



Szanowni Państwo,

zbliżający się nieuchronnie koniec roku jest okazją do podsumowań nie tylko własnych osiągnięć, ale również sytuacji w sensie ogólnym. Oprócz refleksji nad zmianami zaistniałymi w służbie zdrowia w ogóle, i w hematologii w szczególności, nasuwają się pytania, czego oczekujemy od osób i instytucji odpowiedzialnych za funkcjonowanie ochrony zdrowia. Przed nami jeszcze kilkanaście tygodni roku, ale już można powiedzieć, że rok 2016 nie przyniósł przełomu w organizacji świadczeń zdrowotnych. Te dopiero nas czekają — według wszelkiego prawdopodobieństwa już w przyszłym roku. Najwięcej emocji budzi zapowiedź likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia i przeniesienie jego zadań do urzędów wojewódzkich, które będą dysponentami środków budżetu państwa przeznaczonych na ochronę zdrowia. Innymi słowy Polska ma przejść z systemu ubezpieczeniowego do systemu budżetowania opieki zdrowotnej. Śledząc liczne dyskusje toczące się na łamach prasy medycznej, można stwierdzić, że ta koncepcja ma swoich zwolenników i przeciwników, a każda ze stron sporu ma argumenty na obronę swojego stanowiska. Jednak we wszystkich wypowiedziach przewija się obawa, że przy takich środkach na ochronę zdrowia, jakimi dysponujemy, nawet najlepszy system nie zapewni zaspokojenia wszystkich potrzeb w tym zakresie. Przedstawiony natomiast przez ministra zdrowia kalendarz dochodzenia do docelowego odsetka PKB 6% przeznaczanego na ochronę zdrowia nie pozostawia złudzeń co do możliwości radykalnej poprawy w tym zakresie w najbliższej przyszłości.

Inną zapowiadaną zmianą jest redefinicja roli i zadań podstawowej opieki zdrowotnej w systemie opieki medycznej. Przy każdej okazji wyrażam opinię, że warunkiem sukcesów leczenia specjalistycznego jest dobra współpraca z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Wszyscy wiemy, że ta współpraca często pozostawia wiele do życzenia, i to na różnych etapach opieki nad pacjentem,

a przecież od właściwego współdziałania z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej zależą w dużej mierze wyniki prowadzonego przez nas leczenia. Z jednej strony podnosimy problem późnych rozpoznań chorób nowotworowych, w tym onkologicznych. Rozwiązaniu tego problemu miało służyć wprowadzenie pakietu onkologicznego. Z drugiej strony natomiast widzimy pacjentów kierowanych do hematologa bez potrzeby, i to często w trybie *cito*. Wynika to nie tylko ze zbyt małego przygotowania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do prowadzenia chorych z chorobami krwi, ale też, a może nawet przede wszystkim, z braku możliwości wykonania przez nich wielu procedur diagnostycznych. Typowym przykładem są chorzy na niedokrwistości z niedoboru żelaza, których z powodzeniem mogą prowadzić lekarze rodzinni, jednak niemożność oznaczenia przez nich surowiczego stężenia ferrytyny, nie mówiąc już o rozpuszczalnym receptorze dla transferyny, powoduje, że ci pacjenci są prowadzeni w oparciu o niewystarczające zaplecze diagnostyczne. W konsekwencji niektórzy chorzy są kierowani do hematologa, na przykład z rozpoznaniem niedokrwistości z niedoboru żelaza odpornej na leczenie, kiedy w rzeczywistości przyczyną domniemanej oporności było zbyt krótko prowadzone wyrównywanie niedokrwistości. Przedłużają oni tym samym czas oczekiwania na konsultację u hematologa pacjentom, którym wizyta u specjalisty jest rzeczywiście niezbędna. Drugim istotnym problemem jest obserwowana niekiedy nieumiejętność rozwiązywania doraźnie pojawiających się problemów zdrowotnych u osób z rozpoznanymi już chorobami hematologicznymi i pozostających pod opieką poradni specjalistycznej. Pacjent „hematologiczny” jest przecież nadal podopiecznym swojego lekarza rodzinnego i do niego zwraca się w pierwszej kolejności, gdy pojawią się niepokojące, nieoczekiwane czy trudne do wyjaśnienia objawy. W praktyce często wypełniamy więc zadania, które z powodzeniem mogą być realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Od planowanych zmian systemowych oczekujemy zatem takich rozwiązań, które poprawiłyby współpracę między podstawową opieką zdrowotną a opieką specjalistyczną, tak aby lekarz podstawowej opieki zdrowotnej był dla lekarza specjalisty rzeczywistym partnerem, a jego rola nie ograniczała

