

Ze současné medicíny**Lesk a bída onkologie
Národní onkologický program**

JIŘÍ VORLÍČEK

1. Aktuální epidemiologické informace, které by měl znát nejen každý lékař

Onkologická problematika stojí stále v popředí zdravotních problémů v naší republice. Zhruba každý třetí z nás onemocní zhoubným nádorem a každý čtvrtý na zhoubný nádor zemře. Pro ilustraci uvádíme i doživotní riziko vzniku a úmrtí na maligní onemocnění občanů USA (obr. 1).

obr. 1 Údaje Americké onkologické společnosti

U mužů je doživotní riziko

- vzniku malignity : 44,70 %
- úmrtí na malignitu: 23,61%

U žen je doživotní riziko

- vzniku malignity : 38 %
- úmrtí na malignitu: 25 %

V relativním pětiletém přežití pacientů všech onkologických diagnóz pacientů ve věku 15 až 44 let jsou naše výsledky pod evropským průměrem (obr. 2 a 3). Nejčastějším nádorem mužů je rakovina plic a průdušek, u žen je to rakovina prsu, společným nejčastějším zhoubným

nádorem pro obě pohlaví je rakovina tlustého střeva a konečníku, která v absolutní četnosti jednoznačně vede, jak dokumentuje obr. 4.

V incidenci všech novotvarů kromě nádorů kůže je Česká republika na předním místě v Evropě.

Ze všech mužů Evropy jsou to právě čeští muži, kteří mají největší pravděpodobnost, že je postihne kolorektální nádor (obr. 5). Ve výskytu zhoubného nádoru ledviny je naše republika na prvním místě u mužů i žen (obr. 6). ČR se řadí také na přední místo ve výskytu karcinomu plic (obr. 7). Naše místo v Evropě v incidenci karcinomu prostaty a prsu pak znázorňuje obr. 8.

V roce 1977 bylo u nás diagnostikováno 37 000 zhoubných nádorů, v roce 1999 už 59 500 a v roce 2010 je očekávaný nárůst až na 70 000.

Co plyne z těchto epidemiologických údajů?

Riziko vzniku maligní nemoci se bezprostředně týká každého z nás.

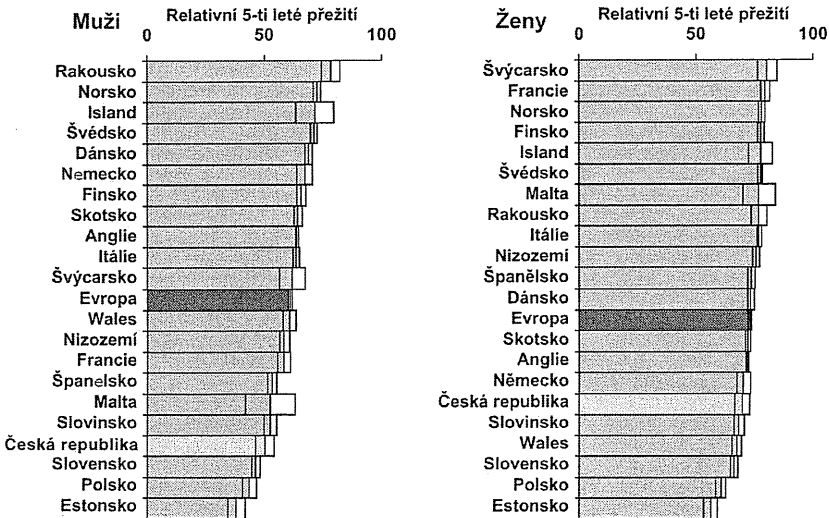
Maligní onemocnění představuje pro ČR velkou zátěž z hlediska osobního utrpení a pracovní neschopnosti, nákladů na vyšetření, hospitalizace, léčbu a z toho plynoucích ekonomických nákladů.

obr. 2 Relativní 5-leté přežití pacientů všech onkologických diagnóz dle pohlaví a věku, data za období 1990 – 1994

	15-44 let		45-54 let		55-64 let		65-74 let		75-99 let	
	Muži	Zeny	Muži	Zeny	Muži	Zeny	Muži	Zeny	Muži	Zeny
Anglie	64,1	72,0	41,1	65,4	34,8	56,0	32,1	40,8	31,2	33,2
Česká republika	50,2	69,9	29,9	57,5	28,6	47,5	27,1	39,5	26,4	32,5
Dánsko	69,1	73,5	43,9	63,6	35,2	52,6	33,1	45,1	29,0	35,9
Estonsko	38,2	56,3	25,0	55,2	24,0	42,2	23,9	35,2	25,4	28,0
Finsko	66,0	77,8	44,2	74,9	39,5	63,9	40,0	49,4	39,7	35,6
Francie	58,3	79,7	41,1	75,8	40,6	66,3	45,5	57,1	44,2	44,4
Island	71,6	77,6	54,1	67,3	48,7	57,6	50,0	47,2	49,9	38,2
Itálie	63,7	76,9	45,0	71,4	40,4	61,7	37,4	51,2	31,3	36,5
Malta	52,6	77,0	43,8	75,9	39,7	59,7	31,4	49,9	25,8	33,9
Nemecko	67,3	70,3	39,2	66,7	42,7	57,7	44,8	54,3	42,0	45,6
Nizozemí	58,6	75,7	45,2	68,0	40,2	57,8	40,0	52,2	38,1	43,0
Norsko	72,5	78,2	50,4	68,9	45,9	57,2	44,0	51,0	40,1	40,9
Polsko	43,7	60,6	24,9	52,1	22,1	42,4	20,8	32,2	15,9	20,6
Rakousko	78,6	76,9	56,8	71,8	55,4	63,4	54,2	57,5	48,7	45,6
Skotsko	64,5	72,1	37,0	61,9	31,2	50,3	28,9	35,5	26,8	28,6
Slovensko	46,4	66,3	25,8	58,7	23,9	47,0	24,3	38,4	26,9	28,2
Slovinsko	52,6	68,3	31,0	58,9	24,0	49,6	24,3	39,1	24,9	29,7
Španělsko	53,3	73,8	44,2	70,4	41,3	62,3	41,7	52,8	45,5	46,5
Švédsko	71,3	77,5	51,5	72,0	47,8	62,8	48,4	54,9	46,7	42,8
Švýcarsko	62,0	80,5	52,7	72,6	44,4	66,8	47,0	59,0	43,0	38,1
Wales	60,9	67,6	36,8	63,2	31,4	52,0	28,5	37,8	29,0	29,0
Evropa	61,0	72,9	41,0	67,2	38,5	57,7	38,4	48,5	36,1	38,1

