

Dużo zapowiedzi zmian - rosnące obawy pacjentów

Violetta Madeja

Od blisko 20 lat pacjenci korzystający ze środków chłonnych walczą o godne życie i zwiększenie limitów na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Pierwsze zmiany, dające nadzieję na poprawę sytuacji, przyniosło zwiększenie w marcu tego roku limitów ilościowych. W praktyce zmiana ta okazała się dla pacjentów kroplą w morzu potrzeb, a Narodowemu Funduszowi Zdrowia przysporzyła problemów z rozliczaniem refundacji.

Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti, nie kryje rozczarowania i zwraca uwagę, że od marca tego roku, kiedy doszło do zmiany przepisów związanych ze zmianą limitu ilościowego na wyroby chłonne, sytuacja pacjentów korzystających ze środków chłonnych wcale się nie poprawiła.

- Liczyliśmy na zmiany, ale de facto bez zmiany limitu finansowego możemy mówić wyłącznie o kosmetyce. W czerwcu otrzymaliśmy zapewnienie od wiceministra Zbigniewa Króla, że resort przyjrzy się temu problemowi, a przyjęte wcześniej rozwiązania nie zostały właściwie dopracowane. Niestety dotychczas nic się nie zadziało - powiedział Kwartalnikowi NTM Bogusław Olawski. Dodał, że w kwocie oferowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tj. 77 zł dla pacjentów onkologicznych oraz 65 zł dla pacjentów z innymi schorzeniami, udaje się nabyć zaledwie 27 sztuk średniej jakości wyrobów, a koszt pozostałych trzeba pokryć z własnej kieszeni.

„Wprowadzona zmiana spowodowała, że aktualnie obowiązujące limity cenowe faktycznej refundacji dla pacjenta onkologicznego (poz. 100 rozporządzenia) zostały obniżone z poziomu 1,28 zł do 0,86 zł za sztukę, a dla pacjentów pozostałych (poz. 101 rozporządzenia) z poziomu 1,05 zł do 0,7 zł za sztukę. Za tak niską kwotę można będzie kupić jedynie 90 sztuk wkładek anatomicznych, i to wyłącznie w rozmiarze „S”. Tylko zwiększenie limitu ilościowego wraz ze zwiększeniem nakładów finansowych pozwoli zagwarantować dostępność do wyrobów medycznych wysokiej jakości” - czytamy w liście pacjentów do resortu zdrowia.

Apel pacjentów do MZ

Obchodzony pod koniec czerwca Światowy Tydzień Kontynencji stał się przyczynkiem do przekazania do resortu zdrowia postulatów pacjentów zmagających się z nietrzymaniem moczu. W ocenie członków stowarzyszenia „UroConti” resort zdrowia powinien nie tylko urealnić limity cenowe na refundowane środki absorp-

cyjne do kwoty co najmniej 1,5 zł za sztukę, ale również wprowadzić jasne kryterium medyczne w postaci nietrzymania moczu, które uprawniałoby pacjentów do korzystania z refundacji.

Jak podkreślili w liście do Ministerstwa Zdrowia, NTM jest obecnie kryterium chorobowym uprawniającym do refundacji zaledwie warunkowo, a pacjent chcący skorzystać ze wsparcia finansowego państwa musi posiadać dodatkowo jedną z chorób współistniejących (wybrane nowotwory, udary, upośledzenia itp.). W efekcie z refundacji środków chłonnych nie mogą korzystać m.in. pacjenci z wysiłkowym NTM.

Jeszcze w czerwcu, odpowiadając na postulaty środowiska pacjentów, ówczesna dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia Iga Lipska podkreśliła, że wnioskowane zwiększenie limitu finansowania środków absorpcyjnych wymaga analiz związanych z ich wpływem na budżet NFZ. Z uwagi na ten ostatni czynnik, pacjenci nie mogą również liczyć na zmiany w kryteriach medycznych uprawniających do refundowanych środków absorpcyjnych. Zdaniem resortu zdrowia, uwzględnienie tylko jednego kryterium w postaci NTM mogłoby spowodować znaczny wzrost kosztów, jakie ponosiłby płatnik na realizację tego świadczenia.

- Intencją wykazu jest zabezpieczenie potrzeb wszystkich grup pacjentów w jak największym stopniu, przy uwzględnieniu możliwości finansowych NFZ. Powyższe oznacza, że nie wszystkie postulaty przekazywane przez pacjentów i ich środowiska mogą zostać zrealizowane - stwierdziła dyrektor Iga Lipska.

Niestety, dotychczas, pomimo zapowiedzi, ministrowi zdrowia nie udało się powołać zespołu ds. środków absorpcyjnych, ale jak zapewnia Krzysztof Jakubiak, dyrektor Biura Prasy i Promocji, w resorcie trwają prace nad przygotowaniem rozwiązań, które poprawią dostępność pacjentów do środków absorpcyjnych.

