Hematologia
2015, tom 6, nr 2, 218–219
DOI: 10.5603/Hem.2015.0032
Copyright © 2015 Via Medica
ISSN 2081–0768

Szanowni Państwo,

mimo okresu urlopowego tempo życia publicznego coraz bardziej przyspiesza… i tak pewnie będzie do jesieni. Wielu z nas zastanawia się, jakie zmiany w organizacji służby zdrowia przyniosą nadchodzące miesiące, a to z kolei może rodzić poczucie tymczasowości obecnego porządku organizacyjno-prawnego. Nie powinniśmy się jednak przez to czuć zwolnieni, każdy w zakresie swoich możliwości i na swoim „podwórku", z codziennego działania w celu doskonalenia i poprawy tych elementów naszej obecnej rzeczywistości zawodowej, na które mamy wpływ. Dotyczy to w szczególności pakietu onkologicznego, który — mimo półrocznego już funkcjonowania —nadal jest modyfikowany i poprawiany. Z dużą satysfakcją należy powitać projekty rozporządzeń ministra zdrowia, które anonsował jeszcze minister Bartosz Arłukowicz, dotyczące wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Do najważniejszych korekt dotyczących naszej specjalności należy zmiana składu konsylium (obecnie tylko dwóch hematologów). Pojawiły się też prawie wszystkie brakujące kody ICD-10, w tym zespoły mielodysplastyczne i wszystkie, oprócz nadpłytkowości samoistnej, nowotwory mieloproliferacyjne. Sporządzenie karty onkologicznej może być odroczone o 3 dni w stosunku do dnia decyzji o jej założeniu. O takie (i inne) zmiany postulowało wielu przedstawicieli naszego środowiska, a także były one przedmiotem moich wystąpień do resortu zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Oczywiście, pakiet onkologiczny wymaga wielu innych modyfikacji, w tym także zasad finansowania. Urealnienie wyceny procedur, zwłaszcza diagnostycznych, co będzie (mam taką nadzieję!) dokonane na szczeblu NFZ i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, powinno być następnym krokiem wykonanym po wejściu w życie planowanych rozporządzeń ministra zdrowia. Wszystkie te kroki legislacyjne wymagają uważnego śledzenia, aby w porę zareagować na propozycje, naszym zdaniem, nie do zaakceptowania i aby proponować to, co według nas powinno zostać wprowadzone. Czeka nas więc gorące (choć szkoda, że niekoniecznie pogodowo) lato — nie tylko ze względu na rozkręcającą się kampanię wyborczą, w ramach której również z pewnością usłyszymy sporo skierowanych do nas obietnic, ale i planowanych przez resort zdrowia zmian w zakresie interesujących nasze środowisko regulacji prawnych. Przy tej okazji pragnę Państwa zachęcić do odwiedzania strony Ministerstwa Zdrowia (MZ) oraz NFZ i zapoznawania się z umieszczanymi tam w ramach konsultacji publicznych projektami aktów prawnych, do których każdy może zgłosić uwagi. Pozytywny jest fakt, że nowe kierownictwo resortu zdrowia deklaruje otwarcie na sygnały płynące ze środowiska i gotowość do dalszego usprawniania funkcjonowania pakietu. Naszym cennym sprzymierzeńcem jest środowisko onkologów „narządowych", również zainteresowane daleko idącymi zmianami w pakiecie, choć w nieco innych obszarach. Nie miejmy jednak złudzeń, że wdrożenie planowanych i postulowanych zmian wywoła efekt, który będzie nas w pełni satysfakcjonował. Przy ogromnych kosztach diagnostyki i leczenia hematoonkologicznego, które muszą być pokryte z naszych, obiektywnie rzecz biorąc, skromnych składek na ubezpieczenie zdrowotne, „kołdra" zawsze będzie za krótka. Musimy też wziąć pod uwagę to, że w ostatnich kilkunastu czy dwudziestu kilku latach nastąpił bardzo istotny wzrost tych kosztów. Wielu z Państwa pamięta że, przykładowo, jeszcze w latach 80. ubiegłego stulecia podstawą diagnostyki ostrych białaczek były badania cytologiczne i cytochemiczne szpiku i krwi, a ustalenia stanu zaawansowania chłoniaka Hodgkina — badanie radiologicznym klatki piersiowej, limfografia kończyn dolnych i kilka badań biochemicznych krwi, bo nawet ultrasonografia jamy brzusznej dopiero wchodziła do praktyki klinicznej. Podobne zwiększenie kosztów dotyczy le-

czenia hematoonkologicznego. Na natychmiastowy i nieograniczony dostęp wszystkich potrzebujących pacjentów do wszystkich najnowocześniejszych technologii medycznych liczyć raczej nie można, co tym bardziej podkreśla konieczność troski o to, by środki, którymi dysponujemy, były racjonalnie wydatkowane.

