

JE MOŽNÉ OČAKÁVAŤ OD „DISEASE MANAGEMENT PROGRAM“ KVALITNÚ, EKONOMICKY VÝHODNÚ STAROSTLIVOSŤ O DIABETIKOV 2. TYPU?

Valerien Sulik¹, Boris Krahulec²

¹ Ambulancia internistu, Aichstetten, Nemecko

² II. interná klinika LF UK a FNsP, Nemocnica Staré Mesto, Bratislava

Diabetes mellitus je pomerne časté a ekonomicky veľmi nákladné ochorenie. Je preto nutné zamyslieť sa nad možnosťami zníženia nákladov na liečbu diabetikov. Ekonomické náklady na diabetes mellitus korelujú s metabolickou kompenzáciou, pri dobrej metabolickej kompenzácií výrazne klesá vznik a vývoj chronických komplikácií. Na podklade dodržiavania bežne akceptovaných odporúčaní, ktoré sú založené na základe „medicíny založenej na dôkazoch“ bol vytvorený v Nemecku „Disease management program“, zavedený do praxe v roku 2002. Stredobodom programu je taká starostlivosť o pacienta, ktorá mu zabezpečí čo najlepší zdravotný stav pri čo najnižších ekonomických nákladoch. Momentálne je v programe asi 1/5 všetkých diabetikov v Nemecku, ale v praxi lekára-internistu sa nateraz neukazujú jeho pozitívne výsledky.

Kľúčové slová: diabetes mellitus, ekonomika, disease management program.

IT IS POSSIBLE TO AWAIT FROM „DISEASE MANAGEMENT PROGRAM“ PROFESSIONAL, ECONOMICAL PROFITABLY CARE OF DIABETICS 2. TYPE?

Diabetes is a frequent disease with high economical burden. Therefore is necessary to manage diabetic patient as cheap as possible. Medical care costs of diabetes are in good correlation with glycemic control and good glycemic control leads to prevention of chronic diabetic complications. Practical guidelines for management of diabetes, based on evidence based medicine, are the basic strategy for creation of „Disease Management Program“, which was introduced in Germany in the year 2002. Aim of this program is management of diabetics to controlling costs by preventing complications. One fifth of diabetics in Germany are involved in this program at the moment, but in the practice of German internal medicine doctor are not visible positive results of this program, yet.

Key words: diabetes mellitus, costs, disease management program.

Via pract., 2007, roč. 4 (10): 482–483

Je všeobecne známy nárast počtu ochorení na diabetes mellitus, najmä v poslednom období a očakáva sa významný nárast (najmä v rozvojových krajinách) v blízkej budúcnosti. To všetko kladie enormné ekonomické požiadavky na liečbu pacientov. Na Slovensku máme v súčasnosti registrovaných približne 5,3 diabetikov na 100 000 obyvateľov. Priemerná cena liekov na 1 pacienta na Slovensku sa v roku 2005 odhadla na cca 8 462 Sk (232 Euro). Diabetes mellitus zaujíma 4. miesto v priamych nákladoch na lieky (antidiabetiká). Keď si uvedomíme polymorbiditu diabetikov, ktorí majú vysoký výskyt ischemickej choroby srdca, hypertenzie (lieky na tieto dve choroby sú v priamych nákladoch pred antidiabetikami) a iných komplikácií, dostávame obraz vysokej nákladnosti ich liečby (1). Je preto nutné zamyslieť sa nad možnosťami zníženia nákladov na liečbu diabetikov.

Jednoznačne sa ukázal ekonomický prínos dobre vedenej liečby diabetikov. Podstatným faktorom sa tu ukazuje zlepšenie metabolickej kompenzácie pomocou monitorovania glykovaného hemoglobínu. Ekonomické náklady na diabetes mellitus korelujú s metabolickou kompenzáciou (2). Dobrou metabolickou kompenzáciou výrazne znížime vznik a vývoj chronických mikrovaskulárnych komplikácií, preuká-

zateľne však aj makroangiopatických komplikácií. Predĺžime aj život pacientov a zlepšime jeho kvalitu (3). V konečnom dôsledku to znamená aj zníženie ekonomických nákladov na liečbu (4).

Diskutuje sa, či je efektívnejšie vynakladať finančné prostriedky skôr do primárnej, sekundárnej alebo terciárnej prevencie diabetu. Primárna prevencia vedie cez spoločenské programy zdravého životného štýlu (zníženie telesnej hmotnosti obmedzením kalorického príjmu a telesným cvičením), ktoré sú účinné, ale veľmi ťažko realizovateľné (5). Terciárna prevencia, t. j. liečba ťažkých chronických komplikácií, napr. dialýzou, síce nepochybne predlžuje život pacientov, ale ekonomické analýzy takejto prevencie sú zatienené humanitárnymi úvahami. Hromadia sa dôkazy, že sekundárna prevencia vzniku a rozvoja diabetických komplikácií má nateraz najväčší význam, pričom z ekonomickej perspektívy sa vyplatí použiť náročnejšiu intenzifikovanú liečbu. Týmto postupom sa zlepšuje kvalita života, predlžuje sa život diabetikov a znižujú sa aj ekonomické náklady (1, 6). Je všeobecne známe, ako ťažko sa dosahuje dobrá metabolická kompenzácia diabetu. Príčinou sú aj nízke vedomosti pacientov o svojej chorobe (7). Je preto dôležité venovať čas edukácii pacientov, ktorá je základom modernej liečby diabetes mellitus a má

celkom evidentný ekonomický prínos (8, 9). Okrem toho je potrebné venovať pozornosť pravidelnému skríningu komplikácií diabetu, pretože ich včasný záchyt má veľký ekonomický dosah, ako ukázali aj výsledky St. Vincentskej deklarácie (10).

