

Komentár k článku: Farmakoekonomika a etika v onkológii: etické dilemy a možnosti ich riešenia

MUDr. Kristina Križanová

Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie, NOÚ, Bratislava

Onkológia (Bratisl.), 2014; roč. 9(1): 23–24

Článok poskytuje stručný prehľad etickej terminológie a jej aplikáciu na zdravotnú tematiku.

Etické rozhodovanie pri hypernákladnej onkologickej liečbe u pacienta s nevyliciteľným chronickým nádorovým ochorením je náročné. Sú na to najmenej dva dôvody: jedným je to, že onkologicky chorý pacient prakticky vždy čaká na zázrak: realickejší človek skôr na zázrak v podobe efektivity nového lieku práve u neho a menej realistický človek hľadá nemorálne sľuby na sto percent účinnej a netoxickej liečby za mnoho peňazí na internete. Druhým je fakt, že moderná protinádorová liečba je v určitých prípadoch extrémne drahá (hypernákladná) a indikovať ju môžu len vybrané onkologické pracoviská, ktoré sú uvedené v indikačných obmedzeniach kategorizovaných liekov. Platí to aj pre nekategorizované lieky, ktorých použitie musí schváliť Ministerstvo zdravotníctva SR a príslušná zdravotná poisťovňa.

Autori správne poukazujú na determinanty makroalokácie zdrojov pre zdravotníctvo, ako aj na úskalia mikroalokácie zdrojov u konkrétneho pacienta v konkrétnej situácii.

Roztvárajúce sa nožnice finančných zdrojov a požiadaviek sú už dlho faktom (nielen) slovenské-

ho zdravotníctva. Nie sú len príznakom globálnej ekonomickej krízy. Problematika makroalokácie však zostáva nedoriešená: nie je definované to, čo má dostať každý chorý človek na záchranu života a zdravia, ani to, za akých okolností možno zaplatiť zo zdrojov zdravotného poistenia celú liečbu na 100 % a na ktorú by si mal pacient doplácať. V onkologickej liečbe nemáme zavedené slovenské odporúčania, respektíve aspoň metodické pokyny ministerstva zdravotníctva.

Špecialisti v klinickej onkológii, rádioterapeuti a onkochirurgovia sa rozhodujú podľa svojho vzdelania, skúseností, v spolupráci so svojimi kolegami vo formalizovaných alebo v neformalizovaných odborných skupinách, podľa odborných článkov v slovenských odborných časopisoch a podľa odborných odporúčaní európskych spoločností pre klinickú onkológiu, pre rádioterapiu a pre onkologickú chirurgickú liečbu (European Society for Medical Oncology – ESMO, European Society for Radiotherapy and Oncology – ESTRO a European Society for Surgical Oncology – ESSO) (1). K dispozícii sú aj odporúčania amerických expertov vo všetkých odboroch onkologickej

liečby, ktoré sa často aktualizujú a dopĺňajú (National Comprehensive Cancer Network NCCN).

Pri makroalokácii by sa mali robiť rozhodnutia podľa medicíny založenej na dôkazoch v porovnaní so zdrojmi, dostupnosťou a alternatívnymi alokáciami, ktoré o nedostatkové zdroje súťažia.

Článok sa venuje len onkologickej hypernákladnej liečbe, ale natiska sa aj porovnávanie s inými hypernákladnými ochoreniami, napríklad takzvanými zriedkavými ochoreniami, pri ktorých vznikajú rovnaké dilemy.

Pri etickom rozhodovaní sa v slovenskom zdravotníctve veľmi málo hovorí o právach pacienta. Je to pravdepodobne aj preto, lebo za právo pacienta sa považuje aj žiadosť, aby mu zdravotná poisťovňa preplatila liečbu v zahraničí, liečbu, ktorá sa u nás nevykonáva a za určitých okolností ju možno indikovať.

Jedným zo štyroch základných princípov zdravotníckej etiky (prospešnosť, neškodlivosť, úcta k pacientovej autonómii a spravodlivé rozdeľovanie zdrojov), ako sú uvedené aj v článku, je úcta k pacientovej autonómii: vedieť počúvať pacienta, keď hovorí o svojom živote, o vzťahu k svojej nevyliciteľnej chorobe, o zážitkoch pri paliatívnej chemoterapii

a pri biologickej liečbe a o vplyve týchto faktov na život jeho najbližších a na jeho vlastný život.

