

Pacjenci w przededniu kolejnych zmian systemowych

Violetta Madeja

W ostatnich trzech miesiącach instytucje państwowe podejmowały decyzje, mające wpływ na los pacjentów z problemami urologicznymi. W najbliższych miesiącach środowisko pacjentów spodziewać się może istotnych zmian m.in. w obszarze zaopatrzenia w produkty chłonne. W resorcie zdrowia trwają prace nad drugą już w tym roku nowelizacją rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (wcześniejsza weszła w życie 29 maja). Dokument ten ostatecznie trafił 5 grudnia do konsultacji zewnętrznych i zwiększył limit liczby środków absorpcyjnych z 60 na postulowane przez środowisko 90 sztuk miesięcznie. Oznacza to, że dobowy limit pieluchomajtek zwiększy się z 2 na 3 sztuki. Niestety, za zwiększeniem limitu ilościowego nie poszło jednak zwiększenie finansowania ze strony NFZ. W praktyce może oznaczać to, że tylko wkładki anatomiczne dla osób z lekkim NTM zmieszczą się w limicie proponowanym w rozporządzeniu. Od 1 listopada obowiązuje również nowa lista refundacyjna, która wprowadziła do programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C-61)” dwa nowe leki: enzalutamid oraz dichlorek radu 223. Pacjenci nadal czekają jednak na refundację nowych leków stosowanych w terapii pęcherza nadreaktywnego. Oceniany trzy lata temu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych mirabegron nadal czeka na pozytywną decyzję resortu zdrowia.

Taryfy po nowemu

Zmiany obejmą wycenę świadczeń urologicznych, nad którymi prace rozpoczęła Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Pod lupę ekspertów trafią świadczenia gwarantowane z zakresu: choroby układu moczowo-płciowego w ramach leczenia szpitalnego (sekcja L JGP) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Nowe wyceny mają objąć takie procedury jak:

- cystoskopia przezcewkowa;
- inna uretroskopia;
- przezodbytnicza, wielomiejscowa biopsja stercza;
- przezskórna biopsja stercza (nakłucie przez krocze);
- operacja stulejki;

- wycięcie lub biopsja i zniszczenie zmiany skóry prącia oraz szycie rany prącia.

„Cenimy sobie głos środowiska medycznego na co dzień sprawującego opiekę nad pacjentem, środowiska eksperckiego wyznaczającego standardy i nowe trendy, organizacji pacjenckich reprezentujących tych, którym świadczenia mają przynieść największe korzyści, a także wielu innych uczestników rynku usług zdrowotnych. Państwa uwagi i doświadczenie z najróżniejszych obszarów sektora ochrony zdrowia pozwalają na uwzględnienie w procesie taryfikacji specyfiki świadczenia, czyniąc ten proces bardziej przejrzystym, obiektywnym i rzetelnym, dając jednocześnie podstawy wycenę spełniającą oczekiwania wszystkich zainteresowanych stron” – zapewnił w swoim komunikacie AOTMiT. Zgodnie z harmonogramem, termin składania uwag do wycen upływa 31 grudnia 2017 r.



Fot. #143525511 © Style-Photography - Fotolia.com

Ocena zasadności refundacji leków

Rada Przejrzystości przy AOTMiT przygotowała również opinię w sprawie zasadności refundacji preparatu zawierającego substancję czynną - paklitaksel, podawanego poza wskazaniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego pacjentom z miejscowo zaawansowanym i uogólnionym rakiem prącia. Zgodnie z ostateczną

decyzją ekspertów, wydaną 23 października 2017 r., lek ten może być stosowany poza wskazaniami u pacjentów poddawanych leczeniu wstępnemu w schemacie z chemioterapią przed zaplanowaną wcześniej resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych.

Kolejną molekułą ocenianą przez ekspertów AOTMiT był lek zawierający testosteron (Androp). Preparat oceniany był pod kątem zastosowania go w testosteronowej terapii zastępczej w hipogonadyzmie męskim u pacjentów, u których niedobór testosteronu został potwierdzony objawami klinicznymi i badaniami biochemicznymi. We wniosku zaproponowano, by lek ten dostępny był w ramach nowej grupy limitowej w aptekach w całym zakresie zarejestrowanych wskazań. Zaproponowana we wniosku odpłatność pacjentów wyniosłaby 30 proc.

Będzie dłuższa lista leków dla seniorów

Pod koniec września Rada Przejrzystości AOTMiT za-

jęła się również wnioskiem resortu zdrowia w zakresie oceny efektywności produktów leczniczych z grup limitowanych w populacji pacjentów po 75. roku życia. Ocenie poddano inhibitory 5-alfa-reduktazy, stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego, które obecnie są dostępne z ryczałtowym poziomem odpłatności, a także leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – blokujące receptory alfa-adrenergiczne, które obecnie dostępne są z 30-procentową odpłatnością pacjenta lub wydawane na ryczałt.

