

9. Metodika adresného zvaní občanů do českých programů screeningu zhoubných nádorů

Úvodem této kapitoly připomeňme, že screening znamená testování bezpříznakových, programu se dobrovolně účastnících osob pro účely nalezení těch, kteří s vysokou pravděpodobností ve skutečnosti trpí zhoubným nádorovým onemocněním (1). V současnosti existují přesvědčivé vědecké důkazy o přínosu programů screeningu karcinomu prsu (2), kolorektálního karcinomu (3) a karcinomu děložního hrdla (4). Screening je bezpodmínečně nutné podporovat edukační a motivující kampaní tak, aby o něm cílová skupina osob věděla, rozuměla mu a neměla z něj nepodložené obavy. Jedním z klíčových opatření v této oblasti je institut státem organizovaného adresného zvaní, kdy jsou občané pravidelně zvaní k účasti na screeningu a jejich odezva (*participation rate*) je vyhodnocována a využívána pro optimalizaci programu. Preventivní programy, které takto organizovaně zasahují celou cílovou populaci, nazýváme populační (5). Zavedení populačního screeningu zhoubných nádorů v ČR je v souladu s metodickým doporučením Rady EU (6) i metodickými normami pro vysoce kvalitní a funkční preventivní programy – European Guidelines a doporučení Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny (7, 8). Adresné zvaní je také jednoznačným vyjádřením zájmu státu a jeho politické reprezentace na daném preventivním programu.

Při vypracování metodiky adresného zvaní pro české programy screeningu zhoubných nádorů byly využity mezinárodní zkušenosti a data. Tato metodika byla rozsáhle diskutována s panely zahraničních expertů v rámci nově založené tradice evropských konferencí European Colorectal Cancer Days, pravidelně pořádaných v Brně (<http://www.crcprevention.eu>). Po dopracování a schválení Ministerstvem zdravotnictví ČR byla metodika v únoru 2013 předložena plátcům zdravotní péče, kteří ji po odborné recenzi přijali a plošně implementovali. Jelikož vlastní administrace adresného zvaní bude kryta z prostředků EU v rámci integrovaných operačních programů, probíhají v současné chvíli smluvní jednání mezi ministerstvem a plátcí péče o zajištění této agendy. Systém adresného zvaní by měl být spuštěn v roce 2013.

9.1. Metodika adresného zvaní navržená pro české programy screeningu zhoubných nádorů

V ČR neexistuje státní instituce, která shromažďuje osobní data všech účastníků zdravotního pojištění a která by tudíž mohla zajistit adresné zvaní do programu z jednoho místa. Z tohoto důvodu bylo schváleno, že adresné zvaní zajistí jednotlivé zdravotní pojišťovny, což je řešení, které má řadu výhod:

- Pojišťovny mohou přímo kontaktovat své pojištěnce, není tedy nutný žádný zdlouhavý legislativní proces při zajištění zvaní.
- Pojišťovny pracují se zdravotnickou dokumentací a jsou schopné odborně identifikovat pojištěnce, kteří mají být do programu screeningu pozváni, a vyloučit pacienty, pro které

screening určen není (např. těžce nemocné osoby, jejichž účast ve screeningu není možná apod.).

- Pojišťovny mají organizační i odborné zkušenosti s realizací různých informačních kampaní a s jejich udržitelností.
- Pojišťovny jsou schopny přímo zjistit výsledný efekt zvaní, opět analýzou svých databází.

Adresné zvaní bude tedy realizováno na straně zdravotních pojišťoven, a to s využitím jejich stávajících databází a informačních systémů, u kterých se předpokládá dílčí rozšíření za účelem realizace agendy zvaní pojištěnců do screeningových programů. Nicméně většina potřebných údajů je již v databázích plátců běžně přítomna a bude možné je využít. Výběr zvaných pojištěnců a systém jejich zvaní bude řízen jednotnou metodikou, která definuje závazná minimální společná pravidla a zajistí stejnou dostupnost screeningových programů pro všechny občany ČR. Zejména jde o tato pravidla:

- Kdo má být pojišťovnami pozván do screeningového programu a kdo může být vyloučen ze zvaní
- Systém vyhodnocení a kritéria pro vyhodnocení účinnosti zvaní
- Časový rámec zvaní a opakovaného zvaní
- Formát dat předávaných za účelem vyhodnocení úspěšnosti screeningu a pravidla pro jejich předání

Přijatá metodika definuje především následující fáze procesu adresného zvaní:

1. Výběr pojištěnců vhodných pro zvaní do screeningu
2. Obsah zvacího dopisu
3. Zpětnou kontrolu účinku zvaní (zapojení pozvaného pojištěnce do screeningu, absolvovaná vyšetření, výsledek vyšetření – např. pozitivita TOKS, pozitivita cervikální cytologie, diagnostické nálezy)
4. Podmínky pro opakované zvaní klienta screeningu
5. Hodnocení výsledků adresného zvaní na populační úrovni

Základním předpokladem úspěchu zvaní je precizní specifikace způsobilosti pojištěnců k pozvání do screeningového programu a specifikace kritérií pro vyřazení pojištěnce z procesu zvaní. Souhrn těchto kritérií, který vychází z konsenzu expertního týmu připravujícího realizaci adresného zvaní, byl jasně specifikován a promítnut do algoritmů využívaných při prohledávání datových skladů jednotlivých pojišťoven. Všichni pojištěnci, kteří splní zařazovací kritéria daného screeningového programu a současně nebudou z procesu vyřazeni na základě dalších níže definovaných podmínek, budou obesláni konkrétní variantou zvacího dopisu (tabulka 1).