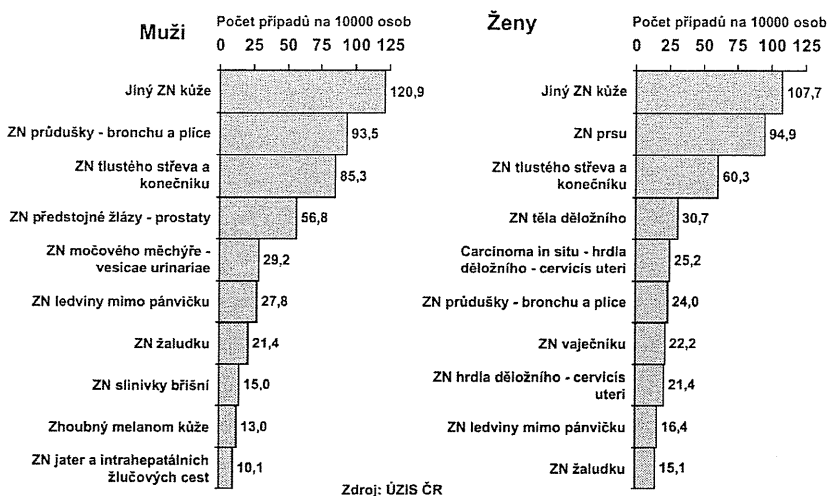
Zdroj: EUROCARE-3

obr. 3 Relativní 5-leté přežití pacientů všech onkologických diagnóz věk 15-44 let, data za období 1990 – 1994

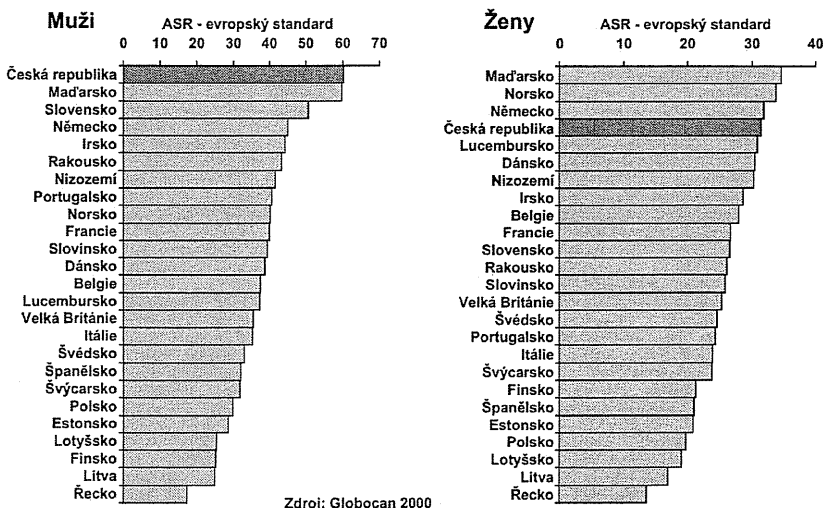


Zdroj: EUROCARE-3

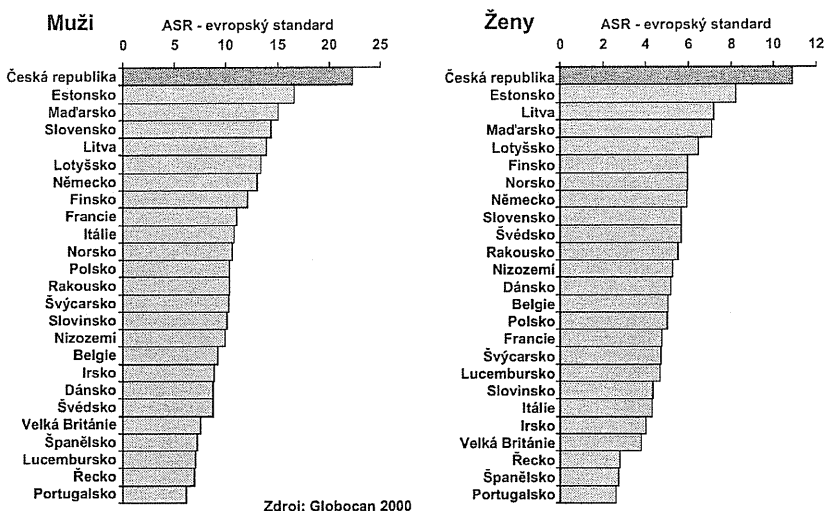
obr. 4 Nejčastější onkologické diagnózy v ČR – rok 1999



