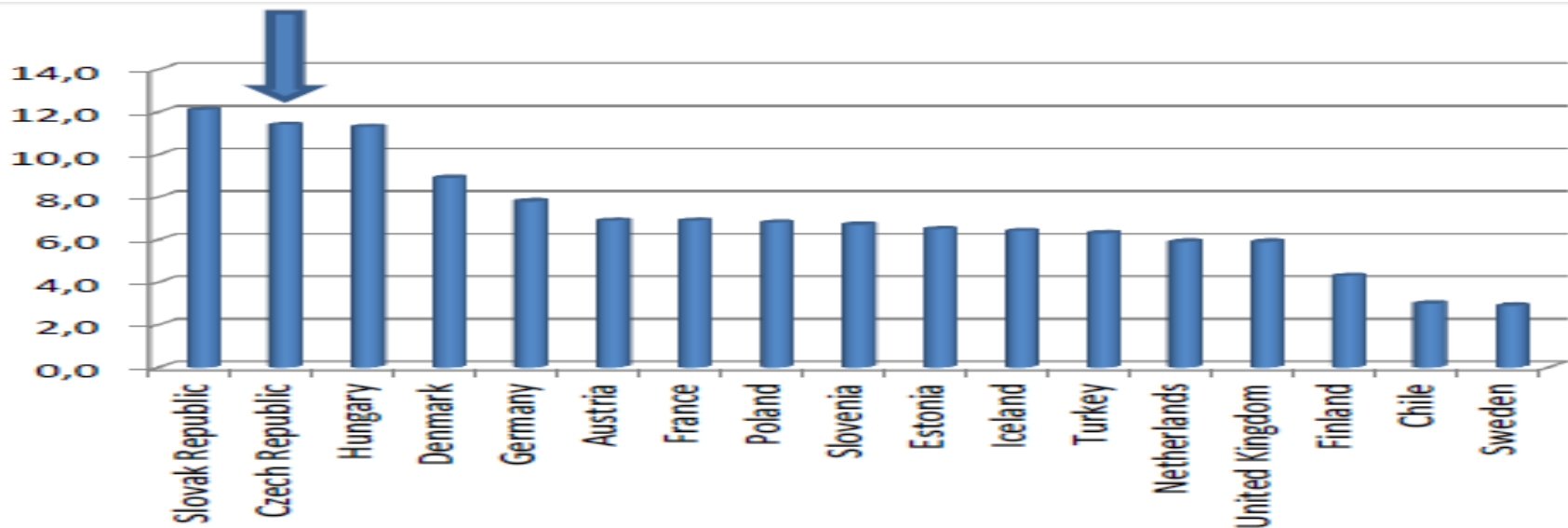




Od roku 1990 přes 10 000 amb. specialistů odešlo z nemocnic do soukromé sféry. Přitom v nemocnicích dle ČLK chybí cca 1 000 lékařů !!

Není to tedy problém absolutního počtu, ale systému!!

Přitom navrhovaná opatření např. navýšení počtů studentů na LF by teoreticky fungovaly až za 9-11 let pokud stejně abs. neodejdou.

