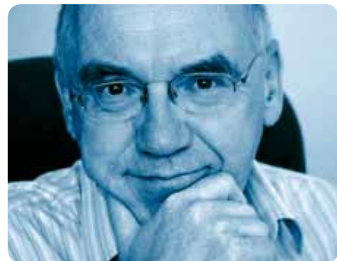


Potřeba poskytovat co nejlepší péči pacientům se závažnými a méně častými nemocemi si vynutila její postupné centralizování do specializovaných



pracovišť. Když někdo něco dělá často, tak to obvykle dělá dobře a současně takové uspořádání umožňuje lepší uplatnění medicínských erudice, využití přístrojové techniky a kvalitnější farmakoterapii. Dnes máme u nás sedmdesátku různých typů centrové péče a další třináctka čeká na své posvěcení. Škála centrové péče je pestrá nejen svým zaměřením, které sahá od komplexní onkologické péče, přes AIDS až třeba po chirurgii pánevního dna, ale i mírou specializace a formálního ukotvení.

V oblasti léčiv se vznik tohoto systému datuje k 1. srpnu 2006, kdy se v lékové vyhlášce objevilo u vybraných léčiv nové indikační omezení, které vázalo jejich předepisování jen na pracoviště se zvláštní smlouvou se zdravotní pojišťovnou. S přechodem pravomocí stanovování úhrad léčiv na Státní ústav pro kontrolu léčiv se začaly tyto léky označovat symbolem S a tak je tomu dodnes.

V průběhu času rostl počet pacientů ošetřovaných v centrech jak každoročním přírůstkem nových nemocných, tak bohatnutím palety léčiv či rozšiřováním oblastí jejich použitelnosti. Ekonomická recese sice není vstřícná rostoucí nabídce nových, účinných a drahých léků, ale jejich vstupu do zdravotnictví nezabrání. S tím samozřejmě souvisí trvalý růst nákladů na centrouou péči a také napětí mezi plátcí a poskytovateli péče. Přírozená touha lékařů léčit své pacienty co nejlépe se střetává s omezeností zdrojů a přístřihováním křídél neoblíbenými regulačními mechanismy.

Centralizace přinesla účelnější vydávání prostředků zdravotního pojištění, pacientům lepší péči a zdravotníkům nové možnosti. Hledá se co nejlepší způsob úhrady centrové péče nabízející správný mix motivace a regulace, ale stále to zřejmě není ono. Ten současný má své kritizovatelné slabiny, ale je dnešním maximem možného. Jistě bude dále kultivován, ale ani ten nejrafinovanější úhradový mechanismus nevyřeší rostoucí poptávku po dalších zdrojích. Zatím se to zvládá realokací v rámci stávajícího zdravotního pojištění, ale k diskusi jsou další varianty. Dnes je zřejmé, že role centrové péče ve zdravotnictví poroste, a tomu by měla odpovídat i pozornost, kterou jí budeme věnovat.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

„Centrová“ péče 2013



Karel Pavelka



Hana Šustková

úhel pohledu

volné fórum



Jiří Mayer

Eva Havrdová



Zuzana Friedmannová



Ladislav Friedrich



Radan Keil



úhel pohledu

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.
ředitel Revmatologického ústavu a přednosta
Kliniky revmatologie 1. LF UK

Centrová péče v revmatologii

Předmětem centrové péče v revmatologii jsou především biologické léky u zánětlivých revmatických onemocnění, dále pak biologická léčba osteoporózy a do budoucna i biologická léčba dny a digitálních ulcerací u sklerodermie. Všichni pacienti léčení biologickou léčbou jsou léčení v centrech biologické léčby a zároveň jsou vedeni v národním registru ATTRA. Centra byla založena v roce 2001 v počtu 6 a postupně se jejich počet zvýšil na 25.

Česká revmatologická společnost (ČRS) stanovila kritéria pro hodnocení center a event. jejich doporučení. Proces schvalování center a jejich oficiální vyhlášení se nezdá býti vždy optimální a plně transparentní. Rovněž financování centrové péče není optimální, přináší časté změny a neumožňuje vždy koncepční práci v centrech.

