



AmCham
Health Care
Council

Screeningové programy efektivně a účinně. Jak na to?

diskuse dne 23. června 2022, 15.30-17.00
v prostorách Americké obchodní komory v ČR,
Dušní 10, Praha 1

za účasti náměstka ministra zdravotnictví ČR Bc. Josefa Pavlovce, MUDr. Jitky Vojtové, MBA, MUDr. Vladimíra Kučery, MUDr. Aleny Šteflové, Ph.D, MPH, MUDr. Petra Šubrta, MUDr. Martina Holcáta, MBA, PhDr. Karla Hejduka, MUDr. Ladislava Hadravského, Ph.D. a MUDr. Jozefa Čupky, MPH.

Setkání zástupců veřejného a soukromého sektoru, která pravidelně pořádá Americká obchodní komora v ČR (AmCham), si kladou za cíl diskutovat možnosti spolupráce v oblasti prevence neinfekčních chronických onemocnění, zejména v oblasti onkologických a kardiometabolických, a také v oblasti digitalizace systému zdravotnictví ČR. Již z minulých setkání „Jak zabránit tsunami chronických onemocnění I“¹, „Jak zabránit tsunami chronických onemocnění II“², „Digitalizace jako cesta ke zlepšení a zefektivnění prevence, léčby a následné péče“³ a „Jak zabránit tsunami chronických onemocnění III“⁴ vyplynula řada doporučení a možné oblasti spolupráce napříč systémem zdravotnictví ČR (viz link na stránky AmCham).

Nejčastější příčinou smrti v ČR i nadále zůstávají nemoci oběhové soustavy, které se v roce 2017 podílely na úmrtnosti 40,1 % u mužů a 45,6 % u žen a v roce 2019 42,6% u mužů a 46,5% u žen⁵. V roce 2020 kromě Covidu-19 k celkové nadúmrtosti přispěly nejvíce nemoci oběhové soustavy. Diskuse „Screeningové programy efektivně a účinně. Jak na to?“, která se konala dne 23. června 2022, se proto zaměřila na oblast prevence kardiovaskulárních onemocnění, rizikové faktory jejich vzniku a existující screeningové programy.

Oblast optimalizace prevence je součástí strategického dokumentu Zdraví 2030. Plátcí zdravotní péče nabízejí pojištěncům aplikace a podporu v oblasti zdravého životního stylu, ale nadále existuje skupina, která o své zdraví nepečuje. V rámci preventivních prohlídek u praktických lékařů získáváme řadu dat, ale umíme tato data správně interpretovat a překlomit do dalších navazujících kroků v oblasti prevence, léčby a následné péče?

Pacient by měl rozumět tomu, proč se má starat o své zdraví a tomu, že je za své zdraví odpovědný. Pacienty s vysokým rizikem vzniku kardiovaskulárního onemocnění lze o riziku jeho vzniku informovat, edukovat a včasné léčit. Lze se v oblasti kardiovaskulárních onemocnění poučit z onkologie a definovat kritéria pro záchyt rizik vzniku kardiometabolického syndromu, např. v rámci Národního screeningového programu kardiovaskulárních onemocnění? Pokroku lze dosáhnout zejména spoluprací Ministerstva zdravotnictví ČR, plátců zdravotní péče a odborných společností. Důležitou roli hraje také použití aplikací a digitálních nástrojů k aktivnímu kontaktu s jednotlivcem a ostatními součástmi systému zdravotnictví. Účastníci se shodli, že je potřeba lepšího vyhodnocení, lepší organizaci a lepší úhradu edukace v této oblasti.

Souhrn diskuse

Bc. Josef Pavlovic, náměstek ministra zdravotnictví ČR informoval o aktuálně probíhajících činnostech a legislativní aktivitě. Potvrdil také důležitost aktivní komunikace s občany, včetně využití aplikací plátců zdravotní péče, s cílem zvyšování účasti na programech prevence a zájmu jednotlivce mít k dispozici přesné informace o svém zdravotním stavu.