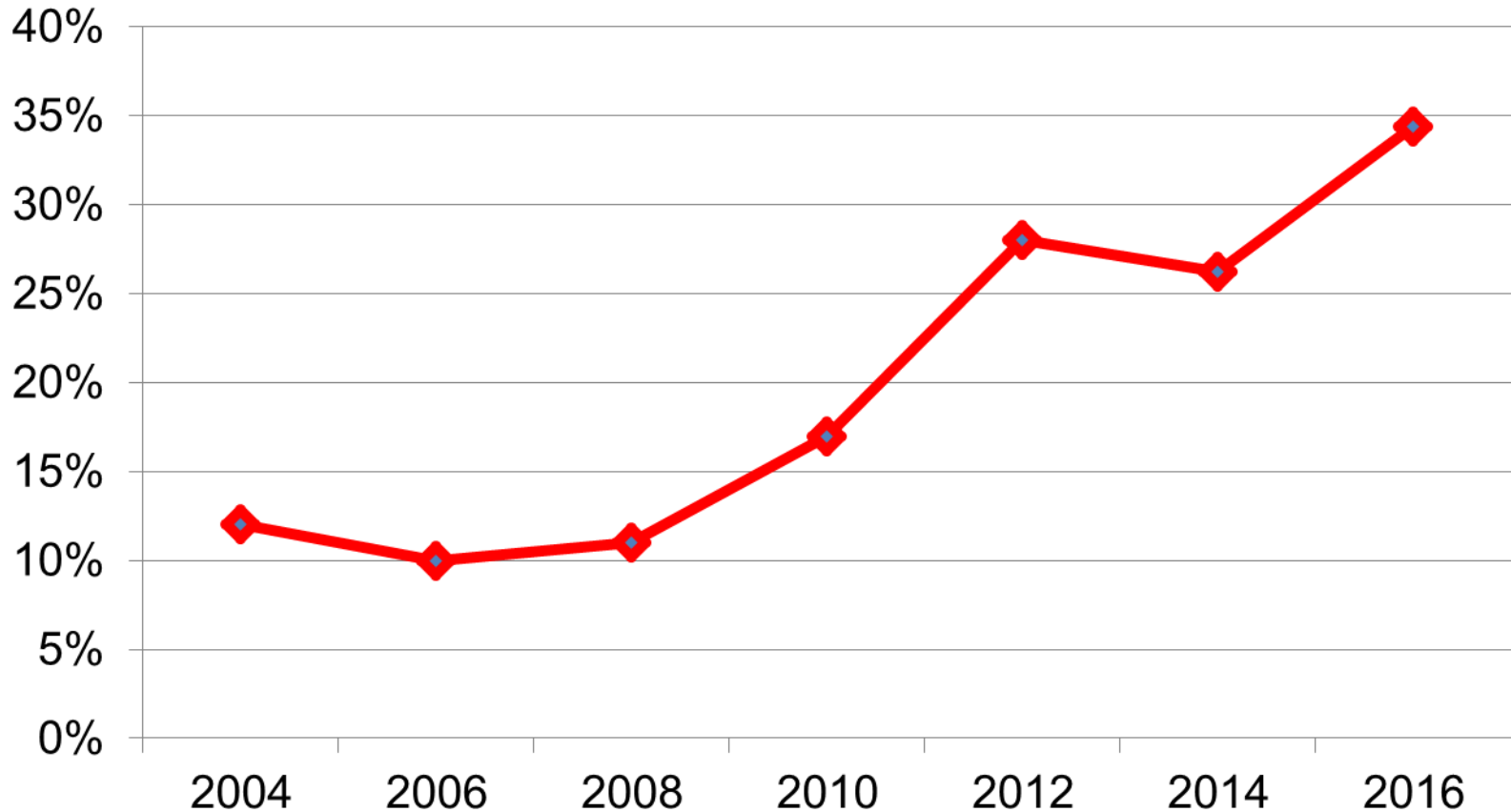


Počet kontaktů s lékařem/rok

Pokud provedeme srovnání se Švédskem a k nám blízkým Rakouskem, tak zjišťujeme, že ve Švédsku jsou to 3 , v Rakousku 7 a v ČR 11 kontaktů. Uvedené nás stojí ročně min. 20 miliard Kč. Průměrný věk dožití obyvatel je ve Švédsku je 80,93 let v Rakousku 79,58 let a v ČR 76,91 let.

Z uvedeného je zřejmé, že pouhý počet kontaktů s lékařem za rok nemá žádný vliv na zdravotní stav populace. Je ale nezbytné dodržovat princip, že indikovanou péčí i léky má pacient pokud možno získat u prvního lékaře, tedy u svého VPL