V současné době je do registru ATTRA zařazeno 2758 pacientů s revmatoidní artritidou (RA), 1397 pacientů s ankylozující spondylitidou a 445 pacientů s psoriatickou artritidou. Pacienti jsou sledováni v pravidelných intervalech (zpočátku každé 3 měsíce, později každých 6 měsíců). V registru se sledují jak účinnost, tak bezpečnost. Jedním z hlavních kritérií úspěšnosti léčby je tzv. přežívání na léčbě. Při nedostatečném účinku léčby je indikováno ukončení léčby nebo změna preparátu. Dlouhodobě se vyhodnocují také tzv. prediktivní faktory účinnosti léčby. Při sledování bezpečnosti se koncentrujeme na potenciálně závažné

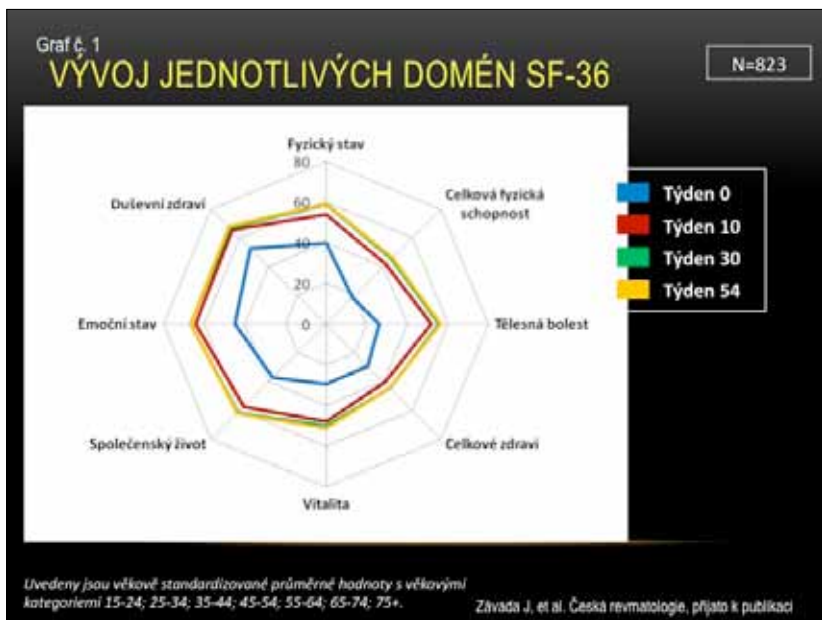
nežádoucí účinky, především infekce, závažné infekce a nádory.

Výsledky registru z center biologické léčby poskytneme každý rok plátcům, což jim umožňuje optimalizaci distribuce finančních prostředků. Poskytli jsme také data pro farmakoeconomické studie pro potřeby SÚKL a dále pro aktivity v rámci HTA.

Hlavním cílem léčby revmatických onemocnění je zlepšení kvality života pacientů. Na grafu č. 1 je ukázka takového hodnocení. Pomocí grafu SF-36 je ukázáno zlepšení kvality života nemocných s RA, které se již téměř blíží pacientům bez RA (graf č. 2).



Karel Pavelka

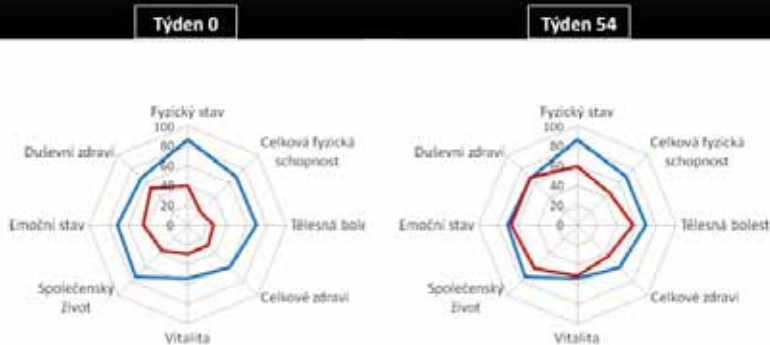


Graf č. 2

SROVNÁNÍ JEDNOTLIVÝCH DOMÉN SF-36 S OBEČNOU POPULACÍ ČR

N=823

RA pacienti
Obecná populace



Uvedeny jsou věkově standardizované průměrné hodnoty s věkovými kategoriemi 15-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65-74; 75+
Žilavá J, et al. Česká reumatologie, příloha k publikaci

