

OECD Studie kvality zdravotní péče

# ČESKÁ REPUBLIKA

ZVYŠOVÁNÍ STANDARDŮ

HODNOCENÍ A DOPORUČENÍ



# OECD Studie kvality zdravotní péče: Česká Republika 2014

ZVYŠOVÁNÍ STANDARDŮ

## Hodnocení a doporučení

Za kvalitu překladu a jeho soulad s původním textem je odpovědný výhradně autor překladu. V případě jakéhokoli rozporu mezi původním textem a překladem má přednost původní text.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

Překlad části publikace v originále vydané OECD v anglickém jazyce pod názvem:  
*OECD (2014), OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014: Raising  
Standards, OECD Publishing.*

Všechna práva vyhrazena.

© 2014 Ministerstvo zdravotnictví České republiky (české vydání)

## Hodnocení a doporučení

Česká republika dosáhla v posledních desetiletích v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče značných pokroků. Například úmrtnost pacientů, kteří prodělali infarkt, se snížila o více než polovinu, z 15,7 % v roce 2001 na 6,8 % v roce 2011 a tento úbytek patří v rámci zemí Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) k nejstrmějším. Zároveň patří výdaje na zdravotní péči v České republice, představující 7,2 % HDP, mezi zeměmi OECD k těm nejnižším. Ve srovnání s ostatními zeměmi však platí, že aktivity v oblasti sledování a zvyšování kvality zůstávají na elementární úrovni. Důraz je kladen téměř výlučně na zajištění dodržování minimálních standardů, snaha o neustálé zvyšování kvality je naopak opomíjena. Významným vysvětlujícím faktorem této skutečnosti je poměrně málo vyspělá datová infrastruktura v českém zdravotnictví. Ta představuje překážku pro podrobnější, transparentnější a soustavnější monitorování kvality klinických postupů i výsledků u pacientů. S tím souvisí také nedostatečné plánování, které je zřejmě ještě významnějším faktorem: zdá se, že časté a rozsáhlé personální změny ve státní správě brzdí tvorbu a zavádění nových iniciativ směřujících ke zvyšování kvality. Chce-li Česká republika v oblasti stálého zvyšování kvality postoupit do další fáze, potřebuje lépe využívat informace ve zdravotnictví, především formou zveřejňování většího množství ukazatelů výsledků péče. Potřebuje také konzistentnější vizi, strategii a koordinaci napříč klíčovými orgány, včetně různých státních úřadů a institucí zajišťujících bezpečnost, kvalitu a informace, pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče. Zdravotnictví by také mělo aktivněji přistupovat k léčbě chronických onemocnění, jako je například diabetes, a to za pomoci lepší primární i sekundární preventivní péče.

Systém českého zdravotnictví je založen na bismarckovském modelu sociálního pojištění s povinným zdravotním pojištěním v jedné ze sedmi zdravotních pojišťoven a na kombinaci soukromých a veřejných poskytovatelů zdravotní péče. Nemocnice představují 32 % z celkových veřejných výdajů na zdravotnictví a ambulantní péče 35 %, což přibližně odpovídá průměrným hodnotám v zemích OECD. Nemocnice jsou většinou veřejná zařízení ve vlastnictví státu, krajů nebo obcí. Poskyvatelé

ambulantní péče jsou naopak z větší části soukromé subjekty, přičemž páteří primární péče jsou všeobecní praktičtí lékaři působící jako osoby samostatně výdělečně činné. Značný důraz je kladen na preventivní péči. České úřady ve spolupráci s asociacemi lékařů zavedly několik screeningových programů, mimo jiné také první screeningový program na světě zaměřený na kolorektální karcinom. Kvalitu a dostupnost péče ověřuje stát a do určité míry také zdravotní pojišťovny.

Nedávné reformy v oblasti kvality péče byly zaměřeny především na rozšíření práv pacientů. Byly zavedeny rovněž nové modely kontroly kvality, například povinné interní hodnocení a dobrovolné externí hodnocení kvality péče v nemocnicích. Řízení v oblasti kvality zdravotní péče nicméně do velké míry spoléhá na samoregulaci a jednorázovou akreditaci minimálních standardů. Ty se týkají rozsáhlých, zastřešujících aspektů jako například prevence pádů, bezpečné identifikace, komunikace a převozu pacientů nebo monitorování spokojenosti pacientů. Možnosti pro neustálé zlepšování kvality nicméně zůstávají nedoceny. Pokud jde o datovou infrastrukturu, získává se kromě základních přehledů počtu zaměstnanců, zařízení nebo pacientů jen málo užitečných informací, a to i přesto, že existuje řada zdrojů dat. Je však nutno poznamenat, že Česká republika začala v poslední době vykazovat některé indikátory kvality zdravotní péče, které užívají členské státy OECD, pro účely porovnání výsledků. Tyto indikátory jsou povzbuzující: úmrtnost pacientů po infarktu ve výši 6,2 % je nižší než průměr OECD (i když úmrtnost pacientů po mozkové mrtvici je nadprůměrná) a počty hospitalizací, kterým bylo možno předejít, jejichž příčinou je astma a chronická obstrukční plicní nemoc, jsou také nižší než průměr OECD (třebaže počty hospitalizací, jejichž příčinou je diabetes, jsou naopak nadprůměrné).

I přes tyto pozitivní signály se český systém v několika oblastech stále potýká s problémy. Klíčovým faktorem, který brání důraznějšímu řízení kvality, je relativně málo vyspělá datová infrastruktura v zemi. Ke skutečnosti, že možnosti sofistikovanějšího a transparentnějšího monitorování kvality zdravotní péče nejsou využity, přispívá velký počet institucí, které statistiky ve zdravotnictví shromažďují, analyzují a šíří, nedostatek klinických dat i nevyřešené otázky okolo sdílení a ochrany údajů. Prosazování průběžného měření a neustálého zvyšování kvality zdravotní péče brání také následující skutečnosti:

- Úzce zaměřená a nedostatečně prosazovaná agenda kvality. Interní kontrola kvality, dobrovolné hlášení nežádoucích příhod a akreditace splnění minimálních kvalitativních požadavků jsou sice prvním krokem k zajištění a zvyšování kvality, vyspělejší systém zajišťování kvality bude však vyžadovat transparentní a průběžné vykazování široké škály procesních a výsledkových ukazatelů.

- Nedostatek motivačních opatření, která by přispívala ke zvyšování kvality v praxi. Úhradové ani informační systémy nejsou nastaveny tak, aby podporovaly neustálé zvyšování kvality. Například platby lékařům v oblasti primární péče se odvíjejí především od počtu pacientů a ukazatele kvality péče v jednotlivých lokalitách nejsou běžně zveřejňovány. Hrozí tedy, že zvyšování kvality bude mít v České republice pro lékaře i pro ty, kdo služby ve zdravotnictví řídí, jen nízkou prioritu. To kontrastuje se situací v řadě jiných zemí OECD, které motivační opatření ke zlepšování výsledků využívají (otevřená srovnání výsledků nebo platby cíleně vázané na výsledky).
- Nejistota, zda stávající programy preventivní zdravotní péče vykazují odpovídající poměr mezi cenou a výsledky. V současnosti není zaveden žádný dohled nad kvalitou preventivních prohlídek zaměřených na kardiovaskulární onemocnění, které jsou běžně nabízeny dospělým, ani pro tento screeningový program nebyla provedena analýza efektivity vynaložených nákladů. Obdobně platí, že ačkoli existují doporučení pro sekundární prevenci kardiovaskulárních rizik, nesleduje se jejich dodržování.
- Nejasnosti okolo role všeobecných praktických lékařů v koordinaci péče, především u chronických onemocnění, jako je například diabetes. To, že pacienti mohou vyhledat péči specialistů bez konzultace s praktickým lékařem, špatně definované vzájemné povinnosti ambulantních specialistů a praktických lékařů i současný systém úhrad, to vše přispívá ke skutečnosti, že potenciál primární péče pro vedoucí úlohu v řízení léčby chronických onemocnění zůstává nevyužit.
- Nedostatečná informovanost pacientů. Třebaže se Češi v současné době těší právu na přístup ke službám libovolného lékaře nebo nemocnice, je možnost svobodné volby lékaře málo využívána jako činitel přispívající k vysoké kvalitě péče. Pacienti mají totiž omezený přístup k informacím o kvalitě péče u jednotlivých poskytovatelů. Neexistuje tedy nic, co by poskytovatele motivovalo konkurovat si kvalitou svých služeb.
- Málo rozvinutá osvěta pacientů a samostatná kontrola diabetu (selfmonitoring) a dalších dlouhodobých onemocnění. Podpora pacientů při samostatné kontrole svého onemocnění bude zásadní s ohledem na zvyšující se prevalenci těchto nákladných a komplikovaných onemocnění (diabetem nyní trpí každý dvanáctý Čech).

- Nedůsledné nebo krátkodobé plánování. Nová vláda (kterých zde bylo za poslední desetiletí zhruba deset) si přirozeně vždy přeje prosadit nějakou změnu, zároveň ale dochází k rozsáhlým personálním obměnám na administrativních i odborných pozicích a projevuje se tendence ukončit stávající iniciativy. V důsledku toho hrozí, že se nepodaří vybudovat rozvinutý systém zajišťování kvality.

