



Szanowni Państwo,

obecnie jednym z najczęstszych tematów naszych rozmów jest sytuacja powyborcza, powołanie rządu utworzonego przez osoby związane z partią, która dotychczas była w opozycji, i dywagacje, jakie zmiany nas czekają

w najbliższych miesiącach. Jest naturalne, że nasza uwaga skupia się na osobie nowego ministra zdrowia. Należy mieć nadzieję, że dr Konstanty Radziwiłł, wieloletni działacz lekarskiego samorządu zawodowego i prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, będzie nadal reprezentantem naszego środowiska — tym razem wobec administracji rządowej. Chcielibyśmy, by w zapowiadanych reformach uwzględniono także specjalistyczną opiekę zdrowotną, zapewniono jej właściwe warunki rozwoju, a przede wszystkim finansowanie adekwatne do stojących przed nią zadań. Nie wiadomo jeszcze, ponieważ dotychczasowe wypowiedzi pani premier i przedstawicieli resortu zdrowia na ten temat były dość ogólnikowe, jak głębokie zmiany systemowe nas czekają i jak wpłyną na funkcjonowanie naszego „hematologicznego podwórka”. To, co nas najbardziej interesuje spośród bieżących problemów, to dalsze funkcjonowanie pakietu onkologicznego będącego przedmiotem tyłu kontrowersji i wątpliwości. Poprzedni minister zdrowia zdążył nieco uporządkować pakiet — w takim zakresie, w jakim było to możliwe bez konieczności nowelizacji ustaw. Należy tu szczególnie podkreślić uzupełnienie prawie wszystkich brakujących kodów ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems revision 10*), co pozwala na zakładanie karty DiLO także pacjentom z nowotworami mieloproliferacyjnymi i zespołami mielodysplastycznymi oraz urealnienie składu obowiązkowych konsyliów, w których wystarczy udział dwóch hematologów. Jeśli nowy minister zdecyduje się utrzymać tę formę dostępu do opieki onkologicznej, to stanie wobec konieczności rozwiązania wielu innych równie istotnych problemów, zwłaszcza właściwej wyceny procedur diagnostycz-

nych. Jak już miałem sposobność sygnalizować, także na łamach „Hematologii”, niedostateczne finansowanie procedur diagnostycznych, jak również zbyt mała część kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) przeznaczona na świadczenia pozapakietowe, stanowią źródło poważnych kłopotów finansowych wielu, jeśli nie większości, jednostek onkologicznych i hematologicznych. Najbardziej rażącym tego przykładem jest niemożność sfinansowania badania pozytonowej tomografii emisyjnej—tomografii komputerowej (PET-CT, *positron emission tomography—computed tomography*) z ryczałtu diagnostycznego, co uniemożliwia nam zastosowanie go do wyjściowej oceny zaawansowania choroby u pacjentów z chłoniakiem Hodgkina i chłoniakami nie-Hodgkina FDG-awidnymi, a tym samym diagnozować ich zgodnie z opublikowanymi w ubiegłym roku rekomendacjami wypracowanymi podczas konferencji w Lugano. Ograniczenie dostępności do badania PET-CT bardzo utrudnia również diagnostykę guzów litych. Zatem w onkologach „narządowych” mamy sprzymierzeńców w walce o właściwe finansowanie tej procedury. Jednym ze sposobów rozwiązania tego trudnego problemu byłoby wyłączenie tej procedury z ryczałtu diagnostycznego i jej odrębne finansowanie bezpośrednio przez płatnika, jak to się dzieje w przypadku chorych spoza pakietu onkologicznego. Z takim też postulatem występowałem do resortu zdrowia i do NFZ, i temat ten będziemy z pewnością kontynuować. Ponadto bardzo istotnym dla nas pozostaje problem kosztów całego panelu badań cytogenetycznych i molekularnych niezbędnego, by postawić rozpoznanie, a przede wszystkim do określenia typu i czynników ryzyka ostrych białaczek.

Dużym wyzwaniem dla resortu zdrowia oraz NFZ jest ustawowa konieczność opracowania map potrzeb zdrowotnych dla poszczególnych dziedzin medycyny. Właśnie przyszła kolej na hematologię, a prace nad tą mapą są prowadzone z udziałem przedstawicieli naszego środowiska. Jest to zadanie bardzo ważne, gdyż mapa ta będzie w przyszłości traktowana jako instrument wykorzystywany do kształtowania polityki podmiotów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia choćby w obszarze powstawania nowych ośrodków, alokacji środków na inwestycje itp. Podczas pierwszego spotkania

