

Nazrál čas na změnu paradigmatu péče o pacienty s IBD v ČR

The time has come for a paradigm shift in the care of patients with IBD in the Czech Republic

Symposium pořádané v rámci programu loňského 8. kongresu České gastroenterologické společnosti, které bylo podpořeno společností Takeda, nebylo věnováno konkrétnímu léku. Zato poskytlo unikátní prostor k pojmenování zásadních problémů, které léčbu pacientů s idiopatickými střevními záněty (IBD) v ČR provázejí.

V úvodu symposia informoval jeho předsedající doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D., primář Gastroenterologického oddělení Nemocnice České Budějovice, o projektu „IBD: Cesta pacienta systémem zdravotní péče v ČR“. Vedle organizace Pacienti IBD, z.s., a Pracovní skupiny pro IBD České gastroenterologické společnosti ČLS JEP se na něm podílí i Fakulta biomedicínského inženýrství ČVUT, Ústav zdravotnických informací a statistiky a Kancelář zdravotního pojištění.

„Výsledky bohužel nesvědčí o tom, že by situace v České republice byla z hlediska našich pacientů a jejich průchodu systémem zdravotní péče nějak růžová,“ byl nucen konstatovat doc. Bortlík a pokračoval: „Všeobecně samozřejmě není špatná, zejména pro pacienty se závažnými formami onemocnění. Centra v ČR nepochybně poskytují péči na špičkové úrovni srovnatelné s tou nejlepší péčí v Evropě nebo ve světě. V našem projektu se ale snažíme mapovat celou populaci pacientů s IBD. A v tomto směru máme co zlepšovat.“

Doc. Bortlík připomněl, že Iniciativa pro výběr terapeutických cílů u zánětlivých střevních onemocnění (STRIDE) při Mezinárodní organizaci pro studium IBD (IOIBD) ve svých konsenzuálních doporučeních STRIDE-II definuje jako nejvýznamnější dlouhodobý cíl léčby IBD kvalitu života nemocných. „Je třeba mít na paměti, že idiopatické střevní záněty jsou celoživotním onemocněním, což násobí

jejich invalidizující potenciál. Navíc vznikají zpravidla v mladém věku a už tehdy mohou vážně ovlivnit schopnost pacientů fungovat v běžném i pracovním životě,“ zdůraznil doc. Bortlík.

Prevalence IBD v ČR roste, financování moderní léčby je podhodnoceno

Před 6 lety se v ČR pro rok 2025 predikovalo 70 000 pacientů s IBD, reálně jich je přes 90 000, tedy o 20 000 více. Prevalence IBD se tak blíží 1 % populace.

Navzdory nárůstu počtu pacientů s IBD o 20–25 % za posledních 10 let naopak podle dat Národního registru hrazených zdravotních služeb (Dušek, 2025) klesl počet hospitalizací a pobytů na JIP o desítky procent. V případě pacientů s ulcerózní kolitidou (UC) se snížil počet hospitalizovaných o 21,1 %, počet ošetřovacích dnů spojených s operací o 29,9 % a s pobytem na JIP o 30,4 %. V případě Crohnovy nemoci (CD) je rozdíl ještě markantnější: o 42,3 % méně hospitalizovaných, o 34,8 % méně ošetřovacích dnů spojených s operací a o 51,2 % méně ošetřovacích dnů spojených s pobytem na JIP. „Nemáme pro to jiné vysvětlení, než je účinnost moderní cílené terapie biologickými léky a malými molekulami,“ zdůraznil doc. Bortlík.