České úřady by prioritně měly usilovat o konsenzus ohledně strategie rozvíjení datové infrastruktury, která by byla základem pro měření a zvyšování kvality zdravotní péče, a dále o nepřerušované zavádění dalších iniciativ v oblasti zvyšování kvality. Rozsáhlejší systém zajišťování kvality by zahrnoval rozšíření akreditace na primární a komunitní péči a dále průběžné sledování a otevřené srovnávání širokého souboru kvalitativních indikátorů ve všech sektorech zdravotnictví. Vedle vytváření obsáhlého souboru indikátorů kvality pro národní zdravotnictví bude důležité sjednotit a zefektivnit stávající procesy shromažďování dat a omezit zatížení zkušených poskytovatelů zdravotní péče administrativou. Prostor pro další práci existuje i v oblasti analýzy a vykazování – tak aby pacienti, lékaři i tvůrci strategických rozhodnutí mohli identifikovat vynikající poskytovatele i ty, kteří se potřebují zlepšit. Snahy v oblasti preventivní zdravotní péče je třeba posílit – nejen proto, že představuje jedinečnou příležitost k dlouhodobému omezování nákladů, ale i proto, že je příležitostí k významnému zlepšování zdraví.

Ve zbývající části této kapitoly se hodnocení věnujeme podrobněji a navrhuje soubor doporučení pro systém českého zdravotnictví jako celek, pro jeho podpůrnou datovou infrastrukturu a pro dvě oblasti klinické praxe se zvláštním významem – pro preventivní péči a pro diabetes a metabolický syndrom.

### **Budování systému kvality, který by napomáhal neustálému zlepšování zdravotní péče**

V českém zdravotnictví byla vyvinuta řada mechanismů pro zajišťování a zvyšování efektivity a bezpečnosti péče i zaměření na pacienta. V porovnání s jinými zeměmi OECD jsou však některé z těchto mechanismů méně rozvinuté. Je především zapotřebí věnovat více úsilí přechodu k systematictější a trvalejší orientaci na měření a zvyšování kvality péče.

### ***Přístup k řízení kvality je roztržštěný a nedůsledný***

Model řízení kvality v České republice zaostává vinou nedůsledného přístupu a nevyjasněných cílů. Přestože je česká státní správa vysoce centralizovaná, dochází na úrovni ústředních orgánů k častým změnám směřování – přinejmenším ve vztahu k řízení kvality ve zdravotnictví. Změny na pozici ministra zdravotnictví (které jsou v posledním desetiletí časté) zpravidla doprovází i změny na postech ministerských úředníků, a to až k nejnižším úrovním. To pravděpodobně komplikuje soustavný rozvoj a implementaci nových iniciativ. Má-li Česká republika zavést v oblasti kvality ucelenější a ambicióznější iniciativy, jaké vidíme v některých jiných zemích (například měření výsledků na úrovni nemocnic i lékařů), byla by pravděpodobně prospěšná větší kontinuita politik v tomto směru.

Pokud jde o celkové řízení systému, spoléhá se v současné době ve velké míře na minimální bezpečnostní a kvalitativní standardy, které má zajišťovat povinná akreditace („sumativní“ přístup, který porovnává výsledky poskytovatele v jediném bodě v čase s externími standardy). Neustálé zvyšování kvality prostřednictvím monitoringu, zpětné vazby a motivačních opatření („formativní“ přístup, ve kterém je poskytovatelům služeb předávána průběžná zpětná vazba, jež jim poskytuje informace o tom, jak mohou své výsledky zlepšovat) je dobrovolné. Rizikem současného systému je, že se příliš zaměřuje na minimální požadavky a zahrnuje málo opatření, která by nemocnice motivovala k tomu, aby usilovaly o neustálé zvyšování kvality. Dobrovolná akreditace například obvykle není spojena s jakýmkoli úhradovým zvýhodněním a seznamy akreditovaných poskytovatelů nejsou mezi veřejností příliš známé, a nemají tedy pravděpodobně vliv na to, pro kterou nemocnici se pacient rozhodne.

Bylo by užitečné, kdyby stejný důraz byl kladen na mechanismy, jejichž cílem je zajištění kvality, a na ty, které si kladou za cíl kvalitu zvyšovat. Pak by byl přístup vyvážený a umožnil by maximální využití přínosů jak sumativního, tak i formativního přístupu. V současné době upřednostňované sumativní postupy by bylo možné mnohem lépe zužitkovat – klíčovou roli přitom má větší transparentnost informací. Veřejnost například není příliš obeznámena se seznamy akreditovaných poskytovatelů, takže ty nemohou působit na kvalitu prostřednictvím mechanismu pacientovy volby poskytovatele.

Rovněž je zapotřebí efektivněji řídit formativní postupy. Ministerstvo zdravotnictví má kupříkladu jen málo informací o interních systémech kontroly kvality v nemocnicích. Ačkoli v procentuálním vyjádření počet nemocnic, které uvedly, že mají stanovenou osobu, jež odpovídá za řízení neustálého zvyšování kvality péče a bezpečnosti pacientů, dosahoval 94,7 %, tyto údaje byly získány od pouhých 19 nemocnic. Obdobně jen menší



část nemocnic (okolo 20 %) je zapojena do národního systému hlášení závažných nežádoucích událostí. Dřívější účast České republiky v projektu „Kvalita v nemocnicích v Evropě“ (*Quality in Hospitals in Europe*) (DuQue) by snad mohla prohloubit a rozšířit aktivity v oblasti neustálého zvyšování kvality v tomto sektoru.

### ***Spolupráce mezi zúčastněnými stranami v oblasti kvality zdravotní péče je jen omezená***

V České republice působí několik zainteresovaných stran, které jsou zaměřeny na poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče, v zemi však chybí ucelená struktura řízení, která by iniciativy v oblasti zvyšování kvality konsolidovala a koordinovala. Odpovědnosti jsou rozděleny mezi orgány ústřední správy (primárně Ministerstvo zdravotnictví), místní samosprávu, zdravotní pojišťovny a profesní nebo odborná sdružení. Přestože toto uspořádání přináší některé výhody (kraje a zdravotní pojišťovny dokáží například formulovat politiku, která je uzpůsobená konkrétně pro jejich obyvatele respektive pojištěnce), je zároveň také zdrojem významných nesrovnalostí. Například odpovědnost za registraci poskytovatelů služeb sice spadá do působnosti krajské samosprávy, ta má ale velmi omezené možnosti (i znalosti) k tomu, aby mohla podobu těchto služeb a jejich realizaci ovlivňovat. Krajské samosprávy mají kromě toho omezený přístup k údajům o postupech nebo výsledcích služeb, které registrují. Spolupráci mezi orgány ústřední správy a krajskými samosprávami mohou brzdit také politické spory.

Spolupráci mezi klíčovými zúčastněnými stranami je třeba posílit. Měly by být využívány příležitosti k lepší spolupráci mezi orgány ústřední správy a místní samosprávou (především v oblasti vytváření standardů kvality, monitorovacích rámců a struktur motivačních opatření), mezi krajskými samosprávami a zdravotními pojišťovnami (především v oblasti navrhování způsobů péče o pacienty se smíšenými, komplexními potřebami) a mezi zdravotními pojišťovnami navzájem (především v oblasti hodnocení efektivity a nákladnosti nových i stávajících iniciativ).

### ***Posílení úlohy primární péče a její perspektiva***

V České republice, stejně jako ve většině zemí OECD, hraje primární péče stále významnější roli při zajišťování integrované a koordinované péče, a to především u pacientů s komplexními potřebami. Pokrok v této oblasti však brzdí nedostatek opatření, která by všeobecně praktické lékaře motivovala k aktivní účasti na koordinaci péče o pacienty s komplexními potřebami, a dále nedostatek iniciativ elektronického zdravotnictví, které by umožnily sdílení informací mezi různými poskytovateli péče, kteří se o

pacienta postupně starají. Dalším vysvětlujícím faktorem je absence systému seznamů, ve kterém by všeobecní praktičtí lékaři odpovídali za péči o pacienty uvedené v určitém jmenném seznamu.

Stálo by za úvahu, zda stávající systém úhrad pro české všeobecné praktické lékaře, který je založen především na počtu pacientů, nejlépe zajišťuje potřebnou péči. Žádný jednotlivý systém úhrad není ideální, důležité ale je, aby kombinovaný systém dokázal reagovat na měnící se zdravotní potřeby populace. Stávající systém, kdy jsou pro praktické lékaře zdrojem 70 % příjmů rizikově oceněné kapitační platby, nemusí motivovat k aktivnímu přístupu v péči o pacienty s komplexními potřebami. Dobrým vzorem by mohly být „Programy řízení péče“ (*Disease Management Programmes*) fungující v Německu a dalších zemích. V tomto modelu státní správa a/nebo místní samospráva poskytuje zdravotním pojišťovnám více finančních prostředků pod podmínkou, že pacientům s komplexními zdravotními potřebami zajišťují péči na lepší úrovni. Programy jsou dobrovolné (pro pacienty i poskytovatele). Poté, co se pacient do programu přihlásí, musí být péče poskytována v souladu s podrobnými klinickými postupy, podle individuálního plánu léčení, který sestaví pacient se svým lékařem. Zásadní význam má skutečnost, že každý pacient má svého praktického lékaře, který hraje ústřední roli v koordinaci i poskytování péče.