Pacientovo právo spočíva v možnosti odmietnuť liečbu po starostlivom zvážení. Pacientovo právo žiadať určitú liečbu však nie je nadradené právu lekára lekára rozhodnúť sa určitú liečbu neindikovať, ak to nie je medicínsky vhodné vzhľadom na jej neprospešnosť alebo až škodlivosť pre pacienta. Etike vzťahu lekár – pacient sa naozaj treba učiť.

Vo všetkých odborných odporúčaniach na európskej aj na celosvetovej úrovni sa pri protinádorovej liečbe pokročilého, progredujúceho nádorového ochorenia nereagujúceho na prvé línie protinádorovej liečby dostáva do rozhodovacieho algoritmu aj paliatívna (medicínska a ošetrovateľská) starostlivosť.

Paliatívna medicína nie je totožná s paliatívnou protinádorovou liečbou. Ak to dovoľuje stav pacientovej fyzickej výkonnosti, tak je možné v paliatívnej medicíne protinádorovú liečbu použiť, ak je vhodná na zmiernenie príznakov ochorenia. Ak to pacient sám už nechce, pretože nevládze alebo lekár usúdi, že by tento typ paliatívnej protinádorovej liečby jeho organizmus nezvládol, pacient má dostať všetku

potrebnú medicínsku a ošetrovateľskú starostlivosť, aby fyzicky, duševne a sociálne netrpel.

Človek sa vyrovnáva so svojou smrteľnosťou rôznym spôsobom. Sú pacienti, ktorí prechod do paliatívnej starostlivosti považujú za zlyhanie v boji so svojím ochorením: tam sú rozhovory o možnosti ukončenia protinádorovej liečby oveľa náročnejšie a niekedy nedokážeme túto liečbu ukončiť ani tesne pred pacientovou smrťou.

Paliatívnej starostlivosti v Európe sa dlhodobo a konzekventne venuje European Association for Palliative Care (EAPC), ktorej kolektívnym členom je aj Asociácia hospicovej a paliatívnej starostlivosti na Slovensku (AHAPS). Oficiálnym časopisom EAPC je European Journal for Palliative Care (EJPC) (2).

Etické komisie zdravotníckych zariadení sú poradnými orgánmi správnej rady, ak taká existuje, a riaditeľstva nemocnice. Ich cieľom je chrániť práva pacientov v systéme zdravotníctva. Funkcia v etickej komisii je neplatená, dobrovoľná. Vzhľadom na obrovskú záťaž onkológov (internistov, rádioterapeutov aj chirurgov) nepovažujem za možné pri súčasnom nedostatočnom počte

lekárov a sestier požadovať, aby sa etické komisie stali skupinou ľudí hľadajúcich konsenzuálne alebo kompromisné stanovisko pri etických dilemách pri posteli chorého. Nezdravotníckych členov etických komisií by bolo treba vopred podrobne informovať o probléme, sprostredkovať im stretnutie s pacientom aj s ošetrovateľským lekárom, aby si vedeli urobiť obraz o tom, čo pacient prežíva a aby mohli podľa najlepšieho vedomia a svedomia spolurozhodovať v záujme konkrétneho pacienta.

Rozhodovať o správnej liečbe správneho pacientovi v správnom dávkovaní a v správnej chvíli je odborne, fyzicky, psychicky a časovo náročné.

Literatúra

1. <http://www.esmo.org/Conferences/ESMO-2014-Congress/Programme>
2. <http://www.haywardpublishing.co.uk/ejpc.aspx>

MUDr. Kristína Križanová

Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie, NOÚ
Klenová 1, 833 10 Bratislava
kristina.krizanova@nou.sk

Odpoveď autorov

Súhlasíme s cennými podnetmi a poukazmi na praktické aspekty tejto zložitej problematiky obsiahnutými v komentári. Sme presvedčení, že diskusia o týchto závažných problémoch by mala dostávať viac priestoru v rámci odborných (medicínskych/zdravotníckych/farmako-ekonomických) konferencií, v pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní zdravotníckych a iných odborných pracovníkov, v odborných časopisoch, ale – primeraným, kvalifikovaným spôsobom – aj v médiách masovej komunikácie. Veď tieto otázky sa dnes priamo alebo nepriamo

týkajú každého občana. Celkom novým spôsobom by preto diskusia o nich mala zahrnúť aj širokú verejnosť, až po príslušné úrovne politickej reprezentácie a rozhodovania o smerovaní a implementácii štátnej zdravotnej a liekovej politiky. Autori si uvedomujú, že podobné návrhy nateraz azda vyznievajú „idealisticky“. To však nijako neznižuje potrebu ich racionálneho nastoľovania a riešenia.

Prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD. a kol.