



Standardy postępowania dla pacjentów hematoonkologicznych

– Technologie medyczne powinny być jednym z elementów nowoczesnego i sprawnego systemu opieki hematoonkologicznej. Brak strategicznego planowania ich dostępności w Polsce będzie skutkować pogłębianiem się różnic pomiędzy sposobami i skutecznością leczenia w Polsce i w innych krajach Europy. Pamiętajmy, że w 2013 r. osoby po 65. roku życia stanowiły prawie 15 proc. populacji w Polsce, ale już w 2035 r. będzie to prawie 25 proc., co oczywiście będzie miało decydujący wpływ na wzrost zachorowań na nowotwory hematologiczne – mówi dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego.

Uczelnia Łazarskiego przygotowała raport na temat hematoonkologii. Co sprawiło, że zdecydowali się państwo zająć tą dziedziną medycyny, jakie wnioski płyną z publikacji?

Hematoonkologią zajęliśmy się jako kolejnym tematem badań nad szeroko rozumianą onkologią w Polsce. Od wielu lat staramy się uczestniczyć w publicznej dyskusji na temat rozwiązań i kierunków strategicznych zmian w polskim systemie ochrony zdrowia. Wszystko po to, aby system był bardziej efektywny, przyjaźniejszy pacjentowi, gwarantował wysoką skuteczność terapeutyczną oraz efektywność ekonomiczną. Pieniądze przeznaczone na ochronę zdrowia są wartością skończoną, mamy ich określoną pulę i przy obecnym finansowaniu wielką sztuką jest organizować system opieki zdrowotnej w taki sposób, aby był jak najbardziej efektywny. Nie ma wątpliwości, że dostępność leczenia połączona z wysokimi standardami jest wypadkową poziomu finansowania, a pod tym względem Polska zdecydowanie odstaje od innych krajów

UE. Raport „Hematologia onkologiczna – aspekty kliniczne, ekonomiczne i systemowe” zawiera szczegółową analizę kosztów związanych z leczeniem nowotworów hematologicznych w Polsce oraz wiele danych na temat finansowania 125 poradni hematologicznych i 49 oddziałów hematologii oraz charakterystyki dotyczącej 392 lekarzy hematologów z uwzględnieniem ich aktywności zawodowej i rozmieszczenia w kraju. Ta dziedzina medycyny stała się przedmiotem naszej uwagi ze względu na swoją specyfikę – z punktu widzenia epidemiologii najczęściej dotyczy ona małych dzieci i osób starszych. W kontekście starzejącego społeczeństwa należy uświadomić sobie, że choroby hematoonkologiczne będą coraz większym problemem w naszej statystyce medycznej. Gdy analizujemy dane zgromadzone w Krajowym Rejestrze Nowotworów oraz dane ze sprawozdań NFZ, widzimy, że w latach 2008–2012 ok. 50 proc. wszystkich zarejestrowanych chorych na nowotwory hematologiczne to pacjenci powyżej 65. roku życia. Identyfikujemy dwa problemy – specyfikę

jednostki chorobowej, która jest szczególnie, zważywszy na grupę wiekową, oraz specyfikę leczenia nowotworów układu chłonnego i krwiotwórczego. Trzeba pamiętać, że standardy postępowania z takim pacjentem – standardy terapeutyczne odróżniają te jednostki chorobowe od np. procesu leczenia nowotworów litych. Pakiet onkologiczny pomimo wielu pozytywnych rozwiązań, jak np. nielimitowanie części świadczeń hematologicznych, spowodował sporo dodatkowych problemów i utrudnień zarówno dla pacjentów, jak i świadczeniodawców. Niektóre instrumenty i rozwiązania nie znajdują zastosowania w hematologii. Przykładem są konsylia, których skład określa ministerialne rozporządzenie. Zakłada ono obecność radiologów, radioterapeutów i chirurgów onkologicznych, którzy najczęściej nie uczestniczą w procesie leczenia. Badania zaprezentowane w raporcie pokazały, że w Polsce z dostępem do nowoczesnych terapii lekowych hematologicznych nie jest najgorzej, choć nadal nie są objęte refundacją wszystkie zarejestrowane produkty lecznicze. W naszym kraju proces ten jest wolniejszy ze względu na ograniczone fundusze i na przepisy, które precyzyjnie określają zgłoszenie do refundacji. W opinii środowiska hematologów konieczne jest rozpoczęcie prac nad stworzeniem i wdrożeniem standardów, algorytmów postępowania dla pacjentów hematologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych. Należy także określić poziom referencyjności ośrodków z uwagi na specyfikę chorób z tej grupy. Nie każdy ośrodek ma kompetencje i potencjał do prowadzenia takich pacjentów. Rekomendujemy wprowadzenie trzech poziomów referencyjności dla podmiotów leczniczych na podstawie kryteriów określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia. Powstałaby sieć transferu kompetencji, dająca szansę na optymalizację procesu terapeutycznego dla danego chorego i efektywne zarządzanie funduszami publicznymi przeznaczonymi na leczenie hematologiczne.