V České republice má potenciál pro významnější působení v tomto ohledu i nelékařský personál primární zdravotní péče, – to znamená zdravotní sestry a další pracovníci ve zdravotnictví. Existuje mnoho důkazů, které potvrzují výhody výraznější role sester v primární péči při léčbě dlouhodobých stavů, včetně primární i sekundární prevence. Tyto změny by musely být doprovázeny odpovídajícím školením a vytvořením struktur řízení, aby byla zajištěna kvalita služeb poskytovaných zdravotními sestrami a dalšími novými skupinami.

### ***Posílení úlohy pacienta a její perspektiva***

Posilování role pacienta při zajišťování a zvyšování kvality péče je strategickou prioritou ve všech zemích OECD. V mezinárodní studii spokojenosti pacientů s ambulantní péčí, kterou provedla organizace Commonwealth Fund, se Česká republika umístila na velmi dobrém místě. Přibližně 95 % pacientů uvedlo, že jsou se svým lékařem spokojeni, pokud jde o čas, který jim věnuje při návštěvě v ordinaci, snadno srozumitelná vysvětlení i možnost klást otázky nebo vyjádřit své obavy. To je jedno z nejvyšších čísel ze všech zemí OECD. Běžné monitorování spokojenosti pacientů na nižší než celonárodní úrovni, například pro jednotlivé kliniky nebo nemocnice, se však systematicky neprovádí. Ministerstvo sice v současnosti připravuje nový systém měření spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí, účast však bude dobrovolná a systém nepokrývá celý

sektor péče o hospitalizované pacienty. Zde je zapotřebí přísnější přístup, který by vyžadoval, aby všichni poskytovatelé zveřejnili své výsledky a reagovali na zpětnou vazbu od uživatelů svých služeb.

České organizace zastupující pacienty v současnosti plně nevyužívají svůj potenciál, a to pokud jde o zapojení pacientů na úrovni zdravotních služeb, i pokud jde o rozhodování na systémové úrovni. Nízkou úroveň angažovanosti ve vztahu mezi pacienty a lékaři naznačuje i značně nižší procento českých pacientů ve výše uvedené studii *Commonwealth Fund*, kteří uvedli, že se cítili zapojeni do rozhodování o svém léčení (81,8 % v porovnání s průměrem OECD ve výši 86,1 %). To, že pacienti se neprosazují ve větší míře, je částečně způsobeno roztržitostí patientských organizací. V zemi v současnosti působí několik konkurenčních zastřešujících organizací pacientů a u některých z nich není zcela průhledné, kolik pacientů zastupují. Kromě toho se tyto organizace potýkají na jedné straně s nedostatkem finančních prostředků a na druhé straně se složitým právním prostředím v oblasti financování a s napojením na politické strany. Důsledkem je, že jsou často vnímány jako lobbisté hájící nejen zájmy pacientů, ale často také nějaké jiné zainteresované strany. Česká republika by měla zvážit nastavení přísnějších pravidel pro financování patientských organizací a transparentnost jejich vztahů s odvětvovými nebo politickými zájmovými skupinami.

### **Posílení datové infrastruktury**

Objem dat shromažďovaných v rámci celého systému zdravotnictví v České republice je značný, avšak institucionální roztržitost, nedostatečný důraz na analýzu a nedostatek údajů o výsledcích zdravotní péče způsobují, že datová infrastruktura není schopna výrazně přispívat ke zvyšování kvality péče. Češi mají příležitost napřít nové úsilí do klíčových oblastí, například do sjednocení postupů pro shromažďování údajů (včetně širšího využití IT a automatického sběru dat), zpracování strategicky orientovaných zpráv a výstupů nebo hledání cest k většímu propojení dat z různých databází. Pro lepší monitorování kvality by také bylo užitečné shromažďovat větší množství údajů o klinických výsledcích.

#### ***Způsoby shromažďování a využívání dat jsou značně roztržitěné a instituce navzájem málo spolupracují***

V českém zdravotnictví se shromažďuje značné množství dat. Většina z nich je využívána pro účely vyúčtování, a je tedy zaměřena především na objemy péče a zdroje v rámci systému. Klinické údaje, které se shromažďují, se týkají z velké části registrů založených pro účely monitorování určitých onemocnění (například onkologických onemocnění)

nebo zranitelných skupin obyvatelstva (například novorozenců). Obecně řečeno data shromažďují čtyři skupiny – instituce spadající pod Národní zdravotní informační systém (NZIS), zdravotní pojišťovny, úřady jako například místní samosprávy nebo profesní organizace, které jsou podle zákona oprávněny shromažďovat údaje v určité úzce vymezené oblasti, a konečně subjekty, které ke shromažďování údajů mají mizivé nebo žádné oprávnění, jako například registry kvality provozované některými odbornými asociacemi. Pokud vyloučíme posledně jmenované a místní samosprávy budeme považovat za jediný subjekt, je zde nejméně 15 subjektů, které od poskytovatelů a/nebo pracovníků ve zdravotnictví vyžadují data.

Spolupráce mezi těmito subjekty je však omezená. Zčásti je to důsledek modelu s více pojistiteli, ale je to způsobeno také absencí komplexní dlouhodobé strategie pro datovou infrastrukturu. Nedostatečná spolupráce vede k plýtvání a neefektivnosti (například národní Ústav zdravotnických informací a statistiky, Státní institut pro kontrolu léčiv a KSRZIS, koordinační agentura pro registry onemocnění, mají každý své zvláštní procesy a mechanismy shromažďování dat, i když všechny jsou řízeny Ministerstvem zdravotnictví). Brání to také propojování relevantních souborů dat pro účely důkladnějších analýz kvality a výsledků péče. V České republice by například bylo obtížné vytvořit analýzu čekacích dob od doporučení praktického lékaře do návštěvy u specialisty v nemocnici při bolesti v oblasti hrudníku, ať už na celonárodní úrovni, nebo v rozdělení podle jednotlivých krajů.

Odhlédneme-li od toků dat mezi zdravotními pojišťovnami, pacienty a poskytovateli, měla by Česká republika zvážit zřízení jediné organizace odpovědné za shromažďování dat a jejich redistribuci zúčastněným stranám, nebo alespoň omezení stávajícího počtu těchto organizací. Cesta k tomuto cíli bude přirozeně probíhat postupně; především některé specializované databáze, například ty, které spravuje Státní institut pro kontrolu léčiv, budou pravděpodobně i nadále muset po nějakou dobu zůstat oddělené. Ukázkou výsledků v této oblasti může být uspořádání ve Finsku. Tam je již dlouho zaveden Národní institut pro zdraví a sociální zabezpečení (*THL*) jako jediná instituce, která odpovídá za shromažďování, analýzu a šíření rozsáhlé škály statistik z oblasti zdravotnictví a sociálního zabezpečení. Dokáže kupříkladu zpracovat přehledy úmrtnosti pacientů po určité léčebné epizodě v odstupu 7, 30, 90 a 365 dnů. V Dánsku byla po nedávných reformách konsolidována úloha *Statens Serum Institut (SSI)* jakožto střediska pro datové toky, přičemž konkrétním cílem bylo umožnit rozsáhlejší propojení údajů.

Podstatné je, aby Česká republika formulovala a přijala dlouhodobou strategii pro vytvoření lepší datové infrastruktury ve zdravotnictví. Měla by být vytvořena za účasti hlavních politických stran a zároveň také zástupců pacientů, zdravotních pojišťoven, poskytovatelů i dalších zainteresovaných stran. Z hlediska obsahu by se strategie měla zaměřit na hlavní problémy, jako je sjednocení a koordinace shromažďování údajů (včetně rozsáhlejšího využití informačních technologií a automatizovaného sběru dat), vytváření strategicky zaměřených zpráv, zkoumání možností, jak lépe propojit data z různých databází, a shromažďování většího množství údajů o klinických výsledcích, které by byly základem pro lepší monitorování kvality. Mnohostranný konsenzus ohledně strategie by měl ochránit budoucí vývoj infrastruktury před přílišným vlivem politických cyklů a přinést dlouhodobé výsledky v oblasti monitorování a zvyšování kvality.

