

Stanowcze NIE kolejkom do programów lekowych



Fot. iStockphoto.com

Polskie kolejki państwowe

Przepisy dotyczące list oczekujących są tak przeregulowane, że niejednokrotnie dochodzimy do wniosku, iż nie sposób prowadzić kolejek w pełni zgodnie z prawem. Tam gdzie paragrafy nie wskazują jasno zasad postępowania, odwołujemy się do dobra pacjenta i zdrowego rozsądku. O ile w kwestii oczekiwania na operację czy porady świadczeniodawcy jakoś sobie radzą, o tyle w przypadku programów lekowych jest sporo wątpliwości.

Na początku warto przypomnieć pierwotne założenia tworzenia list oczekujących. W regulacji chodziło głównie o to, aby w przypadku wykorzystania zasobów świadczeniodawcy pacjent był zapisany na listę oczekujących z uwzględnieniem kryteriów medycznych wskazujących na stopień pilności udzielenia świadczenia.

Założenia

Można było zatem przyjąć założenie, że nie zapisuje się na listę oczekujących z powodu zbyt małego kontraktu, ale raczej wtedy, gdy świadczeniodawca nie ma tzw. miejsc, wolnych łóżek etc. Najwyraźniej

mechanizm ten uwidaczniała umowa z NFZ na świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego. Nakładała ona na świadczeniodawcę obowiązek udzielania świadczeń wszystkim uprawnionym całodobowo i wskazywała, że płatnik zapłaci świadczeniodawcy kwotę określoną w umowie jako kwota maksymalna.

Jednocześnie w przepisach regulujących kolejki umieszczono zapis, że w przypadku gdy świadczeniodawca nie może udzielić świadczenia w dniu zgłoszenia się uprawnionego, umieszcza go w kolejce. Przepis nie definiuje okoliczności niemożności udzielenia świadczenia, a umowa nakłada obowiązek udzielenia go każde-



„Spodziewano się, że świadczeniodawcy ograniczą zasoby adekwatnie do umów z NFZ, jednak systematyczne płacenie nadwykonań nauczyło lecznice, że trzeba je robić, a później walczyć z płatnikiem”

mu, kto się zgłasza. Spodziewano się, że świadczeniodawcy naturalnie ograniczą zasoby adekwatnie do wartości umów z NFZ, jednak systematyczne płacenie tzw. nadwykonań nauczyło lecznice, że trzeba je robić, a później walczyć z płatnikiem. Również kwestię umieszczania na liście oczekujących przy wolnych zasobach z czasem zaczęto przemilczać. Płatnik wiedział, że ma za mało pieniędzy na pokrycie kosztów 100% wykorzystania zasobów świadczeniodawcy, a świadczeniodawca wiedział, że odzyska choć część pieniędzy ponad wartość umowy.

Programy

Nieco inaczej jest z programami lekowymi. Przed wejściem w życie ustawy refundacyjnej były one świadczeniem finansowanym ze środków NFZ, a nawet były przez płatnika inicjowane. Tam powstawała decyzja o rodzaju programu oraz warunkach jego finansowania. Nazywane programami zdrowotnymi, w opinii ówczesnego ministra zdrowia były decyzją refundacyjną, a co za tym idzie – nie powinny być tworzone przez NFZ. Pojawienie się ustawy ostatecznie spowodowało, że lek stosowany w programie lekowym stał się świadczeniem – refundacją, podobnie jak leki wydawane na podstawie recepty. Z tą tylko różnicą, że warunki udzielenia refundacji określono dość precyzyjnie,

wskazując nie tylko kryteria włączenia, monitorowania i wyłączenia, lecz także wymagania wobec świadczeniodawcy, który może udzielać tej formy świadczenia.

Siłą rzeczy trzeba było określić świadczenia, które towarzyszą udzieleniu refundacji i zapewniają odpowiednie warunki podania leku oraz monitorowania leczenia. Wygodnie było również skorzystać z faktu, że szpitale mają apteki, dzięki czemu unika się otwartego dostępu do leku. Jednak w mojej ocenie fakt ten nie zmienia zasady ustawy o świadczeniach oraz ustawy o refundacji, że lek należy się każdemu, kto spełnia kryteria. Dość szybko okazało się, że zakładane środki na refundację leków w ramach programów lekowych były niewystarczające, a konieczność płacenia nadwykonań – oczywista.

