

DOSTUPNOST MODERNÍ LÉČBY V SENIORSKÉ POPULACI V KONTEXTU KVALITY ŽIVOTA A UDRŽITELNOSTI ČESKÉ EKONOMIKY

Tomáš Doležal

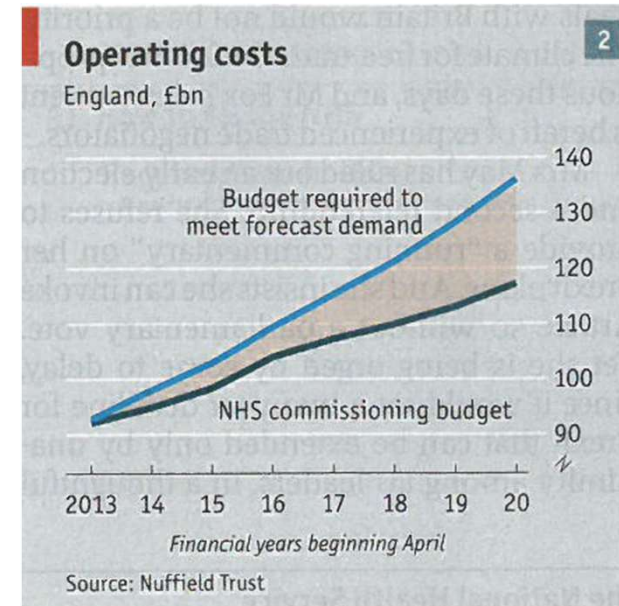
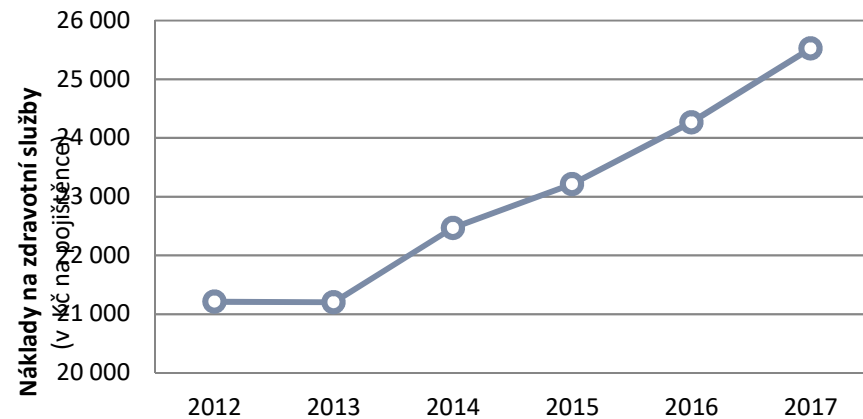
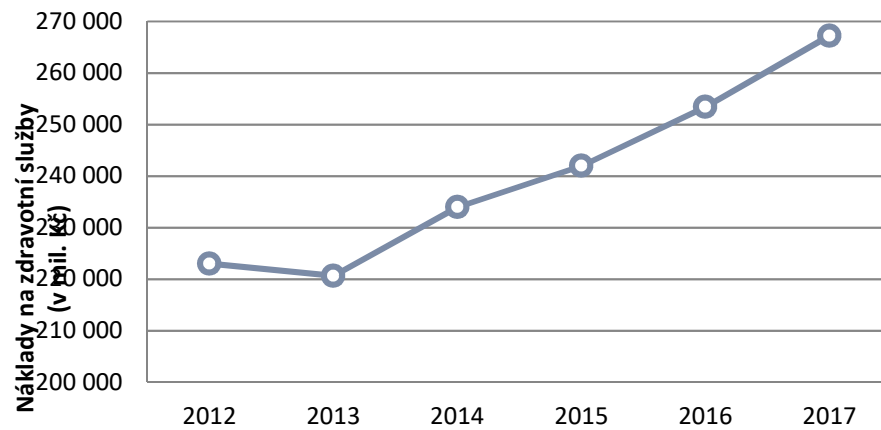
Institut pro zdravotní ekonomiku
a technology assessment



OSNOVA

- Současná situace
- Výzvy a rizika stárnutí populace
- Potřeba změny pohledu (náklady vs. Investice)
- Příklady, kde je možná změna
 - Prevence/očkování
 - Dostupnost moderní léčby
 - Omezení úhradových podmínek

NÁKLADY NA ZDRAVOTNÍ PÉČI V ČR FINANCOVANÉ ZP



Současný model je dlouhodobě neufinancovatelný.....

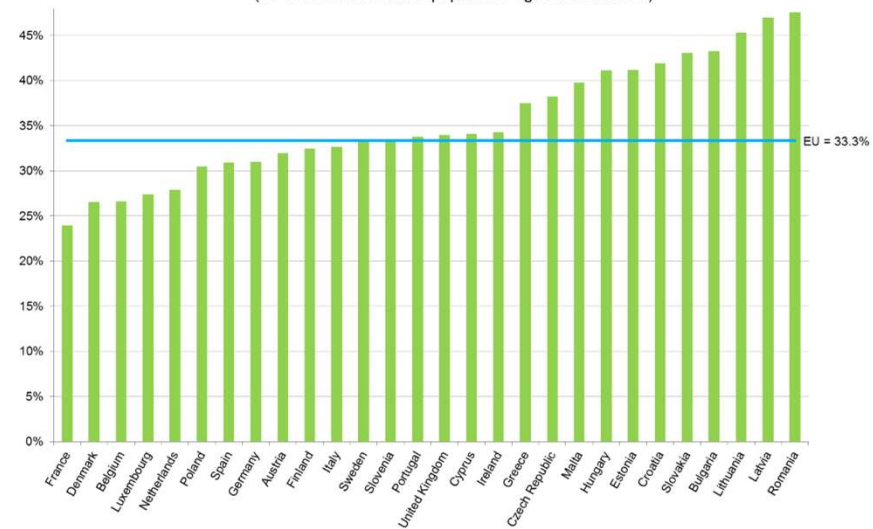


40% ÚMRTÍ V ČR LZE ZABRÁNIT

(EUROSTAT 2017)

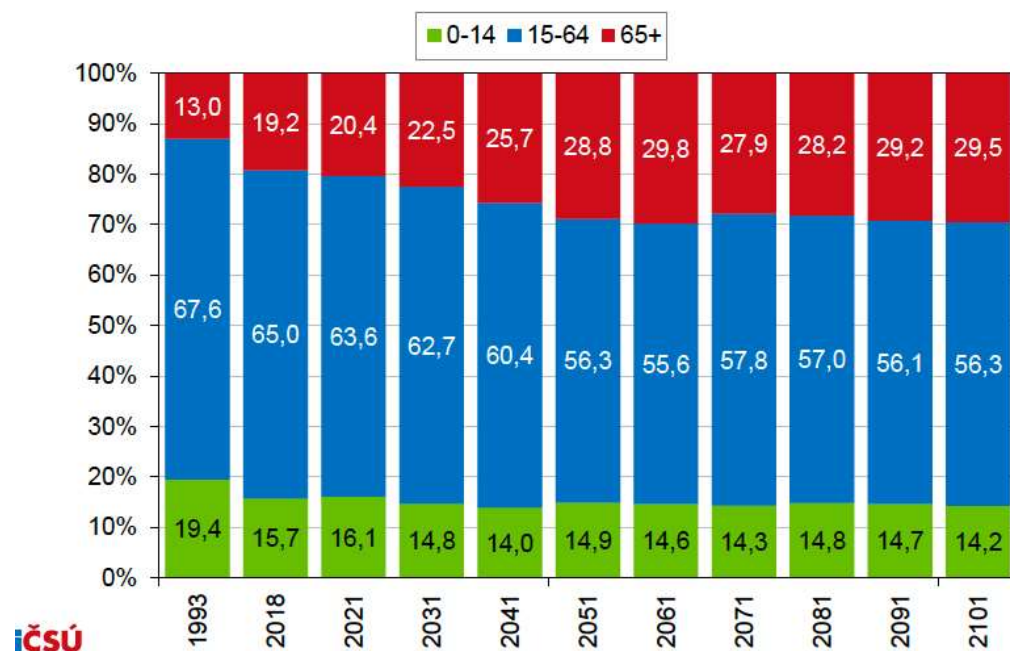
- eurostat – 14/6/2017
- v EU zemře každý rok 1,7 mil lidí ve věku nižším než 75 let
- 33,3% úmrtí by bylo možné zabránit při maximálním využití možností moderního zdravotnictví (560 000/rok)
- dominují kardiovaskulární a onkologické diagnózy
- V ČR se jedná o 43 000 úmrtí ročně

