

# **Rozdíly ve výsledcích (onkologické) péče**

**Jiří Vorlíček**

**Interní hematatoonkologická klinika**

**LF MU a FN Brno**



# Údaje z ČR

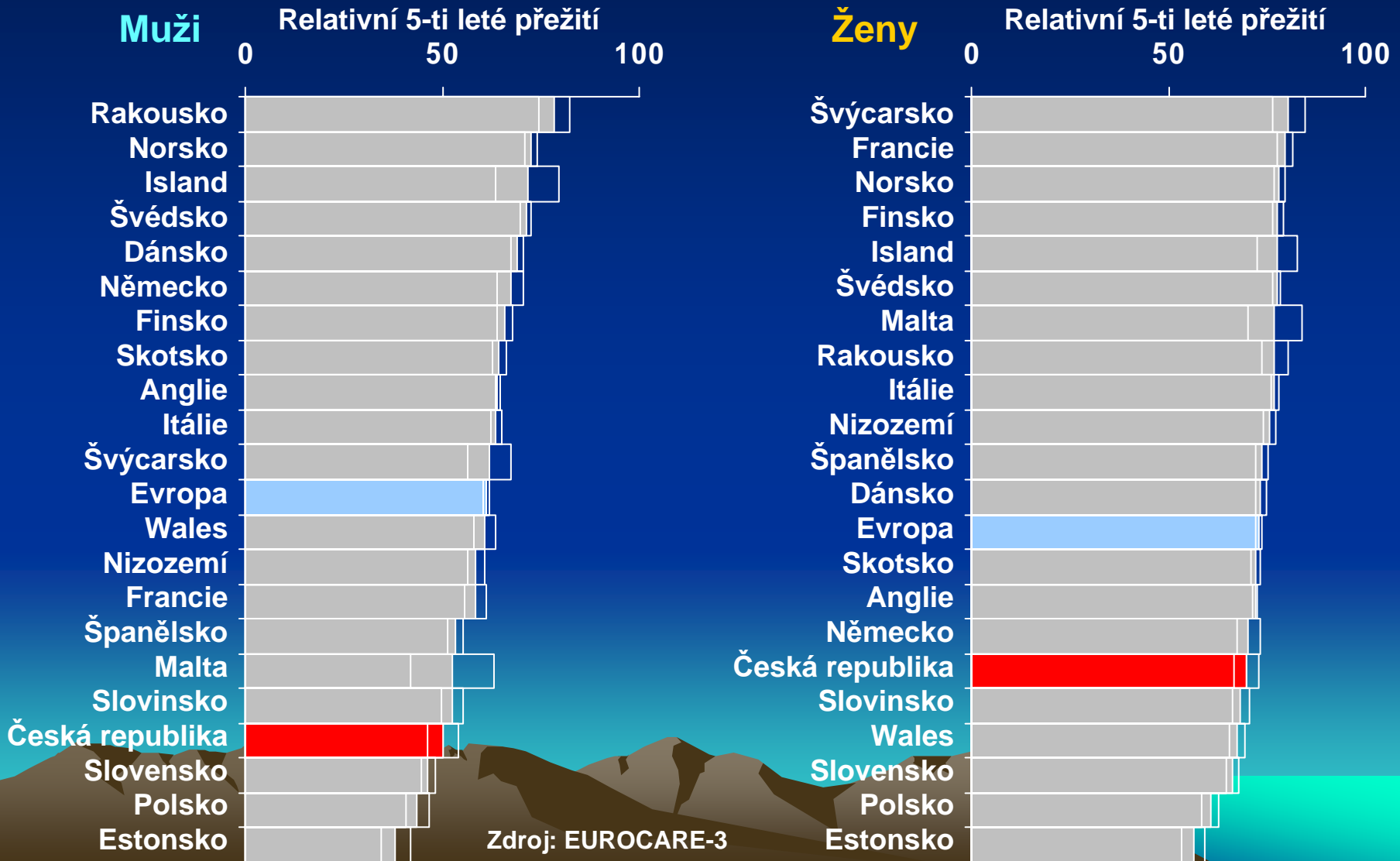
## Počet nových onkologických onemocnění v registru ČR:

- 1977: **37 000** nových onemocnění
- 1999: **59 500**
- 2010: **70 000** očekávaný počet



# Relativní 5-ti leté přežití pacientů všech onkologických diagnóz

- věk 15-44 let, data za období 1990-1994



# Očekávaná délka života při narození v letech, obě pohlaví, data k roku 1997



Zdroj: Human Development Report 1999

# Nejčastější onkologické diagnózy v ČR – rok 1999



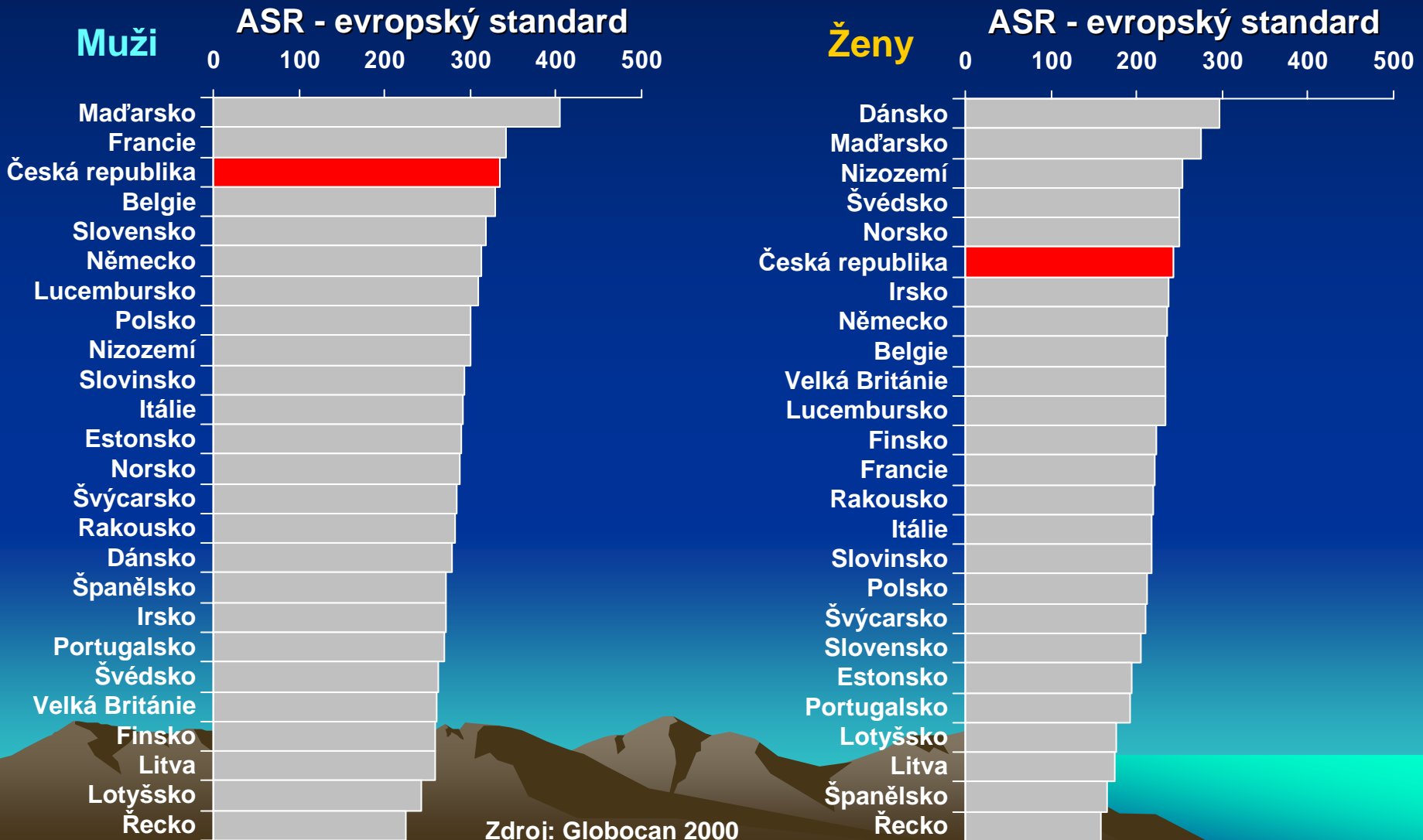
# Nejčastější onkologické diagnózy v ČR – rok 1999