Dodatkowe upoważnienie

Minister zdrowia posiada dodatkowe upoważnienie ustawowe w art. 190 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, do których dostępność (mierzona średnim czasem oczekiwania) jest znacznie utrudniona, minister właściwy do spraw zdrowia w przepisach wydanych na podstawie ust. 1 może określić wykaz świadczeń gwarantowanych, w przypadku których listy oczekujących są prowadzone przez świadczeniodawców udzielających tych świadczeń w aplikacji udostępnionej przez prezesa NFZ. Tu znalazły się również listy oczekujących na programy lekowe, a w zasadzie na świadczenie związane z podaniem leku. Wychodząc z założenia, że czym innym jest świadczenie towarzyszące refundacji, a czym innym sama refundacja – ustalenie limitu rozliczenia np. iniekcji doszkliskowej w leczeniu AMD mogło się przyczynić do stworzenia kolejki do refundacji. W tym zakresie minister zdrowia skorzystał z możliwości ustanowienia kolejki do procedury podania leku. Tym samym powstały wątpliwości, czy można wpisywać na listę oczekujących chorych, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego.

„Oczekiwanie w kolejce na lek refundowany nie tylko skazuje pacjentów na rozwój choroby, lecz niejednokrotnie sprawia, że kiedy już doczekają się terminu, nie spełniają kryteriów określonych w warunkach refundacji”

Groźny komunikat

28 października 2015 r. minister zdrowia wydał komunikat: „Świadczeniodawcy, mający umowę na realizację programu lekowego *Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) (ICD-10 H35.3)*, którzy dotychczas prowadzili listę oczekujących na procedurę *leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dożłokowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego*, po dokonaniu zgłoszeń do kwalifikacji, prowadzonej przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem, osób które rozpoczęły *leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dożłokowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego*, w następnej kolejności powinni zgłaszać do kwalifikacji osoby wpisane na prowadzoną przez danego świadczeniodawcę *listę oczekujących na procedurę leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dożłokowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego*”.

Z zawilej treści wynika wprost, że umieszcza się na liście oczekujących chorych zakwalifikowanych do leczenia, a nawet chorych, którzy byli już leczeni. Tym bardziej dziwi komunikat i ustanowienie kolejki dla

„Wielu świadczeniodawców decyduje się nie umieszczać chorych na liście oczekujących, realizując świadczenia o wartości przewyższającej kwotę określoną w umowie z NFZ”

pacjentów zakwalifikowanych, skoro w art. 20. 1a. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych czytamy: „Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy”. Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że kwalifikacja do leczenia w programie lekowym jest już częścią świadczenia opisaną w warunkach szczególnych jego finansowania oraz w koszyku świadczeń gwarantowanych. Nie bez znaczenia jest również fakt, że wykonane podczas kwalifikacji badania diagnostyczne mają określoną ważność, zatem czas oczekiwania na udzielenie świadczenia może być na tyle długi, że kwalifikacja będzie nieważna. W praktyce wielu świadczeniodawców decyduje się nie umieszczać chorych na liście oczekujących, realizując świadczenia o wartości przewyższającej kwotę określoną w umowie z NFZ. Następnie szpital występuje o zapłatę nadwykonań i otrzymuje 100% zwrotu wartości podanych leków i część wartości udzielonych świadczeń towarzyszących.

Kwadratura koła

Jestem zdania, że rozliczenie programu lekowego należy traktować w całości, czyli jednocześnie brać pod uwagę wartość substancji czynnej oraz wartość świadczeń związanych z jej podaniem. Hospitalizacje i porady związane z terapią stanowią warunek udzielenia refundacji, która w mojej ocenie jest gwarantowana każdemu pacjentowi, który spełnia kryteria. Ograniczenia wydatków płatnika minister realizuje poprzez zawężanie kryteriów włączenia do programu i nie powinny one być realizowane poprzez limitowanie terapii. Lek w programie lekowym to ta sama regulacja co lek refundowany w aptece otwartej wydawany na podstawie recepty. Tam przecież (na razie) nie ma limitów i kolejek do realizacji recepty uzależnionych od wielkości kontraktu apteki.

Ustalenie optymalnych kryteriów włączenia i instrumentów podziału ryzyka z firmami farmaceutycznymi powinno dostatecznie zabezpieczać budżet refundacji, a tym samym chorzy nie powinni być skazywani na oczekiwanie na podanie leku. Warto pamiętać, że część leków podawanych w programach lekowych to terapie stosowane w nowotworach, chorobach o szybkim i nieodwracalnym postępie. Leki stosowane w stwardnieniu rozsianym skutecznie powstrzymują rozwój choroby, wydłużając sprawność pacjentów. Oczekiwanie w kolejce na lek refundowany nie tylko skazuje pacjentów na rozwój choroby, lecz niejednokrotnie sprawia, że kiedy już doczekają się terminu leczenia, nie spełniają kryteriów określonych w warunkach szczególnych refundacji. Kolejkom do programów lekowych należy powiedzieć jednoznacznie NIE.

Rafał Janiszewski
Autor jest właścicielem kancelarii doradczącej działającej w branży ochrony zdrowia.