

PROČ POTŘEBUJEME DISEASE MANAGEMENT

Pavel Hroboň, Veronika Klimková, Dominika Šebová

Partner publikace

Vznik publikace podpořila zdravotní pojišťovna OZP.



OBSAH

OBSAH	2
SHRNUTÍ	3
CHRONICKÉ NEMOCI – HLAVNÍ VÝZVA DNEŠNÍCH ZDRAVOTNÍCH SYSTÉMŮ	4
DALŠÍ NÁRŮST VÝSKYTU CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	8
JAK FUNGUJE DISEASE MANAGEMENT?	9
VOLBA ONEMOCNĚNÍ A VÝBĚR PACIENTŮ	13

SHRnutí

Tato publikace je první z několika následujících. Naším cílem je podpořit smysluplný rozvoj disease managementu, tedy integrované péče o pacienty s chronickými nemocemi v České republice a na Slovensku. V této první části doložíme fakty a zkušenostmi, proč disease management potřebujeme. Pro další ponoření do tematiky a praktické příklady doporučujeme (vedle dalších pokračování našich publikací) konferenci Prague International Health Summit 2024 (www.pragueihs.eu), která je na disease management a další témata návaznosti péče zaměřena.

Chronické nemoci jsou dnes hlavním medicínským a ekonomickým problémem zdravotnictví. Jejich výskyt bude díky stárnutí obyvatelstva a vysoké přítomnosti rizikových faktorů v našem chování nadále narůstat. Zdravotní dopad v našich zemích jasně ukazují počty ztracených let života (DALYs) a více než desetiletý rozdíl mezi délkou života a délkou života prožitou ve zdraví.

Zároveň mají chronické nemoci zásadní ekonomické důsledky i nad rámec výdajů na zdravotnictví a sociální služby – objevují se již v průběhu ekonomicky aktivní části života s dopadem na pracovní neschopnost a produktivitu. Navíc vedou k úbytku pracovní síly, zejména žen, které se dlouhodobě starají o chronicky nemocné příbuzné.

Dnešní zdravotní systémy byly budovány zejména za účelem řešení infekčních nemocí a úrazů (v čemž se také osvědčily), s chronickými nemocemi si ale neumí tak dobře poradit, zejména kvůli:

- Orientaci na akutní fázi onemocnění a vyplývající nedostatečnou pozornost věnovanou prevenci
- Nedostatečné spolupráci různých typů poskytovatelů a stále převažujícím modelu sólo praxí v ambulantní oblasti
- Neschopnosti zapojit pacienta a dostatečně zvýšit jeho adherenci k léčbě a změně životního stylu.

Ve výsledku tak dnešní zdravotní systémy za obrovskou cenu částečně napravují důsledky chronických nemocí, ke kterým vůbec nemuselo dojít nebo k nim mohlo dojít mnohem později v průběhu života pacienta. Právě na prevenci rozvoje chronických nemocí a jejich komplikací je založena efektivita programů disease managementu. Jsou založeny na pečlivém dodržování doporučených medicínských postupů, koordinaci péče, zapojení a podpoře pacienta, to vše založené na pevné datové základně a neustálé kontrole výsledků. Potřebné investice do zlepšení ambulantní péče jsou obvykle vyváženy úsporami v oblasti hospitalizací.

CHRONICKÉ NEMOCI - HLAVNÍ VÝZVA DNEŠNÍCH ZDRAVOTNÍCH SYSTÉMŮ

Dnešní zdravotní systémy byly v rozvinutých zemích budovány ve druhé polovině minulého století, případně i dříve. Vznikaly tedy v době, kdy hlavním zdravotním problémem byly infekční nemoci a úrazy. Mezitím ale v důsledku zlepšení socioekonomické situace naprosté většiny obyvatel, pokroku v medicíně i v podpoře a ochraně zdraví došlo k tzv. epidemiologické transformaci. Dokázali jsme si do značné míry poradit s infekčními nemocemi a omezit množství úrazů, ale jejich místo hlavního zdravotního problému zaujaly chronické nemoci, zejména kardiovaskulární, metabolické, neurodegenerativní, nádorové a duševní. Vedle výše uvedených medicínských a společenských změn je hlavním důvodem rozvoje jejich významu prodloužení života a náš životní styl – nadbytek potravy a její nevhodné složení, návykové látky, nedostatek pohybu a spánku a nedostatečná pozornost věnovaná mentálnímu zdraví. Výsledkem je, že chronické nemoci dnes představují hlavní medicínský a ekonomický problém zdravotních systémů. V rámci zemí OECD žije více než jedna třetina lidí ve věku 16 a více let s dlouhodobým onemocněním nebo zdravotním problémem (průměr 26 zemí OECD, 2019).¹ Přitom asi každý třetí dospělý trpí několika chronickými nemocemi současně (Hajat et al., 2018).²