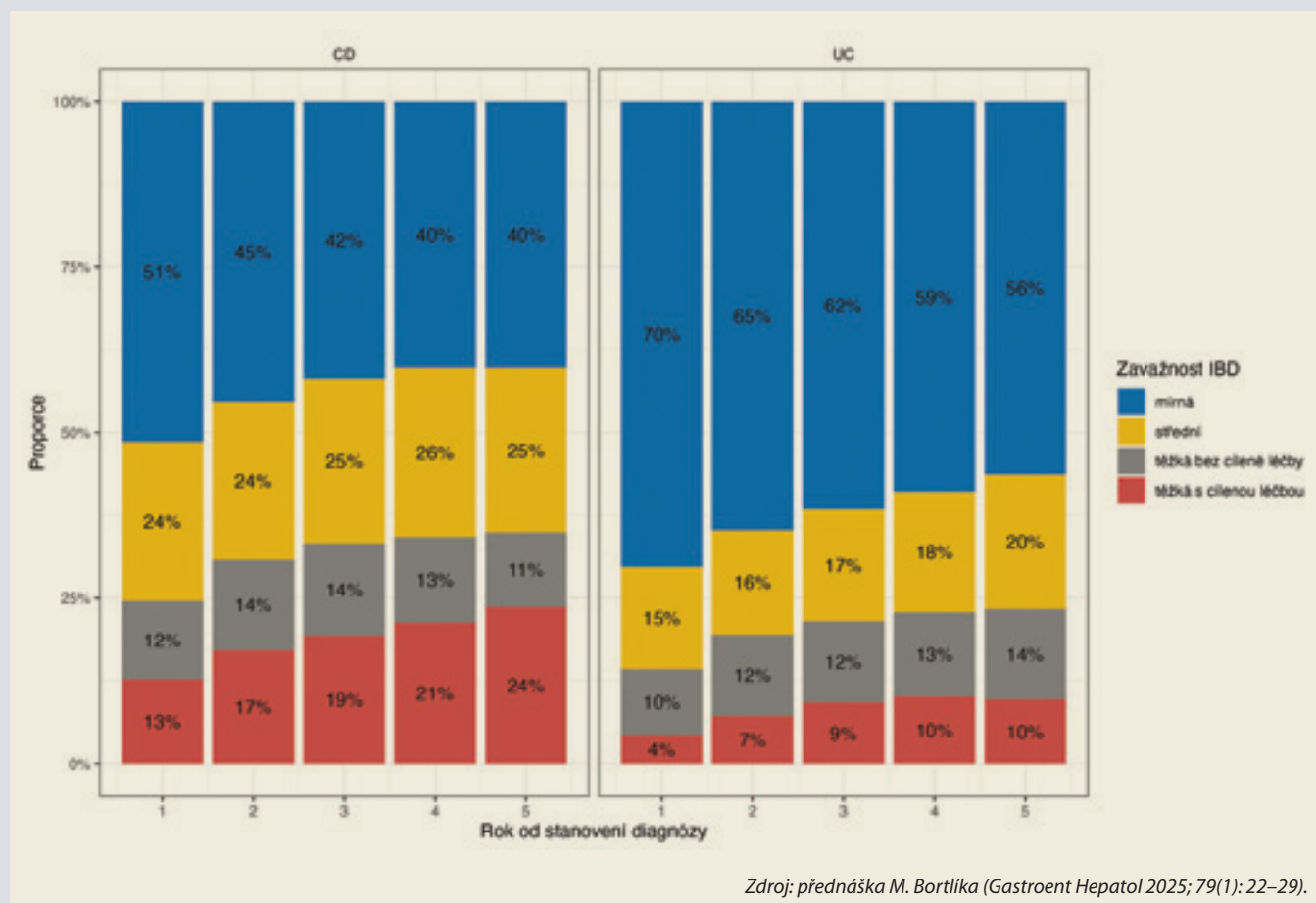
Připomněl literární data o tom, že efektivita cílené terapie IBD je prokazatelně tím vyšší, čím dříve je zahájena. Pacienti, kteří jsou léčeni do 2 let od sta-

novení diagnózy, mají přibližně dvakrát vyšší šanci, že se udrží v dlouhodobé klinické remisi, a třetinové riziko relapsu onemocnění (Ungaro et al., *Aliment Pharmacol Ther* 2020).

„Počty pacientů léčených v IBD centrech biologickými léky a malými molekulami v ČR postupně rostou, podle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky se jednalo v roce 2024 o 12 000 pacientů a náklady na jejich léčbu činily bezmála 2,4 miliardy korun. Na otázku, zda je to dostatečné, lze ale bohužel odpovědět snadno: není!“ uvedl doc. Bortlík.