Zdroj: ÚZIS ČR;  
mimo jiné ZN kůže

# Incidence zhoubných nádorů ve vybraných evropských zemích:

## Všechny novotvary kromě ZN kůže



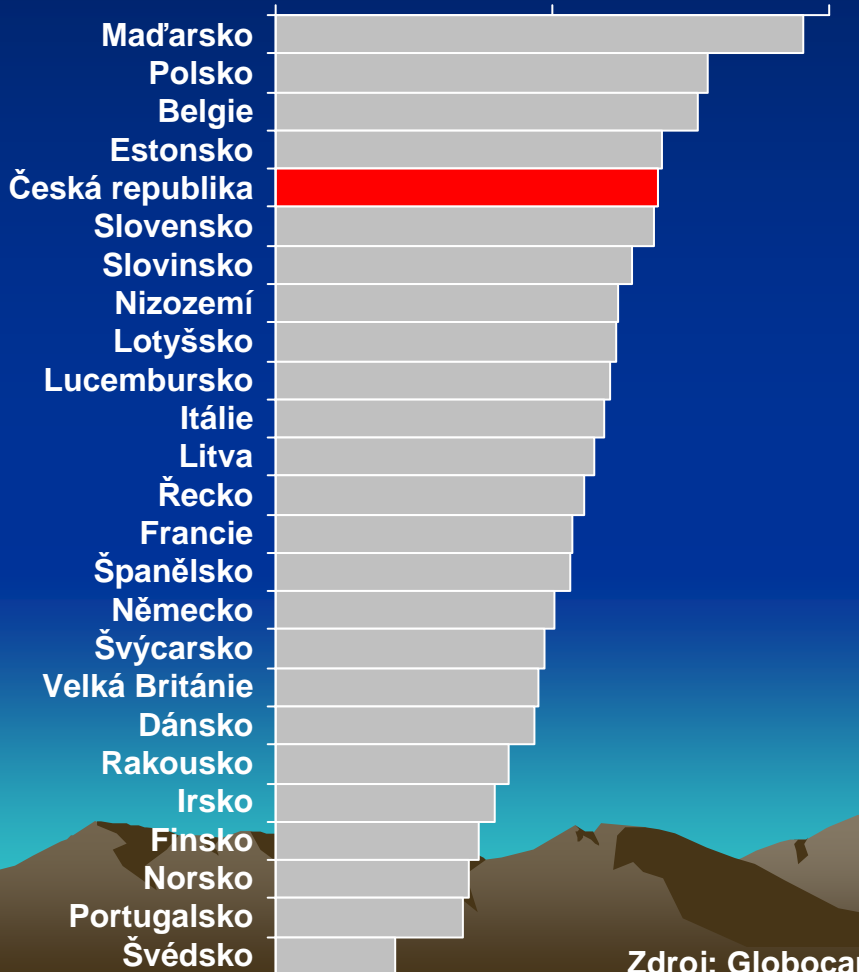
# Incidence zhoubných nádorů ve vybraných evropských zemích:

## ZN bronchu a plíce

**Muži**

ASR - evropský standard

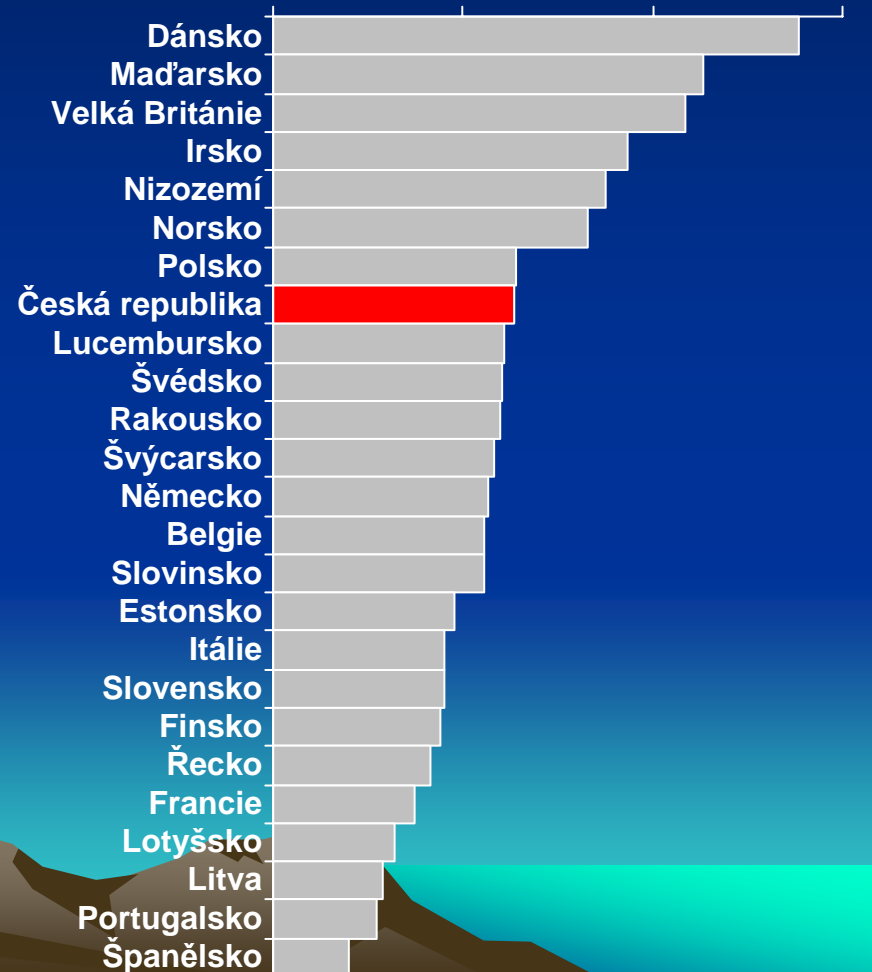
0 50 100



**Ženy**

ASR - evropský standard

0 10 20 30





# Incidence zhoubných nádorů ve vybraných evropských zemích:

## ZN tlustého střeva a konečníku



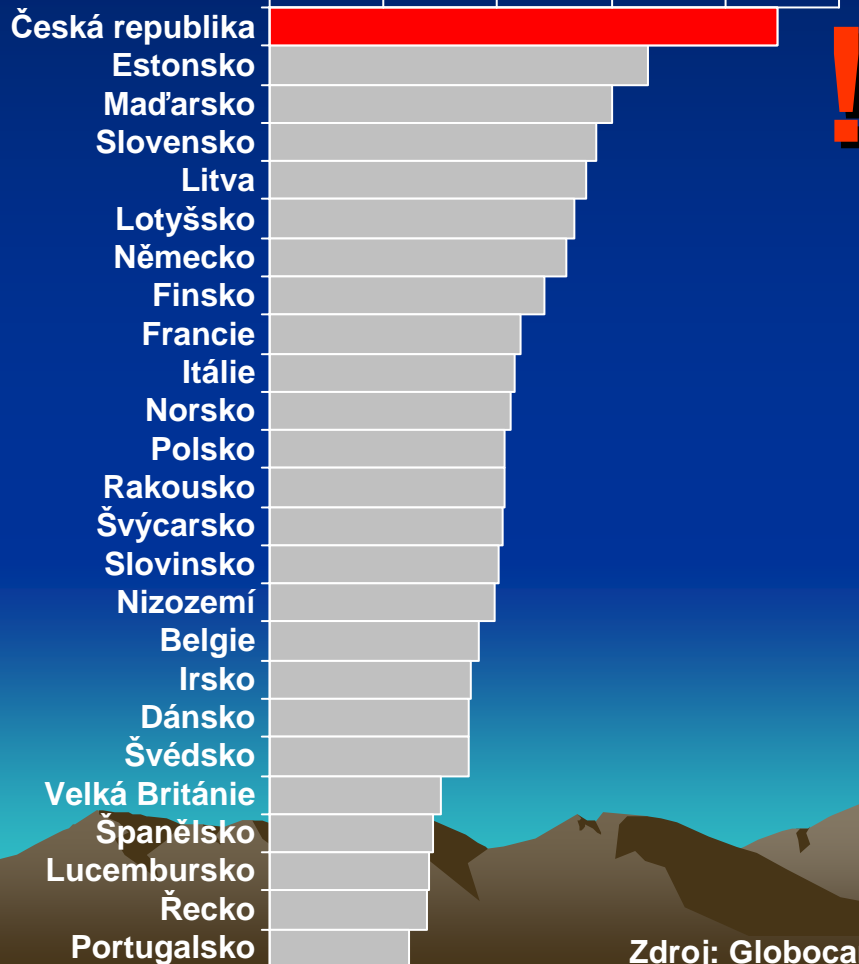
# Incidence zhoubných nádorů ve vybraných evropských zemích:

## ZN ledviny

Muži

ASR - evropský standard

0 5 10 15 20 25



Ženy

ASR - evropský standard

0 2 4 6 8 10 12

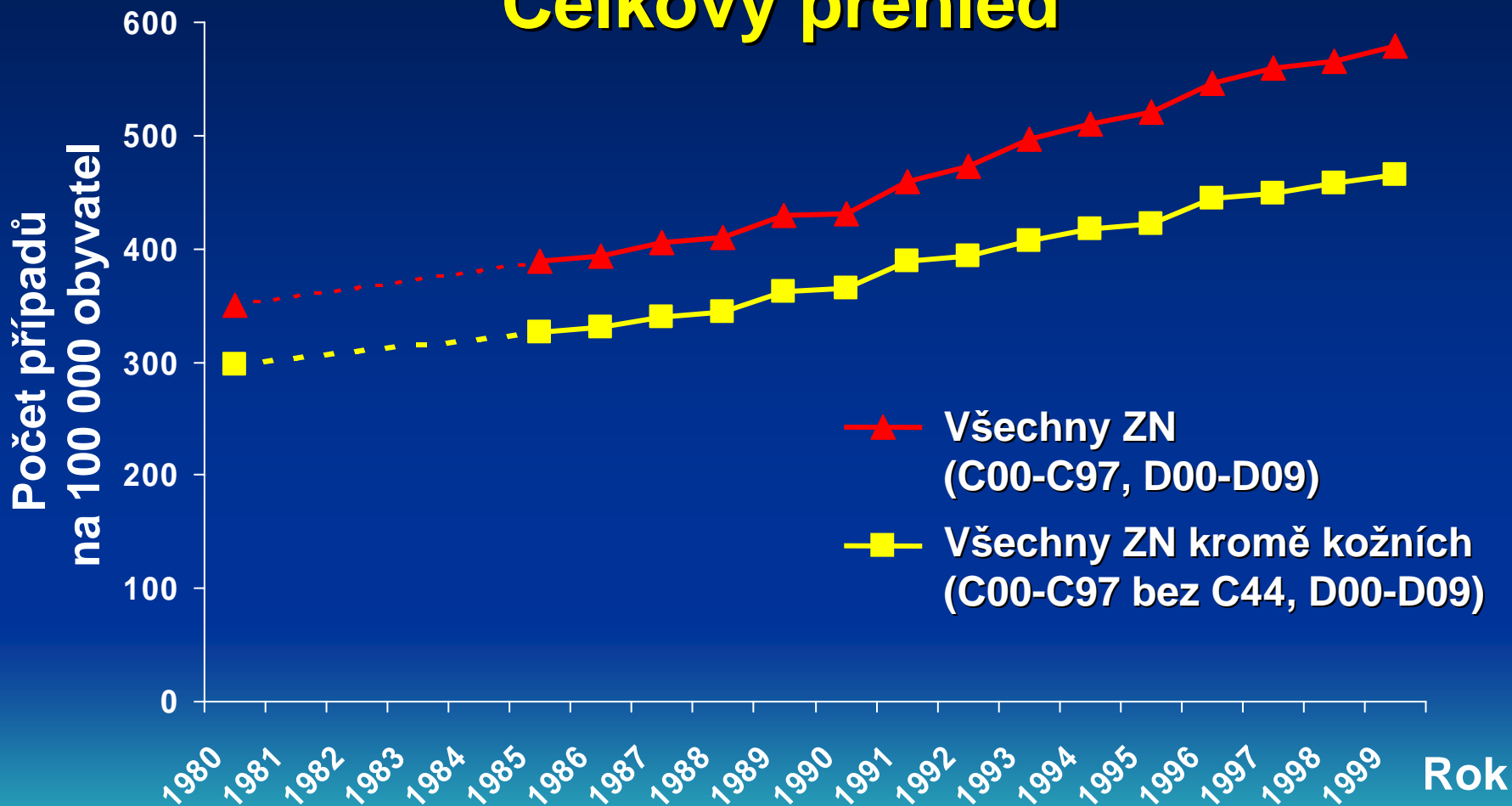


Zdroj: Globocan 2000

Portugalsko

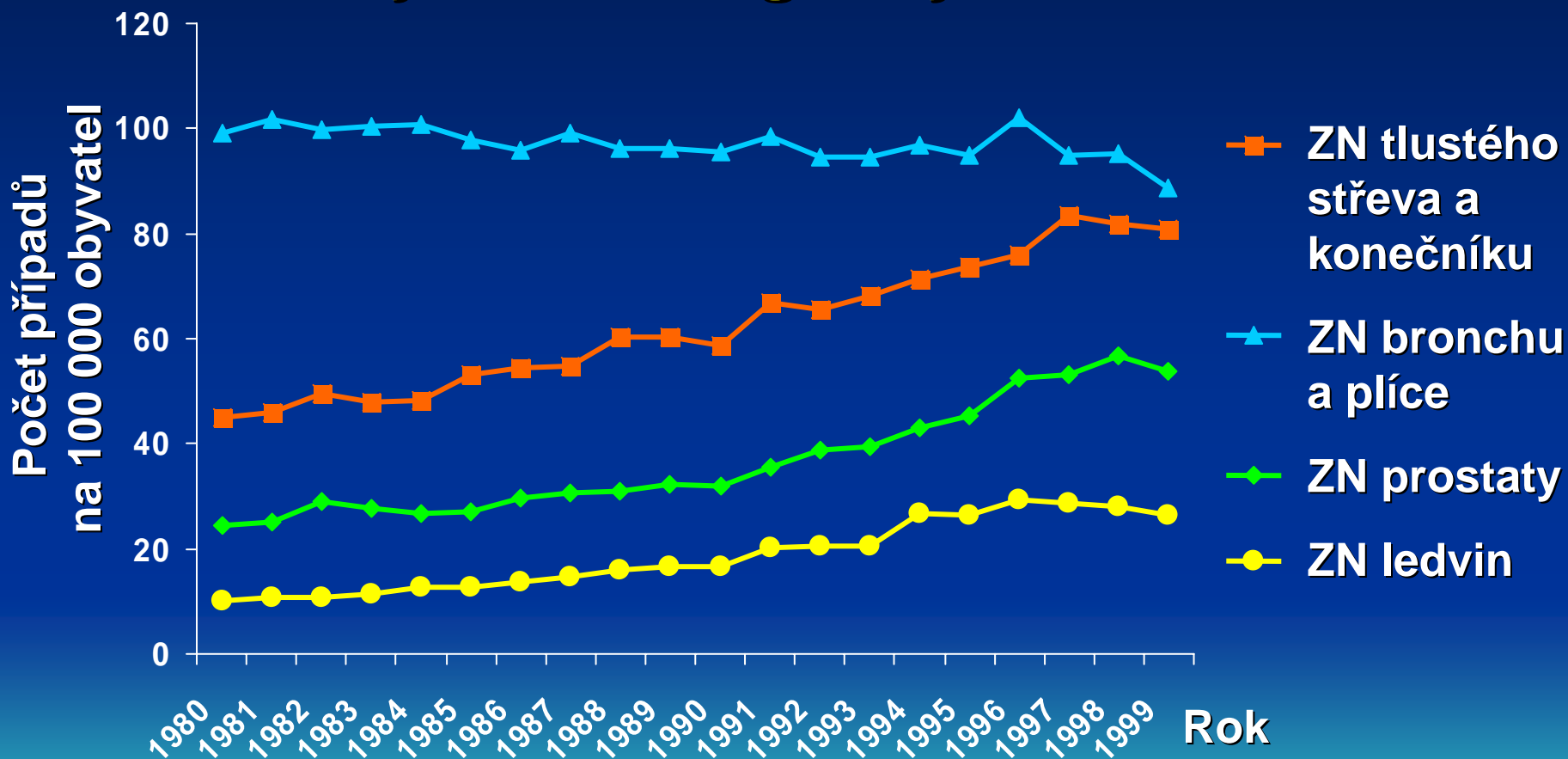
# Vývoj hrubé incidence zhoubných nádorů v České republice

