

EKONOMICKÉ ASPEKTY LÉČBY BPH VE ŠVÉDSKÝCH PODMÍNKÁCH

Na závěr volného pokračování příspěvků o švédském přístupu k benigní hyperplázii prostaty (BPH) zařazujeme několik ekonomických informací. Zdravotně-ekonomické aspekty BPH lze posuzovat z více úhlů pohledu. Jedním může být výpočet přímých a nepřímých nákladů spojených s onemocněním, další možností je porovnání efektivity nákladů vynakládaných u různých léčebných metod, které v současnosti u BPH přicházejí v úvahu.

Náklady spojené s onemocněním BPH

Benigní hyperplázie prostaty je nemoc běžně se vyskytující v mužské populaci, avšak náklady s ní spojené tvoří jen malý podíl z objemu prostředků ve švédském zdravotnictví. V celkových nákladech vynakládaných v souvislosti s nemocemi močových a pohlavních orgánů je BPH zastoupena pouhými deseti procenty.

Nepřímé náklady v poměru k nákladům přímým jsou u nemocí močových a pohlavních orgánů relativně nízké. Je to dáno tím, že nepřímé náklady, které zahrnují pracovní absenci, předčasný odchod do důchodu nebo předčasně úmrtí, jsou do značné míry eliminovány, neboť tato onemocnění postihují starší věkové kategorie. Přímé náklady pak představuje vlastní léčba a s ní spojená zdravotnická péče.

Porovnáním údajů z 80. a 90. let (při respektování inflace) lze zjistit, že celkové náklady se téměř nezměnily, zatímco podíl přímých nákladů se zvýšil. Jedním z důvodů jsou zvýšené náklady za léky. Srovnáním celkových nákladů ve Švédsku a ve Velké Británii lze dospět k zajímavému výsledku, že totiž v přepočtu na švédskou populaci by náklady ve Velké Británii vyšly téměř třikrát nižší. Důvodem je výrazně menší relativní počet operovaných, který je v Británii oproti Švédsku přibližně poloviční. Dalším důvodem je obecně nižší cena služeb v britských poměrech.

Vývoj nákladů za léky ve švédských korunách za období 1992–1996 je znázorněn na obrázku 1.

U BPH se náklady za léky v jednotlivých krajích Švédska dosti podstatně liší. Důvodem jsou rozdíly v názorech na užitečnost farmakologické léčby u pacientů s LUTS a někdy ještě dosud nejednotné uplatňování diagnostických kritérií a efektivních diagnostických metod (obrázek 2).

Z grafu je též patrné, že ve Švédsku se častěji předepisuje finasterid (Proscar) než alfablokátory, zatímco v mnoha jiných zemích je tomu naopak. Léčba mikrovlnami (TUMT) se ve Švédsku rozšířila rychlejším tempem než jinde.

Vliv nových metod na náklady

Aplikace léčby farmaky, stejně jako málo invazivních chirurgických postupů, zejména pak mikrovlnné léčby (TUMT), se zvyšuje. Aby bylo možné posoudit vliv těchto metod na léčebné náklady, je třeba zpracovat srovnávací studie, ve kterých budou pacienti sledováni po relativně dlouhý čas. Tento úkol dosud není vyřešen. Hrubým vodítkem může být kalkulace publikovaná v roce 1996 (1). Údaje o klasických „otevřených“ operacích byly získány z ankety, v níž byla dotazována všechna zařízení, která tuto péči poskytují. Odpověď zaslalo 75 % z nich. Údaje o transuretrální chirurgii pocházejí z národního registru pacientů z let 1988–1994. Vyčíslení nákladů při aplikaci mikrovlnné léčby pocházejí ze Sahlgrenské nemocnice. U ostatních metod byly ceny stanoveny odhadem. Srovnání je uvedeno v tabulce 1, kde ceny zohledňují inflaci a jsou přepočítány na rok