Česká republika v tomto ohledu není žádnou výjimkou. Naopak, vzhledem k pravidelnému umísťování Čechů na předních příčkách evropských statistik v oblasti výskytu obezity, kouření, konzumace alkoholu a nedostatku pohybu, může být situace v tuzemsku mnohdy vážnější. Ke zhodnocení prevalence chronických nemocí v ČR lze použít poslední dostupná data Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) – viz následující tabulka. Některá z uvedených čísel však mohou být z dnešního pohledu již podhodnocena, zejména Alzheimerova nemoc, u které je v zemích s vyššími příjmy obvykle diagnostikována pouze asi polovina jedinců trpících onemocněním.³ Tabulka se týká jednotlivých nemocí, takže pacienti s více nemocemi jsou započítáni do více skupin.

TABULKA 1: POČET PACIENTŮ S CHRONICKÝMI NEMOCEMI V ČR, POSLEDNÍ DOSTUPNÁ DATA

Onemocnění	Prevalence	
	Počet	Procento obyvatel
Hypertenze	2 160 674 (2022)	20 %
Diabetes mellitus	1 083 346 (2022)	10 %
Ischemická choroba srdeční	1 000 932 (2022)	9 %
Zhoubné novotvary	594 637 (2018)	6 %
Astma	518 350 (2017)	5 %
Chronické nemoci dolních cest dýchacích	330 415 (2017)	3 %
Alzheimerova nemoc	65 669 (2020)	1 %

Zdroj: ÚZIS

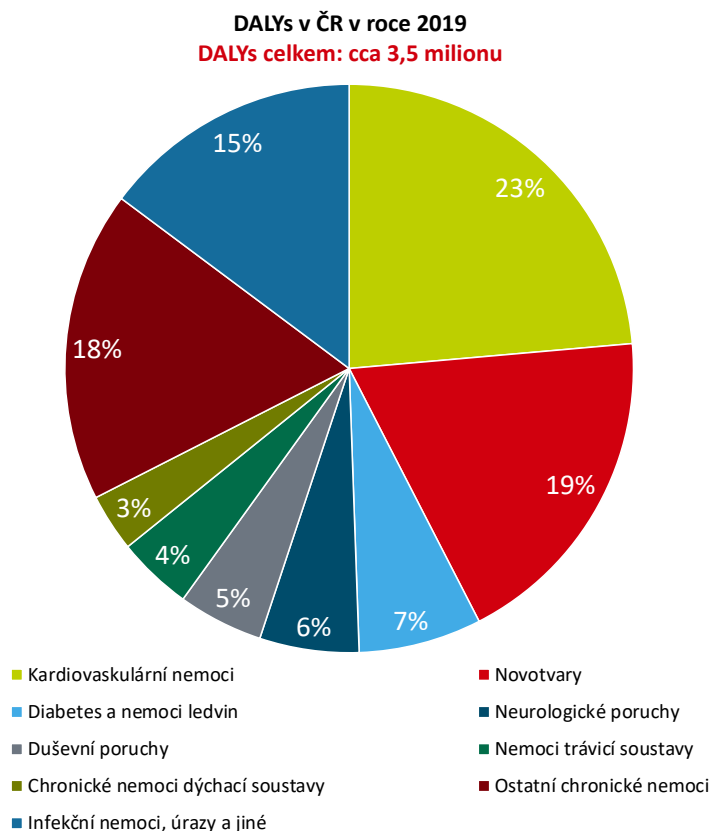
¹ OECD. Chronic conditions [online]. 2019. Dostupné z: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/908b2da3-en/index.html?itemId=/content/component/908b2da3-en>

² HAJAT, Cother a STEIN, Emma. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. Online. Preventive Medicine Reports. 2018, roč. 12, s. 284-293. ISSN 22113355

³ ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. [online]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/about/symptoms-of-dementia/diagnosis/>

Nezdravý životní styl a vysoká prevalence chronických onemocnění dopadají jak na zdraví, tak i na kvalitu života Čechů. U celkové zátěže nemocemi se můžeme zjednodušeně podívat na počet ztracených let života způsobených kvalitě (DALYs). Tuto zátěž pravidelně počítá Americký Institute for Health Metrics and Evaluation. Jak je patrné na grafu níže, chronické nemoci se na této zátěži v ČR podílejí suverénně největším dílem – jsou zodpovědné za celkem 2,9 milionu DALYs ročně z celkové zátěže 3,5 milionu DALYs, tedy za 85 % celkové zátěže nemocemi.⁴