MUDr. Hana Šustková
vedoucí oddělení koncepce, VZP ČR

„Centrová“ péče z pohledu VZP ČR

VZP ČR zajišťuje svým pojištěncům v souladu s vyhláškou č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, ve znění pozdějších předpisů,



Hana Šustková

léčivými přípravky na specializovaná pracoviště byla od počátku vedena snahou zajistit explicitně

definované diagnostické skupině pojištěnců maximálně racionální, bezpečnou a účelnou moderní farmakoterapii.

Centrová péče pro klienty VZP ČR pro rok 2013 zahrnuje 114 ATC skupin léčivých přípravků používaných u 47 diagnostických skupin. Od r. 2006 je v ENP zavedeno přes 51 tisíc záznamů unicitních rodných čísel. Ročně projde centrovou péčí přes 17 tisíc pacientů – klientů VZP ČR. Meziroční nárůst nákladů na centrovou péči je obecně dán několika základními faktory:

1. nárůst počtu pacientů v diagnostických skupinách, kde tzv. chronická léčba probíhá dlouhodobě a pacienti meziročně přibývají (revmatologie, roztroušená skleróza, astma, těžká psoriáza, Crohnova choroba),
2. vstup nových léčiv do systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění, kdy na základě rozhodnutí SÚKL je lék zařazen do center, a buď vstupuje do již zavedené léčby určité diagnostické skupiny, či vzniká zcela nová diagnostická skupina,
3. rozšiřující se indikační pravidla u stávajících léčiv, která v zájmu zlepšení kvality života pacienta nákladnou léčbu posouvají do stále časnějších stadií choroby, či stávající léčivo vstupuje do léčby nového onemocnění.

Růst nákladů v centrové péči vede každoročně k zamyšlení, kam až mohou tyto náklady eskalovat, aby byly uhraditelné. V minulosti bylo deklarováno, že budou hledány způsoby souladu nákladů na centrovou péči s možnostmi systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění. Jedním ze způsobů je mj. hodnocení kvality a efektivity léčby. Vyhodnocení přínosu a výsledků ve specializované nákladné centrové péči je velmi složitý proces. Především se jedná o dlouhodobou léčbu chronických pacientů, a to v mnoha dg. skupinách. U vrozených metabolických vad je nutno volit zce-

la jiný pohled, neboť je oddalována smrtelná progresie onemocnění. Prakticky v žádné diagnostické skupině nedochází k úplnému vyléčení pacienta. Léčený pacient není vyčleněn ze společnosti, je

schopen se zapojit do běžných aktivit a udržet si odpovídající kvalitu života. Centrová péče není jen problémem ekonomickým, je také vnímána jako problém medicínsko-etický a medicínsko-právní.

volné fórum

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Co dobrého nám „centrová“ péče přináší a jaká jsou její omezení?
2. Jaký způsob jejího financování pokládáte za nejvhodnější?
3. Jaký vývoj očekáváte v „centrové“ péči v průběhu tohoto desetiletí?



*prof. MUDr. Jiří Mayer, CSc.,
přednosta Interní, hematologické
a onkologické kliniky FN
Brno a LF MU Brno, náměstek
ředitele pro onkologii FN Brno
děkan LF MU Brno*

odpovědi Jiřího Mayera:

1. Centrová péče je jistě pouze jeden možný model, jak strukturovat určitý druh zdravotní péče. Já osobně se domnívám, že je to model výhodný a správný, a to nejen pro pacienty, ale i pro férové plátce zdravotní péče. Pokud se podíváme do specializované medicínské literatury, najdeme řadu prací napříč nejrozmanitějšími medicínskými obory, které

ukazují, že pracoviště, která dělají velký objem určité specializované péče, vykazují lepší léčebné výsledky a mnohdy se to projevilo i na lepším přežívání nemocných. Obtížné si dokážu představit malá pracoviště s několika lékaři, kteří budou schopni dělat rutinu a ještě být naprosto přesně orientováni v nejposlednějších novinkách napříč celým svým oborem. Jednoduché není sladit péči „centrovou“ a „necentrovou“ na jiných pracovištích, ale i toto je řešitelné.