- Obecnie trwa etap gromadzenia danych pozwalających na przeprowadzenie analizy. Niestety, jeszcze nie otrzymaliśmy od wszystkich podmiotów niezbędnych informacji. Propozycje wypracowane w resorcie będą omawiane z Narodowym Funduszem Zdrowia, a w następnej kolejności przeprowadzone będą konsultacje z różnymi podmiotami, w tym organizacjami pacjentów - zapewnił nas Krzysztof Jakubiak.

Zamieszanie przy uprawnieniach „za życiem”

Zmiany limitów ilościowych wprowadziły również nie małą konsternację w wojewódzkich oddziałach NFZ,

które w sposób różnorodny zaczęły interpretować kwestie refundacji środków chłonnych dla pacjentów korzystających z uprawnień nadanych im przez ustawę „Za życiem”. Ostatecznie, minister Łukasz Szumowski zwrócił się 27 marca do prezesa NFZ o zastosowanie korzystnej interpretacji nowelizacji rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. W komunikacie, opublikowanym na stronie resortu zdrowia, zwrócono uwagę, że w przypadku, gdy pacjentowi korzystającemu z uprawnień wynikających z „Ustawy za życiem” potrzebna jest większa liczba wyrobów medycznych przysługujących miesięcznie, wówczas należy przyjąć, że takiej osobie przysługuje zwielokrotniony limit finansowy w zależności od liczby sztuk wypisanych na zleceniu.

„W związku z tym, jeżeli pacjent będzie miał większą liczbę wyrobów medycznych przepisanych przez lekarza, np. 120 sztuk, przysługiwać mu będzie podwójny limit finansowy, tj. $2 \times 90 \text{ zł} = 180 \text{ zł}$, przy jednoczesnym zachowaniu poziomów odpłatności pacjenta określonych w rozporządzeniu” - czytamy w komunikacie resortu.

Dyrektor Biura Prasy i Promocji MZ Krzysztof Jakubiak zapewnia również, że w przypadku pojawienia się jakichkolwiek informacji w zakresie różnic interpretacyjnych są one na bieżąco wyjaśniane z centralą NFZ. Jednocześnie, w połowie lipca Ministerstwo Zdrowia przychyliło się do wniosku o rozszerzenie możliwości ordynowania bez limitów wyrobów medycznych na wszystkie chore i niepełnosprawne dzieci - bez względu na czas i okoliczności powstania ciężkiego upośledzenia i niepełnosprawności. Wniosek w tej sprawie do MZ złożyło m.in. Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia (PPOZ). - *Uznaliśmy, że różnicowanie dzieci niepełnosprawnych w zależności od tego, kiedy powstało schorzenie będące przyczyną inwalidztwa lub zagrożenia życia, stanowi rażące pogwałcenie zasad równości! Naszym zdaniem to nie czas i okoliczności powstania dolegliwości zdrowotnych, ale aktualny ciężki stan zdrowia dziecka powinien być podstawą do korzystania bez limitów z wyrobów medycznych ułatwiających codzienną opiekę* - podkreśliła Bożena Janicka, prezes PPOZ.

Rząd wyciąga pomocną dłoń do niepełnosprawnych?

Od 1 lipca weszły również w życie przepisy tzw. ustawy o szczególnych rozwiązaniach dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Nowe prawo wprowadziło dla osób z orzecznym znacznym stopniem niepełnosprawności możliwość korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, a także nie-limitowanego dostępu do rehabilitacji. W sumie na leczenie i rehabilitację osób z niepełnosprawnościami NFZ przeznaczy dodatkowe 360 mln zł, co oznacza, że co czwarta złotówka z dodatkowej kwoty 1,5 mld

zł przeznaczonej na system ochrony zdrowia zostanie dedykowana na świadczenia dla tej grupy pacjentów.

Dodatkowo, ustawa o szczególnych rozwiązaniach dla osób z niepełnosprawnością, zniósła okresy użytkowania wyrobów medycznych, na których sfinansowanie do oddziałów wojewódzkich NFZ trafiło już 138,5 mln zł. Jednocześnie płatnik zapewnił, że zbiera obecnie dane dotyczące najbardziej potrzebnych świadczeń dla osób z niepełnosprawnością, tworząc listę tzw. białych plam w systemie ochrony zdrowia. Już teraz, z danych przekazywanych przez wojewódzkie oddziały NFZ wynika, że w zakresie fizjoterapii domowej i fizjoterapii ambulatoryjnej najtrudniejsza sytuacja dotyczy województw: podkarpackiego, warmińsko-mazurskiego, małopolskiego, świętokrzyskiego oraz dolnośląskiego.