OBRÁZEK 1: ZÁTĚŽ NEMOCEMI V ČR PODLE POČTU ZTRACENÝCH DALYS



Zdroj: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019

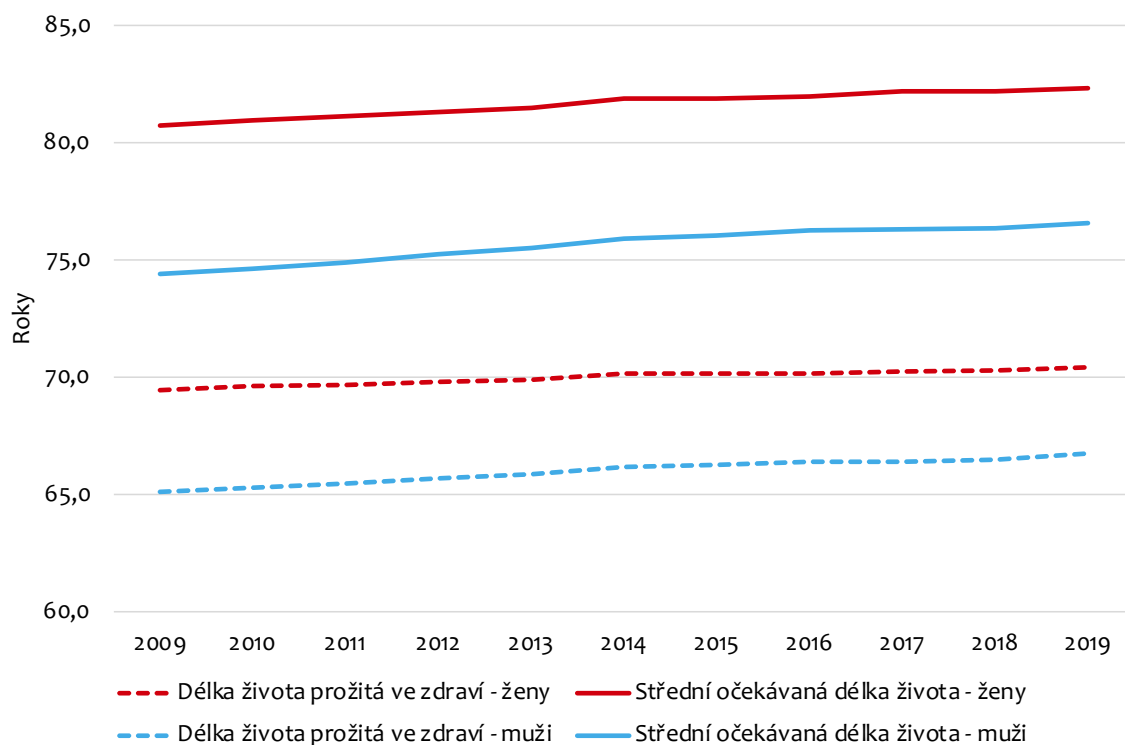
Pro lepší pochopení, co tato čísla znamenají pro občany ČR, se můžeme podívat na vývoj střední očekávané délky života Čechů a tu si porovnat s délkou života prožitou ve zdraví. Obdobně jako v jiných vyspělých zemích střední očekávaná délka života mužů i žen dlouhodobě roste (s výjimkou specifického roku 2020, kdy pandemie tento trend dočasně zvrátila⁵). Jen za období 2009-2019 se život průměrné Češky prodloužil o 1,6 let, u mužů ve stejném období došlo k průměrnému nárůstu délky života o 2,1 let. Jak ale ukazuje graf níže, délka života prožitá ve zdraví i přes svůj postupný růst za celkovou délku prožití výrazně zaostává (o cca 12 let u žen a 10 let u mužů). Češi tak sice žijí

⁴ Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease [online]. Dostupné z: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

⁵ OECD. State of Health in the EU, Česko: Zdravotní profil země [online]. 2021. Dostupné z: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_cs_czech.pdf

stále déle, více než jednu dekádu života ale stráví se zásadními omezeními způsobenými zejména chronickými nemocemi.⁶

OBRÁZEK 2: VÝVOJ STŘEDNÍ OČEKÁVANÉ DÉLKY ŽIVOTA A DÉLKY ŽIVOTA PROŽITÉ VE ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