W październiku ocenie poddano również trzy samorządowe programy zdrowotne dotyczące wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego. Jeden z nich ma zasięg wojewódzki – dotyczy województwa kujawsko-pomorskiego, gdzie otrzymał dofinansowanie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, natomiast dwa pozostałe mają być realizowane przez gminy Pawłowicki oraz Polska Cerkiew.

NIK ocenia zaopatrzenie w wyroby medyczne

W ocenie ekspertów istotnym dokumentem może okazać się raport „O realizacji zadań NFZ w 2016 roku”, jaki pod koniec listopada 2017 r. opublikowała Najwyższa Izba Kontroli. W dokumencie tym dużo miejsca poświęcono kwestii nakładów, jakie publiczny płatnik poniósł na zaopatrzenie w wyroby medyczne. W latach 2010-2016 nakłady te wzrosły o 60 proc. do poziomu 946 mln zł, natomiast odpłatność pacjentów wyniosła 639 mln zł i była o 19 mln zł niższa niż w 2015 roku.

Kontrolerzy wskazali jednak również na liczne nieprawidłowości występujące w systemie zaopatrzenia w wyroby medyczne finansowane ze środków publicznych. Jak podkreśliła Najwyższa Izba Kontroli, fundusz nie dysponował narzędziami legislacyjnymi, które umożliwiałyby skutecznie negocjować ceny wyrobów, w które zaopatrywany jest pacjent. W efekcie dochodziło do sytuacji, w których oddziały wojewódzkie NFZ refundowały koszty zakupu wyrobów medycznych tego samego producenta, o tych samych parametrach i właściwościach po zróżnicowanych cenach. Najwyższa Izba Kontroli wniosła zatem o zmianę zasad refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie osób uprawnionych i powrót do prac nad nowelizacją ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Na reakcję resortu zdrowia nie trzeba było długo czekać. Ministerstwo zapewniło, że wznowiło prace nad dokumentem, a proponowane rozwiązania będą wypracowane w toku szeroko rozumianego dialogu społecznego. Resort zamierza w trakcie prac uwzględnić postulaty środowiska pacjentów oraz podmiotów działających na rynku wyrobów medycznych.

Głos w sprawie raportu Najwyższej Izby Kontroli zabrała również Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Me-

dycznych POLMED, która podkreśliła, że wskazanym w dokumencie patologiom w systemie ochrony zdrowia należy zdecydowanie przeciwdziałać. Przedsiębiorcy zapewnili również, że od lat postulują wprowadzenie zmian w sposobie finansowania wyrobów medycznych do indywidualnego zaopatrzenia, które pomogłyby wyeliminować obecne niedociągnięcia tego systemu i ewentualne nadużycia. Deklarują jednocześnie pełną gotowość do współpracy z resortem zdrowia w obszarze rozwiązań i merytorycznych propozycji, które mogłyby zostać wdrożone w stosunkowo krótkim czasie (m.in. poprzez nowelizację niektórych rozporządzeń).

Trwają prace nad „Polityką lekową państwa”

W resorcie zdrowia powrócono do przygotowania strategicznego dokumentu „Polityka lekowa państwa”. Wiceminister zdrowia Marcin Czech zapowiedział, że prowadzone obecnie prace toczą się w wąskim gronie ekspertów. Jego zdaniem, pierwszy projekt dokumentu trafi do konsultacji na przełomie I i II kwartału 2018 roku.

– Zgodnie ze wskazaniami Światowej Organizacji Zdrowia, polityka lekowa państwa będzie opierać się na zdefiniowaniu priorytetów. Niewątpliwie podstawą jest określenie grup społecznych, które mają być szczególnie chronione. W mojej ocenie wśród grup priorytetowych powinny się znaleźć osoby w podeszłym wieku oraz dzieci – stwierdził wiceminister Marcin Czech. Jednocześnie zapewnił, że decyzje podejmowane w gmachu przy ul. Miodowej w Warszawie potwierdzają ten kierunek działań, czego dowodem jest m.in. wprowadzenie darmowych leków dla osób powyżej 75. roku życia.

Więcej na zdrowie

Pod koniec listopada senacka Komisja Zdrowia rozpatrzyła rządową propozycję specustawy, która zwiększa poziom nakładów finansowych na system ochrony zdrowia do 6 proc. PKB w 2025 roku. W trakcie senackiej debaty senatorowie nie zgodzili się na skrócenie czasu osiągnięcia pułapu 6 proc. PKB nakładów na system, co zaproponowała opozycja.

Do 15 grudnia swoje prace ma zakończyć zespół ds. zmian w ochronie zdrowia, w którego skład weszli przedstawiciele Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwa Rozwoju, Ministerstwa Finansów oraz Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a także środowiska lekarzy, pielęgniarek i pacjentów. Jak zapowiedziała wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko, przewodnicząca zespołu, w wypracowanym przez ekspertów dokumencie znajdą się ogólne rekomendacje dotyczące zmian systemowych, jak również precyzyjnie określone zadania związane z przekierowaniem strumienia finansowania na konkretne obszary ochrony zdrowia, m.in. świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).