powołanego w tym celu zespołu odbyła się dyskusja z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia (MZ) i NFZ, podczas której mieliśmy okazję przedstawić nie tylko nasze oczekiwania i problemy, ale też ujawniły się duże słabości narzędzi badawczych będących w dyspozycji NFZ. Podkreślano takie, skądinąd znane, fakty, jak nieadekwatność aktualnej klasyfikacji nowotworów hematologicznych do obowiązującej klasyfikacji ICD-10, na której opiera się sprawozdawczość do NFZ, czy duża niedoskonałość rejestrów zachorowań na te nowotwory. Rozpoznanie potrzeb zdrowotnych w obszarze hematologii i stopnia ich zaspokojenia utrudnia ponadto duże zróżnicowanie zakresu świadczeń udzielanych przez różne placówki — i tu wróciła w naturalny sposób idea ustanowienia poziomów referencyjności jednostek hematologicznych. Istotnym problemem jest także właściwy podział zadań związanych z opieką nad pacjentem hematologicznym między oddziały hematologiczne i wewnętrzne. Wszyscy wiemy bowiem, jak trudno jest przekazać na oddział chorób wewnętrznych pacjenta wymagającego jedynie leczenia wspomagającego. Powoduje to, że na naszych oddziałach chorzy bywają hospitalizowani wyłącznie w celu realizacji procedur dostępnych, przynajmniej w teorii, w placówkach internistycznych, co w oczywisty sposób wydłuża kolejki osób czekających na podanie chemioterapii. Jest to, obok niewystarczającej liczby łóżek hematologicznych na oddziałach oferujących cały zakres leczenia onkohematologicznego, najistotniejsza przyczyna długiego czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala i zdarzających się w związku z tym sytuacji odroczenia realizacji planowych kursów chemioterapii. Powstające mapy potrzeb zdrowotnych będą więc z pewnością obciążone błędem, ale wypada mieć nadzieję, że nawet w niedoskonałej postaci będą pomocne w identyfikacji regionów, gdzie dostęp do opieki specjalistycznej jest szczególnie utrudniony. Miejmy też nadzieję, że wysiłek włożony w ich przygotowanie nie zostanie zmarnowany, lecz zaowocuje konstruktywnymi działaniami służącymi poprawie dostępności do opieki zdrowotnej.

Dużo niepokoju w środowisku wywołała we wrześniu sprawa miejsc szkoleniowych dla osób chcących się specjalizować z hematologii. W obecnej sesji MZ przyznało wielu województwom więcej

etatów rezydenckich niż to wynikało z zapotrzebowania złożonego przez konsultantów wojewódzkich za pośrednictwem wojewodów. Skutkiem tego był brak wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy chcących się specjalizować w trybie pozarezydenckim, na przykład lekarzy mających specjalizację z chorób wewnętrznych lub zatrudnionych na etatach szpitalnych. Pojawiły się nawet obawy, że rezydentura będzie już jedyną drogą do uzyskiwania specjalizacji. Miejmy jednak nadzieję, że do tego nie dojdzie. Podłoże powyższej decyzji wyjaśniono w notatce na stronie internetowej MZ, w której czytaliśmy między innymi, że „przydzielając miejsca rezydenckie, minister zdrowia kierował się potrzebami zdrowotnymi obywateli i dostępnością świadczeń w danym regionie. W postępowaniu jesiennym minister przyznał 100% zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów. Co więcej, w celu wykształcenia możliwie największej liczby specjalistów w obszarach medycyny uznanych przez resort za kluczowe minister zwiększył pulę rezydentur o dodatkowe wolne miejsca szkoleniowe, przyznając 100% wolnych miejsc szkoleniowych w onkologii oraz dziedzinach związanych z rozpoznawaniem i leczeniem chorób nowotworowych (chirurgia onkologiczna, hematologia, medycyna paliatywna, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, radioterapia onkologiczna) [...]”. Intencje były więc dobre, ale ich wynik jest taki, że chętni do specjalizowania się w trybie pozarezydenckim muszą poczekać do sesji wiosennej z nadzieją, że tym razem polityka resortu zdrowia uwzględni celowość podejmowania kształcenia specjalizacyjnego nie tylko przez młodych absolwentów wydziałów lekarskich, ale też przez lekarzy bardziej doświadczonych, mających już specjalizację z chorób wewnętrznych, która jest tak bardzo potrzebna do pracy na oddziałach i w poradniach hematologicznych.

W naszych miastach (a zwłaszcza w centrach handlowych...) pojawiają się już dekoracje świąteczne. Wprawdzie do świąt Bożego Narodzenia pozostało jeszcze kilka tygodni, ale pragnę skorzystać z okazji, aby złożyć wszystkim Państwu najlepsze życzenia rodzinnych i ciepłych Świąt Bożego Narodzenia oraz wszelkiego dobra w Nowym Roku 2016.

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