

Tab. 5. Počty komplikací a náklady na jejich léčbu u pacientů s CKD

CKD	Počet událostí (ročně) v současném stavu	Počet událostí (ročně) v ideálním stavu	Rozdíl	Roční náklady v současném stavu	Roční náklady v ideálním stavu	Rozdíl
Zhoršení nefropatie	1710	1114	596	42 253 018 Kč	27 524 795 Kč	14 728 223 Kč
Konečné ledvinné selhání	1166	878	287	877 277 112 Kč	661 043 786 Kč	216 233 327 Kč
Úmrtí z renálních příčin	61	61	1	4 893 802 Kč	4 848 757 Kč	45 046 Kč
Úmrtí z kardiovaskulárních příčin	1317	1046	271	134 228 251 Kč	106 593 694 Kč	27 634 557 Kč
Nefatální infarkt myokardu	1243	1106	137	131 041 828 Kč	116 558 672 Kč	14 483 156 Kč
Nefatální cévní mozková příhoda	689	752	-62	131 631 804 Kč	143 499 497 Kč	-11 867 693 Kč
Hospitalizace pro srdeční selhání	986	749	238	73 147 820 Kč	55 529 249 Kč	17 618 571 Kč
Úmrtí z jiných než kardiovaskulárních nebo renálních příčin	653	518	135	43 978 365 Kč	34 910 120 Kč	9 068 245 Kč
CELKEM	—	—	—	1 365 304 180 Kč	1 094 979 320 Kč	270 324 860 Kč

typu a chronického onemocnění ledvin je finanční ztráta způsobena suboptimální farmakoterapií 270 mil. Kč/rok.

Tyto tři částky nákladů na zdravotní péči nelze jednoduše sečíst, protože pacienti často trpí souběhem komorbidit. Například téměř jedna třetina pacientů s ASCVD má zároveň srdeční selhání a/nebo CKD, přes čtyři pětiny pacientů se srdečním selháním trpí zároveň CKD a/nebo ASCVD a přes dvě třetiny pacientů s CKD má navíc srdeční selhání a/nebo ASCVD.

Diskuze

Je třeba zdůraznit, že se jedná o modelovou analýzu, která kombinuje údaje z několika zdrojů různé kvality a heterogenity. Nejedná se o prospektivně sbíraná data ani o údaje z jednoho longitudinálního zdroje, kterým by mohl být například v ideálním případě diabetický registr s 30letým sledováním na úrovni individuálních pacientů a čerpání zdravotní péče. Aby mohla modelová analýza vzniknout, bylo nutné kombinovat administrativní data zdravotních pojišťoven, která jsou primárně sbírána za účelem proplácení zdravotních služeb. Tato data umožňují populační národní pohled na penetraci moderních antidiabetik v jednotlivých diagnózách, pokud je tato řádně uvedena.

Výsledky poskytují izolovaný pohled epidemiologický a nákladový na orgánové komplikace, které jsou moderní třídy antidiabetik schopny preventovat na základě silné klinické evidence. Nejedná se o cost-of-illness studii, ani analýzu nákladové efektivity, jen zúžený pohled na výskyt a přímé náklady orgánových komplikací. Do analýzy například nebyly zahrnuty náklady zdravotních pojišťoven, které by vznikly při vyšší proléčenosti cílových skupin pacientů. Cílem nebylo ani kalkulovat poměr nákladů a přínosů, protože tyto analýzy již byly provedeny, zhodnoceny státními autoritami (SÚKL) a na jejich základě byly vyhodnoceny jako nákladově efektivní.

Prvním zjištěním naší datové a modelové analýzy je velmi nízká proléčenost diabetiků 2. typu s existujícími komorbiditami (ASCVD, HF, CKD) lékovými skupinami, které by dle guidelines měly být základním stavebním kamenem jejich farmakoterapie. Celých 85 % ASCVD pacientů je bez optimální léčby, stejně tak 76 % pacientů se srdečním selháním a 74 % pacientů se zjištěným CKD. Analýza vychází z administrativních dat, která pokrývají vykázanou zdravotní péči, a je velmi pravděpodobné, že počty a přesnost diagnóz nejsou v těchto datech

optimální a je nutné počítat s nižším reportováním oproti realitě. Tento fakt ale neumenšuje význam nízkého podílu doporučené farmakoterapie u vykázaných diagnóz (míra vykazování farmakoterapie je naopak podle datových zdrojů spolehlivá). Jen musíme opatrně hodnotit počty pacientů s vykázanými diagnózami ve smyslu reprezentativní prevalence daných onemocnění.

Jednoznačně procenta pacientů s diabetem 2. typu a již přítomnými orgánovými komplikacemi, kteří nedostávají doporučenou farmakoterapii, jsou alarmující. Analýza příčin tohoto stavu by vyžadovala další datové zdroje a průzkum v terénu. Na této situaci se může podílet mnoho faktorů od nedostatečné edukace ohledně aktuálních doporučení, nízké kapacity ambulantních specialistů nasazovat tuto léčbu až po omezující podmínky úhrady (jak indikační, tak preskripční omezení) nebo finanční limity ze strany zdravotních pojišťoven.

Je zřejmé, že nelze v reálné klinické praxi očekávat 100% adherenci k doporučené léčbě. Pacienti mohou mít kontraindikace nebo trpět nežádoucími účinky. Zjištěná proléčenost by ale nepochybně měla být signifikantně vyšší, protože uvedené lékové skupiny, pokud jsou hrazené, prokázaly nákladovou efektivitu, případně dosáhly finančních dohod se zdravotními pojišťovnami a měly by být indikovaným pacientům dostupné.

Analýza má své limity, které vychází z povahy administrativních dat, která neumožňují podrobnější stratifikaci patientských kohort nad rámce parametrů, které jsou vykazovány zdravotním pojišťovnam. Nebylo tedy možné detailněji rozdělit pacienty na podskupiny v rámci daných diagnóz, například podle hodnoty ejekční frakce u srdečního selhání nebo stadia chronického onemocnění ledvin.

Výhodou práce je naopak snaha o populační pohled umožněný analýzou dat pokrývající 10% vzorek populace diabetiků 2. typu v ČR, který je již možné považovat za reprezentativní.

Závěr

Navzdory určitým metodickým limitacím zůstává závěr analýzy jednoznačný. I přes přítomnost antidiabetik z lékových skupin s nejsilnější formou evidence na trhu u úhradovém systému není dostatečně využito jejich potenciál a proléčenost rizikových skupin je nízká. Výsledkem je zbytečně vysoká nemocnost, výskyt zdravotních komplikací a ekonomická zátěž systému veřejného zdravotního pojištění.