1994. Jedná se o přímé náklady v souvislosti s léčbou, nezahrnují však vyšetření ani následné kontroly pacientů.

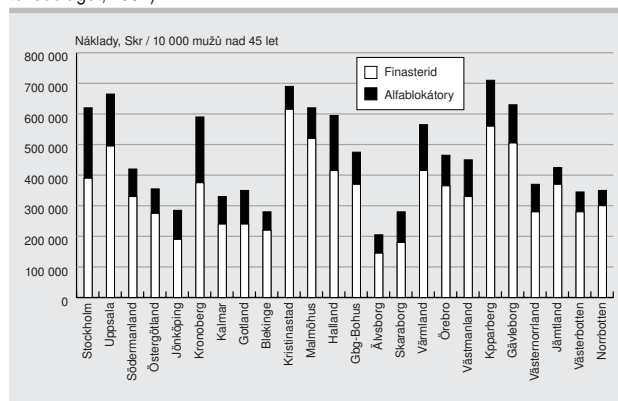
Ukazuje se, že i když po roce 1992 přibyla v součtu celkových nákladů nezanedbatelná položka za léky, zvýšily se celkové náklady oproti roku 1991 jen nepatrně. Vývoj v dalších letech naznačuje rychlý pokles počtu otevřených operací (v r. 1995 o 1800 méně než v roce předchozím) a naopak nárůst výdajů za léky (v r. 1996 to bylo 85 mil. Skr, což je o 23 mil. více než v r. 1995).

Léčba s vysokým efektem a velkým rizikem nebo s nízkým efektem a malým rizikem?

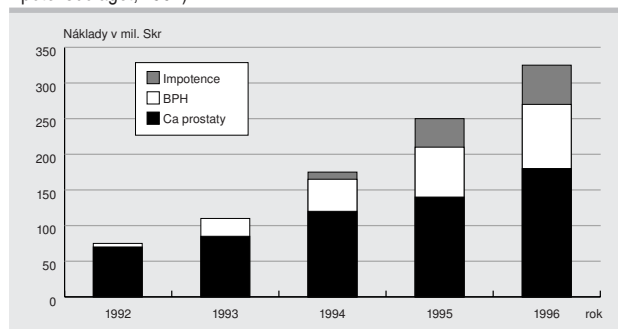
Je zatím obtížné s jistotou označit ty nové metody, které lze z hlediska nákladů do budoucna považovat v porovnání s TURP za efektivnější. Stává se, že mezi některými z nich jsou jen malé rozdíly v technice, což způsobuje při systematických studiích organizační problémy. Metody se dělí podle nákladů, efektu a nežádoucích účinků, přičemž v klinické praxi se dále musí zohlednit typy pacientů, stupeň obstrukce a závažnost symptomů postižení dolních močových cest.

Kromě krátkodobých výsledků je třeba studovat také efekt vynaložených nákladů v čase zbývajících života léčeného pacien-

Obrázek 1. Vývoj výdajů za léky při urologických onemocněních (Pramen: Apoteksbolaget, 1997)



Obrázek 2. Výdaje za léky při BPH v různých oblastech Švédska (Pramen: Apoteksbolaget, 1997)



Tabulka 1. Přímé náklady na léčbu BPH v cenách z roku 1994

	Cena za výkon (Skr)		Celkové náklady v tisících (Skr)			
	1985	1987	1989	1991	1993	1994
Chirurgická léčba						
otevřená	48 000	34 224	24 720	15 696	11 376	10 128
TURP ⁽¹⁾	19 800	175 586	197 722	199 841	212 890	179 210
TUIP	10 000	900	2 540	3 020	4 690	4 200
stent	5 500	66	160	759	1 221	1 386
balón. dilatace	5 000	40			45	15
TUMT	6 500			4 284	13 033	11 908
laser	16 000				3 920	2 480
Farmaka⁽²⁾						
terazosin					5 828	8 781
finasterid					21 037	36 097
celkem (zaokr. na tis.)	211 000	225 000	219 000	235 000	239 000	241 000

(1) Nejsou zahrnuty TURP s původně jinou základní diagnózou než BPH, kterých bylo 12 %. Protože ve skutečnosti byla BPH operována, i když jen jako vedlejší onemocnění, jsou skutečné náklady vyšší, než uvádí tabulka. (2) Náklady na léky před r. 1992 byly prakticky nevýznamné.

ta nebo alespoň po dobu pěti nebo raději deseti let. Tento údaj je dosud dostatečně podchycen pouze u TURP (2). Údaje z dlouhodobého sledování pacientů v souvislosti s TURP mohou být též vhodným referenčním materiálem při hodnocení jiných postupů. U této klasické metody vycházely náklady za vyšetření, operaci, reoperaci a komplikace celkem v průměru na 33 000 Skr v cenách z r. 1990, přičemž výdaje za péči v průběhu jednoho roku před a pěti let po operaci činily 15 % z celkových nákladů.

Podstatnými, avšak často opomíjenými výdaji jsou náklady, související s nutným opakováním léčení nebo opakováními zákroky. Je podezření, že metody s nízkým efektem si častěji vyžadují opakování léčby stejným nebo účinnějším způsobem.

