

# Platforma za kvalitu věcí

**Motto: Kvalitní zdravotnické prostředky jako vitální součást kvalitní zdravotní péče**

**Setkání: 2. 9. 2015 (Letenská 8, Praha 1)**

**Účastníci:**

**JUDr. Zdeňka Cupková - Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR**

**Prof., MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA – Česká diabetologická společnost, Česká diabetická asociace ČR**

**JUDr. Ondřej Dostál – Platforma zdravotních pojištěnců**

**Nad'a Bílá – Aliance žen s rakovinou prsu**

**Ing. Marie Ředinová – Dobrovolné sdružení stomiků ILCO**

**Jana Hornová – Incoforum**

**MUDr. Lukáš Horčíčka – Urogynekologická společnost**

**Jana Petrenko – Koalice pro zdraví**

**Diskuse:**

**Kvalita věcí v sobě skrývá řadu podtémat.** Kvalita versus kvantita. Pacient chce kvalitu a rozumný přístup k péči. Pacient očekává: 1/ úlevu od potíží, 2/ důstojně a bezbolestně odejít, 3/ minimalizaci chyb (chyby osobní, z neznalosti). Chyby však nemůžeme trestat, protože bychom je zahnali do ilegality. Standartní postupy, ale nemáme standartního pacienta. „Jedny zuby do každé huby“ nepasují.

Trvá zhruba 17 let, než se podaří zařadit novinku do standartního medicínského postupu.

**Máte standardizované postupy?** Ne, dáváme přednost volným postupům, které nám dávají velký prostor pro individuální přístup. U onemocnění hraje velkou roli psychika pacienta, prioritou je kontrola výsledku. Z medicínského hlediska je prioritou individuální přístup k pacientům. Není tedy možnost exaktního měření. V oblasti zdravotnických prostředků metodika umožňující měření existuje. Pochází z oblasti rehabilitace. Měří základní funkční znaky prostředku. Cílem lékaře je dovést pacienta k pocitu zdraví.

**Regulace.** 1/ Co může lékař nabídnout. 2/ Co pacient chce a co mu je zdravotní pojišťovna ochotna uhradit. Vzniká otázka jak odstranit překážky k tomu, aby pacient či lékař mohli získat to, co opravdu potřebují.

Největší problém je hrazení tzv. základního provedení. Stát má pomáhat, aby lidé byli soběstační. Pokud existuje takový zdravotní problém, který si žádá úhrady a platby jak ze sféry zdravotnictví, tak z oblasti sociální, nastává problém. Neexistuje institut, který by posoudil konkrétní situaci pacienta a efektivně rozhodl. Každý jsme jiný a potřebujeme něco jiného. Mělo by být zakotveno v zákoně, že má přihlédnout ke konkrétní situaci.

**Pacient má právo na informace a na výběr lékaře.** Není dáno, jakou část péče hradí zdravotní pojišťovna a jaká část má být hrazena pacientem. Zák. 48/1997 Sb. definuje nárok na ekonomicky nejméně náročnou variantu s ohledem na individuální potřeby. § 16 uvádí, co individuálně potřebuje. Nárok tedy existuje!

Není propojení – když ušetří na pomůcce, ušetří peníze i z rozpočtu MPSV. Co má platit pojišťovna a co MPSV? Věčný spor.

HTA – řeší hlavní otázku – kolik to stojí stát? Pokud zlepší kvalitu života pacienta, ušetří i stát. Dnes to nikdo neumí spočítat, vše je fragmentované s krátkodobým pohledem.

**Pacientské organizace.** Pacient je o své diagnóze dostatečně informován, pokud je členem pacientské organizace. Ne u všech diagnóz však existují pacientské organizace. Existuje nevyváženost ve schopnosti pacientů se organizovat. Není dostatek informací co do nároku pacienta na pomůcky, není kde informace dohledat. V zahraničí mají pacientské organizace jiný statut. Na svou činnost dostávají finanční prostředky, mají možnost navštěvovat nemocnice a edukovat pacienty. U nás takové možnosti nejsou a návštěvy pacientů v nemocnicích nejsou automaticky povoleny.