## Celkový přehled



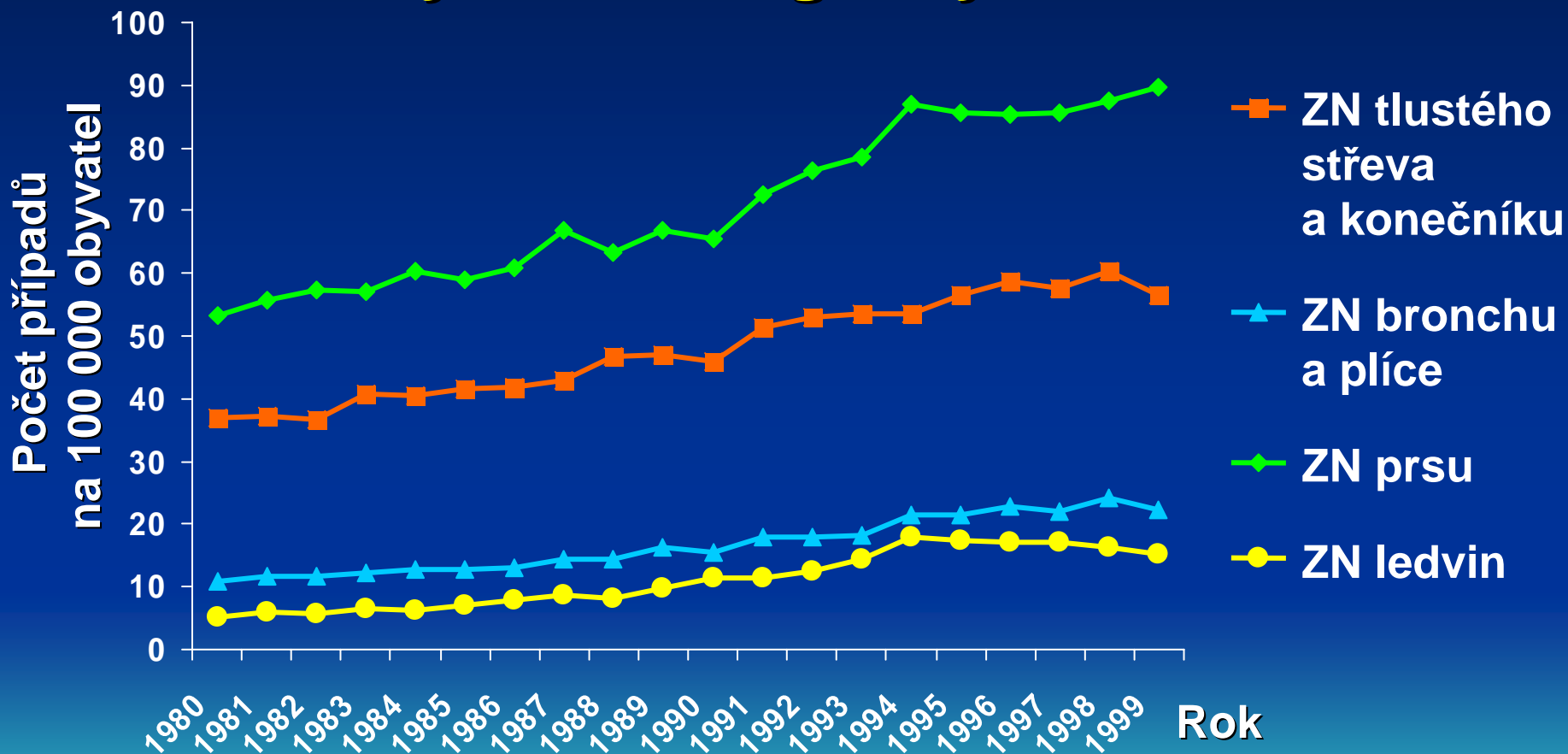
# Vývoj hrubé incidence zhoubných nádorů v České republice

## Vybrané diagnózy u mužů



# Vývoj hrubé incidence zhoubných nádorů v České republice

## Vybrané diagnózy u žen



# Co plyne z těchto epidemiologických údajů

Riziko vzniku maligní nemoci se osobně týká každého z nás, každý třetí onemocní a každý čtvrtý zemře na maligní nádor

Maligní onemocnění představují velkou zátěž pro ČR z hlediska:

- osobního utrpení a pracovní neschopnosti
- lůžkových kapacit zdravotnictví
- a z toho plynoucích ekonomických nákladů



# Národní onkologický program pro Českou republiku

**Program vytvořen Českou onkologickou společností ČLS JEP v roce 2003 s cílem:**

1. Snižování incidence a mortality nádorových onemocnění
2. Zlepšovat kvalitu života onkologicky nemocných
3. Racionalizace nákladů na diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění



# Národní onkologický program

## Strategie

- Boj se zhoubnými nádory jako součást celostátní i regionální politické agendy**
- Boj se zhoubnými nádory jako životní zájem laické i odborné veřejnosti**
- Mezinárodní spolupráce v rámci EU a WHO**
- Trvalá udržitelnost programu kontrolou nákladů**
- Průběžné vyhodnocování účinnosti v rámci výročních zpráv České onkologické společnosti**





# Bod 1

## Národního onkologického programu

- odborná podpora výuky prevence nádorů na školách
- podpora vzdělávání veřejnosti o primární prevenci nádorů
- snížit kouření zejména u mládeže
- pomáhat kladným změnám ve výživě a celkovém životním stylu



# K bodu 1

- Je vůbec možné snížení kouření u mládeže když téměř z každá druhá reklama je na tabákové výrobky?
- Proč stále chybí politická podpora?
- Je možné u kuřáků zavést povinný doplatek ke zdravotnímu pojištění?
- Může se stát obejít bez daní za tabákové výrobky?
- Rakovina plic je u kuřáků 17x častější než u nekuřáků



# K bodu 1

Jak zavádět kladné změny v životním stylu, když konkurenční prostředí vyžaduje stále vyšší pracovní nasazení a na aktivní odpočinek nezbývá čas?