Czy nasz system opieki zdrowotnej jest gotowy na podjęcie wyzwań związanych z hematologią osób starszych?

W ostatnich kilku latach w Polsce pojawiło się sporo inicjatyw. Widać to głównie w sferze społecznej. Działania podejmowane w ramach szeroko rozumianej polityki senioralnej – w obszarze kompetencji ministra pracy i polityki społecznej – robią wrażenie. Zaczynamy sząć rozwiązania na miarę grup, dla których są one przeznaczone. Niestety w odniesieniu do opieki medycznej postęp jest jeszcze ograniczony. Minister Marian Zembala zapowiedział działania skoncentrowane na wzmocnieniu dostępności świadczeń geriatrycznych w Polsce i wzmocnieniu kadr poprzez kształcenie lekarzy w zakresie geriatry. Jednak na poziomie płatnika publicznego nie istnieją jeszcze rozwiązania lub też nie

są na tyle skoordynowane, aby można było mówić, że mamy gotowe produkty dostosowane do specyfiki chorób osób starszych jako grupy o określonych potrzebach. W coraz większej liczbie dziedzin medycyny mówi się, że trzeba do pacjenta podchodzić indywidualnie. Należy pamiętać o tym, że system, tworząc rozwiązania o charakterze uniwersalnym, będzie pogłębiał rozbieżności pomiędzy podejmowanymi działaniami a potrzebami indywidualizacji procesu terapeutycznego. Stąd ogromna rola koordynacji tego procesu.

Udział wydatków na leczenie hematologiczne w ogólnych wydatkach NFZ spada, podczas gdy wydatki na onkologię rosną. Co to oznacza dla chorych?

Rzeczywiście, w ostatnich latach zmniejszył się odsetek wydatków NFZ na programy lekowe z dziedziny hematologii w porównaniu z wydatkami ogółem na programy onkologiczne i hematologiczne, ale nie zmniejszyło to dostępności leczenia, gdyż spowodowane było znacznym obniżeniem cen leków przez producentów. W 2010 r. odsetek ten wynosił 42,94 proc., a w 2014 r. – 33,47 proc. nakładów NFZ na programy onkologiczne i hematologiczne ogółem. Spadek nie oznacza, że obniża się wartość finansowania, bowiem wydatki na onkologię systematycznie rosną. Lekarze hematolodzy wskazują, że dostęp do terapii jest praktycznie w pełni gwarantowany w obecnych programach lekowych, jednak zwracają uwagę na potrzebę tworzenia nowych. Inicjatywa zgodnie z zapisami ustawy refundacyjnej jest po stronie firm farmaceutycznych odpowiedzialnych za dany produkt leczniczy. Legitymacja do tworzenia nowych rozwiązań, rozszerzania dostępu do nowoczesnego leczenia zawsze jest jednak po stronie klinicznej – czyli konsultanta krajowego, który reprezentując środowisko, może wskazywać płatnikowi publicznemu i Ministerstwu Zdrowia właściwy kierunek opieki hematologicznej. Również resort zdrowia i NFZ mogą przyjąć aktywną postawę w tym względzie, zapowiadając gotowość tworzenia nowych programów i uwzględniania ich w projekcjach budżetowych.

Podczas Forum Ekonomicznego w Krynicy część poświęcona ochronie zdrowia została zdominowana przez zagadnienie starzejącego się społeczeństwa – w kontekście chorób hematologicznych. Choroby te dotyczą głównie osób po 65. roku życia i nie wynikają z ich tzw. złych nawyków. W jaki sposób należy przemodelować rozwiązania systemowe w hematologii, aby poprawić jakość świadczeń?