***Údaje ze zdravotnictví jsou málokdy zpracovány do podoby zpráv nebo informací, které by odborníci nebo tvůrci strategií mohli využít ke zvyšování kvality***

Ačkoli množství shromažďovaných dat je značné, není jasné, v jakém rozsahu jsou tato data zpracovávána do podoby použitelných zpráv nebo informací, z nichž lze vycházet při strategickém rozhodování – především na úrovni služeb a na místní úrovni. Nejběžnější typ výstupu národního Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) se například zaměřuje na popisné statistiky vstupů zdravotních služeb (například počtů zaměstnanců) a některé základní epidemiologické informace týkající se rozšíření určitých onemocnění. Obdobně jsou i údaje shromažďované v registrech pro konkrétní onemocnění nebo kraje jen ve velmi omezeném rozsahu využívány jako zpětná vazba (například o dodržování doporučených klinických postupů). K absenci analýz, které by byly více relevantní pro strategické rozhodování a zaměřené na kvalitu, přispívají částečně omezené interní analytické kapacity většiny organizací, které se shromažďování dat věnují. Vzhledem k tomu, že manažeři, lékaři i pacienti jen zřídka vidí užitečné výstupy z dat, která poskytují, nevnímají předávání údajů jako prioritu – což dále oslabuje kvalitu shromažďovaných dat. Audity nebo vymáhání předávaných údajů se příliš neuplatňují (kromě případů, kdy se tak děje pro účely vyúčtování).

Pro Českou republiku by byly přínosem komplexnější a strategicky orientované analýzy shromažďovaných údajů. Jedině relevantními výstupy lze tvůrce politik zdravotní péče i veřejnost přesvědčit o tom, že by se měli zaměřit na zlepšení stávající datové infrastruktury. České úřady by proto měly zvážit buď možnost většího tlaku na organizace, které údaje shromažďují, jako například ÚZIS, aby zpracovávaly podrobnější analýzy, nebo podstatné rozšíření spolupráce s akademickými institucemi a dalšími

zainteresovanými stranami, které mají lepší analytické možnosti. Zdravotní pojišťovny, které nyní řada zainteresovaných stran vnímá jako pouhé přerozdělovací agentury, by se rovněž měly prosazovat jako organizace se silnými analytickými schopnostmi, které budou schopné podpořit pacienty ve vyžadování neustálého zvyšování kvality.

***Otevřenější kultura v oblasti sdílení, využívání a analyzování dat by mohla být pro kvalitu přínosem, pokud budou zavedena odpovídající bezpečnostní opatření***

Otevřenost datové infrastruktury v českém zdravotnictví je relativně nízká – jen zřídka například se státními institucemi spolupracují v oblasti analýzy dat akademické instituce a pacienti mají jen velmi omezený přístup k informacím o výsledcích místních poskytovatelů. To je v rozporu se zásadami otevřené veřejné správy a zapojení občanů, které stále více pronikají do systémů správy a řízení v celé OECD. České úřady by v rámci dlouhodobé strategie měly navrhnout proces postupného zpřístupňování dat příslušným zainteresovaným stranám i veřejnosti.

Jednou z hlavních cest, kterou by bylo třeba se zabývat, je transparentní celonárodní srovnání, nebo benchmarking, výsledků jednotlivých poskytovatelů. Ponecháme-li stranou absenci institucionální či politické vůle, z technického hlediska českým nemocnicím nic nebrání ve vzájemném srovnávání, alespoň v některých základních výkonnostních ukazatelích. České ústřední orgány by měly kroky tímto směrem podporovat, je nicméně důležité poznamenat, že vzájemné srovnávání by vždy mělo být doprovázeno dostatkem do kontextu zasazených informací, které umožní nestrannou interpretaci relativních výsledků i obezřetné hodnocení robustnosti dat a validity příslušných zdrojů dat. Je totiž známo, že kvalita dat, která dodají poskytovatelé, může být velmi rozdílná.

Prostor pro další vývoj je i v oblasti spolupráce s akademickými institucemi nebo subjekty ze soukromého sektoru při využívání dat pro účely výzkumu. K tomu, aby bylo možné vyhovět jednotlivých žádostem o sdílení údajů, je zapotřebí spolehlivých procesů; postup by však měl být transparentní a svou složitostí by neměl odrazovat od potenciálně prospěšné spolupráce. Ve značném počtu zemí OECD již fungují mechanismy pro sdílení anonymizovaných veřejných dat s partnery v oblasti výzkumu. Poučnou analogii nabízí situace v Belgii. Tam na základě zákona sedm zdravotních pojišťoven uzavřelo partnerství za účelem vybudování stálé databáze primární zdravotní péče a údajů o nemocnicích a předepsaných léčivech. Chtějí tak sledovat vzorce léčebných postupů a náklady u pacientů s chronickými onemocněními.

***Elektronické zdravotní záznamy stále nejsou využívány univerzálně a budoucí vývoj se zdá nejistý***

Využití elektronických zdravotních záznamů je v českých nemocnicích poměrně rozšířené. Z praktických lékařů vykazují využívání elektronických zdravotních záznamů asi tři čtvrtiny, značná část z nich ale stále spoléhá na papírové záznamy. I tam, kde se elektronické zdravotní záznamy používají, je však nevyvinutý systém předávání mezi poskytovateli péče a/nebo zdravotními pojišťovnami i možnosti přístupu pro pacienty. Stejně jako v jiných zemích OECD spočívá příčina ve skutečnosti, že různé zdravotní pojišťovny i poskytovatelé zdravotní péče vyvinuli odlišné technologie, které nejsou vždy kompatibilní.

Za nejistou budoucností širšího využití informačních technologií ve zdravotnictví stojí neúspěch velkého projektu elektronických zdravotních knížek (IZIP), které se snažila prosadit největší zdravotní pojišťovna v České republice VZP. Následkem negativní reakce médií (zaměřila se na obavy o bezpečnost dat) je však přijalo jen několik tisíc osob. Ústřední vláda se pokouší vytvořit střednědobou strategii pro vybudování infrastruktury, která by sdílení klinických záznamů umožňovala. Její budoucnost je však i nadále nejasná vzhledem k nejistému financování. Menší zdravotní pojišťovny (např. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda) nicméně nadále v této oblasti inovují a mají své vlastní fungující projekty, které umožňují například online kontrolu předepisovaných léků a jejich možných interakcí. České úřady by měly podporovat pokračující inovace v této oblasti a rozšíření úspěšných iniciativ. Příkladem může být třeba Estonsko, které má systém elektronických zdravotních záznamů velmi rozvinutý. Ordinance primární péče, specializovaných lékařů i nemocnice tam mohou společně posílat a přijímat odtud laboratorní testy a výsledky zobrazovacích metod, vidí elektronické seznamy předepsaných léčiv a mohou je aktualizovat, vidí i záznamy o hospitalizacích a pohotovostních ošetřeních.

***Bylo by možné rozšířit propojení mezi zdravotními údaji a dalšími databázemi veřejné správy tak, jak tomu je v mnoha jiných zemích OECD***

Propojení záznamů o péči, kterou jednotlivec potřebuje nebo které se mu dostalo, v rámci primární a sekundární péče nebo v rámci zdravotní a sociální péče je důležité pro získání komplexního a individualizovaného obrazu o kvalitě péče. V České republice má každý občan jedinečné identifikační číslo, tzv. rodné číslo. Většina zdravotních záznamů obsahuje buď toto číslo nebo číslo pojištěnce, které k němu lze snadno přiřadit. Z technického hlediska tedy možnost propojení dat existuje. Stejně jako v řadě jiných zemí však návrhy širšího sdílení dat vyvolaly obavy o ochranu soukromí a ze zneužití citlivých

dat. V posledních letech maří v České republice iniciativy zaměřené na propojení dat nebo na shromažďování komplexnějších údajů rozhodnutí Ústavního soudu. V případě léčiv bylo například SÚKL zakázáno vést databázi s identifikačními čísly jednotlivých pacientů.

V porovnání s jinými členskými státy OECD je však Česká republika v ranější fázi řešení těchto otázek. Další vývoj národní datové infrastruktury brzdí především absence vnitrostátní legislativy nebo směrnic pro sdílení, anonymizaci a ochranu zdravotních údajů. Prvním krokem by pro Českou republiku mělo být vytvoření dohodnutého legislativního rámce, který by zajistil bezpečné využívání těchto dat. Jako vodítko jsou zde k dispozici rozsáhlé zkušenosti z dalších členských států OECD. Vedle výše uvedeného belgického příkladu si spolehlivý mechanismus umožňující využití zdravotních údajů pro strategické rozhodování vytvořila také Kanada. Kanadský Institut pro zdravotní informace uděluje souhlas pro všechny projekty, které zahrnují propojení záznamů o pacientech z různých databází, přičemž před udělením souhlasu přihlíží k hodnotě projektu, k omezením pro přístup k propojeným údajům, k období uchování propojených údajů a k zabezpečení důvěrného nakládání s daty v jakýchkoli zveřejněných výsledcích. Aby se odstranily obavy ze zneužití, bude v České republice nezbytné zapojit patientské organizace a skupiny odpovědné za sledování ochrany soukromí (především Úřad pro ochranu osobních údajů).