V snahe skvalitniť liečbu pacientov sa zavádzajú odporúčania, ktoré sa stále aktualizujú podľa rýchlo postupujúcich nových poznatkov (11, 12). Na podklade dodržiavania bežne akceptovaných odporúčaní, ktoré sú založené na podklade „medicíny založenej na dôkazoch“ bol vytvorený v Nemecku „Disease management program“ (DMP) a zavedený do praxe v roku 2002. Tento štruktúrovaný program poskytovania zdravotníckej starostlivosti, ktorý bol vyvinutý začiatkom 90-tych rokov v USA s cieľom cielenejšieho a úspešnejšieho ovplyvnenia choroby, je definovaný ako systematický prístup ku zdravotnému stavu alebo zdravotníckym zákrokom, ktorý združuje preventívne i liečebné prístupy počas trvania starostlivosti a ktorý hodnotí výsledky na úrovni populácie a nie jednotlivca (13). V praxi nemeckého zdravotníctva to znamená organizačný poriadok medicínskej starostlivosti o diabetika, ktorý zabezpečuje medicínske procesy koordinácie a aktuálne adekvátnej optimalizácie celkového priebehu ochorenia. Stredobodom programu je taká starostlivosť

o pacienta, ktorá mu zabezpečí čo najlepší zdravotný stav pri čo najnižších ekonomických nákladoch v Nemecku. Po jeho zavedení sa zvýšili dotácie poisťovní za každého pacienta, ktorý je v ňom registrovaný (z 3 214 na 4 300 Euro). Momentálne je v programe asi 1/5 všetkých diabetikov v Nemecku. Nábor pacienta do DMP znamená viesť podrobné záznamy. Prvá dokumentácia obsahuje okrem anamnézy, aktuálne nálezy, relevantné príhody za posledných 12 mesiacov, aktuálnu liečbu, edukácie, plán sledovania a dosiahnuteľné ciele. Okrem toho sa pacientovi vysvetlí o čo ide, a ten potvrdí podpisom dobrovoľný vstup do DMP. Pacient dostane tzv. zdravotný pas, do ktorého sa zaznamenávajú nálezy a ciele, ako aj ich priebežné plnenie. Na začiatku sledovania sa určí riziko pacienta (stratifikácia) nielen na základe zvýšených hodnôt glykémii, ale aj podľa stavu lipidového spektra, body mass indexu, krvného tlaku, fajčiarskych návykov a iných parametrov. Určenie individuálneho rizikového profilu je dôležité aj pre sledovanie úspechu terapeutických intervencií. Terapeutické stratégie sa odvíjajú od odpovedí na niektoré otázky: Aký konkrétny cieľ sa postaví na kvartál? Aký konkrétny cieľ treba dosiahnuť v tomto roku? Aké nemedikamentózne postupy možno u pacienta aplikovať? Aké medikamentózne postupy sa použijú? V akom poradí sa bude pristupovať k jednotlivým postupom? Po akom čase bude možné zhodnotiť úspech jednotlivých postupov? Čo sa stane ak sa ciele nedosiahnu?

Na formulovanie terapeutických cieľov je potrebné poznať individuálne riziko pacienta. Toto riziko záleží aj na veku, prítomnosti chronických komplikácií diabetu ako aj na komorbiditách. Terapeutickým cieľom je dosiahnuť dlhodobu čo najnižšie riziko pacienta. K tomu je potrebná jeho aktívna spolupráca, poznanie predstavy o živote a očakávania od života. Veľkou pomocou sú edukačné programy pre pacientov zohľadňujúce typ ochorenia a liečby. Tieto edukačné programy musia byť akreditované. S pacientom sa preberajú ciele dosiahnutia glykovaného hemoglobínu, krvného tlaku, telesnej hmotnosti. Formulácia terapeutických cieľov v DMP má byť zameraná na zvýšenie zainteresovanosti pacienta na chorobe; zníženie kardiálneho, cerebrovaskulárneho, končatinového rizika; oddialenie mikrovaskulárnych komplikácií; oddialenie syndrómu diabetickej nohy; prevenciu a terapiu symptómov ochorenia;

minimalizáciu vedľajších účinkov liečby. Pravidelné kontroly u očného lekára, neurológa, nefrológa, chirurga sú súčasťou manažmentu pacienta aj v DMP.

