

Leczenie onkologiczne po pierwszym lipca

Nieustanna prowizorka

Sylvia Szparkowska

Pacjenci onkologiczni ze szczególnym niepokojem oczekują zmian programów terapeutycznych na lekowe.

Koleżanka opowiadała mi niedawno historię swojego kuzyna, starszego człowieka chorującego na raka trzustki. Kilka tygodni temu zgłosił się wraz z dwoma innymi pacjentami do warszawskiego szpitala, w którym mieli rozpocząć kurację. Wyszedł do nich młody lekarz i poinformował, że leku jest zbyt mało, by podać go wszystkim. Powiedział: nie będę brał na swoje sumienie decyzji, kto z was powinien go dostać. Wy decydujcie. Starsi ludzie postanowili losować. Wygrał kuzyn mojej koleżanki i rozpoczął terapię, dlatego nie zna ona dalszego ciągu tej historii. Czy pozostali chorzy dostali leki dzień lub dwa dni później? Może poszukali innego szpitala, w którym leki były? A może stracili zaufanie do lekarza, przerwali leczenie lub poszli do innego, bardziej ludzkiego człowieka? W każdym razie do dziennikarzy nie trafili, bo o sprawie byłoby przecież głośno.

Kryzys permanentny

Ta historia każe stawiać bardzo poważne pytania o etykę zawodu, a zaraz po nich o definicję tego, co jest zachowaniem etycznym w sytuacji permanentnego kryzysu i niepewności. Ustawa refundacyjna, która przyniosła państwu wiele oszczędności, spowodowała równocześnie ogromną niepewność wśród lekarzy i pacjentów. Dla osób ze schorzeniami onkologicznymi szczególnie dotkliwą, bo przecież sama choroba



fot. images.com/Corbis

nowotworowa wiąże się z wielką niepewnością. Każdy też zdaje sobie sprawę, że dostaje „drogie leki”, o których tyle czyta w gazetach. W redakcjach wciąż pada pytanie: czy jakiś fakt upoważnia nas do napisania, że po pierwszym lipca pacjenci nie dostaną nowoczesnego leczenia? Na



razie takiej pewności nie ma, a podnoszenie przedwczesnego alarmu odbiłoby się na tysiącach chorych.

Niecały miesiąc przed wejściem w życie przepisów dotyczących leków onkologicznych wiemy już, że kilka kryzysów zostało zażegnanych. Nie będzie raczej poważnych problemów z zawarciem kontraktów ze szpitalami. Oddziały regionalne NFZ skończyły już część negocjacji w tej sprawie, z niektórymi placówkami podpisują umowy w drodze rokowań. Jeśli nawet będą kilkudniowe opóźnienia, to i tak leczenie onkologiczne – ze względu na swój charakter: ratującego życie i zdrowie – zostanie sfinansowane. To było duże zagrożenie, załóżmy z dobrą wolą, że mamy je już za sobą.

Sprawy niezatwione

Pozostałe problemy są jednak nadal nierozwiązane albo rozwiązane częściowo, albo tak załatwione, jakby decydenci wierzyli w dobrą

pejskiej, a przecież była to jedna z najciekawszych propozycji naszej prezydencji. Wreszcie, nie ma zarządzenia prezesa NFZ umożliwiającego rozliczanie po cenach realnych leków sprowadzanych w zastępstwie z zagranicy – od kilku dni na stronach funduszu znajduje się tylko projekt zarządzenia. Właściwie nie wiadomo, czy leki zarejestrowane w Polsce w ogóle są sprowadzane z zagranicy zgodnie z prawem. Ale problemy prawne zostawmy na boku. W praktyce, zgodnie z prawem czy nie, lekarze wypisują wnioski o import docelowy. Procedura zajmuje trochę czasu, ale zawsze jest to jakaś proteza na okres przejściowy.