2. Myslím si, že stručná odpověď by mohla být: Jasně, medicínsky opodstatněné indikace a potom úhrada v plném objemu spotřebované péče. Jestli by se do celého procesu v rámci naší malé republiky vložil stát s cílem zabezpečit co nejvhodnější ceny, proč ne. Jenom, aby to v českých poměrech dopadlo tak, jak má, aby ceny skutečně byly nejvýhodnější...

3. To je velmi, velmi jednoduchá otázka. Nepochybně se odvíjí od ekonomické i politické situace ve státě. Stále jsem ale mírný optimista a věřím, že správné věci si nakonec naleznou cestu, proto neočekávám totální zhroutení centrové péče a úhrad velmi specializovaných léků, diagnostických nebo lé-

čebných procedur pro naše nemocné.



*prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.,
vedoucí MS Centra Neurologické
kliniky 1. LF UK a VFN
v Praze*

odpovědi Evy Havrdové:

1. Centrová péče umožňuje racionální péči o pacienty, kteří potřebují nákladnou zdravotní péči. Lékaři, kteří v centrech pracují, mají unikátní možnost získat neocenitelné zkušenosti, které vedou k omezení zbytečných a nevytýžných vyšetření v diagnostice. Jednotný protokol a pravidla sledování pacienta na centrové léčbě umožňují shro-

mažďovat informace (včetně farmakoeconomických), které náš zdravotní systém ještě bohužel neumí využít (ani jejich shromažďování dostatečně nepodporuje, ačkoli výstupy vyžaduje).

2. Centrální nákupy jsou nejlépe kontrolovatelným a průhledným způsobem využití prostředků na centrovou péči a bylo by velmi vhodné najít právní rámec k tomu, aby se tento způsob financování mohl navrátit.

3. Vzhledem k erudici lékařů center s jejich znalostí medicíny založené na důkazech je nutné, aby tito lékaři mohli uplatňovat individualizovanou medicínu a nebyli pouze úředníky aplikujícími úhradovou vyhlášku, která je v mnoha případech s evidence based medicine v přímém rozporu.



*Ing. Ladislav Friedrich, CSc.,
generální ředitel, Oborová
zdravotní pojišťovna*

odpovědi Ladislava Friedricha:

1. Soustředění nákladné a specializované péče do center je určitě správné. Je zde možno dosáhnout dostatečného počtu léčených pacientů, aby erudice lékařů a tým i kvalita péče byla na potřebné úrovni. Současně by

měla být na těchto pracovištích možnost zajistit dostatečnou efektivitu využití potřebného přístrojového vybavení a silnější pozice při nákupu léčivých přípravků.

Nejdůležitější omezení vidím v tom, že zejména v Praze je ještě stále počet center a hlavně nákladné techniky zbytečně velký a tím i využití přístrojů není ideální ani co do nezbytnosti indikovat tato vyšetření, ani co do využití dostupné kapacity.

2. Existence center nám vlastně už určuje jeden ze tří známých vrcholů nedosažitelného ideálu ve zdravotnictví. Péče je kvalitní, nemůže už proto být neomezeně dostupná a dobře ufinancovatelná.

Slevovat na kvalitě nemůžeme, musíme proto tlačit na cenu a dostupnost omezit na skutečně nutné případy, kde srovnatelných výsledků s dobrou prognózou jinak dosáhnout nejde.

Vychází mně proto jako nejméně špatné řešení dohoda o oboustranně projednaném celkovém finančním limitu pro dané centrum odvozeném od referenčního období s možností řešit mimořádné případy individuálně.

3. Pro další období bych rád věřil tomu, že se podaří dohodnout snižování cen léčivých přípravků, protože naopak jejich spotřeba určitě poroste. Ekonomický tlak nás nakonec asi donutí významně zpřesnit a možná i přesněji kodifikovat nárok z veřejného zdravotního pojištění pro nejčastější „centrová“ onemocnění. Do tohoto typu standardu a nadstandardu se nikomu moc nechce, ale obávám se, že to bude nutné.