*American Cancer Society* doporučuje intenzivní fyzickou rekreační aktivitu 30 minut 5 dní v týdnu, pro dospívající 60 min. Pracující, máte na to čas a chuť ?



## Bod 2

# Národního onkologického programu

- ❑ Zajistit dlouhodobé fungování a audity programů pro screening karcinomu prsu, hrdla děložního a kolorekta
- ❑ Vyhodnocovat vliv parascreeningových vyšetření v populaci



# K bodu 2

## Screeningové programy

Vyhláška 193/2000 sb. a vyhláška 372/2002 sb. definuje rozsah vyšetření na účet pojištění:

- okultní krvácení ve 2-letých intervalech
- ve věku 45-69 let mamografie ve 2-letých intervalech
- gynekologické prohlídky s cytologií



# K bodu 2

## Přínos screeningových vyšetření

Redukce počtu úmrtí na kolorektální karcinom:

- okultní krvácení o 19 %
- flexibilní sigmoideoskopie o 44 %



## K bodu 2

Doporučený screening kolorektálního karcinomu  
dle *Americké onkologické společnosti*

- od 50. roku u osob s průměrným rizikem:
- každoročně vyšetřit okultní krvácení
- sigmoideoskopie v 5-letých intervalech
- nebo kolonoskopie v 10-letých intervalech



## K bodu 2

- Jak se postaví Česká onkologická společnost k plošnému doporučení kolonoskopického či sigmoideoskopického screeningu?
- Doporučit ho pro plošné použití na náklady pojištění, či na vlastní náklady vyšetřovaného?





# K bodu 3

- Jak přimět veřejnost k pravidelné účasti na preventivních prohlídkách?
- Kdy jste Vy byl (byla) na poslední preventivní prohlídce? Co Vás k tomu vedlo?
- Sankcionovat neúčast na preventivní prohlídce vyšším pojistným? Narušení osobní svobody jednotlivce?
- Mají zaměstnavatelé právo vyžadovat po svých zaměstnaných absolvování preventivní prohlídky?

# K bodu 3

- Jak zajistit, aby praxi vykonávali lékaři, kteří si udržují nutné znalosti neustálým studiem a kteří stačí vstřebávat stále nové a nové poznatky?
- Co udělat s těmi, kteří již na to nestačí?
- Úloha:
  - odborných společností, ČLK, MZ,
  - krajských správ, vedení nemocnic,
  - patientských organizací?
- Stav zdravotnictví je obrazem společnosti, v této situaci na tom není naše zdravotnictví tak špatně



## Bod 4

# Nádorního onkologického programu

- ❑ pojmenovat síť Center komplexní diagnosticko-léčebné onkologické péče
- ❑ akreditace ČOS na principu 4 kompetencí: kvalifikace, vybavení, sebeevaluace a komunikace
- ❑ vytvoření Rady onkocenter ČR pro koordinaci práce



# K bodu 4

- **Současná situace, kdy léčí ten kdo má atestaci (doufejme), nehledě na vybavenost, zkušenost a odborné zázemí versus organizované poskytování komplexní léčby**

**Země EU tento problém řeší definováním kompetenčních sítí přesně definujících rozsah a náplň činnosti a spolupráci. Cílem těchto sítí je dosáhnout, aby všichni nemocní dostali optimální léčbu podle současných znalostí s přihlédnutím k ekonomickým možnostem státu. Stejnou cestou půjde i **Česká onkologická společnost****

# K bodu 4

Dále jdou země EU cestou vytváření závazných léčebných doporučení, která sice nemají platnost zákona, ale při 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



# K bodu 4

- první Doporučené postupy protinádorové chemoterapie vytvořila Česká onkologická společnost v roce 2003 v souladu se zdravotními pojišťovnami a MZ ČR
- tyto postupy jsou jednou ročně obnovovány
- zájemci jej mohou získat od předsedy společnosti



# K bodu 4

## Hematoonkologie

- náročnější a dražší postupy jsou prováděny pouze v 6 transplantačních centrech (Glivec, anti-CD20, anti-CD52, Zevalin)

## Primární kostní sarkomy

- léčba limitována na 2 centra v ČR

## Maligní nádory dětí

- léčba limitována na 2 centra v ČR



# K bodu 4

- Otázkou je, jak postupovat u velmi častých nádorů, jako jsou:
  - karcinom prsu,
  - karcinom kolorekta,
  - karcinom plic

Pacientů s těmito nádory je tolik, že je nelze soustředit do 6 center jako závažné hematooonkologické nemoci





# K bodu 4

Léčba solidních nádorů uvedených na předchozím diapozitivu je stále náročnější

- monoklonální protilátky, (Herceptin)
- inhibitory epidermální růstového faktoru
- jiné formy cílené terapie (targetid therapy)

Je možné ponechat použití těchto drahých léků v rukou všech onkologů, či je nutno je soustředit do několika center?

Akreditace vybraných pracovišť?

Jsou nutná akreditovaná centra, jak je doporučováno NOP



# Nutnost restrikce rozsahu poskytované léčby dle toků peněz do zdravotnictví

- Nové onkologické léčebné možnosti (medikamenty) mají často potenciál mírně zlepšit výsledky léčby za cenu několikanásobně vyšších nákladů, což demonstrujeme na následujících postupech.



# Celospolečenský pohled na paliativní chemoterapii kolorektálního karcinomu

<b>Režim chemoterapie</b>	<b>Medián přežití (měsíce)</b>	<b>Cena za 6 cyklů</b>
<b>Bez chemoterapie</b>	<b>5 – 8</b>	
<b>5-FUFA bolus</b>	<b>10 - 13</b>	<b>46 710 Kč</b>
<b>Tomudex</b>	<b>10</b>	<b>121 468 Kč</b>

# Celospolečenský pohled na paliativní chemoterapii kolorektálního karcinomu

<b>Režim chemoterapie</b>	<b>Medián přežití (měsíce)</b>	<b>Cena za 6 cyklů</b>
<b>Capecitabin oxaliplatina</b>	<b>19</b>	<b>238 909 Kč</b>
<b>Capecitabin irinotekan</b>	<b>18</b>	<b>244 836 Kč</b>



# Celospolečenský pohled na paliativní chemoterapii kolorektálního karcinomu

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



# Celospolečenský pohled na paliativní chemoterapii kolorektálního karcinomu

- **Zhodnocení přínosu oxaliplatiny**
- 5-FU-FA *versus* 5-FU-FA+ oxaliplatina
- Medián přežití 14,7 *versus* 16,2 měsíce
- Náklady 46 710 *versus* 175 867 Kč

**Náklady na prodloužení o jeden měsíc  
51 663 Kč**



# Celospolečenský pohled na paliativní chemoterapii nemalobuněčného bronchogeního karcinomu

<b>Režim chemoterapie</b>	<b>Medián přežití (měsíce)</b>	<b>Cena za x cyklů</b>
6x vinorelbin + cisplatina	8,9	<b>77 262 Kč</b>
6x etoposid + karboplatina	6	<b>29 700 Kč</b>

# Celospolečenský pohled na paliativní chemoterapii nemalobuněčného bronchogeního karcinomu

<b>Režim chemoterapie</b>	<b>Medián přežití (měsíce)</b>	<b>Cena za x cyklů</b>
<b>6x Etoposid - karboplatina</b>	<b>4-6</b>	<b>29 700</b>
<b>9x paclitaxel + karboplatina,</b>	<b>8,1</b>	<b>93 054 Kč</b>
<b>4x docetaxel + cisplatina</b>	<b>7,4</b>	<b>143 848 Kč</b>