Share of avoidable deaths in the light of current medical knowledge and technology in the EU Member States, 2014
(as % of total deaths of population aged less than 75)

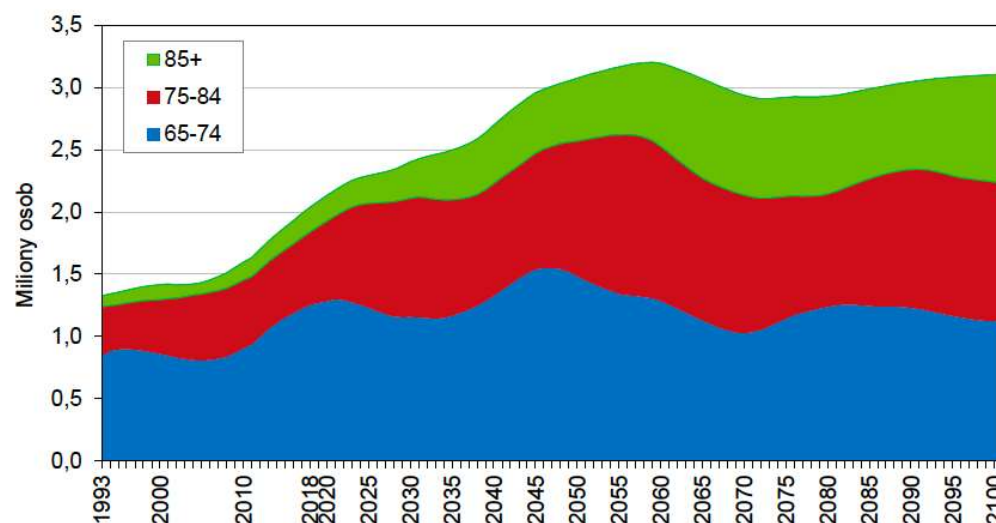


ec.europa.eu/eurostat

DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ JE NEÚPROSNÝ



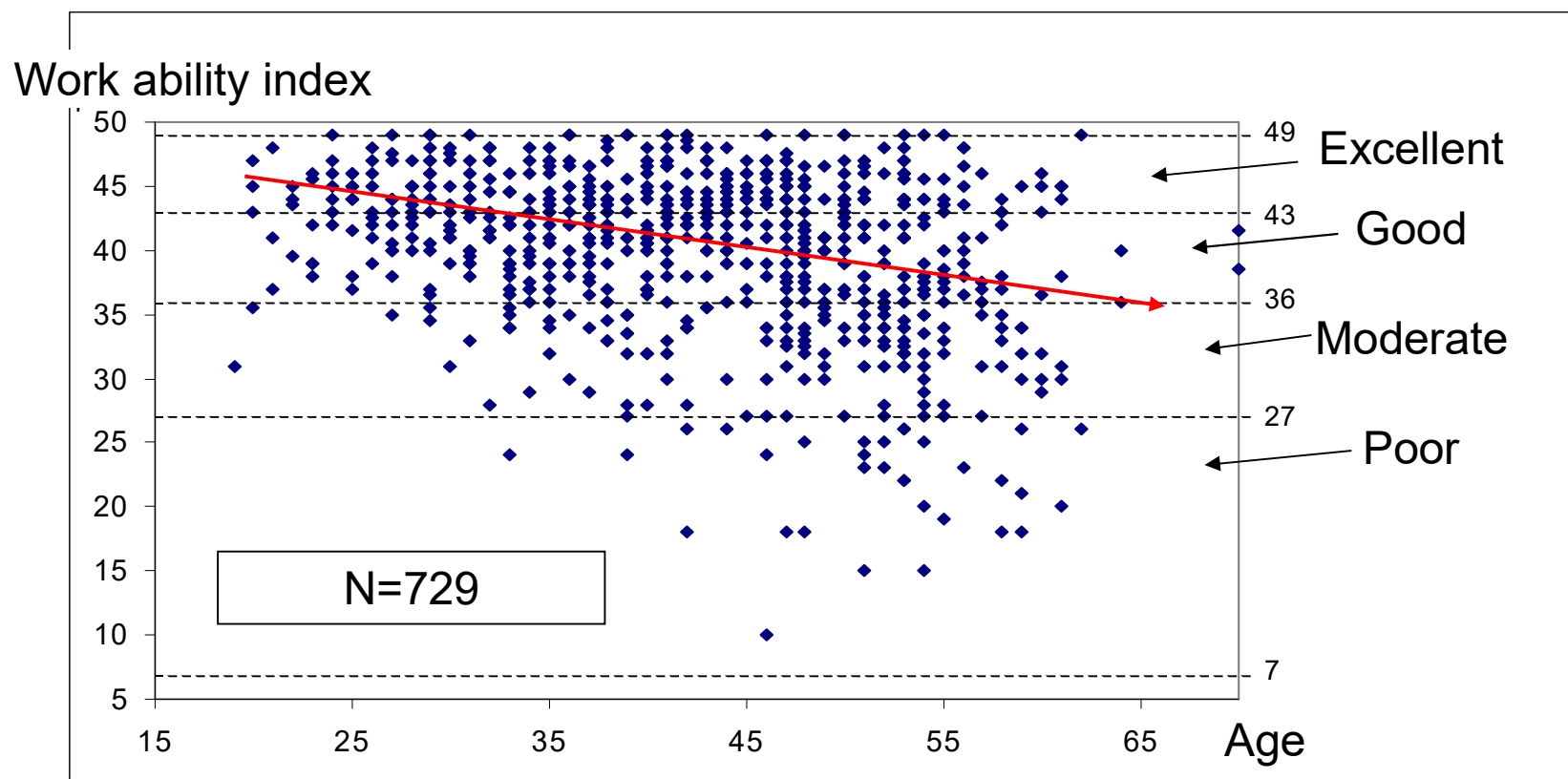
- Seniorů nad 65 let bude v populaci až 1/3
- Zejména se budou zvyšovat počty osob nad 75 let
- Ekonomicky aktivních a neaktivních bude prakticky stejně