się do wystawienia skierowania do odpowiedniej poradni, a następnie jedynie do wypisywania recept na brakujące leki zlecone przez specjalistę. Innymi słowy chcielibyśmy, aby ciężar opieki nad takimi pacjentami był bardziej równomiernie rozłożony między tymi dwoma obszarami opieki zdrowotnej, na które w dychotomiczny sposób został podzielony system ochrony zdrowia w reformie z 1999 roku. Oczywiście realizacja tego oczekiwania zależy nie tylko od rozwiązań organizacyjnych, ale także od sprawnego systemu kształcenia ustawicznego dla lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, pozwalającego im na bieżącą aktualizację wiedzy wyniesionej ze studiów lub ze szkolenia specjalistycznego. Pragnę w tym miejscu zachęcić Państwa do inicjatyw w tym zakresie, takich jak spotkania z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, organizacja konferencji szkoleniowych czy też pisanie artykułów do czasopism adresowanych do lekarzy pierwszego kontaktu. Wymaga to niewątpliwie wysiłku i czasu, ale zaangażowanie na tym polu będzie z pewnością procentować poprawą współpracy między podstawową i specjalistyczną opieką zdrowotną, a tym samym — lepszą jakością opieki nad naszymi pacjentami. Warto też taką współpracę nawiązywać ze środowiskami lekarzy innych specjalności, jak na przykład neurologami, dermatologami, endokrynologami, diabetologami czy specjalistami chorób zakaźnych, do których nasi pacjenci trafiają z neuropatiami polekowymi, cukrzycą indukowaną kortykoidami, zmianami skórnymi w przebiegu leczenia hydroksykarbamidem, reaktywacjami infekcji wirusowych czy innymi objawami ze strony niehematopoetycznych narządów i układów. Samodzielne śledzenie postępów we wszystkich dziedzinach medycyny jest praktycznie niemożliwe, dlatego współpraca w tym zakresie z kolegami reprezentującymi inne specjalności może być dla nas nieocenioną pomocą. Podobnie jak oczekujemy od lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej większego zaangażowania w opiekę nad naszymi pacjentami, tak i my powinniśmy pamiętać o naszych „korzeniach” internistycznych i w miarę możliwości samodzielnie rozwiązywać niehematologiczne problemy naszych pacjentów, odwołując się do konsultacji innych specjalistów tylko wtedy, kiedy to jest rzeczywiście niezbędne.

Oprócz zmian o charakterze systemowym czekamy też na korekty obowiązujących, odziedziczonych jeszcze po poprzedniej ekipie rządzącej, uregulowań prawnych, choćby na naprawę „pakietu onkologicznego”. Hematologom zależy zwłaszcza na urealnieniu wyceny procedur diagnostycznych, w tym na umożliwieniu wykonywania badania

metodą pozytonowej tomografii emisyjnej, o czym już wcześniej pisałem na łamach „Hematologii”. W ostatnim czasie niepokój w środowisku wzbudziła weryfikacja przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wyceny niektórych procedur wysokospecjalistycznych, głównie z zakresu kardiologii inwazyjnej. Wypada mieć nadzieję, że nie dotknie to naszych świadczeń, które nigdy nie należały do dochodowych...