K určitému „zaspání“ došlo již v době nástupu biologické léčby IBD. Svědčí o tom data z kohortové studie (Burisch et al. *Gut*, 2018; Burisch et al., *Journal of Crohn's and Colitis*, 2018), která začínala již kolem roku 2010 a po dobu 5 let sledovala mimo jiné i to, jak jsou léčeni pacienti s IBD v zemích západní a východní Evropy. „Zatímco v západní Evropě podíl pacientů s CD léčených biologikou již po pěti letech přesahoval 30 %, ve východní Evropě se pohyboval kolem 10–15 %. U pacientů s UC byly podíly o něco nižší, ale stále přibližně s dvojnásobným rozdílem mezi západem a východem. Takže i když záhy přišla biosimilární léčiva, která terapii zlevnila a počty pacientů s biologickou léčbou se u nás zvyšují, stále to není dostatečné a rozdíl mezi ČR a západními zeměmi přetrvává.“

Doc. Bortlík se podělil i o čísla, která získal během osobních rozhovorů s vybranými zahraničními gastroentero-



Obr. 1. Rozdělení pacientů podle závažnosti IBD (mírná, střední, těžká bez cílené léčby, těžká s cílenou léčbou) v incepční kohortě podle dat HAC databáze.

Fig. 1. Distribution of patients according to IBD severity (mild, moderate, severe without targeted therapy, severe with targeted therapy) in the inception cohort according to the HAC database.

logy, jež patří na poli léčby IBD k leaderům oboru. Cílem bylo získat odhady, jaký podíl pacientů se střevními záněty je v jejich zemích léčen cílenou terapií. „V Kanadě je to kolem 40 % pacientů s IBD, v Portugalsku 60 % pacientů s CD a 30 % pacientů s UC, ve Slovinsku ještě více, 60 % s CD a 40 % UC. V Rakousku kolem 50–60 % v celé populaci s IBD, v Itálii cca 30 %. V Dánsku je to méně, celkem 13 % pacientů s IBD, z toho 20 % s CD a 8 % s UC, důvody neznám. Zato v Belgii jsou cílenou terapií léčeny přibližně dvě třetiny pacientů s CD a třetina pacientů s UC. V České republice jsme na 13,5 %, cílenou léčbu u nás dostává cca 20 % pacientů s CD a 12 % pacientů s UC. Z toho je vidět, že zůstáváme i za zeměmi, které jsou s ČR ekonomicky srovnatelné, a léčíme účinně ani ne polovinu, možná dokonce jen třetinu

pacientů, kteří nepochybně tuto léčbu potřebují a zaslouží si ji,” uvedl doc. Bortlík.

Pohled do zrcadla, který nemusí být každému příjemný

„To, co se v praxi děje s pacienty, namísto toho, aby užívali cílenou léčbu, bohužel vůbec není pěkné. A i my, ať pracujeme v centrech, nebo ne, na tom máme svůj podíl,” rozhodl se kousnout do kyselého jablka doc. Bortlík.

Na základě dat zpracovaných Fakultou biomedicínského inženýrství ČVUT v rámci již zmíněného projektu „IBD: Cesta pacienta systémem zdravotní péče v ČR“ například vyšlo najevo, že podíl všech pacientů s CD léčených mesalazinem (5-ASA) se pohybuje mezi 80 a 90 %. „Přitom ve všech doporučeních, mezinárodních i českých, se již řadu let uvádí, že

mesalazin je konkrétně v léčbě Crohnovy nemoci neúčinný, uvažovat o něm lze snad jen u těch opravdu nejlehčích pacientů. Ale jinak je to léčba nesmyslná, která ovšem zároveň není úplně levná. Je to jen jeden z indikátorů nedobrého způsobu vedení terapie,” uvedl doc. Bortlík.

Dalším, podle doc. Bortlíka ještě mnohem závažnějším problémem je extrémní objem léčby pacientů s IBD kortikosteroidy. Uvedl, že ve spolupráci s Fakultou biomedicínského inženýrství ČVUT a Kanceláří zdravotního pojištění byla v rámci projektu vytvořena kohorta pacientů s IBD, u nichž byla podle dat zdravotních pojišťoven sledována vykázaná péče, včetně užívání kortikosteroidů (obr. 1) s tím, že byla v souladu s mezinárodními doporučeními definována maximální akceptovaná kumulativní dávka.

„Analýza ukázala, že minimálně třetina pacientů s Crohnovou nemocí a více než pětina s ulcerózní kolitidou tuto dávku překračuje, to znamená, že jsou nepochybně kandidáty cílené léčby, kterou ale z velké části nedostávají,“ konstatoval doc. Bortlík, který zároveň přiznal: „Musím to říct zcela otevřeně, protože já se neustále setkávám s pacienty, kteří přicházejí na naše pracoviště s těžkými komplikacemi, a je naprosto zřejmé, že měli být odesláni mnohem dříve.“

Jak dál a lépe?