Tabulka 1. Podmínky pro obesílání pojištěnců zvacím dopisem ke screeningu

<p>Pojištěnec bude zařazen do procesu adresného zvaní do screeningu pokud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • je pojištěncem dané ZP alespoň 4 roky, • je ve věkové skupině dle cílové populace programu: <ul style="list-style-type: none"> ○ karcinom prsu: ženy ve věku 45–70 let, ○ kolorektální karcinom: muži i ženy ve věku 50–70 let, ○ karcinom děložního hrdla: ženy ve věku 25–70 let.
<p>Pojištěnec bude vyřazen z procesu adresného zvaní do screeningu pokud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • je cizinec, • je občan ČR dlouhodobě pobývají v cizině , • nemá úplnou adresu v databázi pojišťovny, např. PSČ 00000, nebo má adresu na P. O. Box, případně je u něj evidována nedoručitelnost zásilek, • byl již pozván na konkrétní screeningový program před 11 a méně měsíci (zvažovat kalendářní měsíce, ne skutečný odstup), • má vykázané výkony/diagnózy dle klíče uvedeného v tabulce 2, • má vykázané náklady na léčbu během posledních 365 dní nad 1 mil Kč (náklady se rozumí suma všech vykázaných nákladů na ambulantních a hospitalizačních dokladech, na žádankách a receptech; 1 bod je jedna koruna).

Tabulka 2. Vykázané výkony a diagnózy v datech plátců, na základě kterých je pojištěnec vyřazen z adresného zvaní do screeningových programů ZN v ČR

Screening	Výkony screeningu/ diagnostiky vylučující v posledních 3 letech	Výkony terapeutické vylučující kdykoliv v dostupné minulosti (předpokládáme minimálně v posledních 4 letech)	Léčba diagnóz vylučující kdykoliv v dostupné minulosti (předpokládáme minimálně v posledních 4 letech)
Ca prsu	89221, 89179	51237, 51235, 51239, 61449	C50.x
Ca děložního hrdla	95199, 95198, 63051, 63531, 63533, 63534, 63537, 63539, 63540, 63541, 63549	63543, 63573, 63574, 63575, 63579, 63594, 63595, 63525, 10191, 10200, 10194, 10197, 10196	C53.x, C54.x, C55.x, C56.x
Ca kolorekta	v posledních 3 letech 15120, 15121 v posledních 5 letech 15101, 15105, 15403, 15404	15475, 15950, 51361, 51363, 51415, 51357, 51359, 51365	C18.x – C20.x

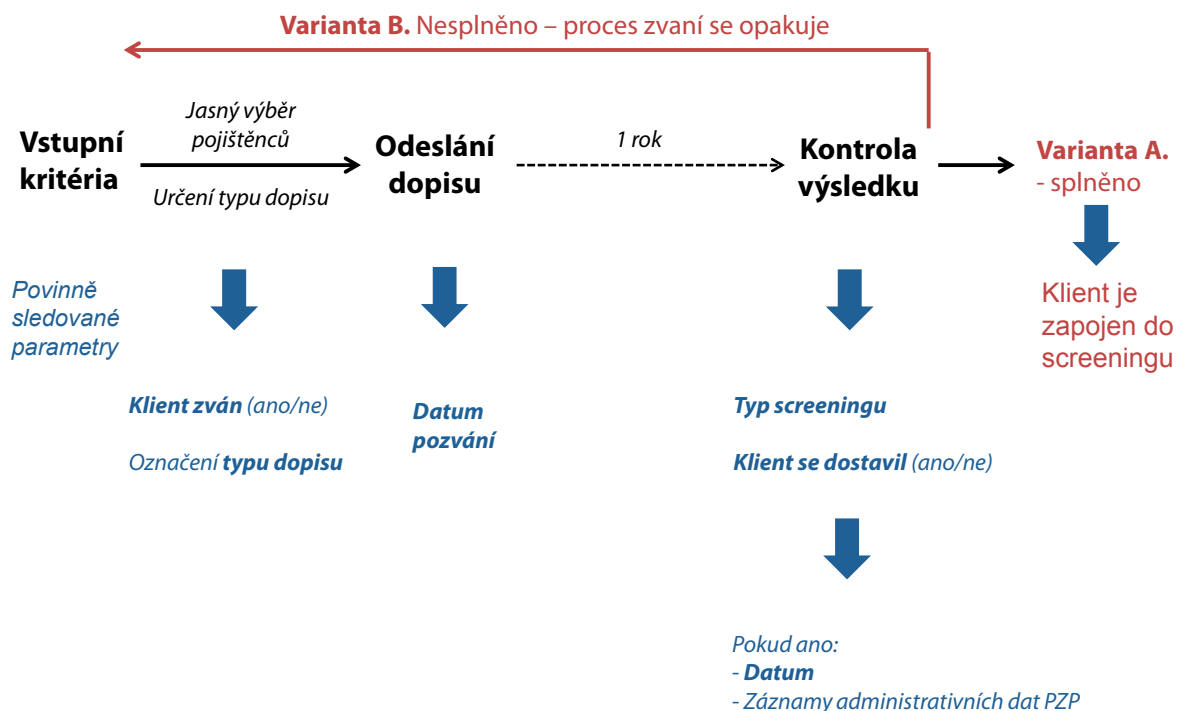
Z výše uvedených kritérií je zřejmé, že adresné zvaní organizované zdravotními pojišťovnami se bude týkat občanů, kteří se screeningu zhoubných nádorů dosud neúčastnili nebo svou účast přerušili v posledních 3–5 letech. Vzhledem ke zpoždění, se kterým plátcí zdravotní péče obvykle obdrží k-dávky od zdravotnických zařízení (až tři měsíce), není možné zejména kritéria pro vyřazení nikdy určit zcela přesně v souladu s realitou. Kritéria tedy budou v daném časovém okamžiku vyhodnocována ve vztahu k aktuálně dostupným datům. Určité chybovosti ve vyhodnocování