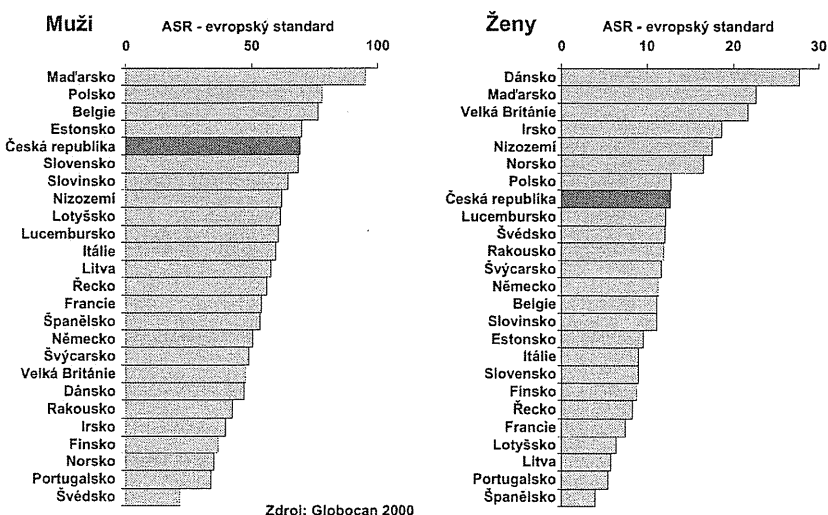
obr. 5 Incidence zhoubných nádorů ve vybraných evropských zemích: ZN tlustého střeva a konečníku



obr. 6 Incidence zhoubných nádorů ve vybraných evropských zemích:
ZN ledviny



obr. 7 Incidence zhoubných nádorů ve vybraných evropských zemích:
ZN bronchu a plicé



- trvalá udržitelnost programu boje s rakovinou kontrolou nákladů,
- stanovení a průběžné vyhodnocování indikátorů, výstupů (*outputs*) a výsledků (*outcomes*)
- fungování a účinnosti NOP, každoroční komentář k plnění, případně revize a doplňování.

2.2 Konkrétní úkoly pro nejbližší časové období

Pro nejbližší časové období si Česká onkologická společnost vytkla následující úkoly:

1. Odborná podpora výuky prevence nádorů na školách. Popularizace primární prevence nádorů na veřejnosti. Snížení kouření zejména mládeže a žen. Napomáhání kladným změnám ve výživě a životním stylu.
2. Zajištění dlouhodobého fungování programů pro screening karcinomu prsu, karcinomu hrdla děložního a karcinomu kolorekta a provádění pravidelných auditů. Vyhodnocení zároveň vlivu parascreeingových vyšetření v populaci.
3. Zlepšení časné diagnostiky zhoubných nádorů, zejména ve spolupráci s praktickými lékaři. Inovování náplně preventivních prohlídek, integrujících záchyt onkologických, kardiovaskulárních a metabolických onemocnění.
4. Pojmenování sítě center komplexní diagnosticko-léčebné onkologické péče, akreditovaných ČOS na principu čtyř kompetencí: kvalifikace, vybavení, sebeevaluace a komunikace. Vytvoření Rady onkocenter České republiky, které by koordinovala spolupráci.
5. Prosazování ekvity čili plošné pokrytí populace srovnatelnými onkologickými službami a přístupem k informacím o prevenci, diagnostice a léčbě onkologických onemocnění.
6. Zajištění a stabilizace zařízení pro paliativní a terminální péči. Podpora rozvoje domácí péče. To vše by mělo napomoci ke zlepšení kvality života včetně zlepšení léčby bolesti nemocných s pokročilými zhoubnými nádory.
7. Podporování kontinuity, stabilizace, modernizace a praktické využívání databáze Národního onkologického registru ČR pro řízenou preventivní a diagnosticko-léčebnou péči v onkologii.
8. Podpora aplikovaného onkologického výzkumu a inovací. Zavádění principů HTA (*health technology assessment*) v onkologii. Podpora vzdělávání v onkologii.

3. Komentář k výše uvedeným úkolům vytčeným v Národním onkologickém programu České onkologické společnosti

3.1 Plošné zvyšování vzdělávání o nádorových onemocněních

Vhodná forma výuky o zdraví a nemocech na základních a středních školách je velmi žádoucí. Je paradoxní, že žáci a studenti na základních a středních školách získávají vědomosti o anatomii a snad i o fyziologii, ale jen minimum informací o nemocech, které je v životě mohou potkat, natož pak o jejich prevenci. Je jisté, že nejlépe si pamatujeme a vžijeme informace získané v mládí. Děti také v mnohém ovlivňují chování rodičů. Jistě je zapotřebí i cílené vzdělávání v této oblasti na pedagogických fakultách, aby budoucí učitelé měli nejen základní znalosti o prevenci a základních projevech nemocí, ale měli i schopnost a vůli tyto znalosti předávat svým žákům. Zásadním problémem je výchova k nekuřáctví, kde zatím chybí významná politická podpora. Rakovina plic je u kuřáků 17x častější než u nekuřáků, častější je i výskyt dalších nádorů.

Zavádění pozitivních změn v životním stylu je obtížné a dlouhodobé. Konkurenční prostředí zaměřené na úspěch vyžaduje stále větší pracovní nasazení a na aktivní odpočinek nezbývá čas. *American Cancer Society* doporučuje intenzivní fyzickou rekreační aktivitu 30 minut 5 dní v týdnu, pro dospívající pak 60 minut denně, neboť epidemiologické studie jasně prokázaly, že dostatečná fyzická aktivita snižuje incidenci určitých nádorů, a to nezávisle na hmotnosti. Máme na to čas a chuť? Přesné znění doporučení Americké onkologické společnosti uvádíme v knize *Obecná onkologie a podpůrná léčba*, Grada 2003.