Prognóza ČSÚ – 28.11.2018

PRACOVNÍ SCHOPNOST DLE VĚKU

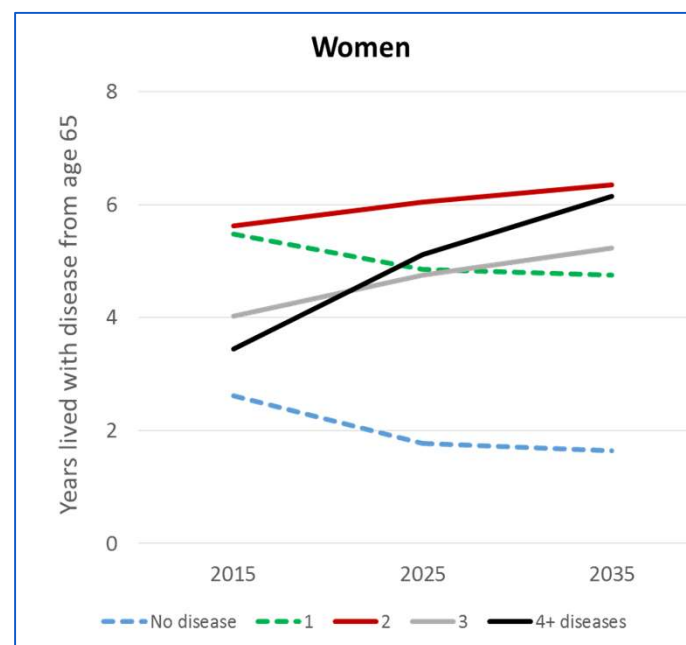
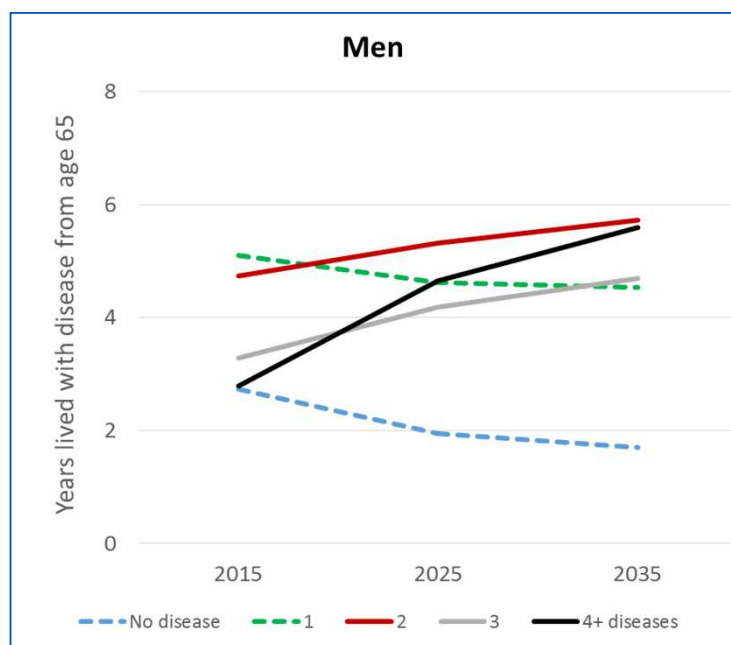
(PROJEKT CARROT, 1997)



Zdroj: J. Ilmarinen, 2011

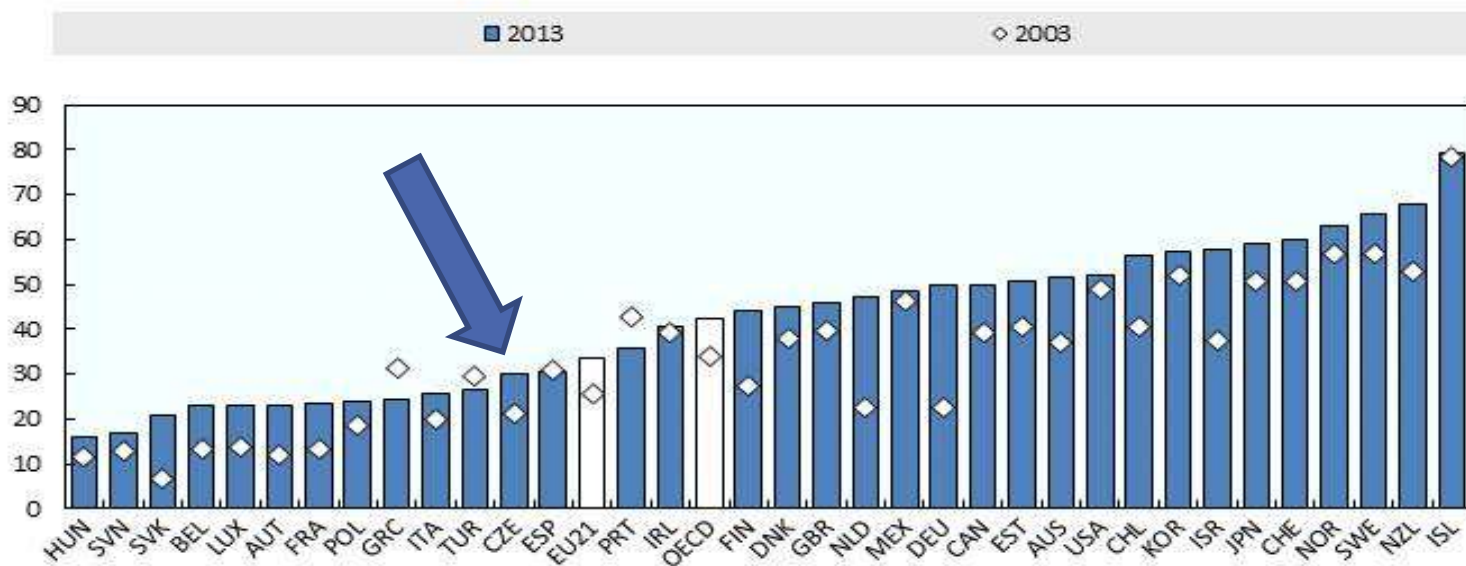
STÁRNUTÍ POPULACE = VYŠŠÍ NEMOCNOST

- Populace bude starší a více nemocná (polymorbidita)
- Zároveň ale pro zachování výkonu ekonomiky musí být populace práce schopnější, tj. nemoc nesmí vést k pracovní neschopnosti



JEN 1/3 POPULACE VE VĚKU 60-64 LET V ČR PRACUJE

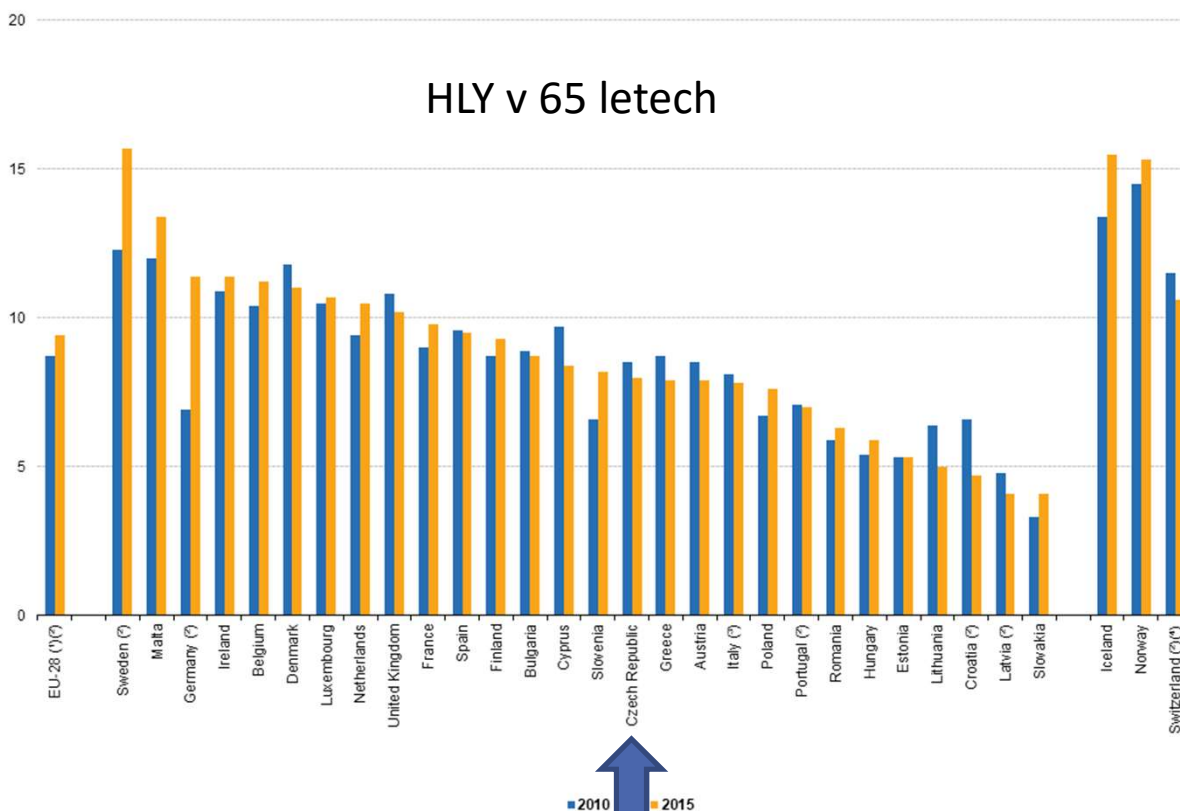
OECD (2014), "Labour Market Statistics: Labour force statistics by sex and age"