Porovnaním skupín 73 diabetikov 2. typu pred zavedením DMP (v rokoch 2000–2003) a skupiny 162 diabetikov 2. typu po zavedení DMP (v rokoch 2003–2006) liečených v ambulancii lekára-internistu v nemeckom Aichstettene nie je zjavný rozdiel v metabolickej kompenzácií diabetu, ani medzi výskytom mikro- a makroangiopatických komplikácií diabetu medzi oboma skupinami diabetikov na konci uvedených období.

Zdá sa nateraz, že zavedenie DMP vedie k väčšiemu administratívne zaťaženiu zdravotníckeho personálu, ktoré nie je v Nemecku adekvátne finančne zohľadnené. Čo sa ale javí ako dôležitejšie – zdá sa, že tento pracný a administratívne náročný program neprináša žiaduci medicínsko-ekonomický efekt napriek väčším investovaným financiám. Žiada sa ale poznamenať, že obdobie 3 rokov nemusí byť dostatočne dlhá doba na prejavenie sa vplyvu štruktúrovaného postupu v manažmente pacientov s diabetes mellitus 2. typu.

Zdravotná poisťovňa Dôvera na Slovensku zaviedla začiatkom roku 2006 DMP pre chronicky chorých pacientov. Považuje edukáciu a individuálny prístup ku každému chronicky chorému pacientovi za základ úspešnosti, resp. neúspešnosti

jeho liečby. Vychádza z postulátu, že pacienta je potrebné poučiť o chorobe, zaangažovať ho na liečebnom procese. Predpokladá to nielen spoluprácu pacienta, ale aj motiváciu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a dostatočné finančné krytie potrebných nákladov. DMP je v praxi zabezpečený sestrami manažovanej starostlivosti, ktoré sú k dispozícii pacientom zaradeným do individuálnej zdravotnej starostlivosti. Sestry vykonávajú návštevy pacientov, kde sa oboznamujú nielen so zdravotným stavom, úrovňou edukácie, ale aj so sociálnym prostredím, hygienickým štandardom. V prípade zistených nedostatkov sú pacienti inštruovaní o možnostiach zlepšenia. Nateraz sa týka tento program diabetikov 2. typu, postupne sa má rozšíriť aj na iné chronické ochorenia. Cieľom je zníženie nákladov na lieky a diagnostiku už do 1 roka (14). V svetle našich skúseností sa zdá byť tento cieľ prehnane smelý, aj keď ide o mierne modifikovaný model DMP zavedený v Nemecku, s akcentáciou na edukačné, nesporene veľmi významné aktivity. Ostáva len dúfať, že sa odborná verejnosť už čoskoro oboznámi s výsledkami DMP poisťovne Dôvera na Slovensku.

doc. MUDr. Boris Krahulec, CSc.

II. interná klinika LF UK a FNsP, Nemocnica Staré Mesto Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava
e-mail: boris.krahulec@faneba.sk

Literatúra

1. Bielik J. Farmakoekonomika v inzulinoterapii z pohľadu používanej aplikačnej techniky. Farmakoekonomika a lieková politika, 3; 2007: 41–46.
2. Krahulec B, Minárik P, Gudaba M et al. Economic impact of diabetes in Slovakia: Direct costs are closely related to glycaemic control. Diabetes Res. Clin. Pract., 50, 2000, Suppl. 1: S190–S191.
3. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. Lancet 352, 1998: 837–853.
4. Wagner EH, Sandhu N, Newton KM et al. Effect of improved glycaemic control on health care costs and utilization. JAMA 285, 2001: 182–189.
5. Diabetes Prevention Program Research Group: Impact of intensive lifestyle and metformin therapy on cardiovascular disease risk factors in the Diabetes Prevention Program. Diabetes Care, 28, 1995: 888–894.
6. Herman WH, Eastman RC. The effects of treatment on the direct costs of diabetes. Diabetes Care 21, 1998, Suppl.3: C19–C24.
7. Campbell LK, Campbell RK. Cost drivers in diabetes care: The problems they present and potential solutions. Clin Therap 19, 1997: 540–558.
8. Krahulec B, Rašlová K. Edukácia pacientov s metabolickým syndrómom. Vnitř. Lék. 41, 1995: 151–155.
9. Kreze-Spirová E, Kreze A. Edukácia pacientov. In: Vozár J, Kreze A, Klimeš I (eds). Diabetes mellitus. Bratislava, SAP, 1998: 94–101.
10. Home PD. Pharmacoeconomics of diabetes surveillance and detection programmes. PharmacoEconomics 8, 1995, Suppl. 1: 72–79.
11. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. A consensus statement from American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetologia, 49, 2006: 1711–1721.
12. Uličiansky V, Mokáň M, Némethyová Z et al. Odporúčania slovenskej diabetologickej spoločnosti pre diagnostiku a liečbu diabetu mellitus 2. typu. SDS, 2007: 87 s.
13. Kielhorn A, Graf von der Schulenburg, JM. Príručka ekonomiky zdravia. Bratislava, Jezbera Prepress & Press, 2001: 214 s.
14. Rus V. Disease Management – nadštandardná služba pre chronicky chorých pacientov. Farmakoekonomika a lieková politika, 3, 2007: 60.