¹Jak zabránit tsunami chronických onemocnění I: http://www.amcham.cz/files/uploads/Publication/64/AmchamPanelDiscussionOnPrevention_18_5_2021.pdf

²Jak zabránit tsunami chronických onemocnění II: http://www.amcham.cz/files/uploads/News/10218/13102021_Jak_zabranit_tsunami_chronickykh_onemocneni_II_1.pdf

³Digitalizace jako cesta ke zlepšení a zefektivnění prevence, léčby a následné péče: http://www.amcham.cz/files/uploads/News/10355/06122021_AmCham_Digitalizace_souhrn.pdf

⁴Jak zabránit tsunami chronických onemocnění III: http://www.amcham.cz/files/uploads/News/10605/21032022_Jak_zabranit_tsunami_chronickykh_onemocneni_III_souhrn.pdf

⁵Zdravotnická ročenka České republiky, ÚZIS 2017, 2019 dostupné online https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdrroccz_2017.pdf a <https://www.uzis.cz/res/f/008381/zdrroccz2019.pdf>

MUDr. Jitka Vojtová, MBA, zdravotní ředitelka Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP) představila data o účasti pojištěnců na screeningových programech. OZP nabízí 8 programů pod značkou STOP. Digitálním nástrojem pojišťovny je již 10 let Vitakarta <https://www.ozp.cz/elektronicka-komunikace/informace/vitakarta-online-informace>.



MUDr. Vladimír Kučera, vedoucí oddělení revize zdravotních služeb, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZP Škoda) zmínil, že ZP Škoda realizuje pilotní program stratifikace rizika kardiovaskulárních onemocnění ve spolupráci s nemocnicí Na Homolce. Svým pojištěncům nabízí také program a aplikaci Karta mého srdce <https://www.zpskoda.cz/pro-pojistence/karta-meho-srdce>. Obecně náklady vynaložené na screening a prevenci jsou oproti nákladům péče o jednotlivce s diagnózou mnohonásobně nižší.

MUDr. Ladislav Hadravský, Ph.D., vedoucí oddělení revizních činností a léčiv Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra (ZP MV ČR), uvedl, že ZP MV ČR klade velký důraz na prevenci. Zanedbáváním prevence pojištěnec zbytečně vyčerpává prostředky ze základního fondu veřejného zdravotního pojištění na léčbu onemocnění, kterému se dalo předejít. Pro oslovení i těch pojištěnců, kteří doposud nejsou pozitivně ovlivněni osvětou, edukací a dosavadními preventivními a screeningovými programy ZP MV ČR zahájí další motivační nástroj, a to v podobě finančního bonusu např. ve výši 250 Kč za každou skutečně provedenou preventivní prohlídku a za každé hrazené provedené screeningové vyšetření. Tento bonus bude pojištěnci hrazen z Fondu prevence a pojištěnec jej bude moci čerpat např. na sportovní aktivity apod.

MUDr. Alena Štefllová, Ph.D., MPH, odborná asistentka Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK, členka Stálého výboru WHO Evropského regionu, Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. se zaměřila na mezinárodní doporučení v oblasti prevence neinfekčních chronických onemocnění, strategický rámec Zdraví 2030, koncept center prevence a data týkající se české populace, včetně motivace k účasti na programech prevence a zdravotní gramotnosti. *V oblasti prevence chybí standardizace postupů, jsou nedostatečné kapacity pro provádění podpory zdraví, nezdravotnické profese v oblasti edukace, zejména v oblasti pohybu. Role praktického lékaře je jednoznačná a měl by mít větší možnost věnovat se pacientovi v oblasti životního stylu, současný systém však nenabízí možnost tyto pacienty odesílat. Idea revize obsahu programů prevence nemá za cíl ničit to, co již existuje, ale kultivovat a zvýšit efekt prevence i z hlediska vynaložených finančních prostředků.* Zdravotní gramotnost je práce s informací o zdraví a vlastním zdravotním stavu. Pandemie Covidu a mediální kampaň s ní související paradoxně zvýšily zdravotní gramotnost obyvatel ČR o 12 procentních bodů, zejména ve skupině seniorů. Pacient si pamatuje v průměru pouze 25% ze sděleného v rámci návštěvy lékaře. *Až 79 % lidí souhlasí s tím, že by pojišťovny měly mít možnost zvýhodnit snížením odvodů na pojistném ty pojištěnce, kteří se chovají odpovědně ke svému zdraví.* Pouze 10 % české veřejnosti se staví proti tomuto konceptu. Připomněla také www.nzip.cz jako národní portál pro ověřené informace garantované odbornými společnostmi, vytvořený ve spolupráci s patientskými organizacemi. Zaměstnavatelé mají v oblasti prevence velký potenciál. Pilotními projekty lze kultivovat to, co již existuje. Nabízí se i možnost využít zahraničních dotačních programů. Např. Program EU4Health podporuje dobrou praxi a spolupráci. Např. Slovinsko má centra prevence pro praktické lékaře, Španělsko se zaměřuje na zlepšení kontaktu lékař-pacient díky využití digitálních nástrojů místo návštěvy ordinace a stratifikaci pacientů pro jejich cílenou dispenzarizaci.