Podíl pracující populace ve věkové skupině 60-64 let

THE HEALTHY LIFE YEARS (HLY) INDICATOR

- „Increased longevity without quality of life is an empty prize. Health expectancy is more important than life expectancy.“
 - *Dr Hiroshi Nakajima, Director-General, W.H.O 1997*



(*) 2010: estimate.
 (*) Break in series.
 (*) 2011 instead of 2010.
 (*) 2014 instead of 2015.
 Source: Eurostat (online data code: hlth_hlye)

CO JE TŘEBA UDĚLAT

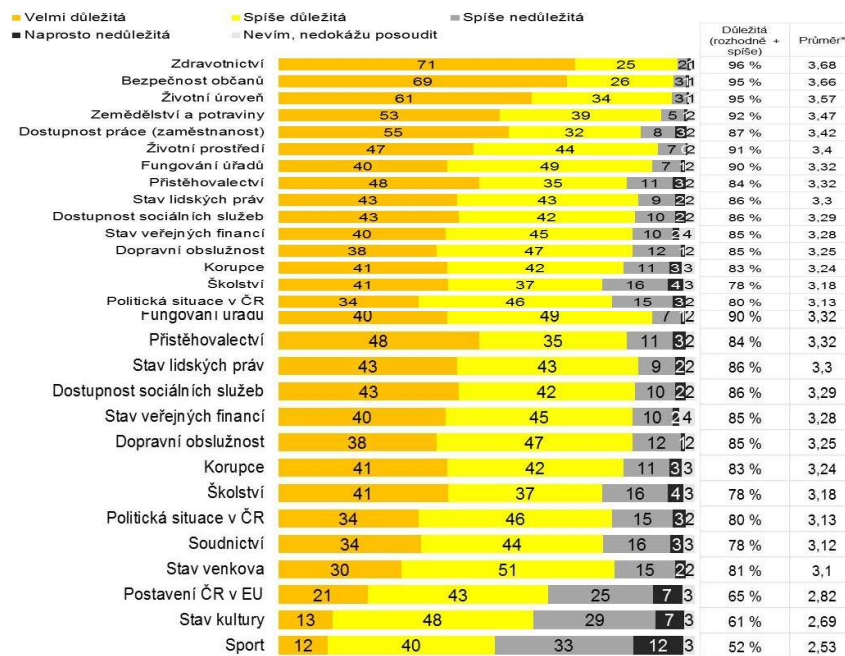
- Musíme se zaměřit nejen na celkovou délku života, ale také na délku života ve zdraví
- Potřebujeme zdravotní systém, který bude efektivní v:
 - Prevenci
 - Včasný záchyt/diagnóza
 - Časná a efektivní intervence
 - Dlouhodobý management v komunitě a prevenci invalidity
 - Práceschopnost se musí stát hlavním cílem léčby (délka života, kvalita života, práceschopnost = 3 pilíře)
- Jak dál:
 - Diskuse nad daty/analýzami a nastavení českého zdravotního a sociálního systému, aby bylo efektivní a udržitelný
 - Kde se investice nejvíce vyplatí (kolik získáme let kvalitního života ve střednědobé perspektivě - QALY)
 - Musíme hodnotit náklady a přínosy = HTA

ČR PARADOX = ZÁJEM VS. NEZNALOST/NEDOSTATEK INFORMACÍ

Subjektivně vnímaná důležitost jednotlivých oblastí života v ČR



„Jak důležitá pro Vás osobně tato oblast je?“ (q7)



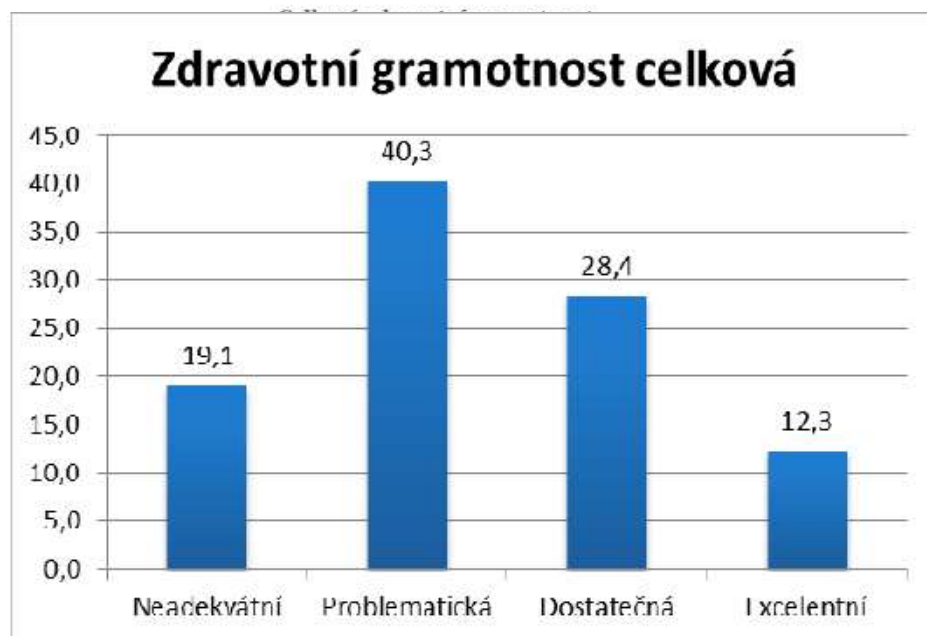
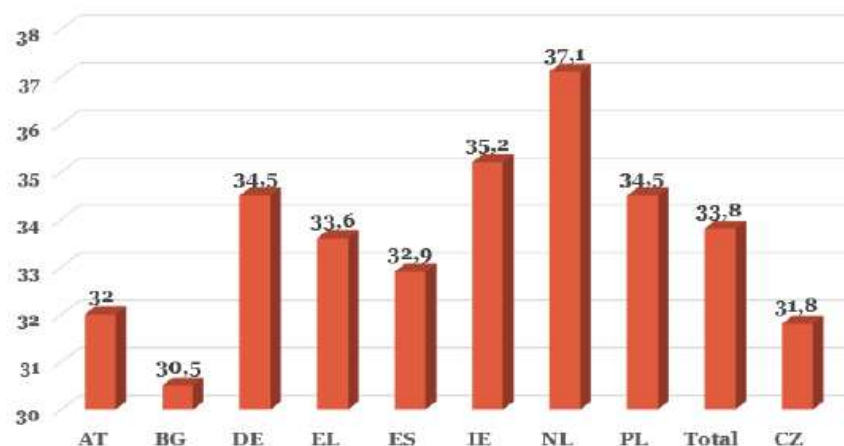
*Aritmetický průměr na škále od 1 (naprosto nedůležitá oblast) až 4 (velmi důležitá). Čím vyšší hodnota, tím vyšší je důležitost dané oblasti.

v %, N = 1011, celek ČR 18+



Názory veřejnosti na vybraná politická témata a preference pro sněmovní a prezidentské volby | srpen 2017 18

ALE...TRAGICKÁ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST



ZAPOJENÍ PACIENTA = CESTA K VYŠŠÍ EFEKTIVITĚ?

