



Szanowni Państwo,

tematem numer jeden dyskusji toczących się w środowisku hematologicznym na początku roku jest niewątpliwie „pakiet onkologiczny” i związane z nim zawirowania w funkcjonowaniu oddziałów hematologicznych. Wdrażanie

nie pakietu wiąże się z tak dużymi zmianami w funkcjonowaniu podmiotów uczestniczących w opiece nad chorym onkologicznym, że można je porównać, *toutes proportions gardées*, z reformą służby zdrowia wprowadzoną w 1999 roku przez rząd Jerzego Buzka. Trudno nie przyklasnąć idei przyświecającej twórcom pakietu — dążenia do maksymalnego skrócenia czasu oczekiwania osób z podejrzeniem choroby nowotworowej poprzez ścisłe określenie terminów przyjęcia pacjenta na wizytę wstępną, potwierdzenia (lub wykluczenia) choroby nowotworowej, określenia stadium jej zaawansowania klinicznego, ustalenia strategii leczniczej oraz jej wdrożenia. Nie ulega też wątpliwości, że resort zdrowia traktuje wdrożenie pakietu jako zadanie o najwyższym priorytecie. Doświadczenia z pierwszych tygodni jego funkcjonowania są jednak źródłem dużego niepokoju wyrażanego przez przedstawicieli wielu ośrodków hematoonkologicznych. Oczywiście, wdrażanie jakiegokolwiek systemu tak znacznie zmieniającego logistykę postępowania z pacjentem nigdy nie przebiega „bezkolizyjnie” — zawsze towarzyszy mu mniejsze czy większe zamieszanie, odkrywanie niedopracowanych szczegółów organizacyjnych, niedostateczna drożność systemu przekazywania informacji itp. Problemy, z którymi się obecnie borykają ośrodki hematoonkologiczne, są jednak znacznie poważniejsze, niż tylko przejściowe zawirowania zawsze towarzyszące zmianom systemowym w tak istotnym sektorze systemu ochrony zdrowia. Spośród zjawisk, które wymagają interwencji podmiotów odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, należy zasygnalizować choćby krótkie terminy zakreślone na przeprowadzenie pełnej diagnostyki, które mogą nie wystarczyć na

wykonanie wszystkich wymaganych badań, zwłaszcza histopatologicznych, immunohistochemicznych i obrazowych, czy brak w karcie DiLO niektórych kodów ICD-10, co uniemożliwia wprowadzenie do systemu pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi i niektórymi nowotworami mieloproliferacyjnymi. To z kolei uniemożliwia wprowadzenie dotkniętych nimi chorych na ścieżkę onkologiczną. Największy niepokój ośrodków hematologicznych budzi jednak finansowanie świadczeń oferowanych pacjentom ścieżki onkologicznej, szczególnie w części diagnostycznej. Przedstawiciele tych ośrodków podnoszą, że wycena pakietów diagnostycznych dotyczących białaczek, chłoniaków czy szpiczaka zdecydowanie nie pokrywa rzeczywistych kosztów procedur, które należy wykonać zgodnie z obecnie obowiązującymi standardami postępowania lub rekomendacjami poważnych międzynarodowych gremiów eksperckich, jak na przykład badania PET-CT w chłoniaku rozlanym z dużych komórek B lub chłoniaku Hodgkina czy też całego panelu badań molekularnych w ostrych białaczkach. Trudno się oprzeć wrażeniu, że konstrukcję pakietu opracowano z myślą o onkologii narządowej, nie uwzględniając w dostatecznym stopniu specyfiki rozrostów hematologicznych. Jest to widoczne choćby w wymogach dotyczących konsyliarnego ustalania planu leczenia. Powoływanie wielodyscyplinarnych konsyliów, w skład których wchodzi chemioterapeuta, chirurg onkolog i radioterapeuta, ma z pewnością sens w celu ustalenia planu terapii guzów litych, których leczenie ma często charakter skojarzony. Pozwala to bowiem uniknąć dowolności w tym zakresie, wymuszając stosowanie się do standardów postępowania ustalonych przez krajowe i międzynarodowe gremia eksperckie, a także ułatwia podjęcie optymalnej decyzji w trudnych przypadkach. Leczenie nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego w zdecydowanej większości przypadków prowadzi tylko jeden specjalista — hematolog, a radioterapia ma znaczenie raczej pomocnicze, z reguły w późniejszych etapach leczenia. Poza tym co do ustalenia planu leczenia ostrych białaczek wniesie specjalista diagnostyki obrazowej, którego udział w konsylium jest obowiązkowy? Dlatego też, moim zdaniem, powoływanie konsyliów dla naszych pacjentów powinno być opcjonalne, zarezerwowane

dla przypadków skomplikowanych i niemieszczących się w przyjętych standardach postępowania. W standardach tych zresztą wystarczająco precyzyjnie ustalono zasady postępowania w większości sytuacji klinicznych w hematologii, choć niewątpliwie musi pozostać pewien margines decyzyjny dla lekarza umożliwiający mu uwzględnienie szczególnej sytuacji zdrowotnej danego chorego.