Zřízení jediné organizace, která by odpovídala za shromažďování údajů, nebo alespoň snížení jejich stávajícího počtu, jak je doporučeno výše, by mělo umožnit jednodušší a bezpečnější sdílení dat mezi určitými skupinami. Vycházet by se mělo z dřívějších iniciativ usilujících o efektivnější spolupráci mezi jednotlivými institucemi. Příkladem může být Národní referenční centrum pro zdravotní pojišťovny a nemocnice (NRC). Ačkoli bylo původně založeno, aby zajišťovalo koordinaci mezi pojistiteli a poskytovateli, kompetence a odpovědnosti NRC v oblasti usnadňování sdílení dat zůstávají nevyjasněné. Posílení postavení NRC, případně přenesení odpovědnosti za sdílení dat na již zavedenou státní organizaci, například ÚZIS, by mělo umožnit rychlejší vývoj.

### ***Pro účely tvorby strategií a hodnocení kvality by mělo být shromažďováno více údajů o výsledcích***

Pro některá onemocnění, například onkologická, obsahují národní registry značné objemy diagnostických, léčebných i výsledkových dat, která lze využít pro měření kvality péče. Český Národní onkologický registr dokonce patří mezi nejobsáhlejší a nejdéle vedené na světě. Česká republika by však mohla být mnohem aktivnější na poli shromažďování klinických údajů pro širší skupiny pacientů.



V minulosti zavedení registrů pacientů na bázi dobrovolného hlášení prosazovaly obvykle české lékařské společnosti. Na podporu monitorování kvality v celém systému a jejího zvyšování jsou zapotřebí nové iniciativy, které by rozšířily pokrytí těchto registrů: a to jak pokud jde o počet diagnostických skupin, které mají své registry, tak pokud jde o úplnost registrace pacientů v jednotlivých registrech. Tyto registry by se měly stát povinnými. Bez takového povinného shromažďování údajů neexistuje pro poskytovatele se špatnými výsledky žádná motivace k tomu, aby údaje hlásili. České ústřední orgány by proto měly převzít registry s poměrně zavedenými datovými strukturami, které jsou nyní dobrovolné (a změnit je na povinné), a motivovat lékařské asociace a akademické instituce k vytváření nových registrů pro onemocnění, u nichž se kontrola kvality vycházející z databází zdá proveditelná a cenově efektivní.

Významné je, že Ústavní soud žádá, aby bylo pro každý typ shromažďovaných údajů předloženo konkrétní odůvodnění. S ohledem na poměrně vzácné analytické výstupy tento požadavek ještě zdůrazňuje potřebu většího zaměření na využití dat a vypracování zpráv, které jsou relevantní pro tvorbu politik.

### **Lepší kvalita v oblasti screeningu a preventivní zdravotní péče**

Česká republika patří v rámci OECD mezi země s nejvyšší úmrtností v důsledku ischemické choroby srdeční i cévních mozkových příhod. U ischemické choroby srdeční se úmrtnost pohybuje okolo 260,4 na 100.000 obyvatel (více než dvojnásobek oproti průměru OECD s hodnotou 115,2), u cévních mozkových příhod je to 106,5 na 100.000 obyvatel (v porovnání s průměrem OECD 69,1). Přestože se hodnoty České republiky pohybují ve stejné oblasti jako u ostatních zemí střední a východní Evropy a za poslední léta se značně snížily, je jasné, že v prevenci a léčbě těchto onemocnění stále existují velké rezervy.

Česká republika sice zavedla řadu preventivních zdravotních programů a dosáhla značných pokroků ve snižování úmrtnosti v důsledku rakoviny a kardiovaskulárních onemocnění, v oblasti zvyšování kvality preventivní péče však přesto stále zbývá hodně práce. Prioritou je vybudování informační infrastruktury pro preventivní zdravotní péči. Zároveň nízká účast v programech, které úmrtnost prokazatelně snižují – například onkologické screeniny – poukazuje na potřebu zvýšit dostupnost i motivaci k aktivnějšímu zapojení do preventivní zdravotní péče, a to jak u lékařů, tak u široké veřejnosti.

***V posledních deseti letech byly zavedeny národní programy screeningu rakoviny prsu, děložního hrdla a konečníku a tlustého střeva, výsledky v oblasti incidence jsou smíšené***

Stejně jako většina zemí OECD zavedla Česká republika v celonárodním měřítku řadu programů screeningu onkologických onemocnění: mamografický screening byl zahájen v roce 2002, cervikální screening v roce 2008 a kolorektální v roce 2009. Společné pro všechny výše zmíněné screeningové programy je to, že se jedná o screening oportunní – to znamená, že i když jsou celonárodní, neexistoval žádný celopopulační systém, podle kterého by byli jednotlivci z cílové skupiny k screeningovým vyšetřením zváni. Od ledna 2014 byl spuštěn nový program, v němž jsou za pomoci údajů z databází pojišťoven osobám, které se nikdy onkologického screeningu nezúčastnily, rozesílány informace o screeningových testech, které mohou využít.

Onkologický screening se provádí v širším rámci sítě center komplexní onkologické péče, národního onkologického programu a kritérií pro zajištění kvality screeningových center. Pozoruhodným prvkem širšího systému zajišťování kvality v oblasti léčby onkologických onemocnění je český Národní onkologický registr (NOR). Byl založen v roce 1977 a funguje na celonárodní úrovni na principu povinného hlášení. Obsahuje informace o typu nádoru, způsobech léčby a klinických výsledcích u více než 1,7 milionu zhoubných nádorů.

Programu screeningu rakoviny děložního hrdla se účastní o něco více než polovina (51,5 %) českých žen. Toto číslo se sice příliš neliší od průměru OECD (59,8 %) a vykazuje značné zlepšení v průběhu posledního desetiletí, stále však významně zaostává za mnoha jinými zeměmi. Incidence rakoviny děložního hrdla se za posledních 20 let stabilně pohybuje okolo 19-22 / 100.000 žen (což odpovídá přibližně 1.000 nových případů karcinomů ročně). To vede výzkumníky k závěru, že oportunní cervikální screening přináší na úrovni populace jen málo výhod. Naproti tomu podíl případů rakoviny prsu, které byly diagnostikovány v ranější fázi (fáze 1) se zvýšil z přibližně 15 % v 80. letech 20. století na dnešních zhruba 40 %, což naznačuje zlepšení péče, a incidence kolorektálních onkologických onemocnění se stabilizovala nebo mírně snížila.

***Všem dospělým je nabízena komplexní zdravotní prohlídka jednou za dva roky, bez ohledu na osobní rizikový profil***

Vyhláška stanoví, že všichni pojistitelé musí nabízet všem pojištěncům lékařskou prohlídku každé dva roky a kontrolu u zubního lékaře každých šest měsíců. Kromě zjištění osobní zdravotní, společenské a pracovní anamnézy se lékařská prohlídka skládá z fyzikálního vyšetření, rozboru

moči a zjištění obsahu cukru v krvi a hladiny cholesterolu. Elektrokardiogram se provádí u pacientů nad 40 let jednou za čtyři roky. Tuto komplexní lékařskou prohlídku obvykle provádí praktický lékař.

V současnosti nicméně neexistuje žádný dohled nad kvalitou těchto lékařských prohlídek a dosud nebyla provedena analýza efektivity vynaložených nákladů a přínosů nabídky tohoto komplexního, univerzálního screeningového vyšetření. Ze syntézy mezinárodních podkladů vyplývá, že cenová efektivita necíleného screeningu, jako je ten, který se nabízí v České republice, je pravděpodobně nízká. Evropské pokyny pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění navíc univerzální screening nepodporují. Doporučují, aby riziko bylo posuzováno na základě věku, pohlaví, kuřáctví, hodnot krevního tlaku a celkové hladiny cholesterolu. Některé prvky nabízené v českém programu, jako například elektrokardiogram, jsou tedy podle nich nadbytečné.

### ***Snahy o primární prevenci selhávají – zejména u dětí***

Mimořádně znepokojivou skutečností je významný nárůst výskytu nejvýznamnějších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění v České republice za posledních 20 let. Spotřeba alkoholu se zvýšila o dva litry na osobu za rok (v porovnání s průměrným snížením o čtyři litry v celé OECD) dále se za posledních deset let o 50 % zvýšil výskyt obezity, přičemž tato hodnota představuje jeden z nejstrmějších nárůstů v celé OECD.

K nejvyšším hodnotám v OECD patří také počty dětí v České republice, které uvedly, že kouří nejméně jednou týdně – u dívek je to 28 %, u chlapců 22 %. Vykazován je také vysoký výskyt opilosti, přičemž čísla jsou vyšší u chlapců než u dívek, stejně jako ve většině ostatních zemí OECD. Jak kouření, tak pití alkoholu se mezi českou mládeží rozšiřuje – to je rozhodně znepokojivé. Podobný obraz zhoršujícího se zdraví u dětí vidíme i ve vztahu k obezitě. Počet 15letých dětí, které u sebe podle vlastního hodnocení pozorují nadváhu nebo obezitu, se za posledních deset let v České republice zvýšil z 9 % na 15 %, což je opět nárůst patřící v OECD mezi ty nejvyšší.