Informovaný pacient = odpovědný pacient

Předpoklady:

- Zdravotní gramotnost
- Orientace v síti služeb
- Znalost nároku a způsobu úhrady



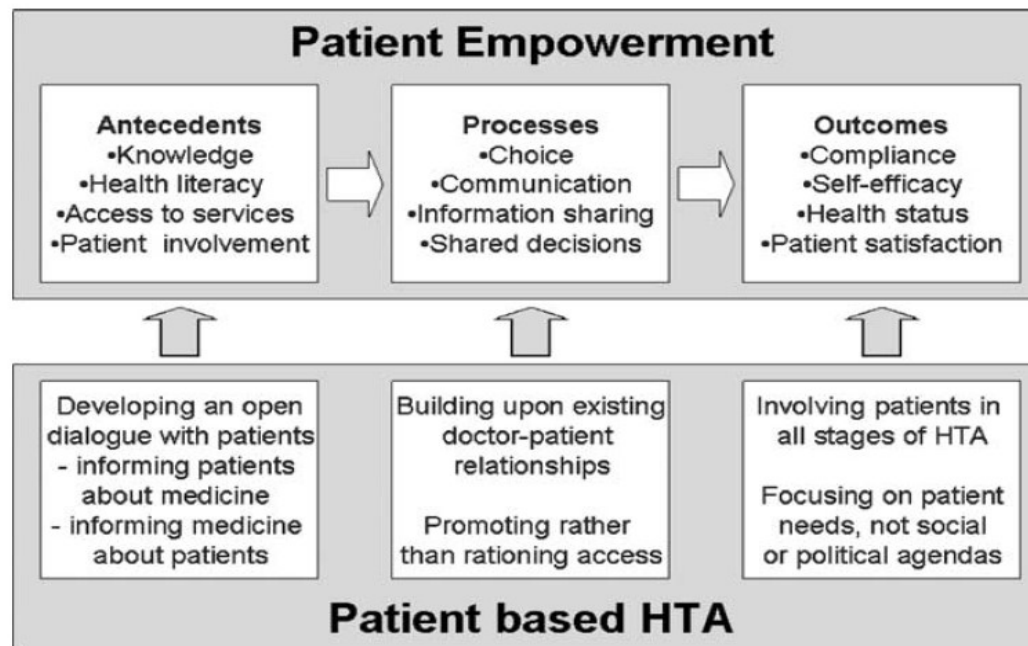
Procesy:

- Přístup k informacím
- Otevřená komunikace o možnostech léčby
- Sdílená rozhodnutí



Výsledky:

- Kontrola vlastního zdraví
- Adherence k léčbě
- Spokojenost pacienta
- Realistická očekávání



- VIZE:
 - Přinášet aktuální a ověřené informace o dostupnosti, kvalitě a čerpání zdravotních služeb v síti poskytovatelů ČR. Informovat pacienty a pojištěnce o procesu zařazování různých zdravotních služeb (léky, zdravotnické prostředky, výkony, přístroje) do systému hrazené péče. **Umožnit tak jedincům být autonomními a samostatnými subjekty, kteří se orientují ve zdravotním systému a podle svých skutečných potřeb si volí nejvhodnější cestu.**
- **Aktuální témata**
 - Elektronizace zdravotnictví
 - Ochrana a využití osobních zdravotních dat
 - Pacientské organizace
 - Nová legislativa
 - Nárok pacienta
 - Financování zdravotnictví



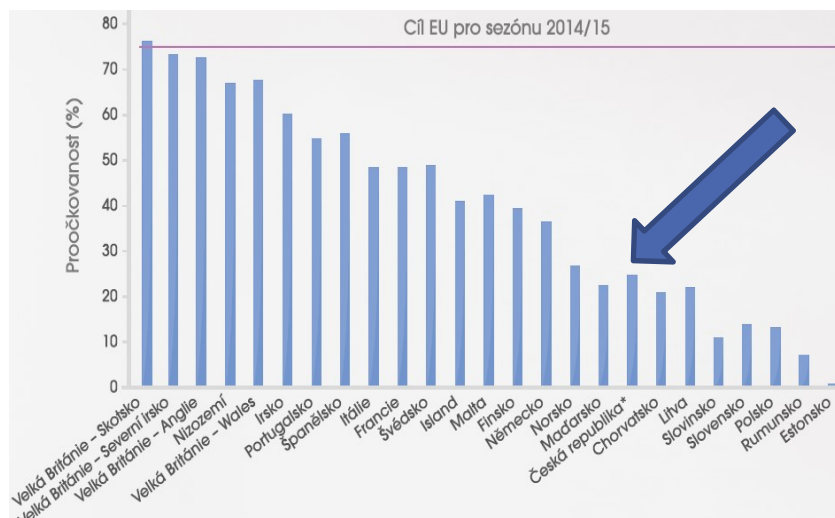
- Systém kontroly kvality – **sledování výsledků péče (outcomes)**
- Motivace (finanční) zvyšování kvality péče na různých úrovních (“**pay for performance**”)
- **Hodnocení nákladové efektivity preventivních a léčebných programů**
- Úloha **praktických lékařů** zejm. v managementu chronických onemocnění – definice zodpovědnosti/gate-keeping
- **Nedostatek informací pro pacienty, zejm. o kvalitě poskytovatelů, není motivace soutěžit o pacienty**
- **Špatná úroveň vzdělávání pacientů a “self-managementu” chronických onemocnění**
- Chybí **dlouhodobá koncepce** – velký politický vliv, časté změny

OECD: HLAVNÍ DOPORUČENÍ 2018

- Postupně pro nemocnice a lékaře zavést systém odměňování za výkonnost založený na širokém souboru **ukazatelů výkonnosti/kvality**.
- Snížit vliv úhradové vyhlášky omezením rozsahu její působnosti a ponecháním prostoru pro jednání mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb.
- Pokračovat ve snižování počtu nemocničních lůžek pobízením regionů a obcí k **restrukturalizaci kapacit zdravotních služeb a zařízení**.
- Posílit úlohu **primární péče** prostřednictvím gate-keepingu a dalšího posunu směrem k lepší kombinaci kapitačních plateb a výkonové úhrady u praktických lékařů.
- Zvýšit kapacitu lékařských fakult a počet studentů prostřednictvím stipendií a zajistit udržitelné financování vysokých škol.
- Zvýšit daně z **tabáku a alkoholu** a zvážit zavedení daní z **nezdravých potravin** a nápojů.
- Podporovat zdravější životní styl a dále rozvíjet programy na **prevenci onemocnění a screeningové programy**.
- Sladit úhradové systémy dlouhodobé péče v zařízeních **zdravotní a sociální péče prostřednictvím koordinace** a využívání spoluúčasti.

PŘÍKLAD 1: OČKOVÁNÍ

PROOČKOVANOST U SENIORŮ / RIZIKOVÝCH OSOB



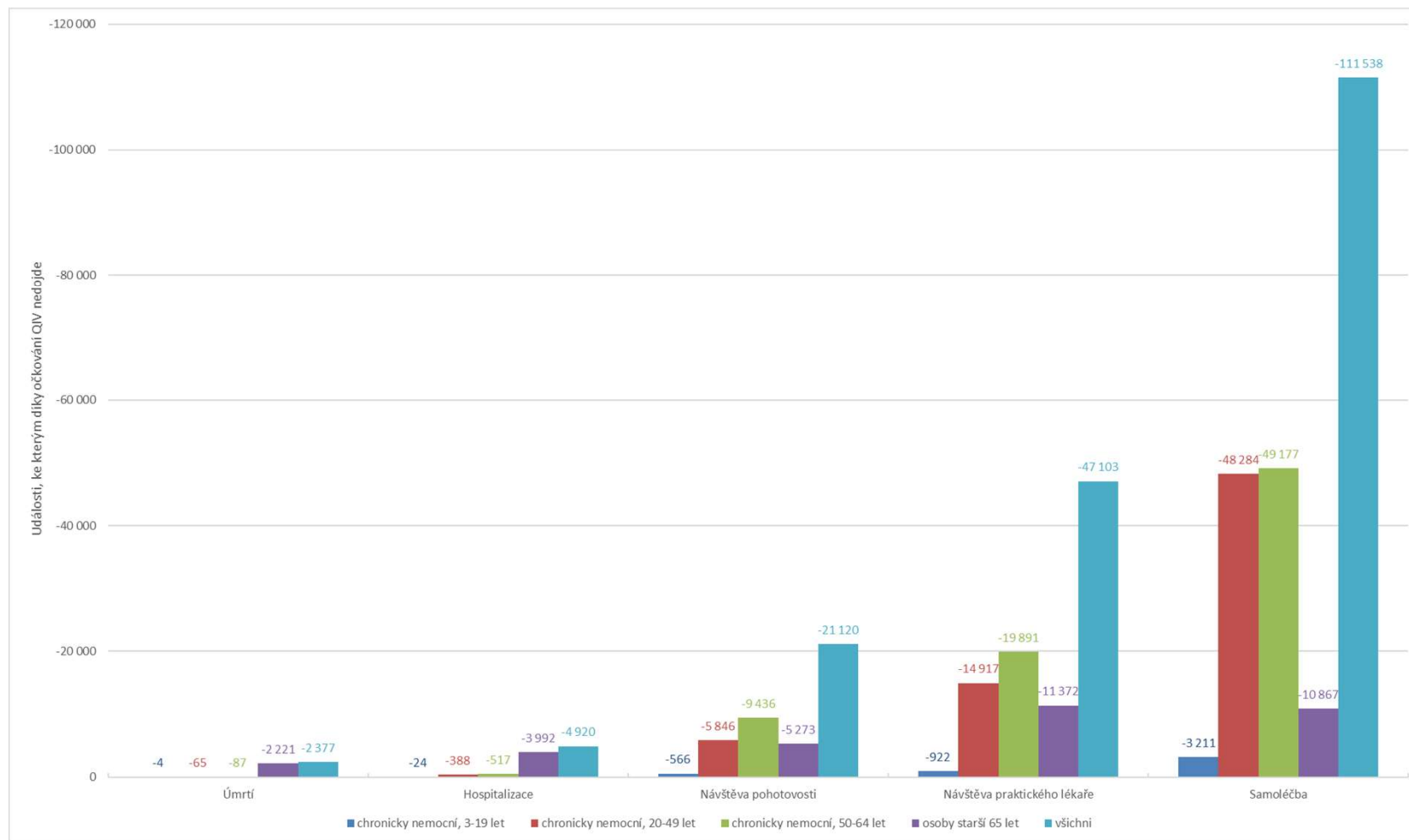
Věkové skupiny	Populace	Podíl osob s rizikovým faktorem	Populace v riziku
3-19 let	1 751 057	3,7%	64 205
20-49 let	4 479 853	20,0%	895 971
50-64 let	2 059 859	58,0%	1 194 718
65+ let	1 932 412	100,0%	1 932 412
Celkem	10 223 181	-	4 087 306