Należy, wreszcie, zasygnalizować jeszcze jeden bardzo istotny aspekt sprawy wynikający właśnie ze specyfiki oddziałów hematologicznych. Nie jest on związany bezpośrednio z konstrukcją pakietu, ale może stwarzać poważne zagrożenie dla finansów jednostek hematologicznych. Jak wiadomo, hematologia to nie tylko choroby rozrostowe, ale też cała grupa nienowotworowej patologii krwinek czerwonych, skazy krwotoczne płytkowo-naczyniowe i osoczowe, aplazja szpiku itp. Otrzymuję sygnały, że część kontraktu z NFZ przeznaczona dla pacjentów spoza ścieżki onkologicznej jest zbyt mała, aby zapewnić im wszystkie niezbędne świadczenia, a przecież z przyczyn, które zasygnalizowałem wyżej, w tej ścieżce nie mieszczą się nawet chorzy z niektórymi nowotworami, jak na przykład zespoły mielodysplastyczne. Wiele placówek hematologicznych może więc stanąć wobec widma szybkiego wyczerpania się „nie-onkologicznej” części kontraktu, a na zapłatę za nadwykonania dotyczące tej grupy świadczeń liczyć raczej nie można.

Nie będę się tu szerzej rozwodził nad takimi niedogodnościami, jak dodatkowe, znaczne obciążenie lekarzy zadaniami administracyjnymi lub pochłaniający sporo czasu udział w konsyliach, często angażujących specjalistów niezwiązanych kompetencyjnie z profilem omawianych pacjentów. Tego rodzaju problemy mogą być, przynajmniej częściowo, łagodzone przez zarządy szpitali, choć i one nie bez racji uskarżają się na niejasności różnych zapisów w przedmiotowych aktach prawnych, małą drożność informatycznych kanałów przepływu informacji czy konieczność ponoszenia kosztów zatrudniania dodatkowego personelu administracyjnego.

Oczywiście, byłoby przedwczesnym orzekanie na podstawie półtoramiesięcznego funkcjonowania

pakietu onkologicznego, czy będzie on sukcesem czy porażką. W naszym wspólnym interesie leży to, by jego bilans okazał się *per saldo* pozytywny. Czas też pokaże, czy pakiet spełni rozbudzone oczekiwania społeczeństwa na ułatwienie dostępu do leczenia przeciwnowotworowego i na skrócenie kolejek do (hemato)onkologa. Zasygnalizowane powyżej rafa, o które potykają się świadczeniodawcy sektora hematologii, są jednak na tyle poważne, że wymagają szybkiej interwencji podmiotów odpowiedzialnych za funkcjonowanie opieki onkologicznej i jej finansowanie w celu wprowadzenia odpowiednich korekt do pakietu. Czekając z niecierpliwością na reakcję resortu zdrowia czy NFZ na informacje o tych problemach, musimy mieć jednak świadomość, że rozwiązanie niektórych z nich wymaga zmian legislacyjnych, a to w Polsce (i chyba nigdzie w świecie) nie dzieje się z dnia na dzień. Pozostawienie tych problemów bez rozwiązania zagraża jednak głęboką destabilizacją systemu opieki hematologicznej zamiast oczekiwanej przez wszystkich jego naprawy.

Wdrażanie nowego systemu opieki onkologicznej jest monitorowane nie tylko przez twórców reformy, ale i reprezentacje świadczeniodawców — lekarzy rodzinnych, o czym niedawno tyle słyszeliśmy, samorząd lekarski i lekarskie towarzystwa naukowe, a także organizacje pacjentów. Ważną rolę mają tu oczywiście do odegrania też konsultanci krajowi i wojewódzcy. Dlatego też, wspólnie z innymi zainteresowanymi konsultantami krajowymi, konsultantami wojewódzkimi i z zarządem Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, staramy się bacznie obserwować sytuację w naszej dyscyplinie, a o zauważonych problemach, w tym także wyżej opisanych, informuję na bieżąco odpowiednie instytucje centralne. Otrzymuję zapewnienia, że informacje o tych problemach są szczegółowo analizowane i możemy liczyć na działania służące ich rozwiązaniu... oby tylko nie stało się to zbyt późno. Oczywiście, liczę na dalszą współpracę całego naszego środowiska i jestem otwarty na wszelkie płynące od Państwa sygnały.

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