Výskyt obezity, kouření a škodlivé spotřeby alkoholu ovlivňuje komplexní soubor faktorů – mnohé z nich zdravotnictví nemůže ovlivnit. Tyto zhoršující se statistiky veřejného zdraví je však třeba považovat za doklad toho, že programy primární prevence víceméně selhávají. Česká republika má celonárodní strategie pro výživu, podporu sportu a fyzické aktivity i prevence a léčby obezity. Mezi obzvláště ambiciózní strategické iniciativy z jiných zemí OECD patří maďarské zdanění nezdravých potravin, jihokorejský program změny složení potravin obsahujících trans tuky nebo program EPODE ve Francii, Belgii a Španělsku. Tento program, částečně

financovaný průmyslem, je zaměřen na prevenci obezity u dětí a je do něj zapojena řada subjektů v rámci jednotlivých místních komunit.

***Je zapotřebí věnovat další úsilí většímu rozšíření využití onkologického screeningu***

V současnosti stojí za účastí na onkologickém screeningovém programu především praktičtí lékaři, kteří lidem připomínají, aby se na vyšetření v daný čas dostavili. To je, jak jsme již uvedli výše, spojeno s poměrně malou účastí. Ačkoli součástí nové iniciativy budou dopisy, které budou pacienty, jež se v poslední době onkologického screeningového vyšetření nezúčastnili, o dostupných screeningových testech informovat, stále zde chybí celonárodní celopopulační systém, který by pravidelně všem českým občanům rozesílal individuální pozvánky podle věku, pohlaví a screeningové historie.

Vedle nové iniciativy, jejíž součástí budou dopisy těm, kteří se screeningu nikdy nezúčastnili, mohou svou roli sehrát i motivační opatření na straně nabídky. Institut biostatistiky a analýz při Masarykově univerzitě poskytuje mamografickým centrům pravidelné zprávy o četnosti detekce, stádiích v době diagnózy apod., které jim umožňují monitorovat a zlepšovat efektivitu screeningu. Tento model je dobrým základem pro rozšíření zpětné vazby pro poskytovatele i na ostatní screeningové programy. Nezbytností bude možnost stanovení srovnávacích ukazatelů a vzájemné porovnání výsledků na místní úrovni.

Zvláštní pozornost by měla být věnována zvyšování účasti ve screeningových programech v sociálně znevýhodněných skupinách (tedy u lidí s handicapem nebo u lidí ze skupin s nižšími příjmy, s nižším stupněm vzdělání nebo z etnických či jazykových menšin). Nejpřínosnější by pravděpodobně byly programy individuální nebo skupinové osvěty a zpočátku by se mohly soustředit na geograficky identifikované vysoce rizikové oblasti. Význam mohou mít také časově omezená cílená finanční motivační opatření.

***Jestliže nelze prokázat uspokojivý poměr nákladů a výsledků u dvouletých preventivních prohlídek, měly by být prostředky reinvestovány do efektivnějších způsobů prevence***

V českém kontextu by měla být nezávisle posouzena cenová efektivita dvouletých celopopulačních screeningů tlaku krve, cholesterolu a dalších kardiovaskulárních rizikových faktorů. Pokud se při posouzení prokáže, že tyto peníze nejsou vynakládány efektivně, mělo by se uvažovat o ukončení programu nebo jeho užším zacílení a reinvestování případných úspor do jiných, efektivnějších způsobů primární prevence. V českém kontextu jsou

významné zejména nové iniciativy zaměřené na snižování prevalence kouření, nadváhy a škodlivé konzumace alkoholu a iniciativy zaměřené v raném věku na děti, adolescenty a rodiny.

Pozornost je třeba začít znovu věnovat také sekundární prevenci. Existují sice pokyny pro sekundární prevenci kardiovaskulárních rizik, o jejich dodržování se ale nic neví. Vzhledem k vysoké úmrtnosti v důsledku kardiovaskulárních onemocnění a vysoké četnosti hospitalizací s diabetem v porovnání s ostatními zeměmi OECD je téměř jisté, že zde existuje značný prostor pro další zlepšení. Je třeba dále navázat na působivé snížení úmrtnosti v České republice, kterého se podařilo dosáhnout v posledních deseti letech.

V České republice chybí organizace, která by se zabývala hodnocením zdravotnických technologií (*health technology assessment – HTA*), a je zde tedy relativně málo zkušeností a zavedených postupů pro uskutečnění takového posouzení cenové efektivity. Provedením takového hodnocení by tedy pravděpodobně musela být pověřena univerzita nebo soukromý subjekt. Absence národního institutu pro hodnocení zdravotnických technologií je však v ostrém kontrastu k většině ostatních zemí OECD, a je zapotřebí znovu se zabývat možností jeho založení, zejména vzhledem k aktuálním finančním omezením.

### ***Zdravotní pojišťovny v České republice by měly spolupracovat na efektivnějším zajištění preventivní péče, především vybudováním datové infrastruktury***

V současné době není v České republice dostatek informací o kvalitě preventivní péče. Například v oblasti sekundární prevence jsou dokumentovány pouze činnosti ve zdravotní péči (pro účely úhrad), aniž by byly systematicky monitorovány výsledky. Sedm zdravotních pojišťoven by mělo sehrát zásadní úlohu při zlepšování datové infrastruktury, neboť právě ony mají u jednotlivých pacientů nejpodrobnější údaje o diagnózách, zdravotních potřebách i léčebných epizodách. V předchozích letech poskytovaly některé pojišťovny lékařům zpětnou vazbu ohledně dodržování pokynů v oblasti léčby diabetu. Podle neověřených údajů byla tato zpětná vazba účinná při zvyšování kvality péče, byla však přerušena kvůli nedostatku financí. Měly by být nalezeny prostředky na obnovení tohoto programu ve všech pojišťovnách a pro širší soubor chronických onemocnění.

Je zde také prostor pro zlepšení datové infrastruktury v oblasti léčby onkologických onemocnění. Ačkoli NOR zveřejňuje užitečné epidemiologické údaje, včetně určitého hodnocení vlivu screeningu v podobě monitorování klinických stádií, ve kterých je rakovina

diagnostikována, bylo by možné dosáhnout mnohem obsáhlejšího vyhodnocení screeningových programů, kdyby data ze screeningu byla propojena s daty o klinických výsledcích, která má NOR k dispozici. Bylo by například možné vypočítat poměr mezi počtem zjištěných případů rakoviny u pacientů, kteří v nedávné době screening absolvovali, a u těch, kteří screeningem nikdy neprošli.

V zájmu pojišťoven je také investovat do posouzení nákladové efektivity celkových preventivních prohlídek a obecněji podporovat formálnější rozvoj hodnocení zdravotnických technologií v České republice, a to na celonárodní úrovni. Pojišťovny by v tomto ohledu měly postupovat společně a společně by se také měly podílet na financování, aby se zamezilo zdvojování posuzování nákladové efektivity a přetěžování finančních zdrojů menších pojišťoven. Pojišťovny by se měly ujmout vůdčí role při navrhování i realizaci programů na podporu zdraví s cílem snižovat prevalenci rizikových faktorů, jako je kouření, obezita a alkoholismus u dospělých i dětí. Mezi finančně úsporné modely realizace patří individuální poradenství s využitím rozmanitých typů školeného personálu (spíše než výhradně lékařů), přičemž by zvláštní pozornost měla být věnována znevýhodněným skupinám.

### **Zlepšení péče o pacienty s diabetem a metabolickým syndromem**

Vzhledem ke zvyšující se prevalenci diabetu, složitého a nákladného onemocnění, musí Česká republika usilovat o posílení péče ve všech stádiích: prevence, včasná detekce a léčba. Bude zapotřebí provést určité změny v organizaci péče: v léčbě diabetu by měli hrát větší roli praktičtí lékaři; prioritou by měla být dobře koordinovaná péče zaměřená na pacienta; a měla by být podporována osvěta pacientů a selfmonitoring.

#### ***Zvyšující se prevalence diabetu a jeho rizikových faktorů jsou důvodem k obavám***

V České republice, stejně jako v mnoha dalších zemích OECD, je diabetes jednou z hlavních příčin nemocnosti, navíc se značným množstvím komorbidit a nezanedbatelnými náklady. Prevalence diabetu (1. a 2. typu) je podle odhadů 8 %, tedy vyšší než průměr OECD s hodnotou 6,9 % (2013). Zatížení cukrovkou se zvyšuje zároveň se stoupajícím rozšířením obezity, stárnoucí populací a změnami životního stylu.

Prevalence rizikových faktorů, které zvyšují riziko diabetu 2. typu, je znepokojivá. Výskyt obezity se zvýšil ze 14 % v roce 2000 na 21 % v roce 2011 a je nyní vyšší než průměr OECD (17,2 %). V celonárodním průzkumu zdraví se zjistilo, že téměř 50 % mužů a 40 % žen má vysoký krevní tlak, a

průměrná hodnota celkového cholesterolu byla u obou pohlaví vyšší než 5 mmol/l, což je hodnota, která indikuje zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění. Kromě toho v České republice kouří téměř každý čtvrtý člověk, v porovnání s každým pátým v průměru OECD. Obzvláště znepokojivá je skutečnost, že Česká republika je jedinou zemí, která vykázala vzrůstající podíl kuřáků.