Věkové skupiny	Populace	Populace v riziku	Očkováná populace v riziku
3-19 let		0,8%	498
20-49 let		3,6%	32 031
50-64 let		7,5%	89 903
65+ let		28,0%	541 269
Celkem (váženo velikostí populace)	8,5%	16,2%	663 700

Realita je ještě horší (data MZ ČR – zveřejněno podzim 2018)

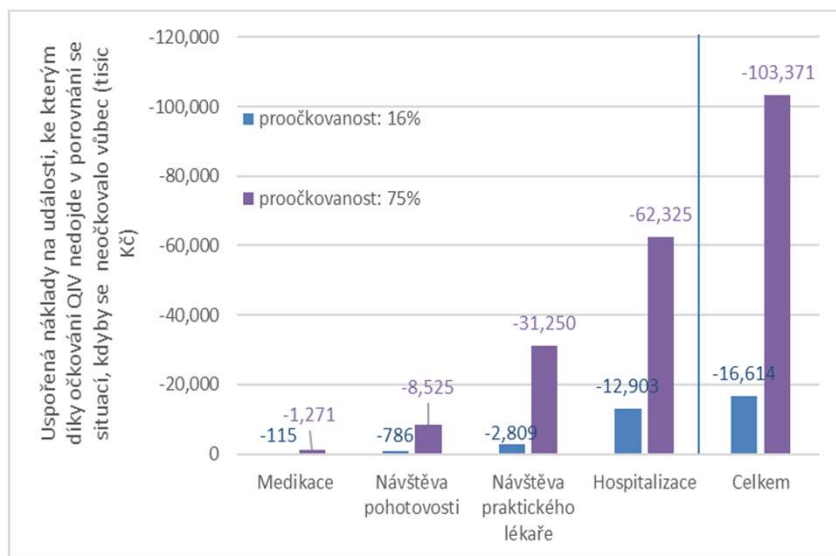
- Jen 2,9 % seniorů starších 65 let je očkováno proti pneumokokovým infekcím
- Chronicky nemocných je proti chřipce očkováno jen 17-19%
- Jen 30 % nemocných v dlouhodobé péči je očkováno proti chřipce

UDÁLOSTI, KTERÝM LZE PŘEDEJÍT: 75% PROOČKOVANOST RIZIKOVÉ POPULACE

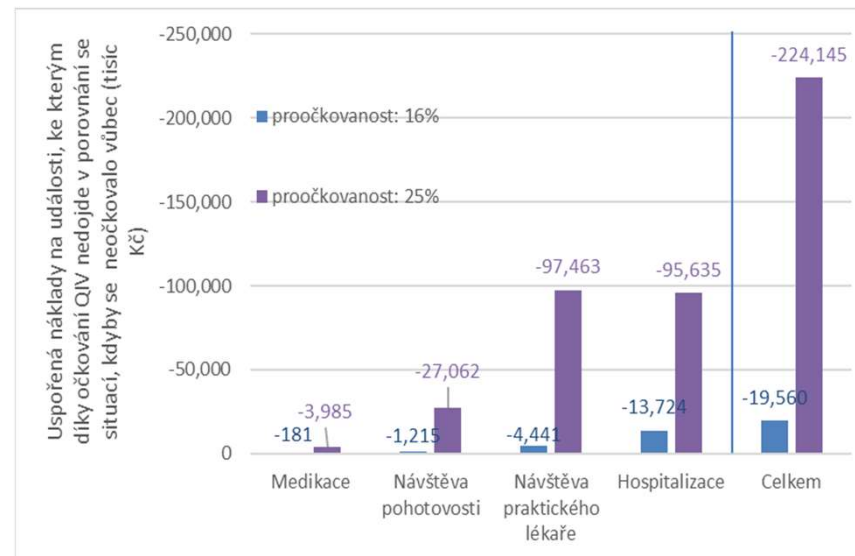


PŘI PLOŠNÉM ROZŠÍŘENÍ EKONOMICKÉ PŘÍNOSY ROSTOU

Riziková populace



Celá populace starší 3 let



VELKÉ DOPADY NA PRACOVNÍ PRODUKTIVITU

Vstupy do analýzy

Počet obyvatel ČR ve věku 15-64 let (ČSÚ, r. 2017)	6 942 623
Aktuální proočkovanost (expert panel)	50,00%
Průměrná mzda v ČR (ČSÚ, 2. čtvrtletí 2018)	31 851 Kč
Počet dnů pracovní neschopnosti na 1 epizodu chřipky (pouze pracovní dny, bez víkendu)	11,45
Cena vakcíny proti chřipce	249,79 Kč

Výsledky

Počet zabráněných případů chřipky	259 957
Počet zabráněných dnů pracovní neschopnosti	541 566
Ušlý produkt z důvodu onemocnění zaměstnance (celkem)	2 048 115 556 Kč
Náhrada mzdy zaměstnavatelem v době pracovních neschopností (celkem)	311 755 737 Kč
Ušlá mzda jednoho zaměstnance, který onemocní	5 662 Kč
Náklady na vakcínu	867 098 900 Kč

JAK TEDY DÁL...