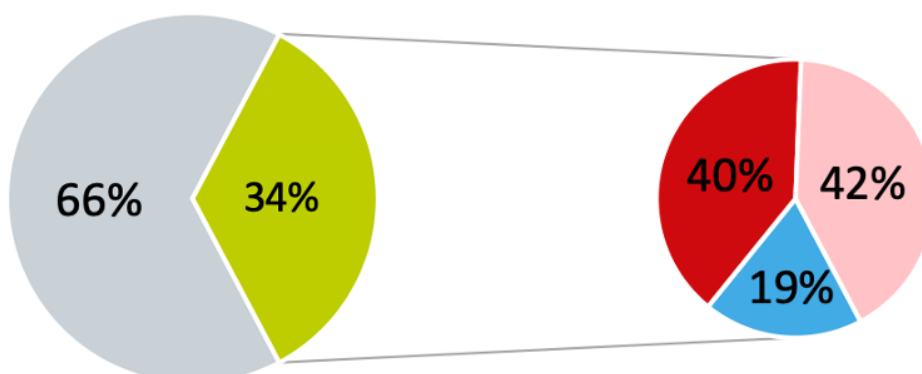


Zdroj: Vlastní zpracování dle The Institute of Health Metrics and Evaluation

Podle studie poradenské společnosti McKinsey & Company je možné předejít 34 % celkové zátěže chronickými nemocemi v ČR (zhruba 1 milion DALYs). Hlavním nástrojem k tomu je prevence, zejména primární, tedy omezení rizikových faktorů působících na zatím zdravé. Nicméně, terciární prevence zaměřená na zamezení komplikací již existujících nemocí dokáže dosáhnout zhruba jednu pětinu tohoto cíle. Nástrojem k dosažení tohoto cíle je právě disease management.

⁶ Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease [online]. 2019. Dostupné z: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

OBRÁZEK 3: ŘEŠITELNÁ ZÁTĚŽ CHRONICKÝMI NEMOCEMI V ČR



- Zbývající břemeno (1,9 milionu DALYs)
- Zátěž nemocemi řešitelná pomocí již dnes známých intervencí (1 milion DALYs)
- Zátěž řešitelná léčbou - jinou než terciární prevence (0,42 milionu DALYs)
- Zátěž nemocemi řešitelná intervencemi prevence na úrovni primární a sekundární (0,40 milionu DALYs)
- Zátěž nemocemi řešitelná intervencemi prevence na úrovni terciární (0,19 milionu DALYs)

Zdroj: Vlastní zpracování dle McKinsey & Company⁷

⁷ McKinsey & Company. Scale what works: The benefits of proven health interventions [online]. 2022. Dostupné z: <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/scale-what-works-the-benefits-of-proven-health-interventions>

DALŠÍ NÁRŮST VÝSKYTU CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Predikce budoucího výskytu chronických onemocnění ukazují další nárůst. Například ÚZIS mezi roky 2017-2030 u diabetu počítá s nárůstem počtu diagnostikovaných případů o 20 %, u Alzheimerovy nemoci dokonce až o 51 %.⁸ Kromě rostoucí nemocnosti za tímto vývojem stojí také stárnutí obyvatelstva.⁹

Dobrou představu o vývoji zdraví české populace do budoucna může poskytnout pohled na její životní styl, konkrétně na hlavní rizikové faktory pozdějšího vzniku chronických nemocí, jako jsou vysoké hodnoty ukazatele tělesné hmotnosti (*body mass index* – BMI), nedostatek fyzické aktivity, méně častá konzumace ovoce a zeleniny, ale také pití alkoholu a kouření. V tabulce níže nabízíme srovnání procenta české a evropské populace, které se rizikové chování přímo týká. V naprosté většině oblastí se ČR umísťuje nad průměrem EU27.

TABULKA 2: RIZIKOVÉ FAKTORY, SROVNÁNÍ ČR A EU27

Rizikový faktor	% populace v ČR	% populace v EU27 (průměr)	O kolik více obyvatel ČR je vystaveno riziku
Konzumace alkoholu	85 %	74 %	1 173 626
Konzumace méně než jedné porce ovoce a zeleniny denně	48 %	37 %	1 173 626
Nedostatečná fyzická aktivita	70 %	63 %	746 853
Nadváha	58 %	54 %	426 773
Kouření	26 %	24 %	213 386

Kouření a konzumace alkoholu příležitostně nebo častěji během posledního roku.
Zdroj: Eurostat, 2019¹⁰

⁸ ÚZIS. Zdraví 2030: Analytická studie [online]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie-stav-obyvatelstva.pdf>

⁹ Eurostat. [online]. 2019. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_cd1e/default/table?lang=en

¹⁰ Eurostat. Database [online]. 2019. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/database>

Počet obyvatel vystavený riziku nad průměrem EU27 je počítán jako rozdíl mezi procentuálním zastoupením populace s daným rizikovým faktorem v ČR a EU27 (průměr), který je následně vynásoben počtem obyvatel ČR v roce 2019.

JAK FUNGUJE DISEASE MANAGEMENT?

Dnešní zdravotní systémy, které se utvářely zejména v minulém století, si neumí s chronickými nemocemi dobře poradit. Dnešní medicína sice umí téměř zázraky, ale naprostou většinu chronických nemocí nedokáže vyléčit ani jim efektivně předcházet. Většinou tak za vysokou cenu částečně napravuje poškození zdraví způsobená chronickými nemocemi, ke kterým v životech pacientů mohlo dojít významně později, případně vůbec.