3.2 Preventivní prohlídky

Je nutné zajistit dlouhodobé fungování a audity programů pro screening karcinomu prsu, tlustého střeva a konečníku a hrdla děložního. U těchto programů byla prokázána redukce mortality na uvedené nádory.

Ač je přínos screeningových vyšetření zásadní, zůstává otevřenou otázkou, kdo má platit jejich případné rozšíření či prohloubení. Pojišťovna či přímo vyšetřovaní?

Screeningové programy byly samozřejmě testovány u četných dalších nádorů. Bez vlivu na mortalitu byly screeningové programy zaměřené na karcinom plic, dělohy a vaječníků, a proto jejich provádění není doporučeno. Zde musíme zdůraznit, že nedoporučení v těchto případech neznamená zavržení cíle (snížení mortality na určitý nádor pomocí plošně realizovatelného programu), ale pouze zavržení určité, studiem testované metody screeningu. Jakmile budou nalezeny jiné perspektivní metody screeningu pro tyto poměrně časté nádory, bude je nutno ověřit klinickými studii.

Screeningové programy

Vyhláška 193/2000 Sb. a vyhláška 372/2002 Sb. definují rozsah vyšetření na účet pojištění:

- vyšetření stolice na okultní krvácení ve dvouletých intervalech,
- provedení mamografie ve věku 45-69 let ve dvouletých intervalech,
- gynekologické prohlídky s cytologií.

Několik zajímavých údajů k přínosu screeningových vyšetření

Studie testující screeningový program s pomocí průkazu okultního krvácení, prokázala snížení mortality na kolorektální karcinom o 19%. Studie, v níž bylo jako screeningová metoda použito endoskopické vyšetření tlustého střeva, prokázala snížení mortality díky této metodě o 44%.

Za zajímavé považujeme výsledky studie Rakouské hematoonkologické společnosti, neboť je to země s podobnými dietními zvyky a podobným výskytem kolorektálního karcinomu.

- V rámci této studie bylo jednorázově vyšetřeno celkem 2885 mužů ve věku 50-78 let metodou průkazu okultního krvácení ve stolici a následně bylo provedeno endoskopické vyšetření s vyhodnocením přínosu jak sigmoideoskopie, tak celkové kolonoskopie. V této skupině bylo zjištěno celkem 306 (10,6%) signifikantních nálezů (adenom nebo karcinom). Autoři této studie pak následně zhodnotili přínos jednotlivých vyšetření pro průkaz adenomu a karcinomu:
- okultní krvácení 24%,
- sigmopideoskopie 70%,
- okultní krvácení a sigmoideoskopie 76%,
- kolonoskopie 100%.

Tato data zde demonstrujeme s cílem poukázat na vhodnost zavedení endoskopického screeningu kolorektálního karcinomu i v ČR. Jde samozřejmě o vyšetření nákladné.

Doporučené screeningové postupy kolorektálního karcinomu v jiných zemích

Rakouská hematoonkologická společnost doporučuje kolonoskopický screening v 5-7letých intervalech.

Americká onkologická společnost doporučuje screening kolorektálního karcinomu od 50. roku věku u osob s průměrným rizikem:

- každoroční vyšetření okultního krvácení,
- sigmoideoskopie v 5letých intervalech,
- nebo kolonoskopie v 10letých intervalech.

Je zapotřebí si ujasnit, jak se postavíme k plošnému doporučení sigmoideoskopického nebo kolonoskopického vyšetření. Má být doporučeno pro

plošné použití na náklady pojištění nebo na vlastní náklady vyšetřovaného? Jak bylo již výše uvedeno, incidence kolorektálního karcinomu u nás je hrozivá a stále stoupá.

Také screening karcinomu prsu je v zahraničí odlišný. Doporučení Evropské unie pro mamografické vyšetření: základ 50-69 let ve 2letých intervalech, pokud se vyšetření provádějí ve věku 40-50 let, tak zkrátit intervaly vyšetření na 12-18 měsíců. Doporučení American Cancer Society: od 40 let každoroční mamografie.

Screening karcinomu čípku děložního je velmi přínosný, u nás se podle posledních doporučení má provádět každoročně, což považujeme do jisté míry za problematické jak finančně, tak organizačně, v Evropské unii je doporučení každé 3 roky.

Screening karcinomu prostaty doporučuje EU ponechat zatím pro klinické studie, American Cancer Society doporučuje screening karcinomu prostaty od 50. roku věku pomocí stanovení PSA a digitálního vyšetření. U nás začíná program časné diagnostiky karcinomu prostaty. Podrobnější informace o doporučeném screeningu pro země EU a USA uvádíme v knize *Obecná onkologie a podpůrná léčba*, Grada 2003.

Screeningové programy jsou závislé nejen na charakteristikách nádoru, ale pokud mají být placené pojišťovnami, také na ekonomické situaci státu. Jsou známa data, která nám říkají, kolik stojí diagnostika jednoho nádoru při fungování screeningového programu. Existuje samozřejmě i možnost screeningových vyšetření prováděných za přímou úhradu vyšetřovaného. S tímto programem začal u nás Masarykův onkologický ústav v Brně.

