

W refundacji bez sensacji

Violetta Madeja

Pierwszy kwartał 2019 roku przyniósł pasmo rozczarowań pacjentom oczekującym na pozytywne rozstrzygnięcia w zakresie refundacji nowych molekuł stosowanych w leczeniu schorzeń narządów dna miednicy. Na otarcie łez resort zdecydował o kolejnych rozwiązaniach wdrażanych w ramach informatyzacji systemu ochrony zdrowia.

Zdecydowanie pozytywnym akcentem okazały się prace nad wdrożeniem elektronicznej postaci skierowań w Systemie Informacji Medycznej (SIM). Zgodnie z projektem rozporządzenia, e-skierowania będą mogły być wystawiane m.in. na świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), leczenie szpitalne, badania medycyny nuklearnej, a także badania diagnostyczne: tomografię komputerową (TK), rezonans magnetyczny (MR) oraz pozytonową tomografię emisyjną (PET). Nie będą natomiast obejmować dokumentów potocznie nazywanych skierowaniami albo zleceniami, a które dotyczyć będą kierowania pacjentów na różnego rodzaju badania czy konsultacje w ramach już udzielanych im świadczeń opieki zdrowotnej.

- Dotyczy to takich sytuacji, jak kierowanie pacjenta w ramach planowego leczenia operacyjnego w szpitalu na badania diagnostyczne i konsultacje, czy też kierowanie przez podmiot udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na dodatkowe badania diagnostyczne w związku z prowadzonym leczeniem
- wylicza legislator.

Neuromodulacja od 1 kwietnia?

Po wielu miesiącach oczekiwania, począwszy od II kwartału 2019 roku pacjenci powinni korzystać ze świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego - neuromodulacji krzyżowej. Jak poinformowała Barbara Wójcik-Klikiewicz, pełniąca obowiązki zastępcy dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, to właśnie na 1 kwietnia przewidziano wprowadzenie stosowanych zmian w zarządzeniu prezesa NFZ. Zgodnie z ustaloną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji taryfą, świadczenie to będzie rozłożone na dwa etapy, a każdy z nich będzie inaczej wyceniony. Pierwszy, obejmujący wszczepienie elektrody testowej, wyceniono na 5084 punkty rozliczeniowe (przy założeniu średniej wartości punktu rozliczeniowego określonej przez NFZ w umowach na udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne), natomiast drugi etap, obejmujący wszczepienie stymulatora na stałe, wyceniono na 34 182 punkty. W opublikowanym 13 marca br. projekcie zarządzenia prezesa NFZ, w załączniku 1a uwzględniającym procedury leczenia szpitalnego, zabrakło wyceny nowej procedury, co w ocenie lekarzy i placówek, które potencjalnie będą mogły udzielać świadczeń, praktycznie blokuje możliwość jej realizacji. Projekt zarządzenia będzie konsultowany do 27 marca br.



Fot. M. Schuppich - stock.adobe.com

Jednolita interpretacja zapisów ustawy „za życiem”

W styczniu centrala NFZ wyjaśniła również kwestię dostępności środków chłonnych dla osób, które mogą z nich korzystać na podstawie zapisów ustawy „za życiem”. Z informacji NFZ wynika, że przeprowadzono modyfikacje w systemie informatycznym, tak by osoby zaopatrujące się w wyroby chłonne miały limit finansowania oraz kwotę refundacji wyliczane łącznie, od ilości faktycznie wydanych wyrobów. Ma to nastąpić bez uwzględniania podziału na miesiące, w których otrzymały zaopatrzenie. Rozwiązanie to kończy dywagacje wokół sposobu rozliczania wydawanych takim pacjentom środków. Co więcej, rzeczne stanowisko centrali NFZ 18 grudnia 2018 roku przesłano do wszystkich oddziałów wojewódzkich.

O ile w tym obszarze udało się uzyskać pozytywne rozstrzygnięcie, to pacjenci od ponad roku zmagają się z problemami niezmienionego limitu finansowego na środki chłonne. Pomimo ministerialnych zapowiedzi, nie powstał

również wspólny zespół MZ oraz NFZ, który miał wypracować możliwie najlepsze, docelowe rozwiązania w zakresie zaopatrzenia pacjentów w środki chłonne. Jak wskazuje Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, obecne limity cenowe faktycznej refundacji dla pacjenta onkologicznego (kod 100) zostały obniżone z poziomu 1,28 zł do poziomu 0,86 zł za sztukę, natomiast u pozostałych pacjentów z 1,05 zł do poziomu 0,70 zł.

- *W rzeczywistości za tak niską kwotę możliwy jest zakup jedynie 90 sztuk wkładek urologicznych o najniższej chłonności* - oceniła Anna Sarbak, prezes „UroConti”. W piśmie wysłanym do resortu zdrowia na początku marca zaapelowała do ministra Łukasza Szumowskiego o podjęcie działań, które zmierzałyby do przywrócenia limitów cenowych na refundowane środki absorpcyjne.