Současné problémy péče o pacienty se střevními záněty podle doc. Bortlíka vyžadují zásadní řešení, která nebudou ani jednoduchá, ani rychlá a budou vyžadovat aktivní spolupráci plátců zdravotní péče a dalších hráčů ve zdravotním systému. Několik příkladů za všechny:

- Chybějí analýzy nákladové efektivity zahrnující na úrovni pacienta náklady přímé i nepřímé, včetně toho, kolik stojí řešení důsledků onemocnění, „...anebo v některých případech, zejména u dlouhodobě podávaných kortikosteroidů, kolik stojí negativní dopady naší terapie, protože nejenom že tím pacientům nepomáháme, ale ještě jim ubližujeme,“ poznamenal doc. Bortlík.
- Objem financí alokovaných na centrovou léčbu IBD není dostatečný a řízení při uvádění nových léčiv do klinické praxe je zdoluhavé.
- Přístup plátců zdravotní péče k novým terapeutickým možnostem je rigidní a nepružný. Odborná úroveň revizních lékařů v oblasti IBD není dostatečná, v revizní činnosti se zdravotní pojišťovny zaměřují na drobné úspory nákladů a formální nedostatky v preskripci, ale ignorují klinické důsledky dlouhodobé nevhodné léčby (třeba již zmíněnými kortikosteroidy).
- Nedostatečná je komunikace plátců a Státního ústavu pro kontrolu léčiv s odbornou společností.

Změnu vyžaduje i systém práce center pro biologickou léčbu IBD. Doc. Bortlík uvedl, že ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky a Mini-

sterstvem zdravotnictví ČR probíhá příprava definice ukazatelů kvality péče o pacienty s IBD.

Doc. Bortlík závěrem svého sdělení formuloval několik nutných kroků ke zlepšení péče o pacienty s IBD v Česku:

1. Změnit způsob managementu pacientů s IBD v ambulantní péči – minimalizovat délku podávání systémových kortikosteroidů, omezit užívání 5-ASA u pacientů s CD, pacienty proaktivně monitorovat (týká se opět zejména pacientů s CD), modifikovat léčbu podle vývoje nemoci a určit indikátory kvality péče o pacienty s IBD.
2. Změnit paradigma péče o pacienty s IBD s posunutím zahájení cílené terapie do časně fáze onemocnění. „Diskutujeme o tom, zda bychom se měli pokusit definovat nějaké závazné „window of opportunity“, tedy okno příležitosti – podobně jako to mají u pacientů s roztroušenou sklerózou dáno neurologové. V léčbě IBD, myslím, tento časový interval známe, ale dosud nebyl nikde na světě striktně uplatněn v doporučeních nebo ve vztahu k úhradě léčby. Z hlediska procesního a logistického by nám to ale možná pomohlo při jednání s pojišťovnami,“ uvedl doc. Bortlík.
3. Analyzovat náklady na léčbu a péči o pacienty s IBD (medikace, hospitalizace, operace) a hledat reálné rezervy (např. v již zmíněném užívání 5-ASA).
4. Analyzovat data systémů zdravotní a sociální péče s porovnáním vývoje přímých a nepřímých nákladů.
5. Pravidelně navyšovat finanční prostředky na cílenou léčbu IBD tak, aby podíl pacientů, kteří ji dostávají, dosáhl minimálně 30 % v průběhu 3 let.
6. Analyzovat management pacientů s IBD ve stávajících centrech biologické léčby a hledat organizační a další rezervy (např. subkutánní léky uvolňující centrum kapacity, průchodnost pacientů tím pádem může být lepší.)

Klopotná cesta pacienta s IBD

MUDr. Tomáš Vaňásek, Ph.D., ze společnosti Hepato Gastro v Hradci Králové otevřel v další části sympozia ne-

méně důležité (a neméně kontroverzní) téma napětí mezi světem doporučených postupů a každodenní realitou, jíž pacienti s IBD v českém zdravotním systému procházejí. Pro kolegy, kteří ještě stačili projít základní vojenskou službou, tuto cestu přirovnal ke zdolání pověstné výcvikové „opičí dráhy“ – po několika překážkách přichází vyčerpání, ale pacient musí pokračovat až do konce.