Je možné dále zlepšovat screeningové programy v České republice? Mimo výše uvedenou ekonomickou závislost je řada dalších faktorů, které je možné brát v úvahu a pozitivně je využít. Pokud budeme všechna běžně prováděná vyšetření brát jako součást onkologického screeningu, bude včasný záchyt zhoubných nádorů častější. Podezření na zhoubný nádor nám mohou dát patologické hodnoty krevního obrazu, pokles hladiny železa, zvýšená krevní sedimentace, C reaktivní protein a vzestup koncentrace fibrinogenu, odchylky v dalších laboratorních i zobrazovacích vyšetřeních. Záleží na každém lékaři, aby na možnost zhoubného nádoru myslel, provedená vyšetření dokázal interpretovat i z tohoto pohledu a doporučil či provedl smysluplné prohloubení vyšetřování s ohledem na zisk pro nemocného a únosnou ekonomickou zátěž pro pojišťovnu.

Pracoviště pověřená prováděním screeningových programů u třech výše uvedených diagnóz musí procházet pravidelnými kontrolami kvality (audity), kvalita jejich práce závisí na její organizaci, na kvalitě techniky a na schopnostech vyšetřujících. V případě screeningu karcinomu prsu jsou tyto audity již samozřejmostí.

3.3 Zlepšení časného zachytu maligních chorob

Je nutné větší zapojení všech lékařů, zvláště praktických, a samozřejmě i laické veřejnosti. Není zatím jasné, jak přimět veřejnost k pravidelné účasti na preventivních prohlídkách. Sankcionování neúčasti na preventivní prohlídce by mohlo pomoci k záchraně životů, ale vedlo by nepochybně k narušení osobní svobody jednotlivce.

Jak zlepšit informovanost všech lékařů o prvních příznacích maligního onemocnění, které může být signalizováno řadou běžně prováděných vyšetření? Pomohl by počítačový konzultační systém?

Ideální lékař musí mít tedy velmi široké znalosti, zkušenosti, intuici, systematickosti, pořádek, musí být takřka neomylný. Chceme toho po lékařích moc nebo málo? Stav zdravotnictví je obrazem společnosti, v této situaci na tom není naše zdravotnictví zase tak špatně.

Zcela nutná je úzká spolupráce onkologů a praktických lékařů. Bylo by vhodné inovovat náplň preventivních prohlídek, které by integrovaly zachyt onkologických, kardiovaskulárních a metabolických onemocnění.

Z praxe onkologického centra víme, že mnozí pacienti jsou k nám posíláni relativně pozdě, poté co lze typickou anamnézu vystopovat několik měsíců (ojediněle i rok) před stanovením diagnózy. Někdy je prodleva při stanovení diagnózy chybou lékařů. Může to být způsobeno neznalostí lékaře nebo nezájmem přijít na podstatu problému. Jindy to může být obava z ekonomické stránky vyšetřování. Je totiž jasné, že pokud se lékař bude snažit snížit pravděpodobnost přehlédnutí nádorové nemoci u svých nemocných a zvýší intenzitu vyšetřování, tak svého cíle dosáhne automaticky s tím, že některé osoby podrobí vyšetření zbytečně.

Jak reagovat na skutečnosti, že velmi často jsme svědky opožděné diagnózy zhoubného nádoru, který je zjištěn až po několikaměsíčních návštěvách lékařů? Máme upozorňovat systematicky zpětně chybní lékaře na jejich špatný postup? Je nějaké řešení mimo právní žaloby? Právně je jasná úloha České lékařské komory, je však její působení v této oblasti dostatečně rychlé a razantní? Jaká je v této oblasti úloha Ministerstva zdravotnictví ČR, krajských správ, vedení nemocnic? A jaká je role patientských organizací? Je to mnoho otázek, na které musíme postupně nacházet odpovědi.

Na druhou stranu jsme často svědky, že pacient navštíví lékaře až s velmi pokročilou nemocí. Příčin je řada, na některé je upozorněno v bodu 1. Jak máme přimět veřejnost k pravidelné účasti na preventivních prohlídkách? Prosím čtenáře tohoto článku, aby sami sobě odpověděli, kdy na takové prohlídce byli naposledy. Pokud bychom chtěli nějakým způsobem sankcionovat neúčast na preventivní prohlídce, zřejmě bychom tím narušovali osobní svobodu jednotlivce. V případě automobilu víme, že opomenutí určitých kontrolních preventivních prohlídek znamená ztrátu některých výhod (pojistných či technického průkazu). Byla by možná nějaká

analogie zohledňovat výškou pojistného snahu nemocného limitovat zevní vlivy vzniku maligní nemoci, například nekouřením a podstupováním preventivních prohlídek?

V zahraničí, ale i u nás vyžaduje řada zaměstnavatelů účast na preventivních prohlídkách a tato povinnost je součástí pracovní smlouvy.

3.4 Síť onkologických center a doporučení pro diagnostiku a léčbu

Sítě akreditovaných pracovišť zlepšují dostupnost kvalitní péče

Současná situace, kdy onkologicky nemocného léčí ten, kdo má atestaci (doufejme), neohledně na vybavenost, zkušenost a odborné zázemí, je dlouhodobě neudržitelná. Země EU tento problém řeší definováním kompetenčních sítí. Cílem je, aby všichni nemocní dostali optimální léčbu podle současných znalostí s přihlédnutím k ekonomickým možnostem státu.

V rámci těchto sítí jsou definovány základní kvalitativní předpoklady, které jednotlivá centra musí splňovat. K těmto předpokladům patří nejenom jejich vlastní kvality, ale i návaznost na další složky zdravotní péče.

