

O limitech, pokroku, hybridech a sebekontrolě v onkologii

Živé systémy rostou zpravidla podle Gompertzovy křivky. V úvodu lineárně, pak exponenciálně, až se dostanou do fáze stagnace a degenerace, když se namnoží, zanesou odpadem a vyčerpají zdroje. Chcete-li systém oživit a pokračovat, musíte ho naředit či přidat živin, nejlépe obojí. Tak se pěstují i tkáňové kultury a tak se musíme pěstovat i my, pokud nechceme stagnovat a zdegenerovat. Do exponenciální fáze růstu nákladů na onkologickou péči se v různé míře dostáváme v celé naší čtyřpiliřové onkologii, tedy diagnostické, operační, radiační i lékové. V této poslední teď nejvíc, ale nejen v ní. V laboratořích exponenciální růst nastartovala molekulární diagnostika, v zobrazovacích metodách třeba PET. I v prosté operační léčbě došlo ke skoku od otevřených operací, ručního řezu a šití přes sofistikované staplery a harmonické či jiné skalpely až k robotickému systému. Nezádá si ani radiační onkologie od stálého vylepšování metod terapie fotonovým zářením až po uměle šroubované ceny radioterapie protonové. A hitem posledních let je protinádorová medikamentózní léčba cílená, marketingově zvaná biologická a ještě marketingověji imunologická s ohledem na dílčí cílení některých imunoregulačních molekul. V principu se bavíme o nárůstech z tisícovek přes statisíce na miliony korun pro jeden případ, sumaci léčby kombinované ani nepočítaje. Cenové relace už dávno neodpovídají množství a přínosu vynaložené lidské práce. V nejhorším případě už netřeba postup ani promyšlet, indikace mají lékaři v seznamech plátců vytvářených na základě dodaných firemních podkladů a v letáčích nebo reklamách odborných časopisů. Tento svět exponenciálního růstu je poměrně lineárně mentálně, lze ho algoritmizovat a vynechat i expertní týmy, což se leckde činí. Dobrý algoritmus vlastně šetří čas, zaujme i laika jednoduchostí, postupně ušetří i lékaře, kteří stejně v nezbytných

provozech stárnou a chybějí a uchylují se jako i mladí raději do provozů zbytných. To vše je sice pokrok, ale je třeba ho nějak zaplatit. Správný lékař na to nemyslí, má své poslání hájit blaho pacienta postupem založeným na nejmodernějších vědeckých poznacích, místy i lehce nevědeckých, ale zavedených. Medicína založená na důkazech (*evidence-based medicine*) dodaných z vyspělého světa vítězí a nezdědka se transformuje v medicínu založenou na víře (*confidence-based medicine*), že vše platí tak, jak kdosi kdesi ve světě naměřil a napsal také na domácím dvorku. Ochota k vlastní revizi novinek na vstupu (*check-point*) i výstupu (*outcome*) je nízká a nikdo do ní nenutí. Originální léky časem přecházejí v generika, což by mohlo léčbu zlevňovat, ale přesto celkově ceny inovativních i neinovativních léků stále inovativně rostou, místy už nad rámec výrobní logiky a rozumu. Že v tom nejsme sami v ČR ani v Evropě a není to jen problém nebohaté společnosti, upozornil nedávno Zdravotnický deník v článku Petra Musila s názvem *Ceny léků v USA stále rostou, firmy se politikům vysmívají*. Cituji z něj: *Nefunguje ani grilování v Kongresu USA. Politici nařikají, že veřejné rituální pranýřování šéfů farmafirem s rostoucími cenami léčiv neudělalo zhola nic. „Vlastně to není vůbec nic platné. Poté, co od nás dostanou doslova naloženo, sednou do svých tryskáčů a celou cestu domů se nám smějí,“ stěžoval si listu Financial Times Elijah Cumming, demokratický kongresman z Marylandu.* Tedy což teprve nebohá ČR, kde parlament griluje jen vlažným vzduchem témata spíše podružného významu. Vždyť žádní šéfové farmafirem zde vlastně ani nejsou, jen skupinová vedoucí dealerů. Sjednávat s nimi tzv. cost sharing nebo risk sharing zde bude nanejvýš obtížné, protože jejich kompetence k mozku ani podbřišku cenotvorby nesahají.

Zažil jsem na toto téma vzrušené debaty více potentních západoevropských manažerů onkologie. Vyznačovaly se

zatím spíše frustrací a postupy spíše analytickými než vítěznými. Nicméně platí, že nákladná cílená léčba má smysl pouze tehdy, je-li vysoká pravděpodobnost, že cíle bude dosaženo.

