

KOLIK STOJÍ ZDRAVÍ

Vyplatí se ve výsledku dražší lék, nebo ten levnější, který ale může způsobit chronické problémy? I to řeší ekonomie zdravotnictví. Obor, který v Česku téměř neexistuje

Pavla Hubálková

archiv



„Ekonomie zdravotnictví není jen o penězích, zabýváme se i souvisejícími aspekty nemocí a zdraví – od nákladů na péči a ceny léků přes kapacity systému, počítání, jak lidem dlouho trvá, než se dostanou k lékaři, či jak určitá terapie může zlepšit kvalitu života. Zajímá nás vše, kde jsou čísla,“ říká Jakub Hlávka, který se ekonomii zdravotnictví věnuje na University of Southern California v Los Angeles.

Základem oboru je analýza dat. „Naším úkolem je propojovat data z různých zdrojů a dozvídat se informace, které nejsou na první pohled patrné. Když nemáte data a například nevíte, zda se liší dostupnost péče v regionech, nemůžete nic měnit či zlepšovat,“ vysvětluje.

Cenným zdrojem informací bývají klinické studie, jejich nevýhodou však je, že někdy nejsou reprezentativní – málo se z nich dozvíme o menšinách, různých věkových skupinách či rozdílech mezi muži a ženami. Dalším zdrojem dat jsou klinické registry, kde se shromažďují informace o pacientech – v Česku máme

Jakub Hlávka působí již téměř deset let ve Spojených státech, kde se zabývá ekonomikou zdravotnictví. V blízké době se ale chce vrátit a rozvinout tento obor i v Česku.

například jeden z nejlepších registrů zaměřených na stárnutí a rozvoj Alzheimerovy choroby v celé Evropě. Řadu dalších údajů týkajících se životního stylu či prevence sbírají pojišťovny či přímo vědci v rámci výzkumů.

„Jedním z častých mýtů je, že drahá péče je vždy špatně. U některých nemocí se i velmi drahá léčba ve výsledku vyplatí více než jiná, na první pohled levnější, která ale může přinést řadu chronických problémů a negativně ovlivní výslednou kvalitu života. Vždy musíme počítat celoživotní náklady a získané benefity, a to nejen pro pacienta, ale i pro společnost,“ zdůrazňuje Hlávka.

Česká výzva

„V Americe jsem téměř deset let, získal jsem zde vzdělání, akademické i profesní zkušenosti – mohl bych tu zůstat, ale

Co nás čeká v roce 2050

1/3

Podíl obyvatel starších 65 let vzroste ze současné sedminy zhruba na třetinu, což přinese velké ekonomické zatížení obyvatel ve středním věku.

+10 let

Do roku 2050 vzroste průměrný věk zhruba o deset let, tedy na 48–50 let.

-8%

Podíl obyvatel v aktivním věku klesne ze současných 64 procent zhruba na 56 procent.

2×

Počet Čechů trpících Alzheimerovou chorobou se v roce 2050 podle odhadů zdvojnásobí, ze současných 150 tisíc na 280 tisíc, z nichž 63 procent budou ženy.

V Česku máme špičkové odborníky, ale chybí platforma, která by je propojila a umožnila strategické plánování – nyní jen chaoticky řešíme, co bude příští týden.

dává mi větší smysl vrátit se do Česka, kde ekonomie zdravotnictví jako obor téměř neexistuje. Vnímám rezervy českého prostředí, přesto věřím, že bych mohl pomoci," popisuje další plány Jakub Hlávka, který již spolu s kolegyní Rozálií Horkou založil Iniciativu pro efektivní zdravotnictví.

Od počátku mají podporu odborníků i zástupců státního i soukromého sektoru. Na základě rozhodování založeného na datech chtějí společně nastavit budoucí směřování českého zdravotnictví. „V Česku máme špičkové odborníky, ale chybí platforma, která by je propojila a umožnila strategické plánování – nyní jen chaoticky řešíme, co bude příští týden. Pokud se nám podaří spojit ty nejlepší, máme šanci na úspěch a změnu," míní Hlávka.

Vždy musíme počítat celoživotní náklady a získané benefity, a to nejen pro pacienta, ale i pro společnost.

Podle Hlávky by hlavní prioritou českého zdravotnictví měla být investice do prevence. „Češi nežijí zdravě a očekávají, že jim systém poskytne péči v momentě, kdy se objeví problémy. Jenže to je již dost často pozdě.“

Česká republika do prevence investuje méně než půl procenta zdravotnického rozpočtu, pro srovnání, jiné rozvinuté země až dvě procenta. „Inspirací nám může být například Skandinávie a další západní země, kde jsou lidé formou nejrůznějších benefitů odměňováni a motivováni ke zdravému životnímu stylu. Prevence je investice s nejvyšší návratností," zdůrazňuje ekonom zdravotnictví.