Přesně tuto slabinu se snaží napravit disease management – včas poskytnout moderní efektivní léčbu a zapojit pacienta do péče o vlastní zdraví s cílem omezení vzniku komplikací chronických nemocí. Typickým příkladem významu takové snahy je diabetes mellitus II. typu. Pacient, u kterého je včas diagnostikován (nejlépe na úrovni tzv. prediabetu) a který alespoň částečně změní své chování a bere pravidelně doporučenou léčbu, se nemusí s jeho komplikacemi vůbec setkat. Naopak pacient, který pokračuje v rizikovém chování a nevyužívá dnešních možností medicíny, se dříve nebo později s vysokou pravděpodobností dočká infarktu myokardu nebo mrtvice, poškození zraku a ledvin, úporných bolestí a případně i amputace nohou.

Pacienti ale potřebují ke zvládnutí chronických nemocí významnou podporu ze strany zdravotního systému. Vedle zajištění léčby v souladu s aktuálními doporučenými postupy je to i edukace a podpora změny chování. A právě toto nabízí disease management.

Disease management lze chápat jako systém koordinovaných zdravotních intervencí, komunikace a podpory změny životního stylu pro pacienty s chronickými zdravotními problémy. Cílem je zefektivnit léčbu chronicky nemocných, dosáhnout lepších klinických výsledků a zamezit plýtvání způsobenému neefektivními a nekoordinovanými aktivitami. Možné finanční úspory u těchto programů nejčastěji vyplývají ze sníženého počtu hospitalizací pacienta, případně kratšího pobytu v nemocnici či méně častých návštěv pohotovostních služeb.

Pro úspěšný program disease managementu (DMP) samozřejmě neexistuje jeden univerzální návod; jednotlivé programy se liší, protože musí respektovat specifika dané nemoci i daného zdravotního systému. Můžeme ale identifikovat několik hlavních komponent, které pravděpodobnost úspěchu DMP významně zvyšují. Patří sem především **léčba podle klinických protokolů odrážejících nejnovější poznatky medicíny, zapojení a vzdělávání pacientů, motivace poskytovatelů a využití moderních informačních systémů**. Za komunikaci a dohled nad dobrým chodem DMP zodpovídá tzv. **koordinátor péče**. V praxi je však nezbytné, aby všechny zmíněné komponenty fungovaly současně a aby se přitom neopomínalo zaměřením na pacienty, i s ohledem na jejich potřeby a preference.^{11 12 13} Hlavní komponenty DMP si blíže představíme:

¹¹ McKinsey & Company. How to design a successful disease-management program [online]. 2010. Dostupné z: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/how-to-design-a-successful-disease-management-program>

¹² Scheck McAlearney, Ann. Designing and Developing Effective Disease Management Programmes. Disease Management and Health Outcomes [online]. 2000, 7(3), 139-148. ISSN 1173-8790. Dostupné z: doi:10.2165/00115677-200007030-00003

¹³ Vlastní analýza

1. STANDARDIZACE LÉČBY

Nastavení DMP musí zaručovat léčbu v souladu s doporučenými klinickými postupy, které přináší prokazatelné výsledky a jsou také nákladově efektivní. Klinické protokoly, tedy aplikace doporučených postupů v konkrétním programu, vychází z národních nebo mezinárodních standardů péče o danou nemoc a přesněji definují frekvenci výkonů a rozdělení odpovědnosti mezi zapojené poskytovatele podle stupně onemocnění (vysoce specializované centrum – ambulantní specialista – praktický lékař) a členy týmu (lékař – sestra – další členové).

Pravidla se kromě léčby samotné týkají i výběru pacientů vhodných pro zapojení do DMP. Tato kritéria je vhodné nastavit na základě objektivních, jednoduše měřitelných dat (stanovená diagnóza nebo klinické výsledky pacienta, např. hodnota krevního tlaku u hypertenze; kritéria pro výběr vhodné formy edukace – online nebo osobně, mohou zahrnovat posouzení stadia onemocnění, věk pacienta, jeho vzdělání či schopnost používat digitální technologie).

Jednoduchá pravidla a jasná definice povinností jsou rovněž stěžejní pro přijetí programu lékaři a mohou vést k zapojení většího podílu pacientů z cílové skupiny. Příkladem může být nastavení DMP v Německu, do kterých je zapojeno až 90 % pacientů s daným onemocněním. Opačným případem je Rakousko, kde jsou do programu na léčbu diabetu zapojena jen 4 % diabetiků. Příčinou jsou komplikovaná kritéria výběru pacientů, která se navíc napříč jednotlivými zdravotními pojišťovnami liší.^{14 15}

2. VZDĚLÁVÁNÍ A KOMUNIKACE

Nezbytnou součástí úspěšného DMP je vzdělávání pacientů i zdravotníků (lékařů či specializovaných sester). U pacientů je klíčová edukace o příčinách a následcích nemoci a podpora adherence k léčbě, úpravám životního stylu a sebe-monitorace.