Mezinárodně doporučené oblasti vedoucí k redukcí předčasných úmrtí na NCD

Klíčové směry ke snížení NCD zátěže na základě rozhodnutí na Valném shromáždění OSN z r.2011, pro které je stanoveno 25 indikátorů reportovaných zeměmi pro sledování pokroku

1. Prevence a kontrola diabetu a obezity
2. Kontrola krevního tlaku jako prevence kardiovaskulárních onemocnění a iktu
3. Snížení příjmu soli
4. Zvýšení pohybové aktivity obyvatelstva
5. Omezení kouření
6. Omezení nadměrné konzumace alkoholu

Cestou primární a sekundární prevence, odborným poradenstvím a zajištěním dostupnosti moderních technologií a léků (Přístup One Health Risk)

Téma k diskusi

Dobrá praxe v oblasti komunikace - k lepší motivaci k účasti na screeningu i preventivních prohlídkách

- Co mohou udělat plátcí a co poskytovatele?
- Co je třeba zlepšit v edukaci pacientů?
- Je možné zapojit zaměstnavatele (motivovat zaměstnavatele)?
- Typy projektů Health Promoting Hospital
- Healthy Workplaces, Zdravý podnik, Podpora zdraví na pracovišti
- Podle čeho vyhodnocovat účinnost těchto programů?

PhDr. Karel Hejduk, vedoucí Národního screeningového centra/ÚZIS představil roli centra v hodnocení efektivity screeningových programů. Pilotní projekty NSC realizuje v rámci vyhlášených výzev na úrovni národní a EU, a dále také v souladu s dobrou praxí ze zahraničí. Velká část dospělé populace absolvovalo kontrolu cholesterolu v posledních pěti letech. Problém tedy není ve screeningu, ale v nastavení systému, co dál s pacientem. Pilotní projekt záchytu familiární hypercholesterolemie má za cíl ověřit cíle a provést ekonomické analýzy. V oblasti motivace zmínil možnou cestu ke zvýšení účasti na onkologickém screeningu u jedinců, kteří nereagovali na výzvy k účasti dopisem, a to zasláním samoodběrového testu (příklad testu na okultní krvácení), účast ve screeningu se oproti samotné výzvě zvýšila. Také je zde možnost zvaní digitálními nástroji a využití behaviorálních principů. Když zve lékař, má to vyšší efekt, než když zve pojišťovna. Je zde také možnost zavedení tzv. *screening days* – pokud se zaměstnanec zúčastní, dostal by na to placené volno. V oblasti screeningu kardiovaskulárních onemocnění lze přemýšlet o úpravě stávajícího systému a budování na základech již existujících bloků. Např. v případě screeningu kardiovaskulárního rizika by součástí výkonu byla informace pro pojišťovnu. Lze definovat obsah výkonu, provést kalkulaci HTA pro pojišťovnu a podívat se na efektivitu. Jedná se o horizont několika let a pro využití určitých nástrojů to také může zahrnovat změnu legislativy. Prostřednictvím aplikace by pak pojišťovna mohla komunikovat s pacientem i lékařem. Podmínkou by měly být jasné kroky, které lze hodnotit a compliance pacienta. Také například úpravou ambulantního informačního systému lze sbírat data o rizikových faktorech kardiometabolického syndromu a doporučit lékaři další kroky.

MUDr. Martin Holcát, MBA, náměstek ředitele pro léčebně preventivní péči FN Motol připomněl, že preventivní programy vznikaly od r. 2001 a byly zaměřeny na rizikové skupiny obyvatel. Shrnul aktuální stav screeningu v oblasti kardiovaskulárních onemocnění (1. pilotní projekt záchyt familiární hypercholesterolemie, stanovení LDL cholesterolu, 2. projekt MedPed pro rodiny s familiární hypercholesterolemií, 3. „screening“ u praktických lékařů v rámci preventivních prohlídek – rodinná anamnéza, tlak, hmotnost, LDL cholesterol, atd).

Upozornil také na rozdíl v definici screeningu a prevence. Důležité je také propojení zdravotního se sociálním systémem.