Síť gastroenterologických pracovišť je v ČR svou kapacitou relativně dostučující. Problémem ale je, že stále více do nich přicházejí pacienti se žádankou od praktického lékaře na vyšetření pro zpravidla benigní, či spíše banální problémy. „Víme přitom, že řada praktických lékařů zvládá základní vyšetření a diagnostiku perfektně, vysvětlením asi bude spíše to, že jsou jejich ordinace přeplněné, a my gastroenterologové pak kvůli banalitám ztrácíme čas, který bychom měli věnovat opravdu nemocným,“ uvedl MUDr. Vaňásek.

Časovým a kapacitním problémem je podle něj i narůstající počet endoskopických vyšetření: „To je samozřejmě dobré z hlediska zachytu kolorektálního karcinomu i z hlediska hospodaření zdravotnického zařízení, na druhé straně je stále obtížnější sehnat volný termín, a to i ve velkých páteřních zdravotnických zařízeních.“

Kriticky se vyjádřil ke stávajícím revizním mechanismům, které podle jeho zkušeností jen málo zohledňují dlouhodobý osud nemocného a „patient-reported outcomes“, tedy výsledky udávané samotnými pacienty.

Pro ilustraci toho, jak cesta pacienta s IBD systémem zdravotní péče mnohdy vypadá (a vypadat by tak neměla), prezentoval MUDr. Vaňásek dvě krátké kazuistiky.

Kazuistika 1: složitá cesta k diagnóze

Žena, 61 let, byla odeslána ke koloskopii pro pozitivní výsledek testu na okultní krvácení do stolice (TOKS). Díky anamnéze pečlivě sepsané praktickou lékařkou bylo od začátku známo, že žena měla před 14 lety perianální píštěl, po

excizi byla vedena jako chronická anální fisura. Před 2 lety měla absces konečníku se spontánní perforací a vytvořením píštěle. Docházela na výměny drénů, absolvovala revizi anu v celkové anestezii. Žena udávala subjektivní potíže jako průjemy, bolesti břicha a infiltrát kolem píštěle, a to setrvale asi 2,5 roku.

Na screeningové endoskopii se prokázala (a histologicky byla verifikována) Crohnova choroba. Po roce léčby infliximabem a azathioprinem s výměnami drénu se výrazně zlepšila kvalita jejího života, došlo ke slizničnímu zhojení a nemocné se daří dobře.

Kazuistika 2: složitá cesta k léčbě

Muž s levostrannou ulcerózní kolitidou diagnostikovanou ve věku 30 let. Po 5 letech účinné léčby mesalazinem v klyzmatech došlo k progresi onemocnění. Byly mu nasazeny kortikosteroidy, pokus o imunosupresivní léčbu nebyl úspěšný a byl provázen nežádoucími účinky.

Po dobu dalších 10 let mu tedy byly podávány pouze kortikosteroidy (medián dávky 12 mg metylprednisolonu), což nezůstalo bez následků. Když se pacient po 15 letech od diagnózy konečně dostal do péče centra pro IBD, měl osteoporózu s kompresivními frakturami hrudních obratlů, hyperglykemií, anemii, steatózu jater, glaukom a kožní změny cushingoidního habitu. Navzdory podávání kortikosteroidů měl po celou dobu setrvalé potíže v podobě nucení, hlenu ve stolici a častých defekací. „Těch předchozích 10 let už léčba prostě měla vypadat jinak,“ poznamenal MUDr. Vaňásek s tím, že kumulativní doba vysoké zánětlivé aktivity zhoršuje prognózu onemocnění, včetně vyššího rizika neoplasie či nižší pravděpodobnosti dosažení odpovědi na moderní léčbu.

Také daný pacient, nyní už v péči IBD centra, postupně selhal na několika liniích cílené léčby (anti-TNF, inhibitor integrinů, S1P inhibitor), každá terapie byla účinná jen přibližně rok. Aktuálně užívá inhibitor JAK a jeho stav je stabilizovaný.