U lékařů a sester je důležitá jak inicializační edukace na začátku spuštění programu, tak průběžné obnovování vědomostí a poskytování informací o novinkách ve standardech léčby. Lze uvést příklad programu péče o pacienty se srdečním selháním ze Švédska, který do péče zapojil primární lékaře a jejich sestry a nabídl jim edukaci na více úrovních. Implementace programu byla doprovázena vytvořením univerzitního kurzu pro specializované sestry zaměřené na srdeční selhání. Na začátku programu absolvuje celý tým jednodenní workshop, na který navazují pravidelné přednášky pro praktické lékaře. Součástí programu je i zasílání noviněk a možnosti online edukace formou e-learningových modulů zaměřených na správnou farmakoterapii a diagnostiku. Důležitou roli hraje i propojení praktických lékařů se spolupracujícími kardiology formou pravidelných setkání, výměny zkušeností a vzájemných návštěv ordinací. Edukace by měla

¹⁴ Flamm, M.; Panisch, S.; Winkler, H. a Sonnichsen, A. C. Impact of a randomized control group on perceived effectiveness of a Disease Management Programme for diabetes type 2. Online. The European Journal of Public Health. 2012, roč. 22, č. 5, s. 625-629. ISSN 1101-1262. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr147>.

¹⁵ Nolte, Ellen, Annalijn Conklin, John L. Adams, Matthias Brunn, Benjamin Cadier, Karine Chevreul, Isabelle Durand-Zaleski, Arianne Elissen, Antje Erler, Maria Flamm, Anne Frølich, Birgit Fullerton, Ramune Jacobsen, Cécile Knai, Robert Krohn, Boris Pöhlmann, Zuleika Saz Parkinson, Antonio Sarria Santamera, Andreas Sönnichsen, and Hubertus Vrijhoef, Evaluating chronic disease management: Recommendations for funders and users, RAND Corporation, TR-1213-EC, 2012. Dostupné z: https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1213.html

mít i personalizovaný rozměr v podobě zpětné vazby o plnění klinických protokolů včetně optimalizace farmakoterapie a další léčby, zahrnující konkrétní doporučení pro zlepšení.¹⁶

3. ROLE KOORDINÁTORA

Úspěšnější bývají „intenzivnější“ programy, které zahrnují větší množství prvků a častější kontakt s pacientem v různých podobách (osobní, telefonický, online s různými členy týmu). V tomto procesu hraje klíčovou roli koordinátor péče („case manager“), který odpovídá za realizaci plánu péče, integraci jednotlivých komponent programu a koordinaci mezi poskytovateli. Koordinátor nemusí péči přímo poskytovat, tuto roli nejčastěji zastávají zdravotní sestry, jiní zdravotníci nelékaři nebo zvláště vyškolení pracovníci.^{17 18}

Koordinaci celkové péče o pacienta v rámci DMP může napomoci využívání nástrojů, jako je objednávkový systém (místo pouhého doporučení dostane pacient konkrétní termín u konkrétního poskytovatele, např. objednání diabetika na pravidelné oční vyšetření), elektronické sdílení dokumentace a další nástroje digitalizace zdravotnictví. Zahrnují pravidelné sledování stavu pacienta pomocí jednoduchých ukazatelů, například váha u pacientů s chronickým srdečním selháním nebo hladina glukózy či glykovaný hemoglobin u pacientů s diabetem, automatizovaná upozornění na zhoršující se zdravotní stav nebo potřebu objednat se na vyšetření, sdílení informací mezi pacientem a poskytovatelem v rámci aplikace a další.

V zahraničí jsou do péče pacienta často zapojeny u nás zatím méně rozšířené nelékařské profese jako sestry specializované na disease management určité nemoci, edukátoři pacientů, kliničtí farmaceuti, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti nebo sociální pracovníci.

4. MOTIVACE

Pacienti, poskytovatelé i plátcí musí být motivováni společně dosahovat cíle DMP, a to prostřednictvím finančních i nefinančních nástrojů. Komunikování přínosu DMP pro lékaře je jednou z největších výzev jeho zavádění. Lékařům je třeba ukázat, že program zvýší kvalitu jejich léčby a uleví jim od méně specializovaných rutinních úkonů. Finanční motivace obvykle spočívá v úpravě základního platebního mechanismu (např. u praktického lékaře posílení výkonové složky na úkor složky kapitální) a přidání odměny za výsledek (pay-for-performance). Příkladem takového platebního mechanismu je kontrakt zaměřený na primární péči ve Velké Británii, kde zhruba čtvrtinu příjmu lékaře tvoří platby na základě kvality. Ta je měřena téměř 150 indikátory, z nichž polovina je zaměřena na chronická onemocnění (především kardiovaskulární choroby, vysoký krevní tlak a diabetes). Zapojení do DMP dále přináší lékařům kontinuální vzdělávání, klinické protokoly reflektující nejnovější poznatky medicíny a zpětnou vazbu na výsledky jejich pacientů. Zároveň