Biurokracja

Zresztą to tylko początek. Niedawno, w trakcie seminarium fundacji Watch Health Care prof. Wiesław Jędrzejczak, konsultant krajowy ds. hematologii, opowiadał, jak będzie wyglądała praca hematologa po 1 lip-

„ Ustawa refundacyjna, która przyniosła państwu wiele oszczędności, spowodowała równocześnie ogromną niepewność wśród lekarzy i pacjentów. Dla pacjentów onkologicznych szczególnie dotkliwą „

wolę, pracowitość i etykę lekarzy absolutnie w każdej sytuacji. Jedną z nierozwiązanych kwestii jest poważny niedobór cytostatyków (z tym problemem boryka się nie tylko Polska). Zapasy deficytowych leków w wielu poradniach onkologicznych nadal są bardzo małe (podobno dla kilku pacjentów). Wbrew obietnicom, nie stworzono żadnego instytucjonalnego rozwiązania polegającego na wspieraniu ośrodków, którym leków zabrakło, przez te, które zawczasu zrobiły zapasy. Nie ma rozwiązań (ani nawet ich zarysu) pozwalających na monitorowanie deficytowych zasobów w Unii Euro-

ca. Z katalogu chemioterapii zniknęło kilkanaście podstawowych leków – wcale nie nowoczesnych, tylko właśnie „starych”, używanych od lat, ale... niezgodnie z rejestracją.

– *Wniosek o chemioterapię niestandardową ma nawet kilkanaście stron, a w porównaniu z nim wniosek o import docelowy leku to pikus!* – oburzał się prof. Jędrzejczak. Wniosek o chemioterapię niestandardową rozpatruje dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ. Podpisać go musi lekarz, jego ordynator, jego dyrektor i konsultant wojewódzki. Przy standardowym leczeniu chorego ze szpiczakiem lekarz musi mu wypisać receptę,



foto: images.com/Corbis

„ Finansowanie standardowego leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej to majstersztyk intelektualny „

dwa wnioski na import docelowy i dwa na chemioterapię niestandardową (dostaje trzy leki). Na wizytę ma 20 minut, a w tym czasie musi pacjenta zbadać, postawić diagnozę, zaordynować leczenie, a czasem jeszcze porozmawiać z chorym.

– *Takich pacjentów jest w Polsce kilka tysięcy. Finansowanie standardowego leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej to majstersztyk intelektualny* – mówił konsultant krajowy.

Ministerstwo Zdrowia zapewnia, że 1 lipca część problemów zostanie rozwiązana. Jak tłumaczy, w czasie publikacji projektu zmieniał się podmiot odpowiedzialny za niektóre leki i nie można było ich prawidłowo wprowadzić do katalogu chemioterapii. To przejściowy problem, a leki znowu mają się pojawić na listach 1 lipca.

Czy na pewno będzie dotyczyć to wszystkich brakujących leków? Przecież sprawa podawania leków nie-

zgodnie z ich charakterystyką – jak mówią lekarze – nadal nie została w pełni załatwiona. Wciąż są takie farmaceutyki, których w normalnym trybie nie można podać pacjentowi. Lekarze z Mazowsza upominają się o grupę kilkudziesięciu pacjentów, którym nie można ordynować leku w kolejnym rzucie choroby, bo wcześniej otrzymywali leczenie niemające ostatecznie rekomendacji AOTM. Co się z tymi chorymi stanie?

Tych pytań jest naprawdę dużo, ale przez wiele miesięcy Ministerstwo Zdrowia nie zdołało na nie odpowiedzieć: jaką mamy gwarancję, że mniejsze ośrodki, które raz nie poradziły sobie z zamawianiem deficytowych leków, teraz w obawie przed zawaleniem biurokracją nie będą rezygnować z podawania leków np. drugiego i trzeciego rzutu? Jeśli gwarancji nie ma, to gdzie są przepisy (albo chociaż ich zarys) premiujące jakość leczenia?

Dobra wola

Przyzwyczajiliśmy się liczyć na dobrą wolę lekarzy, ich zaangażowanie i nieprzerwanie na pacjentów swoich problemów z NFZ (choć z tym akurat jest różnie – równie dobrze można podać wiele przykładów zrzucania problemów zupełnie z NFZ niezwiązanych na tę instytucję). W systemie naruszone zostało kruche zaufanie, które utrzymywało go we względnej równowadze, urzędnicy nie powinni chyba liczyć na dobrą wolę i zaangażowanie lekarzy. Została tymczasowość, do której łatwo się przyzwyczaić. W moim mieszkaniu siadła elektryczność. Przez dwa pokoje ciągną się teraz kable z łazienki, przedłużacz przyczepiony jeden do drugiego, do nich podłączone są lampy, kaloryfer elektryczny, komputery... dwa razy komputer spadł, raz ja się wyróciłam. Ale system funkcjonuje już kilka tygodni i boję się, że to się wszystko w końcu przepali i będzie wielka katastrofa. Pozostanie tylko pokiwanie głową, że tak się musiało stać. Przecież każdy wie, że tak się kończą prowizorki.

Autorka jest dziennikarką „Rzeczpospolitej”