Efektivita mnoha nových metod má své hranice a bude třeba rozsáhlých studií, které by odlišily skutečný efekt od efektu placeba. Jak jsme již psali minule, obtíže pacientů se pravidelně zjevně snižují i při „watchfull waiting“ nebo při „léčbě“ placebem. Zde již můžeme vyslovit podezření, že tam, kde se u pacientů s nevelkými potížemi příliš liberálně používá levných, ale málo efektivních metod, se plýtvá zdroji ve zdravotnictví – tito pacienti v dané chvíli vlastní léčbu nepotřebují. Tím u těchto metod zase následně dochází k negativnímu zpětnému ovlivnění efektivity nákladů.

Příkladem srovnání s TURP je krátkodobá studie nákladů na operace malých až středně velkých prostat transuretrální incizí (TUIP), prováděnou jako „chirurgie jednodenní péče“ (5). V porovnání s TURP jsou průměrné náklady u TUIP prováděné na stejné klinice šestkrát nižší. Jde však dosud o spíše orientační údaj, neboť se nejednalo o plnohodnotnou klinickou srovnávací studii. Musí se totiž brát zřetel zvláště na to, že skupiny operovaných pacientů nejsou zcela ekvivalentní, pokud jde o velikost operované prostaty.

Analýza efektivity nákladů

Srovnávací studie léčby mikrovlnným zářením (TUMT) a TURP (4) se zabývala jak ekonomikou léčby, tak ovlivněním

potíží pacientů. Po TURP jako primární léčebné metodě byly symptomy po dvou letech redukovány u 92 % pacientů, u TUMT u 83 %. Přitom celkové náklady v souvislosti s léčbou činily průměrně na případ ve skupině TURP 24 234 Skr, ve skupině TUMT 14 830 Skr. TUMT tedy vychází jako efektivnější, pokud jde o náklady sledovaném období dvou let po zákroku. Avšak s delší dobou od operace se efektivnost TUMT začíná snižovat a lze-li toto snižování v čase považovat za konstantu, dá se předpokládat, že po 10–11 letech od zákroku se efektivita obou metod vyrovná. Tento poznatek jen potvrzuje, že na otázku efektivity nákladů u nových léčebných metod bude možné definitivně odpovědět až po delším sledování pacientů.

Jiný model srovnával náklady při „watchfull waiting“, léčbě finasteridem a TURP. Výsledek analýzy je takový, že v krátkodobé perspektivě (do tří let) vychází při hodnocení efektivity nákladů nejlépe „watchfull waiting“. V časovém horizontu max. 14 let se léčba finasteridem jeví jako ekonomicky výhodnější než TURP. I tento model trpí nedostatkem, že je postaven spíše na prognózách, protože spolehlivé dlouhodobé údaje dosud nejsou k dispozici.

Jistota naopak vládne tam, kde má pacient symptomy těžkého rázu, trpí značnou obstrukcí nebo je odkázán na permanentní katetr. V těchto případech je jednoznačně neefektivnější operace, protože alternativní metody nejsou schopny obtíže tohoto typu vyřešit. Obdobně může platit, že u pacientů s velice mírnými symptomy je ekonomicky nejvýhodnější pouhé sledování. Zde však narážíme na problém, kde začínají „symptomy těžkého rázu“, stejně jako kde končí hranice „velmi mírných potíží“. Je pravděpodobné, že někde uprostřed mezi těmito krajními skupinami pacientů se nacházejí ti, pro které budou alternativní metody vhodnější než TURP. Ověření zmíněného předpokladu a stanovení kritérií pro výběr těchto pacientů je úkolem pro blízkou budoucnost.

Překlad ze švédštiny: Tomáš Macků

Literatura

- Ahlstrand C, Carlsson P, Jönsson B. An estimate of life-time cost of surgical treatment of benign prostatic hyperplasia. *Scand J Urol Nephrol* 1996; 30: 37–43.
- Carlsson P, Spångberg A. Nya medicinska metoder inom urologin – I. Dyr, nya läkemedel bättre än kirurgi? *Läkartidningen*, 1996; 93: 4549–4555.
- Godartad förstöring, hyperplasi (BPH). Socialstyrelsen / Medicinsk Faktdatabas MARS, www.sos.se

- Waldén S, Acosta S, Carlsson P, Pettersson S, Dahlstrand C. A Costeffectiveness analysis of TURP and TUMT for treatment of benign prostatic hyperplasia. A two-year follow-up. I Waldén M, Microwave thermotherapy of symptomatic benign prostatic hyperplasia (Thesis) Göteborgs Universitet, 1997.
- Hugosson J, Bergdahl S, Norlén L, Örtengren T. Outpatient transurethral incision of the prostate under local anesthesia: operative results, patient security and cost effectiveness. *Scand J Urol Nephrol* 1993; 27: 381–385.