Postupně však zase budou přicházet nové, účinnější a nákladnější způsoby léčby a cyklus postupného zavádění do veřej-

ného zdravotního pojištění se bude opakovat.

Doufám však, že proces posuzování efektivity nové léčby se bude postupně více objektivizovat a bude co nejméně nezávislý na dodavatelích.



*MUDr. Zuzana Friedmannová,
oddělení pro styk se ZP,
FN Motol*

odpovědi Zuzany Friedmannové:

1a. Co dobrého nám centrová péče přináší:

- Především kvalitní péči o pacienta koncentrovanou do rukou odborníků.
- Uvědomění si, že jsou choroby, kterým je třeba věnovat pozornost, protože by v budoucnu mohly představovat mnohem větší medicínsko-sociální problém, a tedy je třeba jim zajistit určitou prioritu (RS, Crohn, revmatologie, nádorová onemocnění atd.) – počty pacientů rostou nejen díky kvalitní diagnostice a je vždy ekonomičtější léčit včas pacienta s počínajícím než plně rozvinutým onemocněním.
- Do centra pozornosti se dostaly i diagnózy, jejichž počty v populaci jsou naopak velmi

nízké, ale jejichž – mnohdy jen symptomatická – léčba je extrémně nákladná, např. metabolické vady.

1b. Jaká jsou omezení centrové péče:

- Finanční náročnost – náklady na moderní léčbu jsou vysoké.
- Dostupnost – ne vždy se pacient, který by z léčby v centru profitoval, dostane do centra včas, center je dostatek, ale jejich rozpočty jsou limitované, občas lékař v terénu, než by ztratil pacienta předáním na vyšší pracoviště, léčí nemoc sám svými prostředky; občas situaci komplikují plátcí péče při uzavírání Zvláštní smlouvy.

2. Nejvhodnější způsob financování této vysoce specializované péče je výkonová úhrada, otázkou však je, zda systém disponuje dostatečným množstvím finančních prostředků. Letošní způsob úhrady průměrem na rodné číslo, tak jak byl uchopen plátcí péče, je deficitní, nebere v úvahu ani počet skutečně odléčených měsíců v předchozím období, nepostihuje specializační rozdíly mezi pracovišti, počítá dohromady náklady za děti i dospělé atd. Pokud by tento způsob úhrady měl pokračovat, výpočet průměru by

musel být mnohem sofistikovanější.

3. Medicínské technologie, farmaprůmysl nevyjímaje, znamenaly v posledních letech dramatický rozvoj, nové léčivé molekuly vstupují do systému takřka každý měsíc a nejinak je tomu v centrové péči. Nepochybně tomu tak bude i v příštích letech. V „centrovém“ systému budou přibývat diagnózy, pro které budou objeveny nové inovativní léčivé přípravky, a bude stoupat finanční náročnost této oblasti medicíny. Základem je odpovědět si včas na otázku, zda tato společnost má dostatek financí na léčbu všech pacientů s těmito chorobami a zda chce této péči poskytnout určité prioritní postavení. Pokud bude odpověď kladná, pak možná bude na pořadu dne hledání dalších finančních zdrojů i mimo systém zdravotního pojištění, např. podíl státu. Takto náročný systém potřebuje vícezdrojové financování.

odpovědi Radana Keila:

1. Centralizace biologické léčby vedla ke zvýšení kvalifikace v této oblasti. Lékaři věnující se terapii získali v průběhu let řadu zkušeností, které vyloučily z klinické praxe a velkého objemu pacientů. To jsou pozitiva. Na druhé



*doc. MUDr. Radan Keil, Ph.D.,
vedoucí gastroenterologie,
Interní klinika 2. LF UK a FN
Motol*

straně lékaři v terénu nemají často přesnou představu o efektu biologické léčby. Osobní zkušenost bohužel nelze nahradit teoretickým školením.

2. Současný model, pokud by probíhal nadále podle stejných pravidel, považují za vyhovující.

3. V dalších letech dojde velmi pravděpodobně k dalšímu rozvoji centrické péče. Úhrada současných centrických léčiv bude klesat a postupně je nahradí nové molekuly. Většina financí se zřejmě přesune do této oblasti.

