



Ukazał się najnowszy raport Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego — Państwowego Zakładu Higieny, pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, i jest dostępny na stronie internetowej tego Instytutu (<http://www.pzh.gov.pl/stan-zdrowia-ludnosci/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce/>). Dlaczego o tym piszę? Dlatego, że znajduje się tam również analiza 5-letnich przeżyć w najważniejszych grupach nowotworów złośliwych w Polsce. Z analizy danych przedstawionej w tym raporcie wynika, że we wszystkich (z wyjątkiem jednej) analizowanych grupach nowotworów (analizowano białaczki, nowotwory okrężnicy, odbytnicy, piersi, szyjki macicy i prostaty) przeżycie 5-letnie w Polsce jest znacząco gorsze niż w większości krajów europejskich, w tym w Czechach. Tą jedną grupą nowotworów, w odniesieniu do której to przeżycie jest zbliżone do średniej europejskiej (a nawet lepsze niż np. w Wielkiej Brytanii — 47% czy w Czechach — 46%), są białaczki. To 5-letnie przeżycie w Polsce wynosi 49%. Oczywiście są to różnice mieszczące się w granicach błędów, ale tak czy inaczej oznaczają, że w leczeniu białaczek gramy w tej samej lidze, co kraje przeznaczające na służbę zdrowia znacznie więcej funduszy. Myślę, że powinno to być podstawą do naszej dumy, ponieważ nie jest to osiągnięcie żadnego konkretnego hematologa, a wspólny dorobek nas wszystkich. Dorobek uzyskany w znacząco gorszych warunkach dostępu do leków, zwłaszcza dostępu do leków innowacyjnych.

Pojawił się bowiem jeszcze jeden raport — raport Fundacji *Alivia*, zatytułowany „Dostęp pacjentów onkologicznych do terapii lekowych w Polsce na tle aktualnej wiedzy medycznej”. Z tego raportu wynika, że dostęp do innowacyjnych leków zarejestrowanych do stosowania w nowotworach krwi i wprowadzonych do powszechnie uznawanych

standardów postępowania, tj. NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*) i ESMO (*European Society For Medical Oncology*), był i jest w Polsce ograniczony. Nie mamy dostępu do ponatynibu i bosutynibu, pomalidomidu, panobinostatu, daratumumabu, elotuzumabu, iksazomibu, karfilzomibu, ibrutynibu, idelalazybu, wenetoklaksu, niwolumabu, piksantronu i innych. A nawet jeśli mamy dostęp, to bywa on niezasadnie ograniczony. Przykładem najbardziej bulwersującym pozostaje kwestia stosowania rytuksymabu u chorych na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B, w przypadku którego istniejący program lekowy *de facto* ogranicza dostęp chorym do leku, gdyż wyłączono w nim możliwość kojarzenia go z innymi protokołami chemioterapii niż CHOP (cyklofosfamid, doksorubicyna, winkrystyna, prednizon). Mam nadzieję, że lek ten wreszcie zostanie w tym wskazaniu przeniesiony do katalogu chemioterapii, tym bardziej że w najbliższym czasie na rynku pojawią się jego formy biopodobne. Niekiedy trudno jest określić, dlaczego lek nie jest dostępny dla polskich chorych w danym wskazaniu. Przykładem jest choćby bortezomib w chłoniaku z komórek płaszczka. Lek jest dostępny jako generyk i ma to wskazanie w charakterystyce produktu. Ministerstwo się tłumaczy, wskazując, że podmioty odpowiedzialne nie występują o refundację w tym wskazaniu. Ale niżej podpisany już jako Konsultant Krajowy występował...

Jak wiadomo, Sejm RP przyjął ustawę o sieci szpitali. Hematologia znalazła się w kategorii szpitali onkologicznych i wszystko wskazuje na to, że będzie wyłączona z finansowania ryczałtowego, a w dalszym ciągu będzie rozliczać wykonanie świadczeń zgodnie z katalogiem JGP. Ta sprawa była przedmiotem największego niepokoju, gdyż możliwe włączenie hematologii do finansowania ryczałtowego rodziło obawy, że dyrektorzy szpitali „przyciśnięci do muru” będą ratować inne oddziały kosztem hematologii. Nadal nie ma gwarancji, że tak się nie stanie, ale przynajmniej jest nadzieja.

*prof. dr hab. n. med. Wiesław Wiktor Jędrzejczak
Konsultant Krajowy w dziedzinie hematologii*