kritérií se tedy nelze vyhnout a je očekávanou součástí procesu adresného zvaní. Případné rozpory budou ošetřeny v textu zvacích dopisů.

Aby byly kohorty pozvaných občanů nově vstupujících do programu kapacitně zvládnutelné, byl nastaven následující systém a časový rámeček zvaní:

- Průběžně budou zvaní občané dle měsíce jejich narození, čímž dojde k rovnoměrnému rozložení zátěže v průběhu roku.
- Ověření, zda se pozvaný pojištěnec dostavil do screeningu či ne, provede pojišťovna dle svých záznamů vždy po roce od odeslání dopisu.
- Pokud se zvaný pojištěnec nedostavil do screeningu (tzn. nebyl u něj vykázan žádný z kódů označujících screeningové testy), bude pozván opakovaně.

Schéma navrženého procesu zvaní je uvedeno na obrázku 1.



Obrázek 1. Schematické znázornění procesu adresného zvaní do screeningu zhoubných nádorů v ČR

Proces adresného zvaní, bude-li mít v populaci pozitivní odezvu, značně navýší zátěž zapojených klinických odborností, především specialistů v první linii poskytování péče, tedy praktických lékařů a gynekologů a dále pak center mamografického screeningu. Zvýšená kapacita musí být k dispozici také na akreditovaných centrech pro screeningovou kolonoskopii. Odezva populace, narůstající počty vyšetření a jejich výsledky budou průběžně hodnoceny pomocí již vybudovaného a implementovaného informačního zázemí pro screening. Na hodnocení se budou podílet všechny subjekty zapojené do procesu zvaní a do realizace screeningu, včetně plátců péče prostřednictvím Národního referenčního centra (www.nrc.cz).

Závěrem kapitoly je nutné zdůraznit, že sama administrace adresného zvaní je sice náročná, ale představuje jen malou část nákladů, které bude nutné při navýšení účasti občanů ve screeningu investovat. Zvána bude část populace, která se preventivních vyšetření dlouhodobě neúčastní, a tudíž lze očekávat zvýšený podíl pozitivních nálezů. Po určitou přechodnou dobu může dokonce dojít k nárůstu incidence vlivem zvýšeného zachytu zhoubných nádorů (*harvesting effect*). Tyto investice jsou však nezbytným vkladem, který se dlouhodobě vrátí v podobě klesající incidence a mortality na daná nádorová onemocnění a v podobě rostoucího podílu včasně zachycených onemocnění, jejichž léčba je řádově méně finančně náročná než u pokročilých klinických stadií.

Literatura

1. Prorok P, Kramer B, Gohagan J. Screening Theory and Study Design: The Basics. In: Kramer B, Gohagan J, Prorok P, editors. Cancer Screening - Theory and Practise. New York: Marcel Dekker; 1999.
2. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Tornberg S, Holland R, von Karsa L, et al., editors. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, 4th ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the EC; 2006.
3. Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editors. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
4. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening, 2nd ed. Luxembourg: European Communities; 2008.
5. Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M, et al. Cancer Screening in the European Union: Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Luxembourg: European Communities; 2008.
6. The Council of the European Union. Council recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). In; 2003.
7. Vainio H, Bianchini F, editors. Breast Cancer Screening. Lyon: IARCPress; 2002.
8. IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. Cervix Cancer Screening. Lyon: IARCPress; 2005.