Vyhodnocování nákladů a přínosů
vakuinačních programů při vstupu do
úhrady



Monitorování
proočkovanosti/pokrytí, případně
ekonomických dopadů



Zdravotní programy pro zvýšení míry
proočkovanosti

- komunikační kampaň
- finanční motivace (lékař, pojištěnec)

Zavedení principů HTA po
vzoru jiných EU zemí, metodika
je k dispozici
= nahrazení ENNV

Průběžné (sezónní)
vyhodnocování míry pokrytí

- SZÚ (epidemiologie)
- ZP/ÚZIS (vykázaná péče)

MZ/WHO doporučení pro
každou skupinu/sezónu
Zařazení mezi indikátory kvality
(UK = QOF – Quality Outcomes
Framework)

PARLAMENTNÍ SEMINÁŘ 20.6.2018

- Společná zjištění účastníků semináře:
 - V České republice není nastaven systém monitorování rozsahu vakcinačních programů v oblasti nepovinných hrazených očkovaní. V podstatě nevíme, jaká je proočkovanost cílové populace a nejsme tak schopni cíleně zamířit preventivní opatření.
 - Při vstupu mezi hrazené služby není dostatečně ověřována nákladová efektivita a dopad do rozpočtu zdravotních pojišťoven a není tedy možné objektivně vyhodnotit ekonomické dopady nepovinných vakcinačních programů.
 - V České republice nejsou dostatečně motivováni lékaři, zejména praktičtí lékaři, aby aktivně vyhledávali vhodné kandidáty na nepovinná očkovaní a zvyšovali tak proočkovanost populace.
 - Stát a zdravotní pojišťovny se v minulosti nedostatečně věnovaly informační a edukační kampani veřejnosti a zdravotnických profesionálů s cílem zvýšit míru proočkovanosti nepovinnými hrazeným vakcinačními schémata.
 -
- Doporučení:
 - Ministerstvo zdravotnictví by ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami mělo zavést pravidelný monitorovací systém proočkovanosti nepovinných schémat a jeho výstupy komunikovat odborné a laické veřejnosti.
 - Je žádoucí, aby Ministerstvo zdravotnictví připravilo pro zvýšení proočkovanosti cílené informační kampaně zaměřené na zdravotníky a širokou veřejnost. Velmi vhodný se pro tento účel jeví program Zdraví 2020.
 - Ve střednědobém časovém horizontu je vhodné uvažovat o přípravě motivačního programu pro zdravotníky s cílem zvýšení proočkovanosti.
 - Vakcíny by měl být zařazeny mezi zdravotní služby, které jsou před vstupem do úhrady ze zdravotního pojištění hodnoceny z pohledu nákladové efektivity a dopadu na rozpočet, stejně jako léčivé přípravky a nové nákladné zdravotnické prostředky.

PŘÍKLAD 2: DOSTUPNOST MODERNÍ LÉČBY

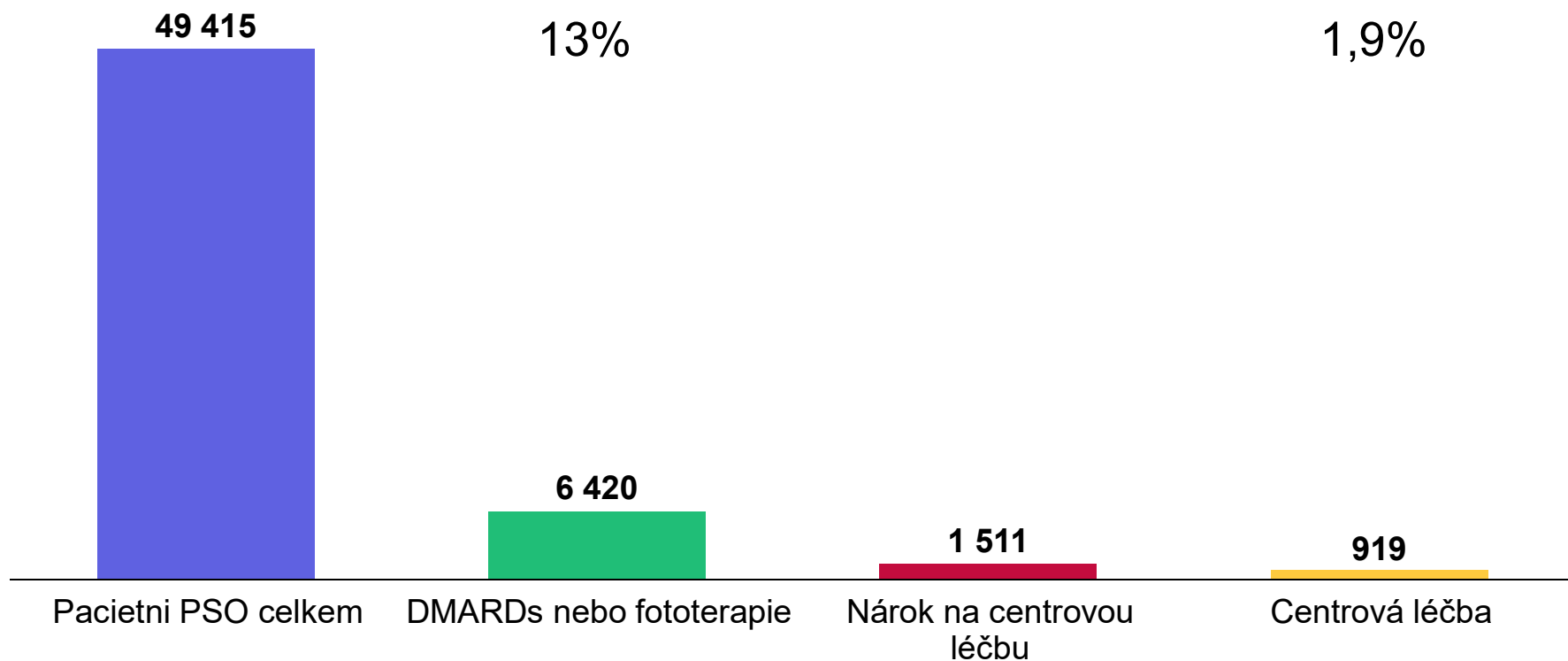
DOSTUPNOST MODERNÍ BIOLOGICKÉ LÉČBY V ČR

Počet pacientů s lupénkou v ČR (prevalence)	264 828 (2,53% obyvatel)
Počet nových případů ročně (incidence)	6 332 (60,4/100 000 obyvatel)
Těžká psoriáza (možnost/potřeba léčby biologiky)	60 910 (23% všech případů)
Počet skutečně léčených	Cca. 1 676* (2,8% ze všech potenciálně léčitelných)

*...BIOREP (registr biologických léků v dermatologii 2018)

Jen u VZP bylo v roce 2017 více než 1,5 tis. pacientů kteří pravděpodobně splňují indikační omezení úhrady pro zahájení centrové farmakoterapie

Počet pacientů v roce 2017 v dané kategorii



JSME NA CHVOSTU EVROPSKÝCH ZEMÍ V BIOLOGICKÉ TERAPII RA

- Kritéria pro nasazení
 - Jen ve třech zemích jsou kritéria odlišná od doporučení EULAR
 - Belgie – DAS > 3,7
 - UK – DAS > 5,1
 - Turecko – DAS > 5,1
 - ČR – DAS > 5,1
 - Všechny ostatní sledované evropské země léčí všechny pacienty, kteří nemají remisi nebo nízkou aktivitu (DAS < 3,2)
- **Dostupnost biologické léčby***
 - ČR = 5%
 - Německo = 19%
 - Španělsko = 15%
 - UK = 34%
 - EU15 = 17%
 - Maďarsko = 9%
 - Slovinsko = 11%

*...(procento léčených z diagnostikovaných pacientů)