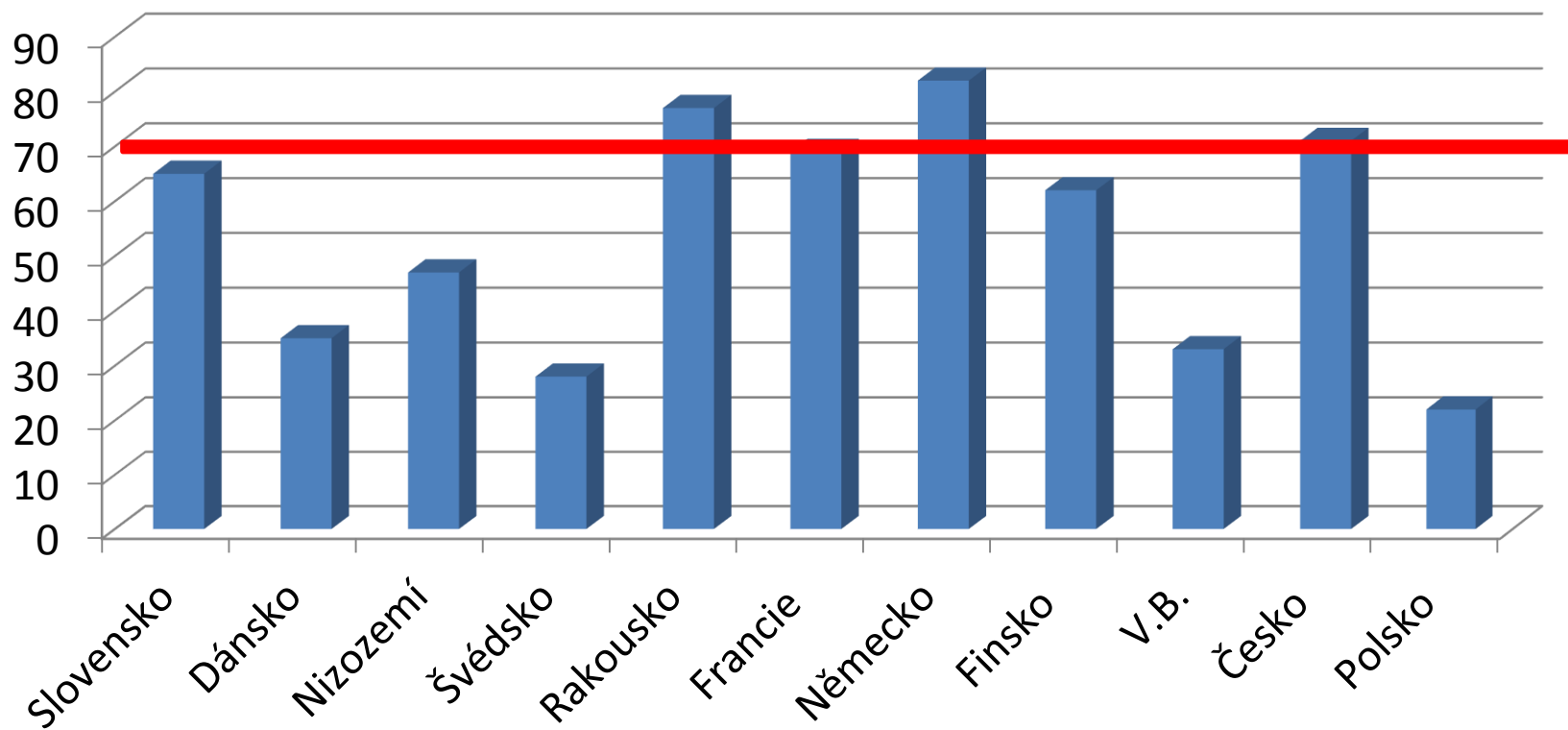
Nárůst podílu přípravků s preskripčním omezením v Seznamech hrazených přípravků