Neumíme komunikovat

Druhou zásadní slabinou českého zdravotnictví je komunikace. „Máme vysokou úroveň lékařského vzdělávání – čeští lékaři jsou odborně velmi dobře připravení, ale nikdo je neučí, jak komunikovat s pacienty," říká Hlávka a dodává, že stejně špatná a chaotická je komunikace i na systémové úrovni, což se naplno projevuje od počátku koronavirové pandemie. Stejně tak bychom měli klást větší důraz na celoživotní vzdělávání lékařů a odbornou osvětu – někteří starší lékaři totiž bývají k novým lékům či postupům skeptičtí.

„Jsme již pokročilá ekonomika – máme čas a peníze tyto věci řešit. Sice se jedná o změny mimo samotnou klinickou praxi, ale právě ty dostanou zdravotní péči na zcela novou kvalitativní úroveň a výrazně zvýší kvalitu života pacientů," míní Hlávka.

S tím úzce souvisí i vztah mezi lékařem a pacientem. „V Česku stále někdy přetrvává určitá nadřazenost lékařů – lékař je vnímán jako autorita, která pacientovi nařídí, co má dělat, když ale nezohlední pacientovu situaci a motivaci, pacient se necítí zapojen, nebude spolupracovat a to nikdy nepovede k dobrým klinickým ani ekonomickým výsledkům," upozorňuje Hlávka, podle kterého by mohla pomoci digitalizace, která by lékařům ušetřila čas, který teď věnují administrativě místo pacientům. „Zdravotnický systém se může zdát neprostopupný, ale tvoříme ho my všichni a záleží na každém z nás, co budeme vyžadovat či tolerovat. A čím déle budeme na změny čekat, tím dražší to bude a dosáhneme horšího výsledku," apeluje Hlávka. *

Autorka je spolupracovnicí redakce, působí na Univerzitě Karlově

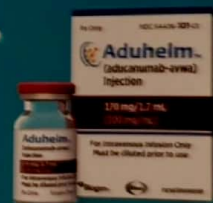
Lék na Alzheimerovu chorobu

Jakub Hlávka se v jednom ze svých výzkumných projektů zaměřuje na stárnutí populace především v kontextu Alzheimerovy choroby. „Studujeme dopady nemoci a případných nových léčiv nebo terapií na pacienta samotného, ale i na jeho rodinu – odhadujeme, kolik hodin musí věnovat příbuzní péči v různých fázích nemoci, co to pro ně obnáší z hlediska rodinných výdajů, ale i času, vztahů a kvality života.“

Největší nadějí jsou léky, které by se začaly podávat v raných fázích nemoci, kdy ještě nedošlo k projevu klinických příznaků – několik takových léčiv je aktuálně ve fázi klinického testování. „K tomu ale potřebujeme pošnou preventivní diagnostiku. Z našich studií vyplývá, že nejvhodnější by byla kombinace krevních a kognitivních testů," říká Hlávka. Včasná diagnostika je v současnosti problém – většina pacientů je diagnostikována až v pozdějších fázích nemoci, kdy již došlo k poškození mozku. Kromě dostupnosti takových testů ekonomové zdravotnictví řeší například i to, jak je dostat k lidem, kteří nechodí na pravidelné preventivní prohlídky.

Kontroverzní Aduhelm

V USA byl nedávno schválen první lék na Alzheimerovu chorobu, který od počátku budí značné kontroverze.



Výsledky klinických testů totiž spolehlivě neprokázaly, že skutečně dochází ke zlepšení zdravotního stavu pacientů. Firma Biogen, která produkt vyrábí, ale oponuje, že záleží na stadiu onemocnění. Schválení je tak podmíněno dalšími klinickými testy. „Léčba Aduhelmem stojí až 56 tisíc dolarů (1,7 milionu korun) ročně, ale benefity pro pacienta odhadujeme na zlomek této částky. Objevila se proto kritika, že farmaceutická firma nastavila příliš vysokou cenu. Uvidíme, co přinesou další klinické testy," komentuje Jakub Hlávka. Odborníci ale schválení prvního léku na Alzheimerovu chorobu považují za přelomové a věří, že to urychlí další výzkum a schválení dalších léků.