Má být tedy doprovázena prediktivním testem, který pravděpodobnost efektu určí. U několika dřívějších nákladných léků to tak je, u většiny nejnovějších není. Představa, že budeme rádi nakupovat dražší moderní eurožárovky s tím, že jenom každá desátá z nich vskutku svítí, je v běžném světě nepřijatelná, ale ve světě moderních onkologických léků vcelku běžná. Buď je tedy lék dovybaven spolehlivým prediktorem, nebo pak musí dojít pro udržitelnost systému k *risk sharingu* čili sdílení rizika s podílem výrobce na hrazení léčebných nákladů podle procenta neúspěšnosti. Ale ani s oněmi žádoucí prediktivními testy to není tak prosté, jak jsme si dosud mysleli. Platí Murphyho zákon pro ČR, že co se zde může lehce popřídeformovat, to se popřídeformuje, a co se zde deformovat snad ani nedá, to se nakonec také popřídeformuje. Až následně a pracně pak popřídeformuje. Tedy vynořil se u nás velmi propracovaný nápad uhradit prediktivní test tak, že zřuzujeme jeho konziliární interpretaci onkologem za stovku korun s cenou komerčně dodávaného multigenového testu za skoro sto tisíc korun do jednoho nového hybridního výkonu, což opatříme novým kódem. Tím ovšem bez ohledu na platnost zákona soutěžit kdekou komoditu a tlačit na snižování nákladů se soutěžením obloučkem vyhneme a navíc cenu jednoho produktu k radosti výrobce zafixujeme. Historicky poprvé tak spáříme laňku s ježkem, tedy malou hodnotu vlastní práce v bodech s velkou hodnotou firemního produktu v korunách, resp. dolarech. Kdo takovéto vypuštění džina z láhve vymyslel, byl lišák a zase nás všechny v poznání lidských tvůrčích schopností posunul. Poté, co jsme pokorili monarchii, nacismus, socialismus,

kapitalismus i fotovoltaickou energii slunce, pokoříme touto prvotinou takto i náš chaotický systém financování zdravotnictví a onkologie. Nastane nevázaný *gruppensex* aplikovatelný pro spoustu dalších výkonů a produktů. Tento návrh překvapivě zacílil na prognosticky absolutně nejpriznivější skupinu nemocných v prvním stadiu nemoci, k jejímuž nárůstu pyšně dospíváme úspěšným *screeningovým* programem rakoviny prsu, že takto budou léčebné výsledky nej-

lepší a potažmo nejlevnější. Prediktivní test zde nemá říci, kdy zde výjimečně adjuvantní cytostatickou léčbu podat, ale komu ji nepodávat, aby nebyla podávána univerzálně všem, jak však ve skutečnosti netřeba. Bádejme, zlepšujme, plaťme za inovativní produkty, ale ne metodou absurdních fúzí, které fixují obrovské ceny testů právě pro nejhří onkologické případy pářením s naopak velmi nízkými bodovými hodnotami lékařské práce. I personalizace léčby vyžaduje zdravý rozum

a transparentci pravidel. V prostředí limitovaných kapacit finančních, provozních i mentálních je kýžený pokrok dobrý sluha, ale špatný pán. Zejména má-li podobu vábného zpěvu sirén z mlhy, který i Odysseovy muže přiměl přivázat se k lodi, aby odolali a neskončili na útesech, kam darebně zváni za úžasnými zážitky. Sirény vábné jsou též sirény výstražné.

*prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.
Masarykův onkologický ústav, Brno*

Redakce časopisu Klinická onkologie a nakladatelství Ambit Media, a.s. vypisuje

SOUTĚŽ NA PODPORU AUTORSKÝCH TÝMŮ PUBLIKUJÍCÍCH V ZAHRANIČNÍCH ODBORNÝCH TITULECH

Odměna pro vítěze: 10 000 Kč

Cíl soutěže:

Podpořit renomé a prestiž časopisu Klinická onkologie – oficiálního časopisu ČOS ČLS JEP – u domácích i zahraničních autorů, lékařů a akademických pracovníků.

Podmínky soutěže:

1. Soutěž je určena autorským týmům, které publikují v zahraničních odborných titulech.
2. Do soutěže budou zařazeny práce publikované v zahraničních titulech od ledna do prosince 2016.
3. Ve svých článcích zaslanych k publikaci do zahraničního periodika budou autoři citovat práci, která byla otištěna v časopise Klinická onkologie (k vyhledání lze použít databáze www.pubmed.org nebo www.linkos.cz).
4. Do soutěže nebudou zařazeny autocitace.
5. Ze všech prací, které splní podmínky soutěže, bude redakční radou vylosována jedna, jejíž autorský tým bude oceněn částkou 10 000 Kč.

**KLINICKÁ
ONKOLOGIE**


ambit media®