Do pozytywnych wydarzeń, które nastąpiły w ostatnim czasie, należy objęcie refundacją kolejnych leków cytostatycznych i wspomagających. Jak już miałem okazję o tym pisać, takie decyzje są niezbędne choćby ze względu na likwidację z początkiem bieżącego roku tak zwanej chemioterapii niestandardowej. W szczególności doczekał się wreszcie akceptacji, zainicjowany jeszcze przez poprzedniego Konsultanta Krajowego, a następnie pilotowany przeze mnie, wniosek o refundację czynników wzrostu erytropoezy w zespołach mielodysplastycznych niskiego i pośredniego-1 ryzyka bez del(5q). Także pozytywnie został rozpatrzony mój wniosek o objęcie refundacją bendamustyny w I linii leczenia chłoniaków przewlekłych i chłoniaka z komórek płaszcza u chorych z przeciwwskazaniami do przyjmowania antracyklin, we wznowie lub progresji tych chorób po upływie 6 miesięcy od zakończenia poprzedniej linii leczenia i w postaciach opornych/nawrotowych chłoniaków z obwodowych komórek T. Te decyzje istotnie poszerzają arsenał metod leczniczych, które mamy do dyspozycji w tak trudnych sytuacjach klinicznych, jak na przykład zespoły mielodysplastyczne transfuzjozależne, w których nie można zastosować azacytydyny, chłoniaki grudkowe wymagające leczenia i chłoniaki z komórek płaszcza u pacjentów z przeciwwskazaniami do zastosowania schematu (R)-CHOP, jak również oporne/nawrotowe chłoniaki T-komórkowe. Na marginesie chciałbym zwrócić uwagę na to, że powyższe decyzje refundacyjne dotyczą wskazań pozarejestracyjnych, czyli tak zwanych *off-label*. Objęcie refundacją leków ze wskazań ujętych w charakterystyce produktu leczniczego wymaga bowiem wniosku podmiotów odpowiedzialnych za ich produkcję i obrót, dlatego MZ nie może jej wydać na przykład w odniesieniu do imatynibu w zespole hipereozynofilowym z rearanżacją *FIP1L1-PDGFRα*. Moje interwencje w resorcie dotyczące takich spraw byłyby więc bezcelowe. Ponadto czekamy teraz na decyzje refundacyjne dotyczące lenalidomidu w zespołach mielodysplastycznych z izolowaną delecją 5q (zespół 5q–) i ruksolitynibu w mielofibrozie. Nie został też rozwiązany problem refundacji deferazyroksu dla dorosłych pacjentów z potransfuzyjnym przeładowaniem żelazem, stymulatorów trombopoezy (eltrombopag i romiplostyn) u chorych z małopłytkowością autoimmunologiczną po nieskutecznej splenektomii czy brentuksymab vedotin w chłoniakach CD30+, w tym w chłoniaku Hodgkina z opornością na wysokodawkowaną chemioterapię wspomaganą przeszczepieniem autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych lub z wczesną wznową po tym leczeniu. W tym przypadku pozostaje mieć nadzieję na porozumienie między MZ a odpowiednimi firmami farmaceutycznymi w sprawie niebagatelnych kosztów tych procedur leczniczych... lub też na pojawienie się badań, w których jeszcze bardziej przekonująco zostanie wykazana wyższość wspomnianych procedur nad tym, co mamy obecnie do dyspozycji.

Jeszcze raz życzę Państwu wspaniałych wakacji, pozwalających na zasłużony wypoczynek i nabranie dystansu do otaczającej nas, nie zawsze „różowej", rzeczywistości.

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