¹⁶ Liljeroos, Maria a Anna Strömberg. Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. *European Journal of Heart Failure* [online]. 2019, 21(1), 103-109. ISSN 1388-9842. Dostupné z: doi:10.1002/ejhf.1329

¹⁷ Shojania, Kaveh G.; Ranji, Sumant R.; McDonald, Kathryn M.; Grimshaw, Jeremy M.; Sundaram, Vandana et al. Effects of Quality Improvement Strategies for Type 2 Diabetes on Glycemic Control. *Online. JAMA*. 2006, roč. 296, č. 4. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jama.296.4.427>.

¹⁸ Cavanaugh, Kerri L.; White, Richard O a Rothman, Russell L. Exploring Disease Management Programs for Diabetes Mellitus. *Online. Disease Management & Health Outcomes*. 2007, roč. 15, č. 2, s. 73-81. ISSN 1173-8790. Dostupné z: <https://doi.org/10.2165/00115677-200715020-00002>.

upevňuje vztah s pacienty a ve vztahu ke zdravotní pojišťovně je staví do pozice preferovaných poskytovatelů.

Pro dosažení dlouhodobých pozitivních výsledků je na rozdíl od léčby akutních případů zcela klíčovým i aktivní zapojení pacienta. DMP se proto zaměřují především na vytvoření takových podmínek pro pacienta, aby se jeho nemoc stala sice každodenní, ale zvládnutelnou součástí života. Zásadní je vytvoření dlouhodobého vztahu pacienta s lékařem či pečovatelským týmem a přizpůsobení léčby individuálním potřebám pacienta. Posilování motivace pacienta zahrnuje nejen jeho vzdělávání, ale i pomoc se zvládnutím nových životních situací, zapojení rodiny či blízkých do péče, stanovení léčebných cílů, identifikaci bariér léčby a pomoc s jejich odstraněním.¹⁹ Tam, kde to nastavení zdravotního systému umožňuje, mohou být pacientům nabídnuty finanční stimuly, například snížení sazby spoluúčasti nebo sleva na pojistném.

Plátcům podpora DMP vedle zlepšení zdravotního stavu pojištěnců přináší lepší přístup k údajům o konkrétních pacientech a v případě řady nemocí úsporu nákladů, plynoucí zejména z omezení počtu hospitalizací.^{20 21} Dále mohou plátcí díky účasti v úspěšném DMP získat pozitivní image a marketingovou výhodu.

5. SBĚR A ANALÝZA DAT

Jednou ze základních komponent DMP je informační systém, který zajišťuje kontinuální sběr dat o pacientech a poskytovatelích, umožňuje jejich analýzu, hodnocení výsledků programu a také systematickou komunikaci těchto výsledků směrem k pacientovi a zapojeným poskytovatelům. Mezi základní parametry patří míra využití služeb, zdravotní výsledky (krátkodobé i dlouhodobé), spokojenost pacientů či výška nákladů. Klíčové je srovnání jednotlivých poskytovatelů mezi sebou a s cíli programu – poskytnutí zpětné vazby je stejně nutnou podmínkou změny chování poskytovatelů jako finanční motivace.

Data jsou klíčová nejen pro průběh a vyhodnocení programu, ale hned při jeho plánování. Prvním krokem při přípravě úspěšného programu je detailní zmapování současného způsobu poskytování péče a definice jeho úzkých míst, která musí návrh programu adresovat. Bez této podrobné úvodní analýzy může být celá snaha zaměřena nepotřebným směrem a neřešit skutečné problémy dosavadní nízké reálné účinnosti léčby.

¹⁹ Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Aff.* 2001;20(6):64–78.

²⁰ Mehring, Michael; Donnachie, Ewan; Mutschler, Robert; Hofmann, Frank; Keller, Manfred et al. Disease Management Programs for Patients With Asthma in Germany: A Longitudinal Population-Based Study. *Online. Respiratory Care.* 2013, roč. 58, č. 7, s. 1170-1177. ISSN 0020-1324. Dostupné z: <https://doi.org/10.4187/respcare.01968>.

²¹ Stock, Stephanie; Drabik, Anna; Büscher, Guido; Graf, Christian; Ullrich, Walter et al. German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs. *Online. Health Affairs.* 2010, roč. 29, č. 12, s. 2197-2205. ISSN 0278-2715. Dostupné z: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0799>.