„Bohužel u pacientů na kortikosteroidech se často vyvine jakási obdoba stockholmského syndromu – vytvoří si k nim

podobný vztah jako oběť ke svému únosci. Oni vědí, že jim kortikosteroidy škodí, ale nejsou schopni úplně se jich zbavit,“ okomentoval MUDr. Vaňásek skutečnost, že i pacient z prezentované kazuistiky si za uplynulé roky vytvořil psychickou závislost na kortikoidech a při sebemenších potížích si sám nasazuje nízké dávky metylprednisolonu.

Více informací, více porozumění

MUDr. Vaňásek se zamyslel i nad tím, co je důležité pro lékaře a co pro jejich pacienty: „My gastroenterologové se pohybujeme v kruhu zánětu, diskutujeme o strukturálních změnách, o změně mikrobiomu, dysregulaci imunitního systému, metabolických důsledcích... Ale pacienta zajímají společenské důsledky jeho onemocnění, možnosti profesního uplatnění, obavy a psychologické důsledky s tím spojené a samozřejmě i otázky intimního života. My bychom je měli vést, obrazně řečeno, z expresionistického děsu postupně do jakési renezanční pohody, ale těžko říct, zda se nám to daří.“

Jak dále uvedl, hodně záleží i na dobré komunikaci mezi odbornostmi, které se s pacienty s IBD setkávají – s chirurgy, revmatology, očními lékaři, dermatology, psychology, psychiatry či fyzioterapeuty. „Většinou se tváříme, že je to jasné, ale myslím, že to v praxi moc nefunguje,“ uvedl MUDr. Vaňásek a závěrem připomenul: „Potřebujeme i lepší interakci se zdravotními pojišťovnami, ta je základem toho, zda skutečně máme možnost pacientům poskytnout účinnou a bezpečnou léčbu v tom otevřeném terapeutickém okně, které se nepochybně zavírá, když tak neučiníme včas.“

Dlouhodobý efekt inovativní léčby na náklady v sociální oblasti

Třetí přednášející, MUDr. Petra Matějková, Ph.D., z Gastroenterologie Res-Trial, Praha, ve svém sdělení zúročila své zkušenosti nejen z gastroenterologické praxe, ale také ze svého působení na pozici posudkové lékařky.

Úvodem připomněla klíčové hráče na poli sociálního systému, jimiž jsou Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, po-

tažmo Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) – a od 1. ledna 2024 také Institut posuzování zdravotního stavu (IPZS), který sdružuje někdejší lékařskou posudkovou službu a rozhoduje o dávkách ze sociálního systému navázaných na zdravotní stav, mimo jiné i o dávkách tzv. pojistného systému, kam patří nemocenské pojištění a invalidní důchody.

A právě u invalidních důchodů se MUDr. Matějková zastavila podrobněji. „Invalidita je uznána, pokud má člověk takzvaně dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, tedy má nějakou chorobu, která trvá rok, nebo je předpoklad, že bude trvat rok a déle. Je zřejmé, že pacienti s IBD by tuto podmínku splňovali automaticky,“ uvedla MUDr. Matějková.

K uznání invalidity je ale třeba mít ještě určitý pokles pracovních schopností, který se stanovuje podle platné legislativy jako invalidita I. stupně (pokles pracovních schopností o 35–49 %), II. stupně (pokles o 59–69 %) a III. stupně pokles o více než 70 %). „Měli bychom si být vědomi toho, že invalidita je vždy posuzována v souvislosti s prací, nejedná se o nějaké odškodnění za diagnózu. Takže můžeme mít dva pacienty s IBD, kteří mají úplně stejné postižení, ale budou mít uznán různý stupeň invalidity,“ zdůraznila MUDr. Matějková.

Možností, jak získávat data o výdajích ze sociálního systému, je více. O něčem vypoovídají sami nemocní – v dotazníkovém šetření mezi pacienty s IBD z roku 2018 (Đuricová et al.) 11 % respondentů odpovědělo, že pobírá invalidní důchod. To odpovídá přibližně dvojnásobku invalidních důchodců v běžné populaci (asi 6,5 %). MUDr. Matějková uvedla, že studie proběhla znovu v roce 2025, finální analýza nebyla ještě v době konání symposia k dispozici.

Dalším zdrojem jsou veřejně dostupná data ČSSZ a IPZS. Vyplývá z nich, že v celé agendě, kterou se lékařská posudková služba zabývá, představují pacienti posuzovaní z důvodu onemocnění trávicího traktu pouhých 2 % a tento poměr se již déle než 5 let nemění.

