

O tvrdosti dat

Ministr zdravotnictví pan Adam Vojtěch se dne 30. ledna 2026 v rozhovoru pro server SinMed.cz v článku *Kvalitní nemocnice? – Chci tvrdá data, ne dojmy* vyjádřil, že jeho cílem je zajistit kvalitní zdravotní péči ve všech nemocnicích, a požaduje, aby zdravotní pojišťovny měřily kvalitu péče pomocí tvrdých dat, nikoli pouze na základě dojmů. Zlatá slova. A jak s tímto velitelským záměrem dále naložit právě v onkologii?

V roce 2005 jsem pro Zdravotnické noviny sepsal text nazvaný *Data, nebo vata?* A rád se k tomu prozření znovu ještě předsmrtně hlásím. Tehdy se teze „data, nebo vata“ brala vážně jen napůl, spíše jako verbální žertování. Pro tehdy módně objevovanou medicínu založenou na průkaznosti (evidence-based medicine), mělo být směrodatné především seriózně a světově publikované vědění. Že třeba když si přečteme ve znělém zahraničním časopise s impaktem něco o výsledcích v Kalifornii, Británii nebo Itálii, tak to tak vlastně automaticky bude i v Brně, Praze, na Břeclavsku či Chebsku, protože je to přece už vědecky potvrzeno v odborném časopise s řádnou oponenturou. Šlo nepochybně o defekt v logice akademického či centrálního úsudku. Inventura trafiky v centru Londýna věru nic neříká o stavu v trafice na nádraží v Brně. S jistou centrální nevolí bylo také pohlíženo na iniciativní zveřejňování vlastních výsledků onkologické péče v parametrech celkového přežití u nejčastějších onkologických diagnóz, jak se dělo třeba na www.mou.cz. Prý z obavy, že to může budit vášně nekolegiálnosti, zneklidňovat dělný lid a narušovat kohezi mezi odborníky. Navrhovali jsme zajisté nesrovnávat nemocniční pracoviště navzájem, ale porovnávat se každý samostatně vždy s průměrnými výsledky dosaho-

vanými v celé vlasti nebo též sami se sebou v různých časových intervalech, třeba po pětiletkách. Protože náklady na onkologickou léčbu a péči jsou v toku času vždycky vyšší než ty předchozí, jde také o to, zda výsledky s růstem nákladů v čase nějak korespondují, zda jsou lepší či aspoň stejné, nebo naopak z různých důvodů i horší. Čas plynul v silných deklaracích teoretiků o významu kontroly kvality onkologické péče. Přitom se tím minily a užívaly, a stále ještě užívají, hlavně rozmanité „měkké“ parametry i paraparametry, jako jsou čekací nebo hospitalizační doby, procento pooperačních komplikací, podíl komorbidit nebo spokojenost s pobytem v nemocnici. Nedošlo ani na systematické hodnocení letality čili poměru mortality a incidence (MI index) jako jednoho z nejtvrdsích parametrů v čase. Snad už teď postupně přijímáme, že pouhá četba žurnálů nebo firemních letáků ani měkké surogátní parametry pro reálné hodnocení úspěchů a ekvity v naší onkologii nestačí. Termínem surogátní čili náhradní se v informatice podle Wikipedie rozumějí „uměle vytvářené hodnoty, které mají stejné statistické vlastnosti jako reálná data, ale neobsahují potřebné informace...“ Pacienty bez rozdílu totiž spíše zajímá, zda nebo jak dlouho s onkologickou diagnózou přežijí a v jaké kvalitě života. V angličtině se označují tyto „tvrdé“ parametry jako „patient-centered endpoints“. Je potěšující, že se nám za poslední dvě dekády vzchopil a zcela přestavěl Ústav zdravotnických informací a statistiky a naštěstí se udržel i Národní onkologický registr, vedený v obdivuhodné kontinuitě již od roku 1977. Přidaly se v nové součinnosti také vazby na pojišťovenské údaje Národního registru hrazených zdravotních služeb. Za 20 let pokročily infor-

mační technologie, a už se dokonce nerozpakujeme výskat „ej aj!“, tedy že se přidá AI. Přímé měření nejen surogátních, ale i tvrdých parametrů u nás tedy možné je. Manažer, ať lokální, regionální, či centrální, který toto vše rozpoznává, nebude čekat v očištění a patří jít přímo do nebe.

V tomto kontextu nutno zmínit také současný stejnosměrný zahraniční posun ve vnímání relevance a tvrdosti parametrů v klinických studiích, především lékových, jak o tom svědčí nový pohled a doporučení z Food and Drug Administration (FDA) v USA, v jehož mentálním protektorátu se také v našem europařstvu trvale nacházíme. FDA přiznává, že po jistou dobu byl parametr celkového přežití v lékových studiích pro svou větší náročnost a potřebu delšího čekání na výsledek opomíjen a příliš víry bylo kladeno v rychleji získávané parametry surogátní. To se má nyní napravovat, třeba i dodatečným a zpětným doplněním informací. Podrobněji se o tom lze dočíst v materiálu US Food and Drug Administration. *Approaches of overall survival in oncology clinical trials. Draft guidance for industry. August 2025.*

Takže se zdá, že činitelé na obou stranách Atlantiku nás navádějí na správnou cestu. Nedá mi zde nezmínit povzdech mého nebožtíka otce, který říkal, že „svět zajisté spěje k ideálu, ale jedinec se nedožije“. Zkusím být větším optimistou, byť jsou jich plné hřbitovy.

Je jenom na naší současné onkologii, zda bude kličkovat terénem, nebo se rozjařeně vydá rovnější cestou za tvrdšími parametry hodnocení výsledků, jako jsou celkové přežití, letalita a kvalita života, nevyčtených, leč vlastních.

prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.