**Kvalita života v penězích.** V oblasti farmakoekonomiky se přepočítává rok darovaného kvalitního života – QUALY. Kompenzační pomůcky sice život nezachraňují, ale významným způsobem zvyšují kvalitu života. Proč nenajít podobný způsob výpočtu. Lékaři jsou schopni exaktně hodnotit. V praxi se lékař občas setkává se situací, kdy pacient říká „něco“ potřebuje, ale lékař ví, že to „něco“ mu nepomůže. Ve Švýcarsku už je schválen limit na 1 QUALY. Podobnou cestou jdou i Velká Británie a Francie. QUALY zastropuje úhradu a jeho výše odpovídá ekonomické síle dané země.

Mám plné právo nakoupit nákladově neefektivní produkt či službu. Důležitá je hranice mezi tím, co se ještě má hradit ze solidárních prostředků a co již ne. Co se bude ještě hradit, by neměla nastavovat zdravotní pojišťovna, ani odborné společnosti, ale parlament. Pacient musí mít právo si vybrat a seznámit se se všemi možnostmi.

Úhradová vyhláška je protiústavní. Lékaři často nenabízí kvalitu péče, ale to, co jim dovoluje rozpočet nemocnice. Nikde se nedočtete o kvalitě. Jediné, co vím je „jaký je limit.“

**Co bych očekával od systému jako lékař?** Stanovení kvalitativního standartu, který podloží certifikátem na bezpečnost a funkčnost. Lékař neví, jaké všechny prostředky existují a ani je bezprostředně nezná.

Důležité je sledovat kvalitativní parametry a funkčnost. Kolikrát ani pacient nezná všechny prostředky bezprostředně, dá na doporučení lékaře.

**Spolupráce odborných společností a pacientských organizací.** Ze vzájemné spolupráce se přijde na řadu nových podnětů, které se v ambulanci nezjistí. Člověk si je neuvědomí. Máme zájem spolupracovat. Medicína je tady kvůli pacientům, bez medicíny by pacient šanci neměl. Emancipace dnešních pacientů díky dostupným zdrojům informací na internetu. Jsou relevantní? Důležitý je vzájemný respekt.

## Závěrečné shrnutí:

- **Pacient má právo** dozvědět se o nevhodnějším dostupném ZP, který je pro něho individuálně vyhovující. Toto se bohužel zpravidla dozví pouze od dobře fungující pacientské organizace. Pokud neexistuje organizace zaměřená na jeho „diagnózu“, nebo se na ni neobráť, je de facto neinformován, v lepším případě je informován nedostatečně, neboť:
- Lékař a ošetrovatelský personál nemají snadný přístup k informacím (o produktu a jeho „kvalitě“, vč. Klinických přínosů, individuální vhodnosti, apod.), které by mu umožnily poskytnout **objektivní doporučení** konkrétního prostředku. V běžném provozu navíc postrádají dostatečnou kapacitu na poučení samotné.
- Je nutné **posílit roli pacientských organizací** a toto ošetřit zákonem.
- Velkou otázkou zůstávají reálné (a politické) **možnosti financování a spolu-financování**.
- Je zapotřebí podpořit dobře fungující přístupy, jako jsou **HTA, Farmako-ekonomika a EBM** (Evidence-Based Medicine), pro účelné vynakládání prostředků. Základní certifikace ZP hovoří pouze o splnění administrativního minima, nutného pro uvedení ZP na trh.
- Stejně tak je nutné definovat, **u kterých ZP je účelné a potřebné tyto přístupy využít** pro rozhodnutí o úhradě a kde se nabízí spíše cesta definování „fixní“ úhrady, s možností spoluúčasti pacienta.
- Jakkoliv je toto téma kontroverzní, musíme umět definovat sumu, kterou jsme schopni a ochotni vynaložit na 1 rok kvalitního života, z veřejných zdrojů tak, jak je tomu v některých zemích (např. **QUALY** limit ve Švýcarsku). Kvalifikovaný odhad, relevantní ekonomické realitě ČR by se přitom mohl pohybovat okolo 0,5 - 1,0m Kč.