# Celospolečenský pohled na paliativní chemoterapii

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



# Celospolečenský pohled na chemoterapii kolorektálního karcinomu

Počty případů ve stadiích v roce 1999

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**

# Co z těchto čísel plyne?

1. U jednotlivých postupů je nutné provést analýzy nákladů a přínosů (výpočty typu náklady na prodloužení průměrného života o 1 měsíc nebo 1 rok)
2. Rozhodnout, co je pro náš zdravotní systém únosné a co ne
3. Nastavit restriktivní omezení, které umožní postupy lege artis s ohledem na optimální využití finančních zdrojů



# Možnosti restrikce nákladů onkologické péče

## Optimální stav

- ❑ Standardizovaná diagnostika včetně určení stádia
- ❑ Používání standardních léčebných postupů
- ❑ Standardy musí respektovat ekonomickou situaci ČR



# Možnosti restrikce nákladů onkologické péče

## Současný stav

- ❑ Nejsou vytvořeny či respektovány diagnostické standardy a často není určeno stádium nádoru
- ❑ Dosavadní léčebné standardy jsou málo restriktivní a nedostatečně respektují ekonomickou situaci ČR
- ❑ Chybí politická podpora kvalitní reformy zdravotnictví, tak aby byla respektována ekonomická situace v ČR



## Bod 5

# Národního onkologického programu - princip ekvity

- Pokrytí populace srovnatelnými onkologickými službami a přístupem informací o prevenci, diagnostice a léčbě onkologických onemocnění



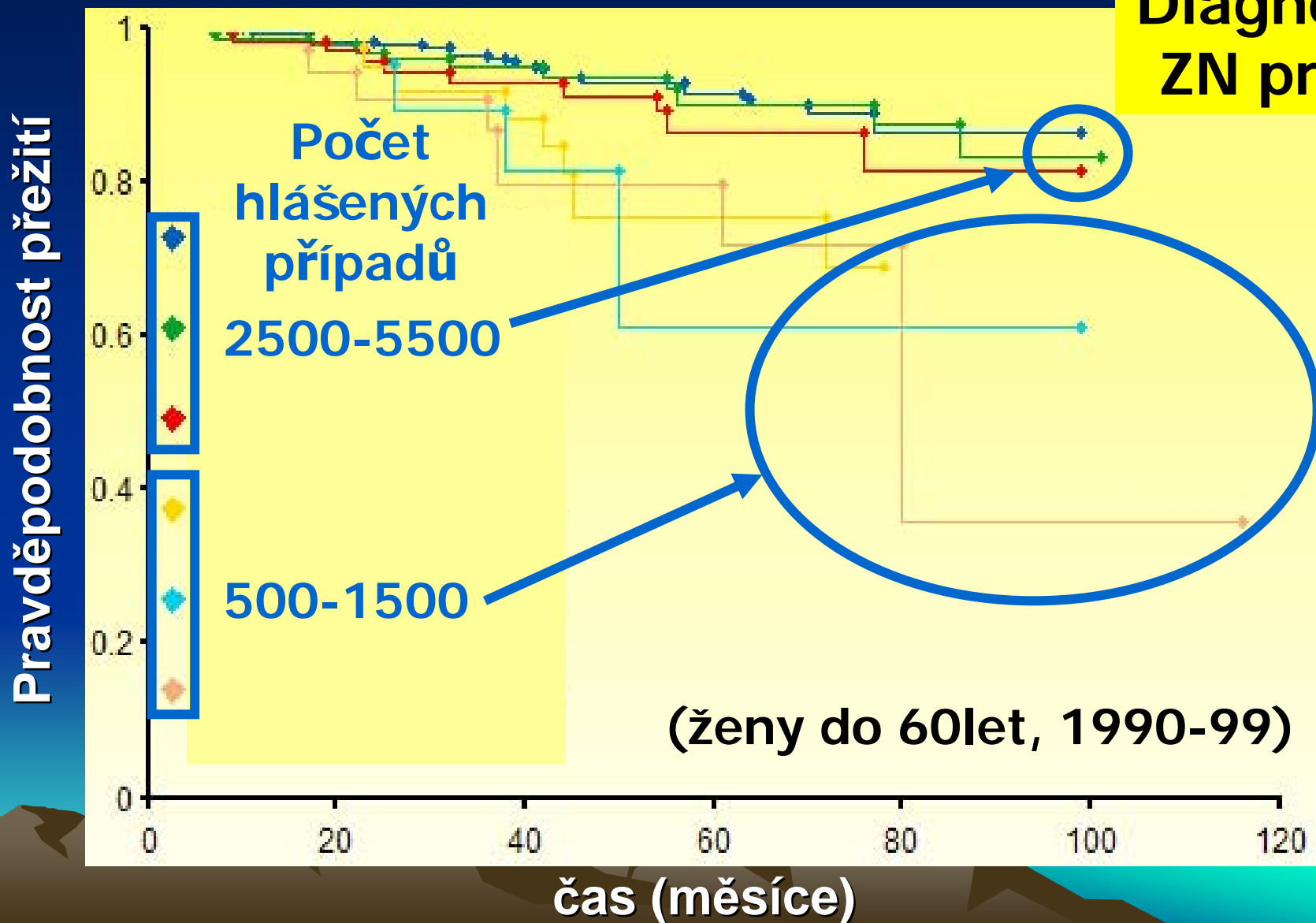
## K bodu 5

- Ústavou je zaručen rovný přístup nemocných k léčbě
- Je však zřetelné, že důležitým prognostickým faktorem je pracoviště, kde je pacient léčen



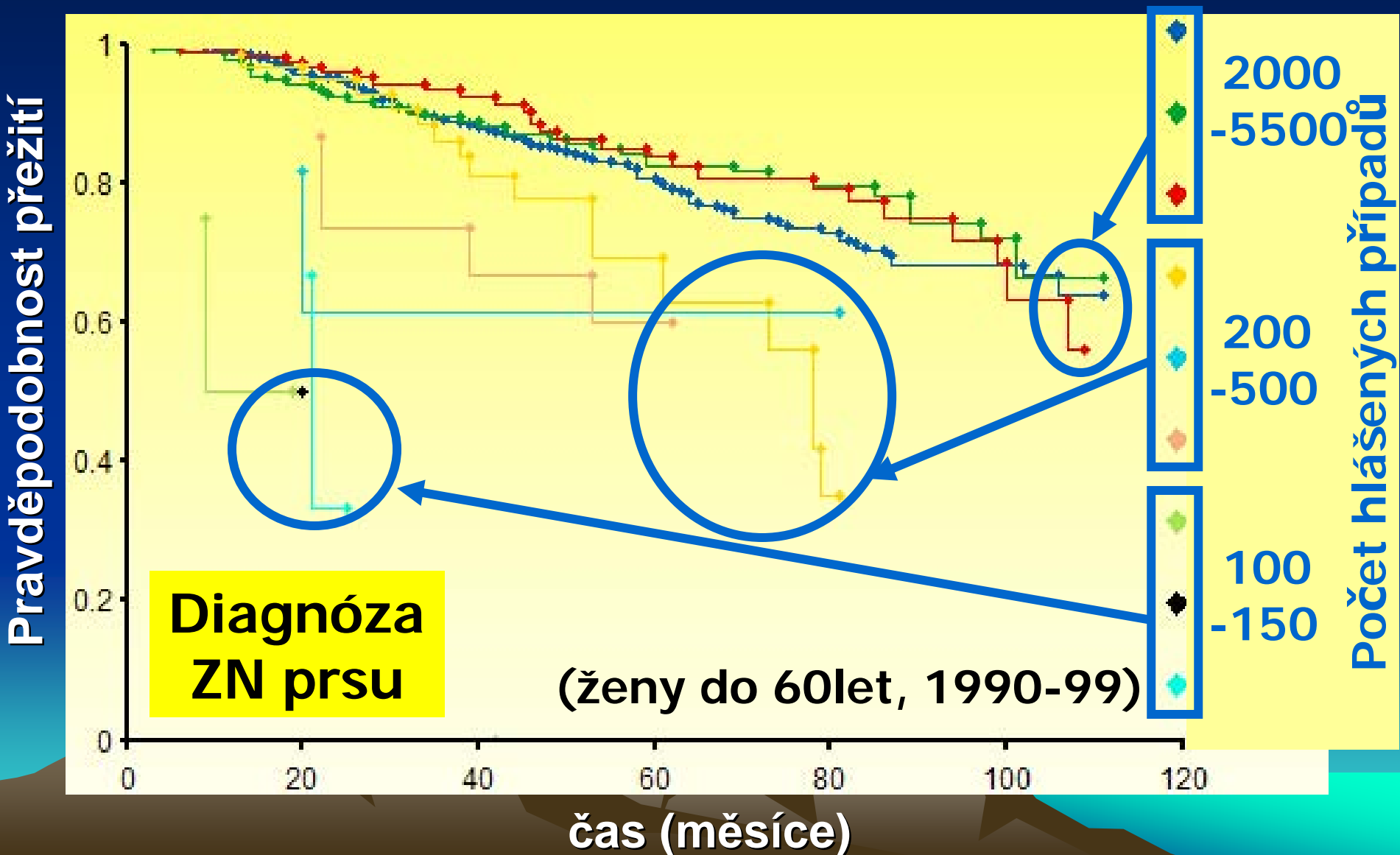
# Graf pravděpodobnosti přežití ve **stadiu I** na různých pracovištích

