

Ekonomické shrnutí: role screeningu ABI (výkon 12024)

v nákladech na ICHDK

Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) představuje významnou klinickou i ekonomickou zátěž. Závažná stadia s rizikem kritické končetinové ischemie často vedou k velkým amputacím dolních končetin, které jsou z pohledu veřejného zdravotního pojištění dlouhodobě nejdražší variantou péče – nejen kvůli samotnému výkonu, ale zejména kvůli nákladům na protézy, opakované hospitalizace, rehabilitaci a následnou péči. Zároveň je dobře prokázáno, že patologický ABI (index kotník–paže) není jen lokálním ukazatelem onemocnění tepen dolních končetin, ale také silným markerem generalizované aterosklerózy a vysokého kardiovaskulárního rizika (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, KV úmrtí).

Pro orientační ekonomické srovnání byl sestaven model 1 000 pacientů s ICHDK v horizontu pěti let. Ve „scénáři současného stavu“ předpokládáme, že 15 % pacientů skončí velkou amputací, část je léčena revaskularizačními výkony a zbytek pouze konzervativně. Celkové kumulativní náklady tohoto scénáře vycházejí přibližně na 271 mil. Kč za pět let. Ve „scénáři včasné diagnostiky a preferované revaskularizace“ předpokládáme systematictější záchyt nemocných a aktivnější přístup k záchraně končetiny. Podíl amputovaných klesá na 10 %, roste podíl revaskularizovaných a mírně se mění struktura konzervativně léčených. Celkové náklady v tomto scénáři klesají přibližně na 261 mil. Kč za pět let. Rozdíl mezi scénáři představuje úsporu zhruba 10 mil. Kč na 1 000 pacientů při současném snížení počtu velkých amputací zhruba o třetinu (o 50 amputací).

Do modelu je dále zahrnut screening rizikových pojištěnců pomocí výkonu 12024 – měření ABI (index kotník–paže) oscilometrickou metodou na čtyřech končetinách. Při konzervativním odhadu úhrady kolem 200 Kč za jedno vyšetření a vyšetření 2 000 rizikových pojištěnců (z nichž 1 000 tvoří modelovanou kohortu) činí celkové náklady na screening přibližně 0,4 mil. Kč v pětiletém horizontu. Po jejich započítání zůstává čistá úspora scénáře s včasnou diagnostikou a revaskularizací na úrovni zhruba 9,6 mil. Kč na 1 000 pacientů za pět let, spolu s výrazným snížením počtu velkých amputací.

Protože abnormální ABI identifikuje skupinu s výrazně zvýšeným celkovým kardiovaskulárním rizikem, lze předpokládat další přínos i mimo oblast amputací. Jednoduchý model ukazuje, že při použití ABI u 1 000 rizikových pojištěnců (např. vyšší věk + diabetici, hypertonici, kuřáci) a následné intenzifikaci prevence u těch, kteří mají patologický ABI, lze v desetiletém horizontu odvrátit zhruba 10–15 velkých kardiovaskulárních příhod (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda). Náklady na screening ABI a intenzivnější preventivní léčbu jsou v tomto scénáři v řádu stovek tisíc korun, zatímco úspory na odvrácené akutní a následné péči se pohybují v řádu nižších jednotek milionů korun na 1 000 vyšetřených osob.

Z ekonomického pohledu tedy screening ABI výkonem 12024 a následný strukturovaný management ICHDK a kardiovaskulárního rizika představují investici v řádu stovek tisíc korun, která může vést k úsporám v řádu jednotek až desítek milionů korun a současně snížit počet amputací, infarktů a mozkových příhod a zlepšit kvalitu života pojištěnců. Model pracuje s orientačními průměrnými náklady a je možné jej dále zpřesnit na základě konkrétních dat zdravotních pojišťoven a národních registrů, nicméně základní závěr je robustní: včasná diagnostika pomocí ABI, záchrana končetiny a cílená intenzivní prevence u vysoce rizikových pacientů jsou z dlouhodobého hlediska nákladově výhodnější než pozdní léčba s vysokým podílem velkých amputací a akutních kardiovaskulárních příhod.

V Hodoníně, 27.11.2025

S použitím metod AI vypracoval:

MUDr. Jiří Matuška