Vytvoření doporučených postupů usnadňuje lékařům orientaci v záplavě publikací

Země EU jdou cestou vytváření závazných doporučení, která sice nemají platnost zákona, ale při případném soudním sporu znalecká komise hodnotí zdůvodnění, proč se lékař odchýlil od přijatého doporučení. Jsou vytvářeny speciální instituce pro ověřování a schvalování léčebných doporučení, je zajišťována pravidelná inovace podle nových poznatků medicínských i ekonomických. Přeložené doporučení Německé hematoonkologické společnosti pro léčbu infekčních komplikací u onkologických pacientů z roku 2003 uvádíme v druhém vydání knihy Diagnostické a léčebné postupy, Grada 2004. Tato kniha také informuje o doporučení pro léčbu jednotlivých nádorů z pohledu Americké onkologické společnosti z roku 2003 (guidelines NCCN) a Německé hematoonkologické společnosti (DGHO).

Stejnou cestou půjde i Česká onkologická společnost. Budeme usilovat o akreditaci Center komplexní diagnosticko-léčebné onkologické péče na principu 4 kompetencí: kvalifikace, vybavení, sebeevaluace a komunikace. Vytváří se Rada onkocenter pro koordinaci práce v ČR.

V některých oborech tento proces již probíhá. V oblasti dětské onkologie je léčba v podstatě limitována na 2 centra, v hematoonkologii jsou náročnější a dražší postupy prováděny pouze v 6 transplantačních centrech, primární kostní sarkomy se léčí ve 2 centrech. U většiny solidních nádorů je tento proces obtížnější, neboť jsou velmi časté. Je otázkou, jak postupovat u velmi častých nádorů, jako jsou karcinom prsu, kolorekta a plic. Pa-

cientů s těmito nádory je tolik, že je nelze soustředit do 6 center jako závažné hematoonkologické nemoci.

První Doporučené postupy protinádorové chemoterapie vytvořila Česká onkologická společnost v roce 2003 v souladu se zdravotními pojišťovnami a MZ ČR. Tyto postupy budou jednou ročně obnovovány, letošní mají platnost od 1. srpna 2004.

Na řadě příkladů v dalších tabulkách demonstrujeme, jak nové onkologické léčebné možnosti (medikamenty) mají u málo chemosenzitivních nádorů často potenciál mírně zlepšit výsledky léčby za cenu až o řád vyšších nákladů. Jsou situace, kdy náklady na prodloužení života o jeden měsíc stojí na léčích 50 000 Kč.

U jednotlivých postupů bude nutné provést analýzy nákladů a přínosů (výpočty typu náklady na prodloužení života o 1 měsíc nebo 1 rok) a rozhodnout, co je pro náš zdravotní systém únosné a co ne (obr. 9 a 10). Pak nastavit restriktivní opatření, která umožní postupy lege artis s ohledem na optimální využití dostupných finančních zdrojů. Optimální stav by byl zajištěn standardi-

zovanou diagnosou včetně určení stadia nádoru, používáním standardních léčebných postupů, standardy pak musí respektovat ekonomickou situaci v ČR.

Stále chybí politická podpora kvalitní reformy zdravotnictví tak, aby byla respektována ekonomická situace v ČR.

Je na místě otázka, jaká je motivace lékařů při rozhodování o druhu podané chemoterapie. Příčin může být celá řada, naznačíme ty zřejmě hlavní:

- snaha o maximální léčebný úspěch u pacienta,
- touha seznámit se s působením nových léků, případně tyto zkušenosti publikovat,
- snaha zavděčit se reprezentantům farmaceutických firem s následnou možností sponzorování odborného zahraničního sjezdu, který by byl jinak prakticky nedostupný, aby získali nové informace,

obr. 9 Celospolečenský pohled na paliativní chemoterapii kolokterektálního karcinomu

Celospolečenský pohled na paliativní chemoterapii kolorektálního karcinomu

- Srovnání 5-FUFA oproti 5-FUFU + irinotekan:
- Medián přežití 14 *versus* 16,8 měs.
- Náklady: 46 710 Kč *versus* 170 232 Kč
- **Náklady na prodloužení přežití o 1 měsíc 44 115 Kč**

obr. 10 Celospolečenský pohled na chemoterapii kolokterektálního karcinomu

Stadium I.	Stadium II.	Stadium III.	Stadium IV.	Stadium neurčeno	Celkem případů
1288	1725	1071	1347	1594	7025

- 4143 případů ve stadiu II., III. nebo IV.
- Předpokládejme 4143 x chemoterapie 5-FuFa nebo 5-FuFa s irinotekanem v adjuvantní či paliativní indikaci.
- **4143 x 170 000 Kč = 704 310 000 Kč za režim 5-FuFa + irinotekan, pokud by byli všichni takto léčeni**

- podíl na zisku lékárny, hodnocení pracoviště z tohoto hlediska v rámci nemocnice,
- další vlivy mimo čistě zdravotnických hledisek.

Uvedená data ilustrují, že nejnovější chemoterapeutické postupy dosahují u málo chemosenzitivních nádorů podobný výsledek jako léčba předchozí nebo že je dosaženo jen o několik týdnů až měsíců delší přežití za řádově vyšší náklady.

Co z těchto výše uvedených dat vyplývá?

- U jednotlivých chemoterapeutických postupů je nutné provést analýzy nákladů a přínosů (výpočty typu náklady na prodloužení průměrné délky života o 1 měsíc nebo o 1 rok).
- Je třeba rozhodnout, co je pro náš zdravotní systém přínosné a co ne.
- Je nutno nastavit restriktivní opatření, která umožní postupy lege artis s ohledem na optimální využití finančních zdrojů.