VOLBA ONEMOCNĚNÍ A VÝBĚR PACIENTŮ

Pro úspěch DMP je klíčový výběr vhodného onemocnění. Mělo by naplnit následující kritéria:

- Vysoké rozšíření nemoci v populaci (byť programy lze připravit i pro vzácná onemocnění)
- Vysoké náklady na léčbu
- Vysoká variabilita v současném způsobu léčby
- Možné změny životního stylu pacientů vedoucí k lepším výsledkům
- Existující evidence o preventabilních komplikacích, které jsou nákladné a významné pro pacienty.

Při konstrukci DMP, obzvláště v našich podmínkách, je důležité zaměřit se na onemocnění, pro které již existuje zahraniční evidence o fungujících programech. K onemocněním, pro které se DMP v zahraničí využívají nejčastěji, patří:

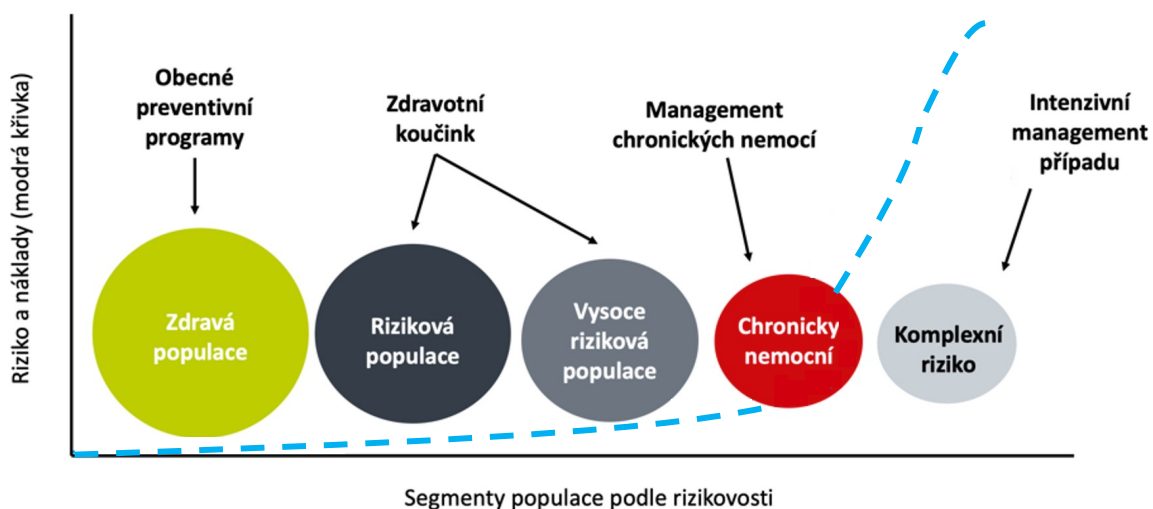
- Srdeční selhání
- Diabetes
- Hypertenze
- Hyperlipidemie
- Astma a chronická obstrukční plicní nemoc
- Deprese

Programy pro různá onemocnění nicméně nejsou stejné, mají svá specifika v cílech i v nastavených postupech, kterými se těchto cílů snaží dosáhnout. **Konkrétním příkladům DMP se budeme věnovat v další, navazující publikaci.**

Některé principy disease managementu je vhodné uplatnit i na méně rizikové populace pacientů s cílem oddálení vzniku nemoci, ne až jejích komplikací jako u „standardního“ disease managementu. Na druhém konci spektra, u nejvíce rizikových pacientů, musíme řešit souběh několika chronických onemocnění, který vyžaduje zcela individualizovanou péči.

Klíčovým nástrojem pro efektivní poskytování zdravotních služeb je proto **riziková stratifikace**, zařazení pacienta do správné skupiny podle míry rizika rozvoje nemoci nebo jejích komplikací. Míra rizika je úzce propojená s očekávanými náklady, které také určují, kolik úsilí je možné a žádoucí investovat do jejich prevence. Stejně tak platí, že většina pojištěnců má nízké riziko a se stoupajícím rizikem klesá i počet zařazených jedinců. Tento způsob přístupu k populacím pacientů či pojištěnců ilustruje následující obrázek.

OBRÁZEK 4: ZAMĚŘENÍ PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ



Zdroj: Peck CA. *Are Disease Management Programs Cost-Effective? LifeMasters a Supported Selfcare Inc. 2008.*

Bližší pohled na uspořádání a výsledky konkrétních programů přineseme v další publikaci. Především se společně podíváme na to, co se v disease managementu v zahraničí podařilo a jakou roli mohou do budoucna sehrát digitální technologie.



Advance Healthcare Management Institute, s.r.o.
U Háje 296/22, 147 00 Praha 4

Tel.: +420 702 029 953
office@advanceinstitute.cz
www.advanceinstitute.cz

IČ: 28986024
DIČ: CZ28986024
Banka: Raiffeisenbank
č. ú.: 4780992001/5500
OR: vedená Městským soudem v Praze,
oddíl C, vložka 157951