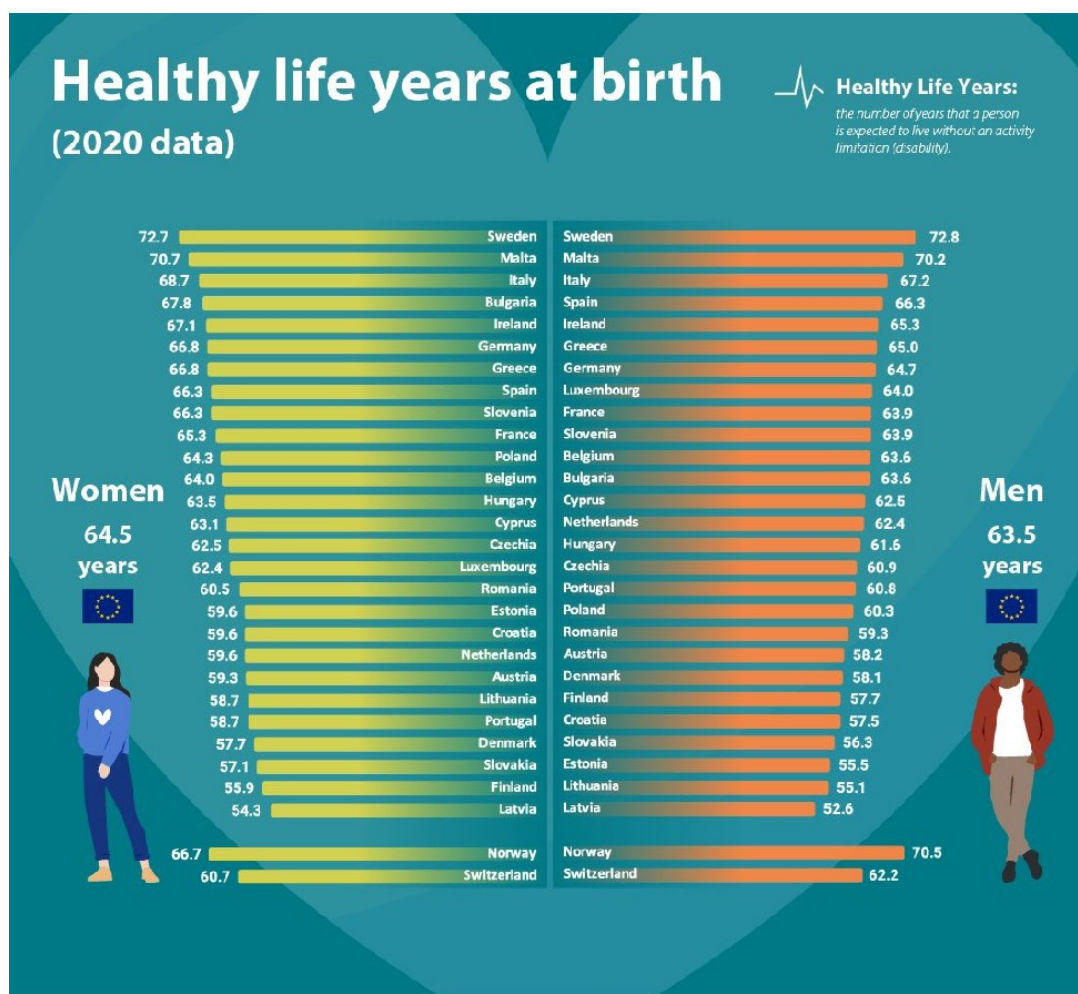
MUDr. Petr Šubrt, místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR potvrdil, že „screening“ u praktických lékařů - rodinná anamnéza, tlak, hmotnost, LDL cholesterol – není oficiálně schváleným screeningem. Jedná se o výkony v rámci preventivní prohlídky. Bonifikace a bonifikační programy jsou pozitivní motivací a ukazují na důležitost prevence, ale do budoucna je ke zvážení jejich úprava, jelikož je zde riziko nesprávného vnímání, že kdo není zapojen, nemusí bonifikované výkony provádět. Přitom tyto výkony by měly být standardem. Ve srovnání s jinými onemocněními (diabetes, demence) u kardiovaskulárních onemocnění edukace není hrazena. Odhad kardiovaskulárního rizika metodou SCORE se v praxi příliš nevyužívá. U adresného zvaní na screeningy jsme možná narazili na strop, ale účast se pomalu zvyšuje. Model efektivity lze vidět u screeningu kolorektálního karcinomu, kdy ČR poskočila z 1. na 18. místo v žebříčku zemí. V oblasti edukace a motivace k účasti na programech prevence upozornil také na pozitivní dopad obrázků (příklad obrázku aterosklerózy umístěného v ambulanci praktického lékaře – průřez zdravou a nemocnou tepnou). Je složité vysvětlovat prevenci člověku, kterého jeho nemoc nebolí. U screeningu kardiometabolického syndromu doporučil začít definicí obsahu výkonu.