Jaké jsou možnosti restrikce nákladů na onkologickou péči?

Současný stav:

- nejsou vytvořeny či respektovány diagnostické standardy a často není určeno ani stadium nádoru při zahájení jeho léčby,
- dosavadní léčebné standardy jsou málo restriktivní a nedostatečně respektují ekonomickou situaci ČR,
- chybí politická podpora kvalitní reformy zdravotnictví, aby mohla být respektována ekonomická situace v ČR.

Optimální stav by předpokládal

- standardizovanou diagnostiku včetně určení stadia,
- používání standardních léčebných postupů,
- standardy, které by respektovaly ekonomickou situaci v ČR.

3.5 Všichni občané ČR mají nárok na léčebné postupy stejné kvality – princip ekvity

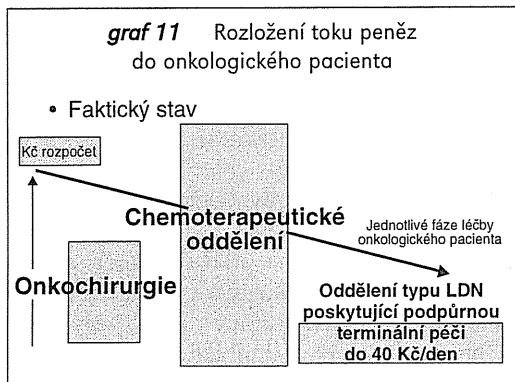
Ústavou je zaručený rovný přístup nemocných k léčbě. Je však zřejmé, že důležitým prognostickým faktorem je pracoviště, kde je nemocný léčen. Platí také obecné pravidlo, že čím častěji se lékař nebo pracoviště setká s určitou diagnózou, tím lépe se dokáže o nemocného postarat, a to z hlediska diagnostiky, léčby, sledování i správného využití vynaložených peněz. Čím větší počet pacientek je v zařízení léčeno ročně, tím lepší jsou výsledky v případě klinických stadií I až III, pouze výsledky stadia IV jsou stejně smutné ve všech zařízeních.

Pyšníme se hustou sítí zdravotnických pracovišť a všeobecnou dostupností péče, nevnímáme dramatické rozdíly v celé řadě diagnostických a léčebných parametrů mezi regiony a zařízeními. (například procento histologické verifikace onkologické diagnózy, proporce neurčených stadií, procento radikálních operací, procento onkologických případů diagnostikovaných až post mortem bez léčby).

Výsledky našich vyšetření a léčení jsou zaznamenány v Národním onkologickém registru (NOR). Je nutné, aby každý jedinec či organizace měli přístup k hodnocení těch dat v NOR, na kterých se podíleli zasláním vstupních dat. Každý onkolog by měl mít přístup k anonymizovaným datům z oblastí s nejhorsími a naopak s nejlepšími výsledky vyšetřování a léčby k porovnání s vlastními výsledky. V budoucnu jistě vznikne požadavek přístupu veřejnosti k anonymizovaným výsledkům vyšetřování a léčení onkologicky nemocných včetně doby přežití. Vznikne tak možnost vybírat si pracoviště podle kvality a to bude zpětně pozitivně ovlivňovat snahu zdravotníků o co nejlepší výsledky. Musíme však připustit, že výsledky léčby nezávisí pouze na kvalitě léčby, ale také na složení léčené populace, na míře pokročilosti léčených nádorů a na toleranci léčby díky věku a dalším nemocem.

3.6 Zlepšení paliativní léčby a péče o nemocné v terminální fázi nemoci

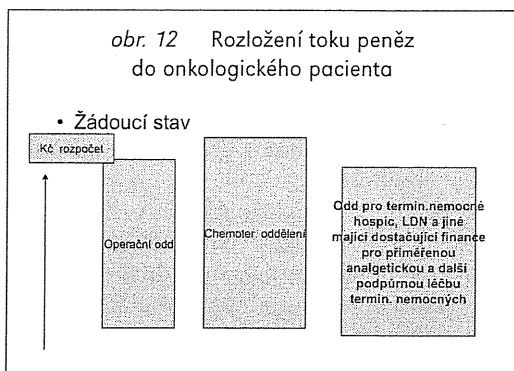
V oblasti onkologické péče je řada kontrastů. V rámci paliativní onkologické léčby (chemoterapie, radioterapie) mohou náklady na jednoho nemocného dosáhnout 1 milion Kč, ale jakmile se při progresi onemocnění dostane na lůžko LDN, nedostačuje tam denní rozpočet na léky a zdravotnický materiál (35-50 Kč) ani na přiměřenou analgetickou léčbu, takže mnohý nemocný končí svůj život v bolestech. Současně neuspokojivé rozložení finančních nákladů na jednotlivá zdravotnická zařízení, kterými onkologický pacient může potenciálně procházet, ukazuje graf č.



11. Důležitým zdravotnicko-politickým krokem je

tuto situaci změnit a rozložit financování tak, aby se ve všech zdravotnických zařízeních onkologickému pacientovi dostalo přiměřené péče, jak znázorňuje obr. 12.

Současný právní systém brání tomu, aby si nemocný v době hospitalizace v LDN či v jiné nemocnici mohl připlatit na nákladnější léčbu, na



příklad na dražší analgetika ze skupiny opioidů, která by byla vhodná pro snížení bolesti v jeho posledních měsících, týdnech a dnech, když na ně nestačí rozpočet zdravotnického zařízení.

Rozložení toku peněz v onkologii není optimální. V rámci přechodu na DRG Česká onkologická společ-

nost navrhuje u solidních nádorů tři skupiny bez ohledu na druh diagnózy. V první skupině by měly být časně diagnostikované nádory, které jsou léčeny s cílem dosáhnout vyléčení, kdy je hlavní chirurgická léčba někdy doplňována adjuvantní chemoterapií či radioterapií.

Ve druhé skupině pak nádory, u nichž je možné podat medikamentózní léčbu s kurativním cílem. Tito pacienti spotřebují nejvíce peněz za chemoterapii a radioterapii – jde v podstatě vždy o snahu o záchranu života, která není zaručená.

Třetí skupinu představuje paliativní léčbu, tedy léčbu symptomů.

Největší finanční podíl bude muset mít druhá skupina, podstatný nárůst financí potřebuje skupina třetí. První skupina je nejlacinější a současně zdánlivě paradoxně neúspěšnější, pokud se týká záchran a kvality života.

3.7 Nutnost udržení a podpora rozvoje onkologického registru

Bez kvalitního sběru informací není možné správné řízení zdravotnictví. Bez analýzy sbíraných informací nelze organizovat síť zdravotnických zařízení, ekonomiku zdravotnictví, dělat kontrolu kvality a zajistit ekvitu. Důležitá je i pro právní problematiku ve zdravotnictví.

Máme jako jedna z mála zemí čtvrt století vedený celoplošný registr nádorů, a místo abychom hovořili o skutečnostech plynoucích z analýzy jeho údajů, diskutujeme o tom, zda má dále existovat. Nechybělo mnoho a pseudoochrana osobních údajů nabyla přednost před ochranou zdraví a samotné existence osob. Platíme veškerou onkologickou péči, a to všem poskytovatelům stejně bez ohledu na výsledky, platíme i za případy s neurčeným stadiem onemocnění, prostě nedokážeme zohlednit kvalitu péče.

3.8 Podpora aplikovaného výzkumu a podpora vzdělávání v onkologii

Onkologie je dnes samostatně vyučovaným předmětem na všech LF v ČR. Lékařská fakulta MU v Brně má akreditaci postgraduálního vzdělávání v oboru onkologie (PhD) a akreditaci habilitace a jmenovacího řízení

profesorem v tomto oboru. Lékařská fakulta MU má ze všech českých onkologických center největší edukační publikační aktivitu. Za posledních 5 let naše Univerzitní onkologické centrum vydalo celkem 7 zásadních monografií pokrývajících v širokém záběru celou problematiku klinické onkologie. Jde o tyto knižní postgraduální publikace:

- Paliativní medicína, Grada, 1998, druhé aktualizované a doplněné vydání 2004
- Praktická onkologie, Grada, 2000
- Folikulární lymfomy, MU, 2001
- Hematologie II, přehled maligních hematologických chorob, Grada, 2001
- Leukémie, Grada, 2002
- Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob, Grada, 2002, druhé aktualizované a doplněné vydání 2004
- Obecná onkologie a podpůrná léčba, Grada, 2003

4. Co je lesk a co je bída onkologie?

4.1 Za lesk onkologie lze považovat:

- screeningové programy
- nové, hlavně miniinvasivní operační postupy
- terapeutické monoklonální protilátky
- nové protinádorové léky zasahující cíleně maligní buňky (Glivec, ATRA)
- mnohé další necytostatické léky přicházející na trh (Iressa)
- nové přístupy k nemocnému (respektování práv nemocného, informované souhlasy, informování o diagnóze, informování o prognóze, metoda ošetřovatelského procesu)

4.2 Za bídu onkologie lze považovat:

- malé využívání prevence a screeningových programů
- stoupající incidence zhoubných nádorů
- nové, jen o něco účinnější léky extrémně prodražují léčbu. Máme na to? Lze dostatečně přesně regulovat používání těchto léků dle výpočtu nákladů na prodloužení života? Podle studií sice zjistíme, že nový postup prodloužil v testované skupině medián přežití o určitý počet týdnů či měsíců; problémem však je, že se nemoc u konkrétního pacienta nechová dle mediánu či průměru
- nedostatečná organizace onkologické péče, malá koncentrovanost vysoce specializované péče
- malá informovanost nemocných o kvalitě jednotlivých pracovišť
- malé využívání informací z NOR

- obecně malá podpora aplikovaného výzkumu
- onkologický pacient, u něhož nebylo možné nemoc zcela vyléčit, potřebuje kvalitní péči až do smrti; tento fakt není zdravotním systémem v ČR zohledněn
- kapacita hospiců a oddělení paliativní péče je nedostatečná, výuka a výchova v paliativní medicíně zatím malá
- symptomatická léčba na odd. následné péče je často nedostatečná, nedostatečně financovaná
- straší nás AIDS, SARS, BSE úmrtím jednotlivců v ČR, méně vnímáme desetitisíce úmrtí na zhoubné nádory. Komentujeme a kritizujeme názory politiků na řadu věcí, nekomentujeme a nekritizujeme politiky, že k problematice zhoubných nádorů mlčí.

Doufejme, že realizace Národního onkologického programu pomůže odstranit nedostatky (bídu) současné onkologické péče.

Přeji Vám, ať se nestanete onkologickými pacienty a pokud se jimi stane (pravděpodobnost 1:3), ať máte optimální a úspěšnou protinádorovou a symptomatickou léčbu a péči.

Literatura: *k dispozici u autora*



José Clemente Orozco, *Zapatisté*, 1931