Vzhledem k těmto tendencím by v České republice mělo být zvýšeno úsilí v oblasti prevence rizikových faktorů cukrovky. V současnosti se Česká republika spoléhá především na zdravotní osvětu a propagační postupy a několik velmi omezených programů zdravotních pojišťoven, u kterých nebylo provedeno vyhodnocení. Pravděpodobně by bylo vhodné využívat širší škálu efektivních postupů, včetně zapojení dalších zainteresovaných stran – především zdravotních pojišťoven, zaměstnavatelů a patientských organizací – s cílem maximalizovat potenciální přínosy, kterých lze dosáhnout za pomoci účinných preventivních opatření.

***Jsou zde určité známky zvyšování kvality diabetické péče, přestože výskyt komplikací zůstává i nadále vysoký***

Celková mortalita diabetických pacientů se v posledních deseti letech stabilně snižuje, stejně jako relativní prevalence makrovaskulárních komplikací – v obou případech jde o vítané známky zlepšení péče. Prevalence chronických onemocnění srdce u pacientů s diabetem 2. typu se například snížila z více než 40 % v roce 2001 na méně než 30 % v roce 2008. U dalších komplikací však situace již tak příznivá není. Například výskyt diabetické retinopatie se, jak se zdá, zvyšuje. V roce 2009 bylo v České republice evidováno celkem 90.586 diabetických pacientů s diabetickou retinopatií (11,7 %); přibližně u poloviny diabetických pacientů se kromě toho vyskytuje určitý stupeň poruchy ledvin. Tato čísla sice mohou odrážet spíše lepší detekci než skutečný nárůst výskytu komplikací, přesto je však toto vysoké procento komplikací znepokojivé.

Pro prevenci komplikací je klíčová efektivní léčba diabetu. Pravidelné kontroly, především sledování hladin glykovaného hemoglobinu (HbA1c) a rovněž cholesterolu v krvi a krevního tlaku, mohou naznačit, zda existuje zvýšené riziko komplikací a zda je zapotřebí léčbu zintenzivnit. Podle českých doporučených klinických postupů by měly být hladiny HbA1c sledovány alespoň jednou ročně, v roce 2006 však byly u českých pacientů v průměru měřeny pouze 0,8krát ročně, přičemž více než 50 % pacientů screeningem neprošlo vůbec. Z těch pacientů s diabetem 2. typu, kteří se screeningu účastní, jsou uspokojivé hodnoty HbA1c, cholesterolu v krvi a krevního tlaku naměřeny u pouhých 5 %. Nedostatečný monitoring a kontrola mohou vést k akutnímu zhoršení stavu, které může vyústit i

v hospitalizaci. To může zčásti vysvětlovat, proč je četnost hospitalizací u diabetiků v České republice vyšší (221,0 hospitalizací na 100.000 obyvatel) než průměr OECD (164,4).

***Zdokonalení datové infrastruktury, ze které péče o pacienty s diabetem vychází, je prioritou***

Datová infrastruktura, z níž péče o diabetiky vychází, je slabá a brzdí kontinuální zlepšování kvality. Diabetologové mají v současné době povinnost odevzdávat pojišťovnám základní roční přehledy, které zahrnují údaje o počtu pacientů s cukrovkou, naordinované léčbě a počtu mikrovaskulárních komplikací. Ukazatele kvality nejsou u diabetu dobře vypracované a jejich měření se neprovádí systematicky, přičemž různé pojišťovny uplatňují různé přístupy. V České republice existují registry pro diabetes 1. typu a gestační diabetes (založené pouze na dobrovolných hlášeních), v současné době ale neexistuje registr pro diabetes 2. typu – tedy pro nejrozšířenější formu diabetu. Absence registru znamená, že nelze sledovat vzorce a výsledky péče o diabetiky na souhrnné úrovni a že ani léčbu jednotlivých pacientů není možné podrobit vzájemnému srovnání. Jednotliví lékaři, nemocnice nebo pojišťovny si mohou vést dílčí registry, vzhledem k rozdílům v datové infrastruktuře, ale není možné provést porovnání kvality péče s referenčními hodnotami z jiných nemocnic ani propojit data z ambulantních a specializovaných pracovišť.

Obsáhlejší datová infrastruktura pro diabetickou péči by pacientům, lékařům i pojišťovnám pomohla identifikovat nedostatky nebo rizika v kvalitě péče. Prioritou by mělo být zahájení prací na národním registru pacientů s diabetem 2. typu, měření kvality a výsledků péče. V zemích, kde jsou zavedeny a v celonárodním měřítku shromažďovány ukazatele kvality, lze tyto informace využít k identifikaci nedostatků v kvalitě péče celostátně, a potenciálně i na místní úrovni nebo na úrovni nemocnic či jednotlivých lékařů. Další prioritou je maximální využití všech existujících dat. Data by měla být systematicky poskytována zpět lékařům, nemocnicím a pojišťovnám a mělo by být podporováno jejich využití k identifikaci rizikových oblastí či nedostatků. Česká republika by rovněž měla usilovat o větší zapojení do mezinárodních programů benchmarkingu, které pro ni mohou být příležitostí učit se ze zkušeností, úspěchů i neúspěchů jiných zemí a možností lépe porovnat standardy péče se standardy ve srovnatelných zemích.



***Měla by být posílena a lépe motivována role primární péče v léčbě diabetu, především v oblasti prevence***

Značnou část pacientů s diabetem mají v České republice ve své péči specialisté v nemocnicích, přičemž lékaři primární péče často hrají méně významnou roli. V průběhu léčení jsou například pacienti s diabetem často odesláni ke specialistovi v ranější fázi, než by bylo obvyklé v mnoha jiných zemích OECD. Současné mechanismy úhrad primární péče, založené převážně na kapitačních platbách, navíc pravděpodobně působí jako demotivující faktor při rozhodování praktických lékařů o tom, zda se mají věnovat léčbě chronických onemocnění nebo složitějších případů. Model léčby s dominantní nemocniční péčí kontrastuje s modelem, který byl zdůrazněn na nedávném Evropském diabetickém fóru (*European Diabetes Leadership Forum*) a který doporučuje koordinovaný celoživotní přístup zakotvený v primární péči. Výše uvedené vysoké procento hospitalizací může poukazovat na špatný způsob řízení léčby na úrovni primární péče a naznačuje, že je zapotřebí kvalitu primární péče zvyšovat.

V České republice existuje prostor pro výraznější roli praktických lékařů v léčbě diabetu a pro lepší koordinaci spolupráce se specialisty při léčbě složitých případů. Větší zapojení praktických lékařů bude nejučinnější, pokud se zároveň zlepší koordinace péče na různých úrovních a bude kladen důraz na integrovaný přístup zaměřený na pacienta. „Programy řízení péče“ (*Disease Management Programmes*) v některých zemích OECD, například v Německu nebo v Nizozemsku, velmi rozšířené a doprovázené přiměřenými doklady o snížení nákladů a lepší kvalitě péče, nejsou v České republice běžně nabízeny. Jeden z mála pokusů o podporu lepší koordinace se objevil u pojišťovny Škoda. Tato pojišťovna pokrývá malou skupinu 125.000 osob soustředěnou v jednom regionu a aktivně spolupracuje s praktickými lékaři. Podporuje výměnu informací týkajících se chronických onemocnění, včetně diabetu, a podporuje vzdělávání, spolupráci a dialog ve všech oblastech postupu péče o pacienta. Jak se ukázalo v jiných zemích OECD, mohou být obdobné koordinované přístupy k řízení péče ve větším měřítku úspěšné a k jejich zavádění by měly přistoupit i další pojišťovny.

***Je zapotřebí zkvalitnit osvětu pacientů a postupy selfmonitoringu***

Součástí reakce na vzrůstající zatížení léčbou diabetu v České republice by mělo být rozšíření samostatné kontroly - selfmonitoringu pacientů a je zapotřebí podpořit pacienty, aby tuto zodpovědnost převzali. Diabetes patří mezi civilizační onemocnění, což znamená, že pacienti s cukrovkou by se měli svému onemocnění řádně věnovat formou každodenních rozhodnutí týkajících se stravování, aktivity a podávání léků. Důležité jsou obvykle i dovednosti v oblasti selfmonitoringu, například sledování hladiny glukózy,

vyšetření nohou a podávání předepsaných léků, zdá se ale, že v České republice nejsou příliš zavedené. Praktičtí lékaři a specializované zdravotnické služby by měly pacienty podporovat v tom, aby přijali aktivnější roli ve zvládnutí svého onemocnění. V každé jednotlivé fázi léčby by měla probíhat patřičná osvěta pacientů, především ve fázi diagnózy a v prvních měsících po ní. Pokud jsou pacientům při návštěvách diabetických center nabízeny vzdělávací semináře, což se děje často, bylo by možná vhodné, kdyby po nich následovalo setkání s praktickým lékařem, který by odpověděl na případné pacientovy otázky a ujistil se, že pacient se na samostatnou kontrolu svého onemocnění cítí připraven.