Diagnóza  
ZN prsu





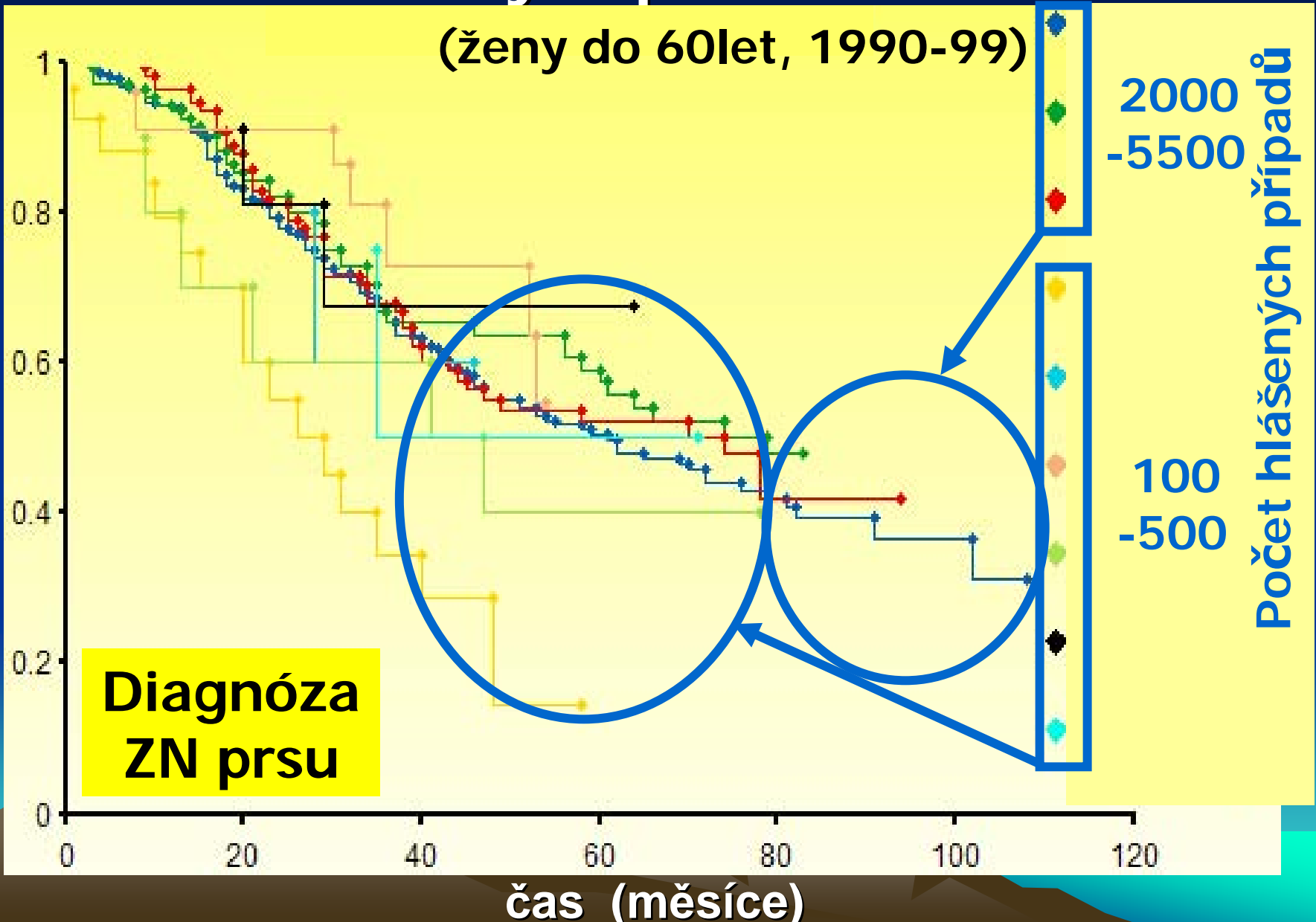
# Graf pravděpodobnosti přežití ve **stadiu II** na různých pracovištích



# Graf pravděpodobnosti přežití ve **stadiu III** na různých pracovištích

(ženy do 60let, 1990-99)