„Mnohem zajímavější jsou pro nás podíly posuzovaných osob s onemocněním

trávicího traktu podle diagnóz. Z hlediska nákladů spojených s invaliditou jsou zde významné vlastně jen dvě skupiny – pacienti s IBD, kteří tvoří 47 %, přičemž těch s CD je dvojnásobek oproti těm s UC, a dále pacienti s jaterními onemocněními, jichž je 34 %,” uvedla dále MUDr. Matějková.

Věk invalidních důchodců s IBD je další důležitý ukazatel. MUDr. Matějková na datech ČSSZ a IPZS ukázala, že invalidita III. stupně byla v roce 2019 u pacientů s CD nejčastěji uznávána ve věkové skupině 21–25 let, v roce 2023 ve věku 26–30 let (ve skupině pacientů s UC v obou letech shodně 46–50 let).

Navzdory existenci všech dostupných statistických dat není úplně snadné se dobrat skutečných sociálních výdajů v souvislosti s IBD. Absolutní počet invalidních důchodů uznaných z důvodu IBD byl v roce 2015 něco málo přes 5 000, v roce 2024 něco málo přes 6 500. Tato čísla ale zkresluje tendence přiznávat invalidity trvale, a to i mladým pacientům.

„Lépe vypovídající jsou data o počtu podaných žádostí o posouzení osob s IBD pro uznání invalidity a jejich výsledky v jednotlivých letech,” uvedla MUDr. Matějková a pokračovala: „Od roku 2019 do

roku 2023 počty postupně klesaly, v roce 2024 se pokles zastavil, uvidíme, zda se jedná o výkyv, nebo o nějaký dlouhodobější trend. Podstatné ale je, že klesají uznané invalidity III. stupně. To je důležité, protože invalidita III. stupně stojí dvojnásobek toho, co invalidita I. stupně. Můžeme tedy říci, že rostoucí prevalence IBD v České republice našťastí nemá v sociální oblasti negativní vliv na zvýšení nákladů za invaliditu III. stupně. My si myslíme, že se nemůže jednat o nic jiného, než o pozitivní vliv nové biologické a inovativní léčby, která se z daného pohledu jeví být nejen účinnější a bezpečnější, ale ve finále vlastně i levnější.”

Na závěr MUDr. Matějková zdůraznila potřebu věnovat se nepřímým nákladům spojeným s nemocí komplexně. Nejde jen o výdaje státu na nemocenské pojištění a invalidní důchody. Jedná se i o nepřímé náklady pacienta v důsledku ztráty výdělků a také o nepřímé náklady státu, protože pacient, který nepracuje, neodvádí daně ani zdravotní a sociální pojištění.

„Na invalidní důchody je podle statistických ročenek v ČR vydáváno přibližně 65 miliard korun ročně. Když to přepočítáme, na

invalidní důchody pacientů s IBD z toho připadá asi miliarda. To není úplně malý obnos peněz. Vedle toho ale běží další výdaje z nemocenského pojištění. Není důvod se domnívat, že by podíl pacientů s IBD na nich měl být nějak diametrálně odlišný. Myslím tedy, že tady je obsaženo dalších půl až tři čtvrtě miliardy korun. Takže jsme na částce přes 1,5 miliardy korun ročních výdajů na sociální péči v důsledku IBD – a porovnejme si to s údajem ze začátku sympozia, že roční náklady na biologickou a pokročilou léčbu IBD činí něco přes 2 miliardy,” připomněla MUDr. Matějková

Závěrem uvedla, že je nutná spolupráce zdravotního a sociálního systému a propojení jejich dat. „Protože ať jsou náklady hrazeny ze zdravotního, sociálního či nemocenského pojištění, nebo jdou peníze přímo z rozpočtu z vybraných daní, jako například příspěvky na péči, nakonec jsme to stejně my všichni, kdo tyto dávky odvádíme a kdo to zaplatíme, a měli bychom tedy vědět, zda je s nimi hospodárně zacházeno.”

Jan Kulhavý
redakce kongresového zpravodajství
Care Comm s.r.o.
jan.kulhavy@carecomm.cz

Záznam celého sympozia můžete zhlédnout ve videoknihovně Mařatkovy gastroenterologie pod tímto odkazem:

