



Rok 2018 zakończył się dobrą wiadomością dla chorych na szpiczaka plazmocytowego i przewlekłą białaczkę limfocytową oraz leczących ich lekarzy. Dla pacjentów z opornym/nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej dwa schematy leczenia, obejmujące za-

równo lenalidomid, jak i bortezomib, dostępny jest, od ostatniego kwartału 2018 roku, pomalidomid. Od 2019 roku mamy zapewniony dostęp do wenetoklaksu dla chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową z obecnością delekcji 17p lub mutacji genu *TP53*, u których nie powiodła się terapia ibrutynibem. W tym miejscu chciałabym gorąco podziękować Panu Prof. Wiesławowi Jędrzejczakowi, który zabiegał o dostęp do wspomnianych wyżej leków w czasie pełnienia funkcji Konsultanta i dzięki zaangażowaniu Pana Profesora udało się wspólnie te starania pozytywnie zakończyć.

Najważniejsze wyzwanie w 2019 roku to przede wszystkim zwiększenie dostępności do nowych leków dla pacjentów z chorobami krwi. Hematologia jest dynamicznie rozwijającą się dziedziną medycyny; co roku jest rejestrowanych kilka nowych cząsteczek i technologii, a ich refundacja zależy od sytuacji ekonomicznej poszczególnych krajów. W naszych warunkach potrzeb oczywiście jest wiele, ale najpilniejsze dotyczą dostępu do ponatynibu dla chorych na przewlekłą białaczkę szpikową i ostrą białaczkę limfoblastyczną z chromosomem Filadelfia, daratumumabu i karfilzomibu dla pacjentów z nawrotowym/opornym szpiczakiem plazmocytowym, obinutuzumabu dla chorych na chłoniaka grudkowego, a także blinatumomabu dla pacjentów z oporną/nawrotową ostrą białaczką limfoblastyczną oraz midostauryny dla chorych na ostre białaczki szpikowe z obecnością mutacji genu *FLT3*. Środowisko hematologów zgłasza również potrzebę rozszerzenia wskazań do stosowania bortezomibu w ramach katalogu chemioterapii dla wcześniej nieleczonych chorych na chłoniaka z komórek płaszczą, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych

komórek macierzystych, jak również rozszerzenia obecnych wskazań refundacyjnych dotyczących ibrutynibu i wenetoklaksu, tj. możliwości zastosowania tych leków u chorych opornych odpowiednio na immunochemioterapię lub ibrutynib, ale bez obecności del 17p lub mutacji *TP53*.

Z codziennej praktyki klinicznej wiadomo, że zmiany i aktualizacji wymagają również obowiązujące programy lekowe. Najpilniejszą sprawą jest modyfikacja lub zniesienie obecnego programu „Leczenie chłoniaków złośliwych (ICD-10 C82, C83)” i przesunięcie rytuksymabu do katalogu chemioterapii dla chorych z rozpoznaniem ICD-10 C82 i C83 w leczeniu indukcyjnym oraz w leczeniu nawrotów, a także w leczeniu podtrzymującym u chorych z rozpoznaniem C82, którzy uzyskali odpowiedź po leczeniu indukcyjnym lub po leczeniu nawrotu bądź oporności. W programie „Leczenie mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej (ICD-10 D47.1)” modyfikacji wymaga kryterium wyłączenia dotyczące zmniejszenia wyjściowej długości śledziony oraz możliwość stopniowego odstawiania ruksolitynibu u chorych wyłączanych z programu. Z kolei przy obecnym kształcie programu „Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (ICD-10 C92.1)” nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dwóch inhibitorów kinazy tyrozynowych II generacji. Konieczność wprowadzenia wymienionych wyżej zmian w programach lekowych została przeze mnie zgłoszona ministrowi zdrowia, a kolejnym krokiem jest ocena ich wpływu na budżet przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

Wśród zmian organizacyjnych i systemowych, jest potrzeba — zgodnie z zaproponowanym projektem krajowej sieci onkologicznej — wprowadzenia referencyjności ośrodków hematologicznych i ich wzajemnej współpracy w ramach województw, tak aby pacjenci wymagający zastosowania bardziej zaawansowanych procedur medycznych byli kierowani do ośrodka/ośrodków o najwyższym poziomie referencyjnym, a chorzy niewymagający intensywnej chemioterapii mogli być leczeni w ośrodku/ośrodkach o niższym poziomie referencyjnym. Konieczne są również wprowadzenie zmian w obowiązującym pakiecie onkologicznym, tak aby go bardziej dostosować do realiów diag-

nostyki hematoonkologicznej, oraz koordynacja świadczeń w ramach obowiązujących programów lekowych i właściwa wycena tak zwanych ryczałtów diagnostycznych, by zapewnić właściwe monitorowanie efektów leczenia. Nowym projektem, kilkakrotnie przedstawianym podczas konferencji i spotkań ekspertów, jest model kompleksowej opieki specjalistycznej (KOS-HEM), w ramach którego wprowadzono by koordynację całościowej opieki nad pacjentem hematoonkologicznym, począwszy od indywidualnego planu leczenia i jego realizacji,

poprzez świadczenia wspomagające, takie jak lekarskie konsultacje specjalistyczne, konsultacje psychoonkologiczne, a skończywszy na poradach dietetycznych, rehabilitacji i leczeniu bólu.

Wymienione przeze mnie zagadnienia — zarówno z obszaru refundacyjnego, jak i organizacyjno-systemowego — są niemałym wyzwaniem; mam nadzieję że z pomocą i wsparciem konsultantów wojewódzkich oraz kierowników ośrodków hematologicznych uda się choć część z nich zrealizować w 2019 roku.

*Konsultant Krajowy w dziedzinie hematologii
prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda*