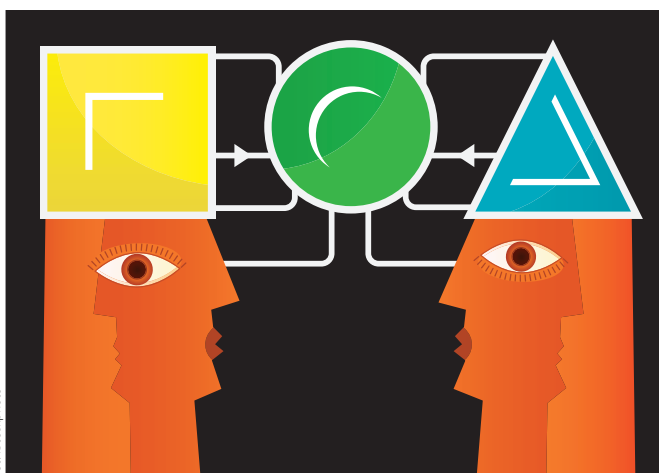


Nowe prawo nakłada na lekarzy nowe obowiązki, nie zawsze służące interesowi pacjenta

Zgnity kompromis



for: iStockphoto

Trwają negocjacje z koncernami farmaceutycznymi w sprawie ceny leków finansowanych bądź współfinansowanych ze składek ubezpieczeniowych. Na liście leków refundowanych znalazło się na razie ponad 2,6 tys. pozycji, nie licząc środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego dostępnych na receptę. Lista i jej zmiany to wynik kompromisu między władzą publiczną a biznesem farmaceutycznym. Czy prawo to reprezentuje interes chorych i czy może być wprowadzane wbrew części środowiska medycznego?

Podobnie jak ustawa może być nowelizowana, tak wykaz leków, za które Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zwraca pieniądze, będzie się zmieniał co dwa miesiące. Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz zapowiedział uzupełnianie listy. Dopóki jednak nie nastąpią zmiany, lekarz nie może wypisać pacjentowi leku refundowanego, którego na liście nie uwzględniono. Częściowo lista już została uzupełniona, ponieważ do pierwotnego wykazu dopisano leki przeciwbólowe dla chorych na nowotwory, dla osób po przeszczepie, chorych na cukrzycę oraz dla dzieci chorych na astmę. Nadal brakuje na niej niektórych nowoczesnych leków przeciwko padaczce oraz preparatów psychotropowych. Czy dlatego, że opinie le-

karzy przekonujących, że są one niezbędne, nie dostały się do mediów?

Prawo zdrowia, prawo pieniędzy

Przy ograniczonych funduszach NFZ, który w 2011 r. planował wydać na refundację 8,6 mld zł z 58 mld zł budżetu na koszty świadczeń zdrowotnych, do objęcia preparatu finansowaniem publicznym zawsze potrzebne są argumenty lekarzy i wola Ministerstwa Zdrowia oraz firm farmaceutycznych. Te ostatnie chcą uzyskać jak najwięcej za lek, ale równocześnie zdają sobie sprawę, że istnieje bariera ekonomiczna w postaci sytuacji materialnej pacjentów oraz kondycji finansowej NFZ, co muszą uwzględnić przy ustalaniu ceny. Dlatego wpis na listę refundacyjną to swego rodzaju polisa gwarantująca popyt i jednocześnie przychody firmy. W gospodarce rynkowej nic nie jest za darmo. Za leki, które warunkują powodzenie leczenia, także trzeba płacić. Prosty rachunek ekonomiczny musi jednak ustąpić względom humanitarnym i zwykłej empatii. Tak powinno być wtedy, gdy leki służą chorym na nowotwory i pomagają zmniejszyć ich cierpienia czy też osobom niepotrafiącym z niezawinionych przyczyn dopominać się o realizację swoich praw. Trzeba jednak pamiętać, że badania nad nowymi, lepszymi preparatami kosztują, a koszty te stanowią o ich cenie hurtowej i detalicznej. Dlatego lista będzie uzupełniana, choć nie za każdą cenę.

Dura lex, sed lex

Ustawa refundacyjna zaczęła obowiązywać 1 stycznia 2012 r. Publiczne dyskusje budziły zapisy umożliwiające NFZ weryfikację zasadności wypisania przez lekarza recepty na dany lek, w tym stwierdzenia, że pacjent cierpi na chorobę przewlekłą, oraz nałożenie na lekarzy obowiązku weryfikacji, czy pacjent jest ubezpieczony. Refundacja jest bowiem warunkowana ubezpieczeniem. Zapisy związane z kontrolą administracyjną decyzji medycznej znalazły poparcie prof. Michała Kuleszy. W raporcie przygotowanym do projektu ustawy napisał on, że należy utrzymać poddanie indywidualnych decyzji refundacyjno-cenowych rygorowi kodeksu postępowania administracyjnego. Jednocześnie profesor wskazuje wiele zapisów niekonstytucyjnych oraz pogarszających pozycję negocjacyjną koncernów farmaceutycznych, a także zwraca uwagę, że przy podejmo-

waniu decyzji o ustanowieniu refundacji dla konkretnego preparatu zabrakło danych epidemiologicznych, służących ocenie, ilu pacjentom dany lek rzeczywiście pomaga. Otwarte pozostaje także pytanie, kto płaci za lek niewzględniony na liście, jeśli lekarz decyduje, że jest on najbardziej potrzebny pacjentowi.

Niepokojące prawo

Niepokój lekarzy wzbudza jednak nie tyle sam kształt listy (wielu producentów wytwarza preparaty o tej samej jakości i działaniu), ile obowiązek wypisywania każdorazowo na receptę procentu refundacji danego leku, przy czym według nowych wzorów recept możliwe będzie wpisanie na jeden druk kilku preparatów o różnym poziomie dopłaty. To może spowodować bałagan. Choć istnieje możliwość poprawienia przez farmaceutę ewentualnego błędu lekarza, nie ma pewności, czy taka poprawiona recepta zostanie sfinansowana przez publicznego płatnika. Dlatego lekarze w proteście wobec nowych przepisów w miejsce na określenie poziomu zwrotu kosztów za dany lek przystawiają pieczątki o treści: „Refundacja do decyzji NFZ”. Tymczasem Grzegorz Kucharewicz, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, zapowiedział, że aptekarze nie przyjmą na siebie sprawdzania ubezpieczenia pacjenta, tym samym mogą nie realizować recepty z pieczątką zastępującą określenie poziomu refundacji. Bez określenia tego poziomu wydadzą lek o najwyższej odpłatności. Co w takiej sytuacji może zrobić pacjent? Nic, a zarówno prawo, lekarz, jak i aptekarz mają działać na jego rzecz.

Prawo na SOR

Praca lekarzy szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) to wyścig z czasem. Wprowadzona na przykład w Pomorskim Centrum Traumatologii segregacja pacjentów i ustanowienie kolejności udzielania świadczeń w zależności od zagrożenia zdrowia i życia, a nie momentu zgłoszenia się na oddział, ma sprawić, że pomoc trafi jak najszybciej do najbardziej potrzebującego. Jest mało czasu na sprawdzanie w systemie informatycznym należytej wysokości refundacji.

– *Lekarzowi pracującemu na SOR trudno sprawdzać za każdym razem w systemie informatycznym, jaka jest wysokość przysługującej pacjentowi refundacji, bo do tego musi otworzyć odpowiednią zakładkę systemu IT* – mówi Małgorzata Bartoszevska-Dogan, dyrektor Pomorskiego Centrum Traumatologii. – *Po pewnym czasie lekarze rzeczywiście nauczą się nowej listy i wartości refundacji w danym przypadku, ale początki mogą być trudne. Na liście brakuje też kilkuset leków. Część z nich została wycofana przez producentów, części jednak zwyczajnie nie uwzględniono. Czy to oznacza, że nierefundowany lek nie wymaga recepty i można go po prostu kupić w aptece? Przecież na liście nie znalazły się też ważne leki i te wątpliwości trzeba jak najszybciej wyjaśnić* – zauważa Małgorzata Bartoszevska-Dogan. – *Sądzę, że kolejne dni przyniosą odpowiedzi na te pytania.*

„ Do objęcia preparatu finansowaniem publicznym zawsze potrzebne są argumenty lekarzy oraz wola Ministerstwa Zdrowia i firm farmaceutycznych ”

Co dalej

Zanim ustawa refundacyjna weszła w życie, została zaskarżona przez opozycyjne Prawo i Sprawiedliwość do Trybunału Konstytucyjnego. Na rozstrzygnięcie trzeba jednak czekać nawet dwa lata, podczas gdy pacjenci muszą korzystać z pomocy lekarzy w razie zachorowania, a lekarze muszą pracować i działać zawsze dla dobra pacjenta. Dlatego wydaje się, że protesty części środowiska naturalnie wygasną, tym bardziej że pacjenci są zainteresowani otrzymywaniem recept na leki, które mogą wykupić jak najtaniej.

Celem ustawy miało być obniżenie ogólnego poziomu współpłacenia z kieszeni prywatnej za leki, który w Polsce jest wyższy niż w bogatszych od nas krajach, takich jak Holandia, Hiszpania czy Niemcy. W 2008 r.

„ Prosty rachunek ekonomiczny musi ustąpić względem humanitarnym i empatii. Tak powinno być wtedy, gdy leki służą chorym na nowotwory ”

dopłaty pacjentów wynosiły 68 proc., podczas gdy zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia mówią o 40 proc., aby zapewnić dostępność leków. Michał Kulesza zwraca jednak uwagę, że samo wprowadzenie sztywnych marż i cen, bez sztywnej ceny fabrycznej i bez analizy ekonomicznej przedstawionej opinii publicznej, stanowiącej dowód, że nowy system faktycznie przyczyni się do zmniejszenia ogólnego poziomu odpłatności prywatnej, może w rzeczywistości skutkować większym ciężarem finansowym, spadającym na pacjenta. Zwłaszcza że często pacjenci będą musieli zapłacić rzeczywiście więcej. Na przykład w wypadku moczówki prostej ryczałt za lek wynoszący dotychczas 3 zł zmienia się na 100 zł. Im większe zapotrzebowanie na dany lek, tym większy jest ryczałt. Pojedynczy pacjent nie wpłynie na cenę leku, a tym bardziej nie wynegocjuje jej z aptekarzem, skoro w każdej aptece ma być ona taka sama.

Marta Kobańska