Jedná se o L, E, S a/nebo Z/W

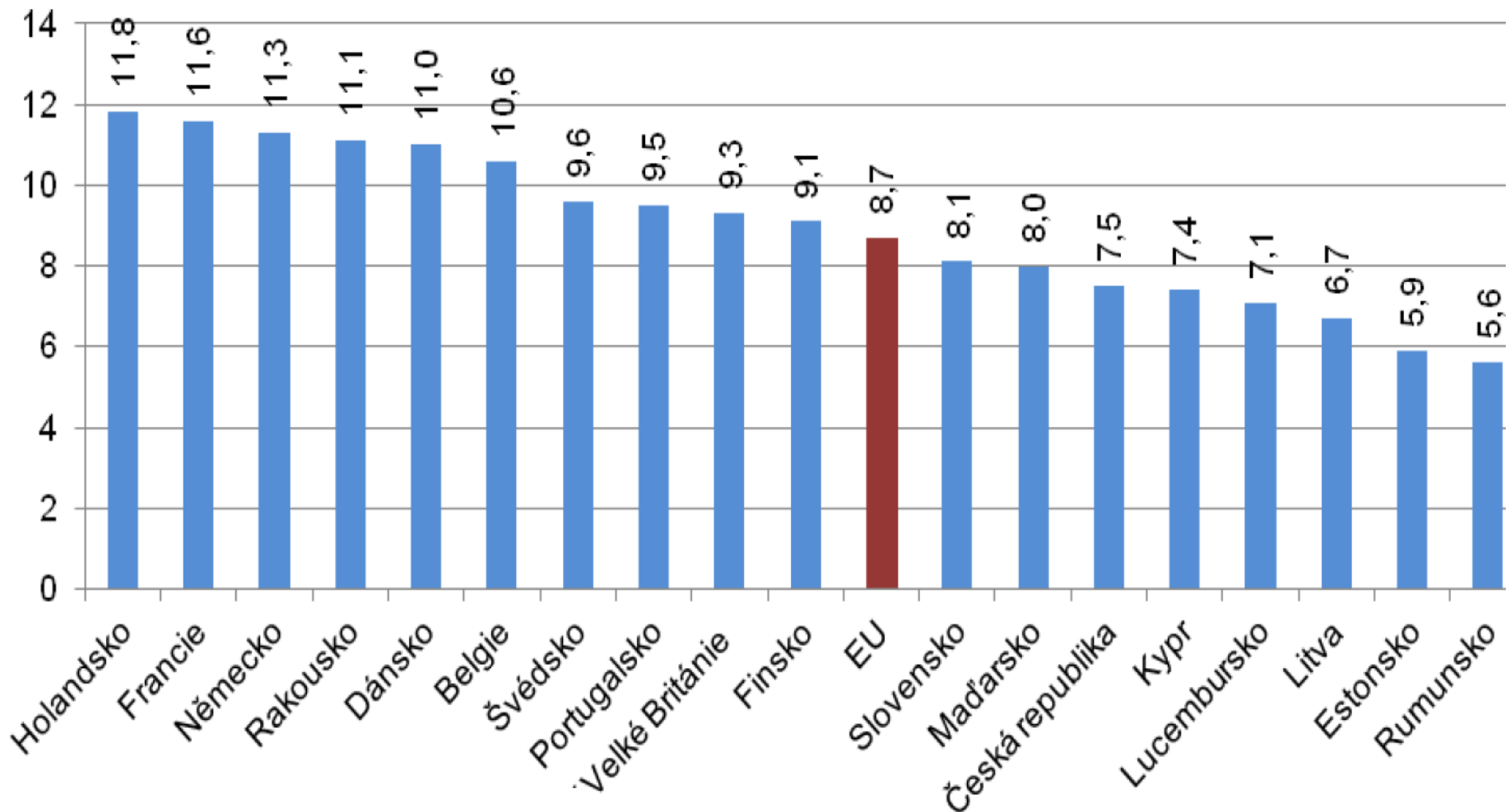
Připočteme-li indikační omezení „P“, zjistíme, že **je omezena většina hrazených léků** – ČR je v tom světovém unikátem

Počet nem. lůžek na 10 000 obyvatel



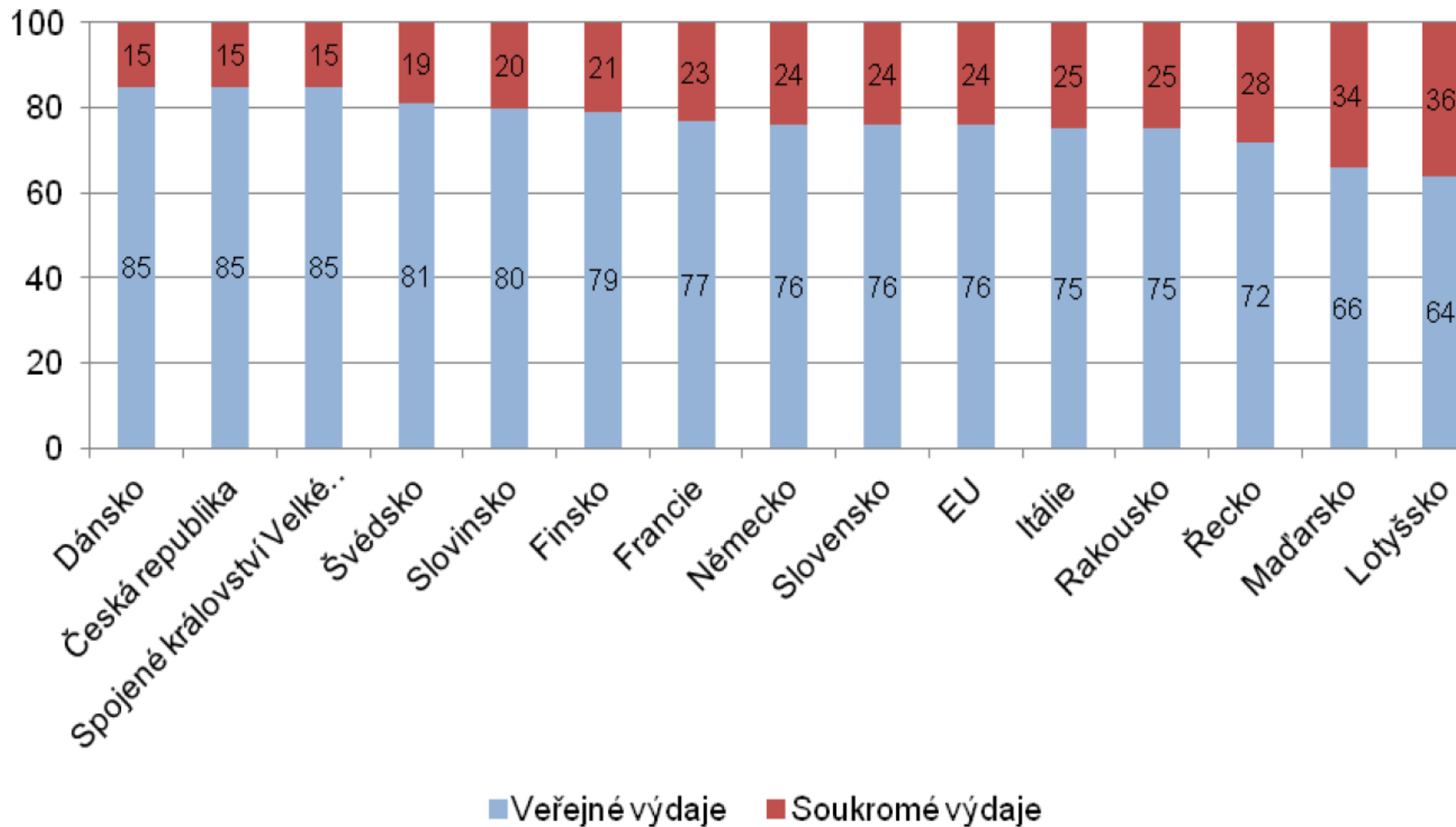
I přes pokles za poslední dekádu se počet lůžek v ČR stále pohybuje na jedné z nejvyšších hodnot ve vyspělých zemích EU. Průměr EU činí cca pět lůžek. Při porovnání průměrné délky hospitalizace na akutních lůžkách dosahujeme hned druhé nejvyšší příčky, když průměrný pacient stráví v nemocnici 9,5 dne. Průměr EU je o cca dva dny kratší.

Podíl zdravotnictví na HDP ve vybraných zemích OECD v roce 2012



Přitom všem je podíl zdravotnictví v ČR na HDP nízký a i kdyby se zvýšil není zaručeno se automaticky promítne do platů nebo příjmů ZZ.

Výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD v roce 2012



Podíl soukromých výdajů na zdravotnictví v ČR je jeden z nejnižších.
Proč se tedy např. zrušily tzv. regulační poplatky ?

K nápravě zde naznačených kontroverzí a systémových problémů jsou nezbytná dlouhodobá opatření. Z pohledu primární péče by to měla být zejména tato opatření:

- Udržení sociální rovnosti v přístupu ke zdravotní péči a nediskriminovat pacienty podle toho, kde se léčí.
- Podpora a rozvoj primární péče ze strany MZ a ZP a zavedení racionálního disease management systému, zejména u dlouhodobých chronických chorob, jako je DM 2. typu, arteriální hypertenze, dyslipidémie, CHOPN, astma apod. na základě silných kompetencí primární péče.
- Zrušit zbytečná preskripční omezení v primární péči, která by se měla vztahovat pouze na diagnózu (s výjimkou onko., bio., centrových léků, apod.) současně s dalšími opatřeními (měkký gatekeeping, systém vzdělávání a.p.), která zabrání dalšímu zbytnému nárůstu výkonů.

- Omezit regulace v primární péči a ze strany ZP stimulovat formou bonusů aktivní a kvalitní přístup praktických lékařů k pacientům v rámci prevence a léčby DM, AH, HLP, apod.
- Motivovat pacienty k prevenci, ochraně svého zdraví a k racionálnímu využívání zdr. služeb formou bonusů a malusů na zdravotním pojištění a plateb u lékařů. Podpora koordinační role praktických lékařů jako průvodců pacientů ve zdravotnickém systému.
- Racionalizace rozsahu ambulantních i lůžkových specializovaných služeb a odstranění veškerých duplicit v systému
- **Margaret Chan MD., generální ředitelka WHO v Praze, na 20. světové konferenci konstatovala „Zdravotní systém, jehož páteří je primární péče, přináší nejlepší výsledky zdravotní péče s těmi nejnižšími náklady a maximální spokojeností uživatelů“.**

Pokud tuto tezi nebude náš zdravotnický systém respektovat, dá se říci, že naše současné problémy se budou v budoucnosti jen prohlubovat.

Děkuji za pozornost