Třebaže zajištění náležité a kvalitní osvěty pacientů je především povinností českého zdravotnictví, výraznější roli by měly přijmout i organizace pacientů. České pacientské organizace by mohly pacienty trpící diabetem podporovat aktivněji. V ostatních zemích OECD jsou pacientské organizace často cenným zdrojem informací a podpory a mohou těm, kdo diabetem onemocní, pomoci při uskutečňování změn jejich životního stylu, které toto onemocnění vyžaduje. Vedle toho mohou pacientské organizace vést účinné kampaně za zvyšování kvality péče. Ačkoliv česká Diabetická asociace má pokyny pro selfmonitoring pacientů, práce pacientských organizací v České republice se z velké části soustředí na různé nároky, například na lázeňské pobyty, spíše než na kvalitu péče. Pacienti a pacientské organizace by měli mít v oblasti požadavků na zvyšování kvality péče hlavní slovo. Kdyby efektivně fungující pacientské organizace zajišťovaly pacientům podporu, mohli by pacienti sebevědoměji prosazovat své zájmy v oblasti léčby a vyžadovat podporu při vlastní samostatné kontrole nemoci.

### **Strategická doporučení pro zvyšování kvality zdravotní péče v České republice**

Prvořadým cílem České republiky by měl být posun k takovému systému zajištění kvality, který by umožňoval soustavné, podrobné a transparentní měření výsledků zdravotnických služeb. K tomu bude zapotřebí sofistikovanější datová infrastruktura a také větší důslednost v oblasti vize, politiky a koordinace ústřední státní správy.

#### **1. Zlepšení strategie kvality péče - obecně:**

- Posílení řízení v oblasti kvality zdravotní péče za pomoci:
  - vytvoření trvalé, koherentní a ambiciózní strategie řízení kvality, která bude zaměřena na průběžné měření výsledků v oblasti kvality u všech poskytovatelů péče
  - vyjasnění rolí a vzájemných odpovědností mezi Ministerstvem zdravotnictví, krajskými samosprávami, zdravotními pojišťovnami a dalšími zainteresovanými subjekty, zejména v oblasti zajišťování kvality jednotlivých služeb.

### **Strategická doporučení pro zvyšování kvality zdravotní péče v České republice (pokrač.)**

- Vytvoření ambicióznějšího a sofistikovanějšího systému zajišťování kvality, který by dokázal kvalitu soustavně monitorovat a zlepšovat, za pomoci:
  - rozšíření dosahu stávajících sumativních postupů, například akreditace minimálních standardů, na všechny poskytovatele zdravotní péče
  - zavedení širší škály formativních postupů, například celonárodního systému hlášení a poučení pro nežádoucí události
  - zvážení nastavení národních výkonnostních cílů a příprava pravidelných zpráv o kvalitě a bezpečnosti v systému českého zdravotnictví.
- Posílení role primární péče a pacientů ve zvyšování kvality péče za pomoci:
  - prozkoumání, zda stávající struktury úhrad, především kapitační platby, účinně přispívají k aktivní, koordinované a soustavné péči o pacienty s komplexními potřebami
  - posílení dalšího zdravotnického vzdělávání a podpora nelékařských pracovníků primární péče, především sester, při zajišťování péče vyšší úrovně
  - zajištění nezávislosti patientských organizací a jejich aktivní role při reformách služeb na místní i celonárodní úrovni a na monitorování kvality.

#### **2. Posílení datové infrastruktury:**

- Formulace dlouhodobé strategie pro vytvoření kvalitnější datové infrastruktury, která umožní měření kvality zdravotní péče a bude zaměřena na:
  - vybudování datové infrastruktury, s jejíž pomocí bude možné soustavně sledovat kvalitu péče, s cílem zvyšovat kvalitu ve všech sektorech péče
  - omezení a sjednocení roztržitého institucionálního rámce pro shromažďování dat, který existuje v současnosti, například snížením počtu organizací, které za sběr a analýzu dat odpovídají
  - rozvoj legislativy nebo doporučených postupů pro usnadnění bezpečného sdílení dat nebo propojování dat z různých databází, aby bylo možné získat ucelenější obraz o postupu léčby jednotlivých pacientů.
- Lepší využití stávajících dat pro soustavné zvyšování kvality za pomoci:
  - přípravy sofistikovanějších analýz nad rámec základních deskriptivních statistik, které by poskytovaly podrobnější obraz zdravotních potřeb, léčby a výsledků pro konkrétní skupiny pacientů
  - identifikace nejlepší praxe a příležitostí ke zlepšování s využitím transparentního srovnávání ukazatelů kvality ve všech regionech a u všech poskytovatelů
  - rozvíjení politik, které by umožňovaly rozsáhlejší sdílení dat mezi pojistiteli, poskytovateli, akademickými institucemi a skupinami pacientů, a které by podporovaly kulturu transparentnosti a strategicky zaměřeného využívání dat.

### **Strategická doporučení pro zvyšování kvality zdravotní péče v České republice (pokrač.)**

- Investice do nových zdrojů dat a nových informačních technologií za pomoci:
  - podpory soustavného rozvíjení registrů pacientů, s důrazem na shromažďování většího počtu údajů nejen o činnostech při poskytnutých zdravotních službách ale také o jejich klinických výsledcích
  - podpory systematického využití elektronických zdravotních záznamů ve všech sektorech, včetně primární péče, přičemž je současně třeba zabývat se obavami veřejnosti o bezpečnost elektronických zdravotních záznamů
  - úsilí o rozsáhlejší zapojení do mezinárodních programů porovnávání kvality zdravotní péče.

### **3. Zlepšení kvality screeningu a prevence**

- Zvýšení přínosu programů plošného onkologického screeningu za pomoci:
  - detailního sledování vlivu programu adresného zvaní dospělých, kteří se v poslední době onkologického screeningu nezúčastnili
  - snaha o zavedení systému průběžného plošného opakovaného zvaní v co nejkratší době, se zvláštní pozorností věnovanou rozšíření screeningu mezi znevýhodněné skupiny
  - zvážení zpětné vazby pro lékaře a poskytovatele u všech typů programů onkologického screeningu, například v podobě srovnání místní účasti ve screeningových programech, a dalších motivačních opatření na straně poskytovatelů s cílem většího rozšíření
  - propojení screeningových dat s údaji o klinických výsledcích pro získání širší představy o přínosech screeningu a nedostatcích pokrytí.
- Zajištění efektivity a hospodárného využití vynaložených prostředků v programech preventivní péče za pomoci:
  - posouzení nákladové efektivity všeobecných preventivních prohlídek zaměřených na kardiovaskulární onemocnění a odstoupení od nich nebo jejich užšího zacílení, pokud se poměr nákladů a přínosů ukáže jako neodpovídající
  - investice do nových preventivních iniciativ, které jsou podle mezinárodních zkušeností prokazatelně nákladově efektivní, například cíleného poradenství podle individuálního rizika
  - využití stávajících postupů sekundární prevence jako základu pro vytvoření souboru ukazatelů, které lze použít pro monitorování rozsahu, v jakém jsou tyto pokyny v praxi dodržovány
  - opětovné zaměření na preventivní zdravotní péči u dětí, adolescentů a rodin s cílem omezit vysoký výskyt nadváhy, kouření a škodlivé konzumace alkoholu.

### **Strategická doporučení pro zvyšování kvality zdravotní péče v České republice (pokrač.)**

#### **4. Zlepšení péče o pacienty s diabetem a metabolickým syndromem**

- Usnadnění důkladnější analýzy diabetické péče prostřednictvím silné datové infrastruktury:
  - založení národního registru pacientů s diabetem 2. typu a rozšiřování stávajících registrů pro diabetes 1. typu a gestační diabetes
  - zavedení komplexnějšího souboru ukazatelů kvality v léčbě diabetu a podpora systematického shromažďování srovnatelných údajů o jejich využití
  - zajištění toho, aby dostupné informace byly aktivně využívány ke zvyšování kvality péče o pacienty s diabetem a aby byly poskytovány jako zpětná vazba lékařům, nemocnicím a pojišťovnám.
- Rozvíjení významnější role odborných pracovníků primární péče při zajišťování a koordinaci péče o diabetiky za pomoci:
  - zavedení motivačních struktur, včetně systémů úhrad, které by praktické lékaře motivovaly k tomu, aby převzali větší odpovědnost za pacienty s diabetem a s dalšími chronickými onemocněními
  - zajištění, aby praktičtí lékaři měli dovednosti a podporu, které potřebují pro poskytování vysoce kvalitní péče ve složitějších případech, včetně vhodného školení a sdílení informací
  - prozkoumání možností zavedení programů řízení péče (Disease Management Programmes), které by pomohly prosadit dobře koordinovanou léčbu.
- Zavést lepší osvětu pacientů a postupy samostatné kontroly onemocnění (selfmonitoringu):
  - zajišťování důsledné podpory a osvěty pro pacienty, a to prostřednictvím vysoce kvalitních vzdělávacích programů a průběžných navazujících programů u praktických a jiných lékařů
  - podpora celostátních i místních patientských organizací k tomu, aby přijaly širší roli obvyklou v jiných zemích OECD a aby zajišťovaly osvětu a podporu pacientů a prosazovaly lepší péči.