W ocenie Bogusława Olawskiego, ustawa o szczególnych rozwiązaniach dla osób z ciężką niepełnosprawnością, to tylko „mały plaster na dużą ranę”. Ustawa ta, w jego ocenie, przynosi zmianę wyłącznie dla marginalnej grupy pacjentów. - *Czekamy na doprecyzowanie zapisów prawa, które w sposób realny wspierałyby pacjentów z orzeczoną niepełnosprawnością* - podkreśla Bogusław Olawski.

Bez konieczności potwierdzania w NFZ

Ułatwieniem dla pacjentów, którym wydawane są zlecenia na wyroby medyczne, mają być również rozwiązania informatyczne, których wdrożenie pozwoliłoby na zniesienie obowiązku potwierdzania przez pacjentów zlecenia na wyroby w siedzibie NFZ. Zgodnie ze skierowanym do konsultacji publicznych projektem rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy, proces realizacji zlecenia zostanie z informatyzowany.

- *Nowy mechanizm usprawniający proces obsługi zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne pozwala na potwierdzenie zlecenia w formie elektronicznej już podczas wizyty pacjenta u lekarza, przez co pacjent nie będzie już zobowiązany do potwierdzenia zlecenia we właściwym oddziale NFZ* - tłumaczy Krzysztof Jakubiak.

W oczach pacjentów zmiana ta niesie za sobą ryzyko kolejnego chaosu, a w wyniku rozszerzenia zakresu informacji, jakie mają być umieszczane na zleceniu, lekarze i apteki zaczną rezygnować z wypisywania i realizacji tego typu zleceń. - *Nie rozumiemy, czemu ma służyć tak szczegółowy zakres informacji przedstawiony w nowym wzorze zlecenia, a tym samym poszerzenie biurokracji, aby wydać zwykłe pieluchomajtki. Okazuje się, że łatwiej w Polsce otrzymać refundację na leki o silnym działaniu, niż na produkt, który na pewno nie zaszkodzi, a jedynie może pomóc* - oceniła Anna Sarbak, prezes stowarzyszenia „UroConti”. Jej zdaniem nowe wzory zleceń to krok wstecz w stosunku do dotychczasowych rozwią-

zań. Nowe zasady i wzory zleceń obowiązywać będą od 1 października tego roku, kiedy to NFZ rozpocznie prace pilotażowe nad wdrożeniem narzędzi informa-

tycznych. Docelowo w całym kraju realizacja elektronicznych zleceń ma zostać wdrożona od 1 stycznia 2019 r.

Jak MZ zaleca rozliczać refundację środków chłonnych dla pacjentów korzystających z ustawy „za życiem”

Pozycja 101 - 30% udziału pacjenta

Liczba sztuk na zleceniu	cena za sztukę w sklepie	koszt całkowity w sklepie	PRZED ZMIANĄ INTERPRETACJI			PO ZMIANIE INTERPRETACJI			Różnica w kosztach pacjenta
			Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	
1	2	3=2*1	4	5	6=3-5	7	8	9=3-8	10=9-6
60	1,5	90	90	63	27	90	63	27	0
100		150	100	70	80	180	105	45	-35
120		180	120	84	96	180	126	54	-42
200		300	200	140	160	270	189	111	-49

Liczba sztuk na zleceniu	cena za sztukę w sklepie	koszt całkowity w sklepie	PRZED ZMIANĄ INTERPRETACJI			PO ZMIANIE INTERPRETACJI			Różnica w kosztach pacjenta
			Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	
1	2	3=2*1	4	5	6=3-5	7	8	9=3-8	10=9-6
60	2,5	150	90	63	87	90	63	87,00	0
100		250	100	70	180	180	126	124,00	-56
120		300	120	84	216	180	126	174,00	-42
200		500	200	140	360	270	189	311,00	-49

Pozycja 100 - 0% udziału pacjenta

Liczba sztuk na zleceniu	cena za sztukę w sklepie	koszt całkowity w sklepie	PRZED ZMIANĄ INTERPRETACJI			PO ZMIANIE INTERPRETACJI			Różnica w kosztach pacjenta
			Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	
1	2	3=2*1	4	5	6=3-5	7	8	9=3-8	10=9-6
60	1,5	90	77	77	13	77	77	13	0
100		150	85	85	65	154	150	0	-69
120		180	102	102	78	154	154	26	-52
200		300	170	170	130	231	231	69	-61

Liczba sztuk na zleceniu	cena za sztukę w sklepie	koszt całkowity w sklepie	PRZED ZMIANĄ INTERPRETACJI			PO ZMIANIE INTERPRETACJI			Różnica w kosztach pacjenta
			Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	
1	2	3=2*1	4	5	6=3-5	7	8	9=3-8	10=9-6
60	2	120	77	77	43	77	77	43	0
100		200	85	85	115	154	154	46	-69
120		240	102	102	138	154	154	86	-52
200		400	170	170	230	231	231	169	-61