- *Aktualne limity cenowe w Polsce należą do najniższych w Europie, a kryteria chorobowe nadal wykluczają z refundacji dużą grupę osób z problemem NTM* - oceniła przedstawicielka pacjentów.

Bez nowych terapii dla pacjentów onkologicznych

I kwartał tego roku nie przyniósł dobrych wiadomości dla pacjentów chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego. W przypadku procesu refundacyjnego leku enzalutamid, który miał być dostępny w ramach programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem u pacjentów niestosujących dotychczas chemioterapii (ICD-10 C61)”, minister zdrowia nadal nie podjął decyzji w kwestii objęcia tego preparatu refundacją. Przypomnijmy, że negocjacje refundacyjne w Komisję Ekonomiczną prowadzone były po tym, jak prezes Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji wydał w przedmiotowej sprawie warunkowo pozytywną rekomendację (nr 80/2018 z dnia 29 sierpnia 2018 r.). Pacjenci nie kryli swojego rozgoryczenia zaistniałymi opóźnieniami sytuacji.

- *W zeszłym roku wystaliśmy ponad 120 pism do Ministerstwa Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Narodowego Funduszu Zdrowia czy parlamentarzystów. Mimo poparcia ze strony posłów czy próby interwencji Rzecznika Praw Pacjenta, w leczeniu przed chemioterapią nadal mamy dostęp tylko do jednego leku, choć konsultant krajowy w dziedzinie urologii i towarzystwo naukowe wnioskują o uznanie w tym wskazaniu równoważności klinicznej abirateronu i enzalutamidu, a niemal cała Europa leczy w ten sposób od dawna. Nawet Rumunia i Bułgaria!* - poinformował Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Sytuację ma szansę poprawić rozpoczęte w listopadzie 2018 roku postępowanie w sprawie przygotowania stanowiska Rady Przejrzystości oraz prezesa AOTMiT dotyczące leku kabazytaksel. Preparat ma być dostępny w ramach nowego programu lekowego - „Kabazytaksel w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowe-

go (ICD-10: C61)”. Opinia na temat zasadności finansowania tego leku ze środków publicznych we wskazaniu: rak prostaty z przerzutami do kości i do węzłów chłonnych jamy brzusznej, ma zapasć 25 marca podczas posiedzenia Rady Przejrzystości.

W rozpatrzonych przez AOTMiT uwagach do wniosku refundacyjnego, prof. dr hab. Andrzej Stelmach, kierownik Oddziału Zabiegowego Urologii Onkologicznej Centrum Onkologii w Krakowie, wskazał, że zarówno wytyczne polskie (PTOK 2013), jak i zagraniczne (EAU 2018, ESMO 2015, NICE 2016) zalecają stosowanie kabazytakselu w II linii leczenia pacjentów z przerzutowym rakiem gruczołu krokowego opornym na kastrację po wcześniejszej terapii docetaksemem.

- *Kabazytaksel jest wymieniany wśród możliwych opcji terapeutycznych, do których należą również octan abirateronu, enzalutamid oraz dichlorek radu Ra-223. Z perspektywy klinicznej ważne jest, aby zapewnić [pacjentom- przyp. red.] dostępność do szerokiego wachlarza opcji terapeutycznych, co umożliwi podejmowanie decyzji klinicznych indywidualnie w oparciu o stan zdrowia danego pacjenta* - wskazał prof. Andrzej Stelmach.

W OAB też bez przełomu

Styczniowe oraz marcowe wykazy refundacyjne okazały się również rozczarowaniem dla pacjentów zmagających się z zespołem pęcherza nadreaktywnego. Wbrew oczekiwanym zmianom, nadal mają oni dostęp wyłącznie do dwóch substancji czynnych, tj. tolterodyny i solifenacyny. Pomimo pozytywnej oceny wniosku refundacyjnego, resort zdrowia nadal nie zdecydował o refundacji leku zawierającego mirabegron, który mógłby być stosowany w II linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego. W sprawie pacjentów z OAB interweniował m.in. Rzecznik Praw Pacjenta, który w piśmie do ministra zdrowia podkreślił, że „na świecie oferuje się szeroką listę leków umożliwiających chorym dostęp, a lekarzom wybór wielu refundowanych substancji leczniczych (w tym: mirabegron, darifenacynę, fesoterodynę, desmopresynę czy oksybutyninę)”.

Będą zmiany w programie lekowym?

Jednocześnie eksperci AOTMiT wydali opinię dotyczącą zmiany zapisów programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C61)”. Chodzi o zmianę zakresu kryteriów kwalifikacji do leczenia octanem abirateronu i wykreślenie z opisu programu zapisu „stopień złośliwości wg sumy Gleasona <8 określonych na podstawie badania histopatologicznego”. Zaproponowana zmiana sprawi, że liczba pacjentów kwalifikujących się do leczenia wzrośnie dwukrotnie, do poziomu 454 chorych. Tym samym obciążenie dla budżetu płatnika według szacunków ekspertów Rady Przejrzystości wzrośnie do kwoty około 14,4 mln zł.