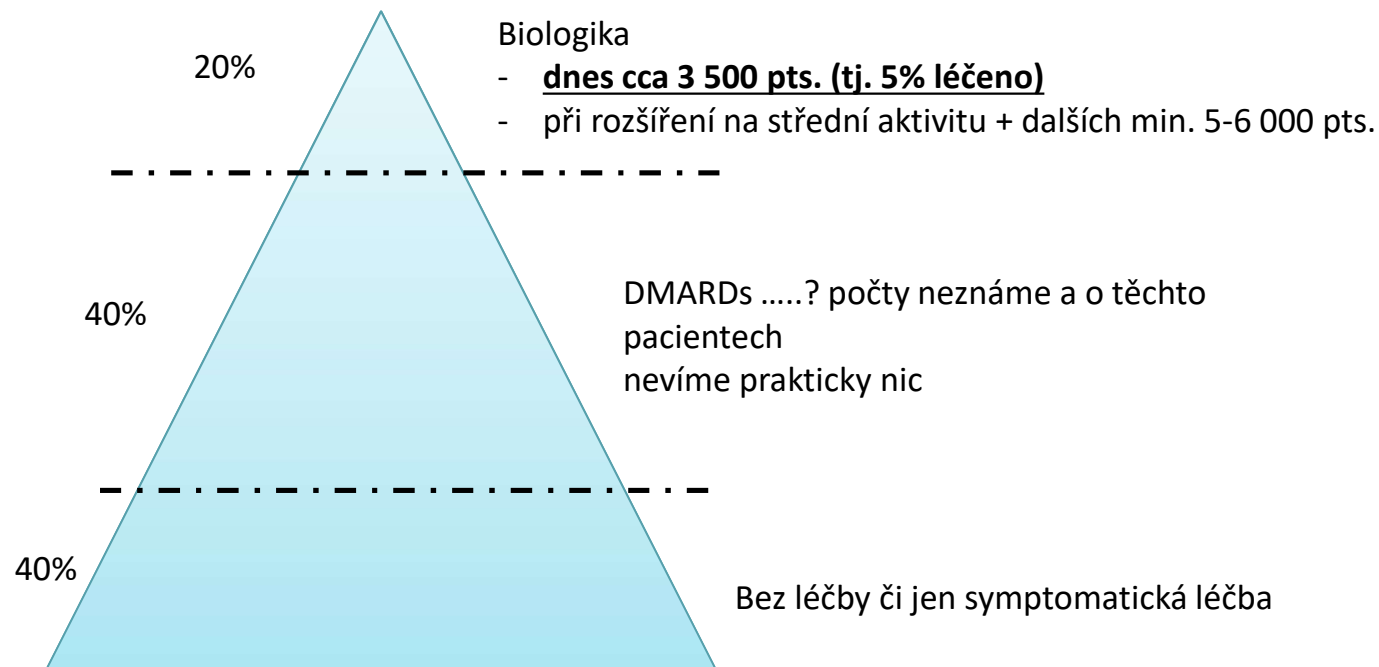
DOSTUPNOST BIOLOGICKÉ LÉČBY RA V ZEMÍCH STŘEDNÍ A VÝCHODNÍ EVROPY

Země	Prevalence RA	Počet léčených biologiky (2013)	Proléčenost
Česká republika	54 100	2 295	4,2%
Slovensko	27 600	2 765	10%
Maďarsko	50 800	4 565	9%
Polsko	197 200	2 569	1,3%
Bulharsko	38 000	979	2,6%
Rumunsko	101 600	4 153	4,1%

Česká republika má vzhledem ke své ekonomické výkonnosti/bohatství jeden z nejnižších podílů léčených pacientů s biologickou léčbou

Péntek M, et al. Biological therapy in inflammatory rheumatic diseases: issues in Central and Eastern European countries. Eur J Health Econ (2014) 15 (Suppl 1):S35–S43

EPIDEMIOLOGIE A ROZLOŽENÍ PACIENTŮ S RA



Prevalence RA podle publikace Hanová, Pavelka 2006 – 610-660/100 tis. obyvatel
= **64 tis. až 69 tis. pacientů s RA**

Hanova P, et al. Epidemiology of rheumatoid arthritis, juvenile idiopathic arthritis and gout in two regions of the Czech Republic in a descriptive population-based survey in 2002-2003. Clinical and Experimental Rheumatology 2006; 24: 499-507.

PŘÍKLAD 3: OMEZENÍ ÚHRADOVÝCH KRITÉRIÍ

PERORÁLNÍ ANTIKOAGULANCIA – FIBRILACE SÍNÍ

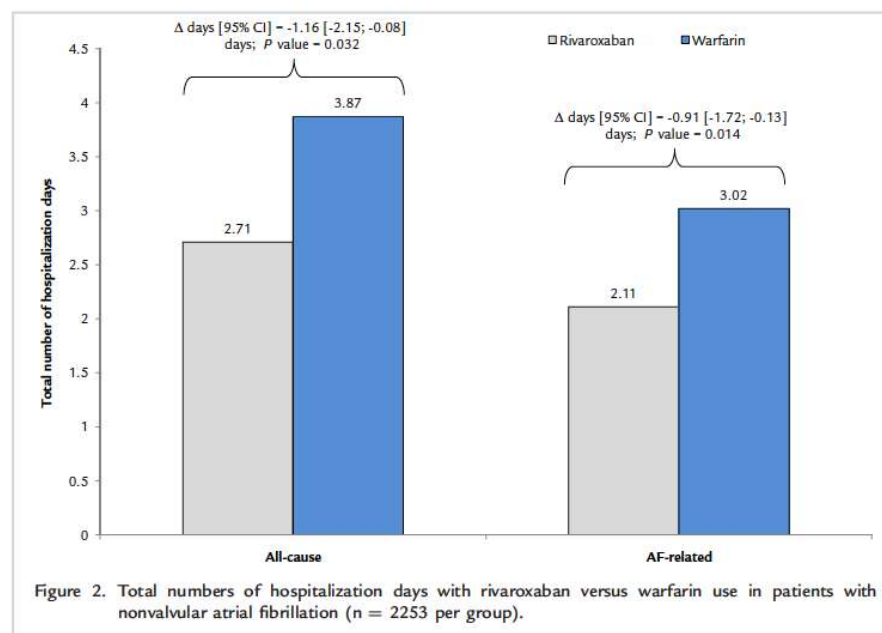
- Registrovaná indikace (SPC)
 - Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolizace u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní s jedním nebo více rizikovými faktory, jako je městnavé srdeční selhání, hypertenze, 75 let a vyšší, diabetes mellitus, prodělaná cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka.
- Omezení úhrady
 - Přípravek je hrazen v prevenci cévní mozkové příhody a systémové embolie u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní indikovaných k antikoagulační léčbě **při kontraindikaci warfarinu,**
tj.:
 - a) nemožnost pravidelných kontrol INR
 - b) nežádoucí účinky při léčbě warfarinem
 - c) nemožnost udržet INR v terapeutickém rozmezí 2,0 - 3,0; tzn. 2 ze 6 měření nejsou v uvedeném terapeutickém rozmezí
 - d) rezistence na warfarin, tj. nutnost podávat denní dávku více než 10 mg

NOAC/XABANY – ekonomické analýzy

	Srovnání s warfarinem	Srovnání s jinými xabany
Dabigatran	641 083 Kč/QALY	Není k dispozici
Rivaroxaban	536 356 Kč/QALY	Není k dispozici
Apixaban - nevhodní na warfarin	305 890 Kč/QALY vs. aspirin	285 122 Kč/QALY vs. dabigatran 353 793 Kč/QALY vs. rivaroxaban
Apixaban - vhodní na warfarin	440 244 Kč/QALY	208 556 Kč/QALY vs. dabigatran 226 980 Kč/QALY vs. rivaroxaban

CZ farmakoeconomické analýzy ukazují, že NOACy jsou nákladově efektivní - náklady/QALY jsou pod hranicí ochoty platit

Dokáží ušetřit náklady na hospitalizacích, komplikacích, následné péči



ZÁVĚRY ➡ DOPORUČENÍ

- 1. Analýza trajektorie pacienta **od diagnózy do dlouhodobé péče** (disease-management)
 - Je náš systém optimálně nastaven, neplýtvá zbytečně (praktici/specialisté/nemocnice)?
 - Rozeznáme nemoc včas a včas a účinně ji dostaneme pod kontrolu?
 - Je **zdravotní a sociální systém** dobře vzájemně naladěn (péče je vždy zdravotně-sociální, sociální aspekt musí být vždy přítomen)?
- 2. Zdravotní náklady je třeba posuzovat na principu **investice do zdraví**....hradím to, co přinese **kvalitní roky navíc** (QALY)
 - Zavedení principu HTA na všech úrovních
- 3. Význam **prevence** musí být posílen
 - ZP dávají do prevence jen 0,3% (892 mil. Kč/2017) svých výdajů a tento podíl klesá
- 4. Investice do **edukace/zvýšení zdravotní gramotnosti**
 - Jen informovaný jedinec/pacient se dokáže starat o své zdraví
 - Zdravotní péče ovlivní zdraví jen z 10-20%
- 5. Je nutné pacienta udržet v **přirozeném prostředí/komunitě**
 - Posílení role praktických lékařů (měkký gate-keeping)
 - Upřednostňování ambulantní nad ústavní péčí
- 6. **Práceschopnost** jako hlavní cíl léčby
 - Prodlužování života ve zdraví = ekonomická nutnost stárnoucí populace