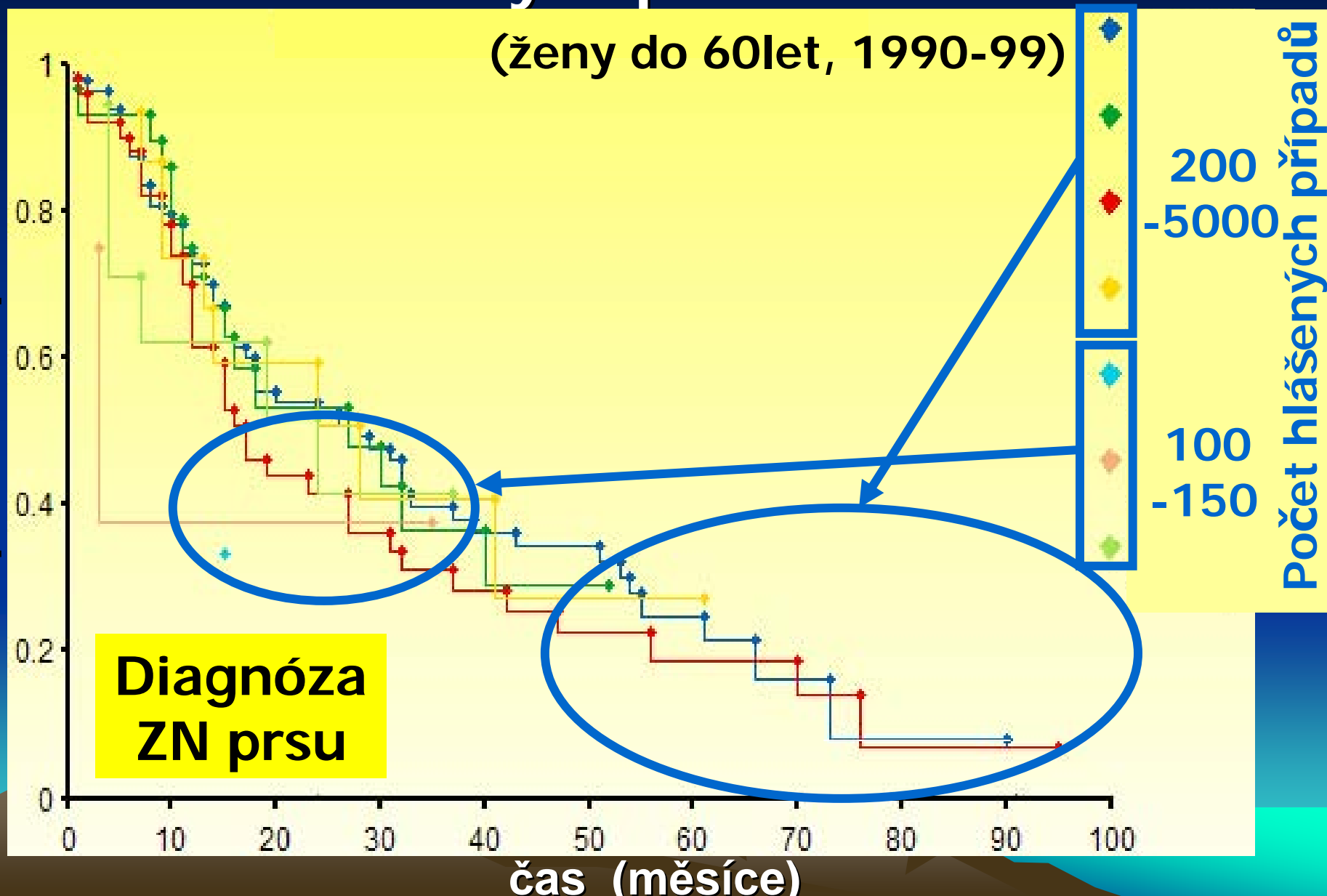
Pravděpodobnost přežití



# Graf pravděpodobnosti přežití ve **stadiu IV** na různých pracovištích

(ženy do 60let, 1990-99)

Pravděpodobnost přežití



# K bodu 5

- Výsledky vyšetření a léčení jsou zaznamenány v 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 nejhoršími a naopak nejlepšími výsledky vyšetřování a léčby k porovnání s vlastními výsledky

# K bodu 5

- V budoucnosti 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



## Bod 6

# Národního onkologického programu

- ❑ Vznik a stabilita zařízení pro paliativní a terminální péči nevléčitelně nemocných
- ❑ Podpora a rozvoj všech forem domácí péče
- ❑ Zlepšení stavu léčby bolesti a dalších symptomů, zlepšení kvality života nevléčitelně nemocných



# Kontrasty onkologické péče

- V rámci paliativní onkologické léčby mohou náklady na 1 pacienta dosáhnout 1milión Kč, ale jakmile se při progresi dostane na lůžko LDN, nedostačuje rozpočet (35-50 Kč/den) ani na přiměřenou analgetickou léčbu, takže:
- **mnohý pacient končí svůj život v bolestech**



# Rozložení toku peněz do onkologického pacienta

## □ Faktický stav

Kč rozpočet

**Chemoterapeutické  
oddělení**

*Jednotlivé fáze léčby  
onkologického pac.*

**Onkochirurgie**

**Oddělení typu LDN  
poskytující podpůrnou  
terminální péči  
do 40 Kč/den**



# Rozložení toku peněz do onkologického pacienta

## ☐ Žádoucí stav

Kč rozpočet

Onkochirurgie

Chemoterapeutické oddělení

Odd pro termin. nemocné hospic, LDN a jiné mající dostatečnou finance pro přiměřenou analgetickou a další podpůrnou léčbu termin. nemocných

# Bod 7

## Národního onkologického programu

Podpora kontinuity, stability, modernizace a praktického využívání databáze Národního onkologického registru ČR, protože představuje zásadní zdroj informací pro řízenou preventivní a diagnosticko-léčebnou péči v onkologii



# Bod 7

## Národního onkologického programu

Bez kvalitního sběru informací není možné správné řízení zdravotnictví

- Organizace sítě zdravotnických zařízení
- Ekonomika
- Kontrola kvality, ekvita
- Právní problematika



## Bod 8

# Národního onkologického programu

- ❑ Podpora aplikovanému onkologickému výzkumu a inovacím
- ❑ Zavádění principů HTA (Health Technology Assessment) v onkologii
- ❑ Podpora vzdělávání v onkologii: pregraduální, postgraduální, veřejnosti, politiků, novinářů atd.



# Co je lesk onkologie?

1. Screeningové programy
2. Nové operační postupy, miniinvazivní
3. Terapeutické monoklonální protilátky, jejich přínos je asi nejvýraznější u chemosenzitivních krevních chorob. Kombinovaná léčba monoklonálními protilátkami a chemoterapií má potenciál dosáhnout molekulární remise



# Co je lesk onkologie?

4. Nové protinádorové léky zasahující cíleně maligní buňky (Glivec, ATRA). Tyto léky přinesly zásadní změnu v léčbě chronické myeloidní leukemie a promyelocytární leukemie
5. Mnohé další necytostatické léky jsou ve fázi klinického zkoušení (Iressa)



# Co je lesk onkologie?

## 6. **Nové přístupy k nemocnému**

respektování práv nemocného  
informované souhlasy  
informace o diagnóze  
informace o prognóze  
metoda ošetrovatelského procesu



# Co je bída onkologie?

1. Malé využívání prevence a screeningových programů
2. Stoupající incidence zhoubných nádorů
3. Nové, jen o něco účinnější léky, extrémně prodražují léčbu. Máme na to?
4. Lze dostatečně přesně regulovat používání těchto léků dle výpočtu nákladů na prodloužení života?

Problém: nemoc se u konkrétního nemocného nechová dle mediánu či průměru





# Co je bída onkologie?

5. Nedostatečná organizace onkologické péče, malá koncentrovanost vysoce specializované léčby
6. Malá informovanost nemocných o kvalitě jednotlivých pracovišť
7. Malá využívání informací z NOR
8. Obecně malá podpora aplikovaného výzkumu



# Co je bída onkologie

9. Onkologický pacient, u něhož nebylo možné nemoc zcela vyléčit, potřebuje kvalitní péči až do smrti  
- tento fakt není zdravotním systémem ČR zohledněn
10. Kapacita hospiců nedostatečná, výuka a výchova v paliativní medicíně zatím malá
11. Symptomatická léčba na odd. následné péče často nedostatečná, podfinancovaná



# Co minimalizuje rozdíly ve výsledcích (onkologické) péče

- Zdravotní pojištění všech
- Screeningové programy
- Podobné vzdělání většiny zdravotníků
- Rozdělení kompetencí ve zdravotnictví
- Dobré přístrojové vybavení a relativně snadný přístup k lékům



# Co zvyšuje rozdíly ve výsledcích (onkologické) péče

- Rodinné a sociální prostředí
- Malé povědomí osobní zodpovědnosti za vlastní zdraví („lékaři to vyřeší za mě“)
- Obecné podceňování rizikového chování (kouření, alkohol, stravovací návyky)
- Malé využívání screeningových a preventivních programů
- Malé znalosti a podceňování varovných příznaků závažných onemocnění



# Co zvyšuje rozdíly ve výsledcích (onkologické) péče-pokračování

- Neznalost výsledků péče jednotlivých lékařů či alespoň zdravotnických zařízení
- Malá centralizace specializované péče (dostupnost na úkor kvality)
- Rozdíly mezi přístrojovým vybavením a vzděláním lékařů



**Doufáme, že realizace  
Národního onkologického programu  
pomůže odstranit nedostatky  
současné onkologické péče**



**Děkuji za pozornost**

**a přeji Vám,**

**ať se nestanete onkologickými pacienty**

**a pokud se jimi stanete**

**(pravděpodobnost 1:3)**

**ať máte optimální a úspěšnou  
protinádorovou a symptomatickou  
léčbu a péči**