Spośród korzystnych zmian należy odnotować objęcie refundacją leku brentuksymab vedotin w opornym/nawrotowym chłoniaku Hodgkina i chłoniaku anaplastycznym, rytuksymabu do podawania podskórnego i obinutuzumabu w przewlekłej białaczce limfocytowej. Oczekujemy na refundację ekulizumabu w nocnej napadowej hemoglobinurii, ruksolitynibu w objawowej osteomielifibrozii, lenalidomidu w zespole mielodysplastycznym z izolowaną delecją 5q i ibrutynibu w przewlekłej białaczce limfocytowej. W przypadku tych dwóch ostatnich leków bardzo niepokojące jest przedłużanie się procesu refundacyjnego i niepewność co do jego ostatecznego wyniku. Wszyscy wiemy, że leki te są obecnie jedyną skuteczną alternatywą dla wielu pacjentów z tą postacią zespołu mielodysplastycznego, którzy się uzależnili od przetoczeń koncentratu krwinek czerwonych, i dla chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową z aberracjami genu *TP53*. Nie mamy również ciągle dostępu do leków bezpośrednio stymulujących trombopoezę, które z kolei byłyby ratunkiem dla pacjentów z małopłytkowością immunologiczną oporną na splenektomię. Należy tu pamiętać, że proces refundacyjny jest długotrwały, a jego wynik zależy nie tylko od merytorycznego uzasadnienia wniosku, ale także — w bardzo istotnym stopniu — od kosztochłonności procedury. Dlatego ogromne znaczenie dla pozytywnego zakończenia tego procesu ma wynik negocjacji cenowych między Ministerstwem Zdrowia a podmiotem odpowiedzialnym za wytworzenie leku i jego dystrybucję. Możliwości wpływu środowiska lekarskiego na wynik procesu refundacyjnego są ograniczone. Powinniśmy jednak nie zaniebyszać żadnej okazji do wyrażenia swojego stanowiska na temat konieczności uzyskania dostępu do danego leku w celu zaspokojenia określonych potrzeb zdrowotnych naszego społeczeństwa. Nie chcielibyśmy też być w „ogonie” Europy pod względem dostępności do najnowszych osiągnięć wiedzy medycznej w naszej specjalności.

Na zakończenie chciałbym z satysfakcją odnotować dokonujący się postęp w rozwoju infrastruktury opieki hematologicznej w naszym kraju. We wrześniu odbyło się w Radomiu uroczyste otwarcie

oddziału o profilu hematologicznym, stworzonego przy wydatnym udziale Pana Profesora Kazimierza Sułki, który w dalszym ciągu aktywnie działa na rzecz naszego środowiska zawodowego. Warto tu wspomnieć, że specjalistyczna opieka hematologiczna w województwie mazowieckim była dotychczas praktycznie skoncentrowana w Warszawie, a więc otwarcie tego oddziału niewątpliwie poprawi dostępność mieszkańcom województwa do leczenia hematologicznego. Innym przejawem rozwoju hematologii szpitalnej jest awans Oddziału Hematologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rzeszowie do rangi Kliniki Hematologii Uniwersytetu Rzeszowskiego. Czekamy ponadto na uruchomienie ośrodków przeszczepiania komórek krwiotwórczych w kolejnych wojewódz-

twach, tj. kujawsko-pomorskim, podkarpackim i zachodniopomorskim. Te wszystkie korzystne zmiany wymagały oczywiście przychylności władz centralnych, samorządowych i dyrekcji szpitali. Stają się one jednak możliwe przede wszystkim dzięki dużej aktywności i zaangażowaniu, niejednokrotnie kosztem własnego wolnego czasu, tych Kolegów hematologów, którym leży na sercu dobro pacjentów i rozwój bazy diagnostyczno-leczniczej. I takiego zapału do pracy na rzecz dobra wspólnego — nawet jeśli to często wydaje się trudne — życzę wszystkim Państwu.

*konsultant krajowy w dziedzinie hematologii
prof. dr hab. n. med. Dariusz Wołowicz*