Faktycznie, pacjenci po 65. roku życia stanowili ponad 40 proc. populacji osób leczonych z powodu 5 analizowanych w naszym raporcie chorób hematologicznych:



chłoniak niezziarniczny guzkowy – grudkowy, chłoniaki niezziarnicze rozlane, szpiczak mnogi i nowotwory z komórek plazmatycznych, białaczka szpikowa, nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze układu limfatycznego, krwiotwórczego i tkanek pokrewnych. Seniorzy są często dodatkowo obciążeni współistniejącymi chorobami, dlatego poprawienie jakości świadczeń powinno zakładać w tej grupie odrębne postępowanie i preferencje w dostępie do nowoczesnych technologii medycznych. Aby zaplanować efektywne i bezpieczne leczenie starszych pacjentów – m.in. ze względu na konieczność zaprogramowania terapii wspomagającej, ustalenia właściwych dawek leków, dobrania ich kombinacji i sekwencji stosowania – kluczowe jest wypracowanie zaleceń i standardów postępowania w leczeniu nowotworów hematologicznych u osób po 65. roku życia. Warto zwrócić uwagę na aspekt pozamedyczny – w tej grupie chorych szczególne znaczenie dla poprawy jakości życia mają warunki socjalne i sytuacja rodzinna.

Zbudowanie efektywnego modelu w hematoonkologii, z uwagi na skalę problemu, może się przyczynić do jeszcze lepszego leczenia nowotworów. Co powinno stanowić istotę takiego modelu – referencyjność ośrodków, zmiany w finansowaniu świadczeń czy zaliczenie hematologii do specjalizacji deficytowych? A może wszystko razem. Od czego należy zacząć?

Każdy z tych elementów jest bardzo ważny, ale dopiero wprowadzone razem przyczynią się do efektywnej

zmiany jakości leczenia nowotworów hematologicznych. Dla uzyskania poprawy jakości świadczeń istotne jest optymalne wykorzystanie istniejących zasobów, m.in. przez wprowadzenie trzech poziomów referencyjności, a także zapewnienie odpowiedniej liczby hematologów w trybie kształcenia podyplomowego, w ramach uznania hematologii za specjalizację deficytową. Należy wprowadzić zmiany w finansowaniu świadczeń hematologicznych, w szczególności objąć nielimitowanym finansowaniem wszystkie świadczenia z zakresu hematoonkologii oraz zlikwidować stawkę degresywną w wybranych schorzeniach hematoonkologicznych. Zmiana systemu powinna być oparta na wysokiej jakości danych epidemiologicznych zbieranych w ramach Krajowej Sieci Hematologicznej i precyzyjnej identyfikacji jednostek chorobowych, a więc aktywnego uczestnictwa polskich specjalistów w tworzeniu nowej klasyfikacji ICD-11. Warto dodać, że aby system efektywnie funkcjonował, w działania powinny się włączyć różne podmioty: Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów, Krajowa Rada ds. Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii i Hematologii, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Co należy zrobić, by nowe technologie lekowe w hematoonkologii były bardziej dostępne w praktyce klinicznej? Jakie widzi pani zagrożenia, jeśli ta dostępność się nie zwiększy?

Technologie medyczne powinny być jednym z elementów nowoczesnego i sprawnego systemu opieki hematoonkologicznej. Brak strategicznego planowania ich dostępności w Polsce będzie skutkowało pogłębianiem się różnic pomiędzy sposobami i skutecznością leczenia w Polsce i w innych krajach Europy. Pamiętajmy, że w 2013 r. osoby po 65. roku życia stanowiły prawie 15 proc. populacji w Polsce, ale już w 2035 r. będzie to prawie 25 proc., co oczywiście będzie miało decydujący wpływ na wzrost zachorowań na nowotwory hematologiczne. Problem będzie więc narastał, a wraz z nim obciążenie finansowe systemu. Bez konsensusu politycznego w sprawie zwiększenia finansowania ochrony zdrowia oraz systemowo zagwarantowanego budżetu na wprowadzanie nowoczesnych terapii nie będziemy w stanie rozwijać systemu ochrony zdrowia i korzystać z dorobku naukowego i technologicznego w medycynie. Mamy bowiem pewność, że choroby i jej leczenia nie można postrzegać tylko poprzez koszty bezpośrednie. Rezygnacja z rozwiązań lepszych na rzecz tańszych skutkuje w większości wypadków wzrostem kosztów pośrednich, generowanych m.in. przez system opieki społecznej.

*Rozmawiały Kamilla Gębska
i Marta Koblańska*