MUDr. Jozef Čupka, MPH, Společnost všeobecného lékařství zmínil možnost zjišťování cévního věku v populaci (pokud věk cév neodpovídá věku člověka, lze to hodnotit jako rizikový faktor). U krajských center prevence narážíme na riziko, že pacienti odeslaní z periférií se už nedostaví a raději by absolvovali vyšetření u svého praktického lékaře nebo v dané lokalitě. Řešením by proto mohla být lokální menší centra prevence na periférii, včetně nutričního a pohybového poradce. Zmínil také skutečnost, že u obezity neexistuje program a postup, co dál s pacientem. U obezity jako diagnózy lze provádět monitoring a bonusy. Také zmínil důležitost spolupráce s odbornými společnostmi a zvyšování zdravotní gramotnosti populace. V rámci zadání preventivních programů je lipidogram prováděný každých 10 let, i když praxe probíhá jinak. V oblasti screeningu kardiovaskulárních nemocí nastínil také otázku, zda lze použít fondy EU.

Závěr

Účastníci diskuze se shodli na tom, že je vhodné zahájit spolupráci na tomto tématu se zástupci dalších odborných společností, zejména kardiologické, a stanovit cíle screeningového vyšetření rizik vzniku kardiovaskulárních onemocnění v populaci, které budou odpovídat klinickým doporučeným postupům.

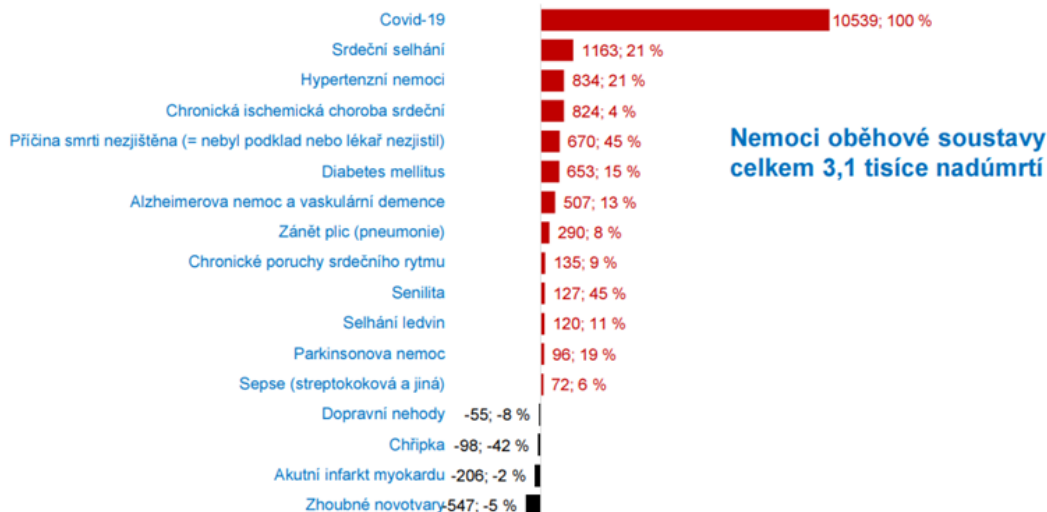
Návrh dokumentu k připomínkám připraví PhDr. Karel Hejduk ve spolupráci s MUDr. Petrem Šubrtem. Další pracovní setkání za účasti zástupců dalších odborných společností proběhne v září 2022. Je preferován formát pracovní skupiny.



ec.europa.eu/eurostat

Kromě covidu-19 k celkové nadúmrtnosti přispěly nejvíce nemoci oběhové soustavy

Nejvyšší počet nadúmrtí/pokles počtu zemřelých v roce 2020 při stejné úmrtnosti jako byla v roce 2019 a meziroční procentní změna*



*Metoda nepřímé standardizace, kdy míry úmrtnosti v pětiletých věkových skupinách na dané příčiny smrti z roku 2019 jsou aplikovány na věkové složení v roce 2020 (teoretické počty zemřelých jsou tak očištěné od vlivu změn věkového složení (stárnutí))