

Pieluchy u sąsiada czy w najbliższej aptece

Maria Weber

Reforma ubezpieczeń zdrowotnych, wprowadzona przez rząd premiera Jerzego Buzka, miała doprowadzić do standa-

powstał w zasięgu działania Małopolskiej i Śląskiej Kasy Chorych. Podobne stworzyły kasy: Świętokrzyska, Dolnośląska i Podkarpacka. Wyróżniają się one przede

głównie punkty medyczne. W niektórych, na przykład Warmińsko-Mazurskiej czy Zachodniopomorskiej Kasie Chorych postawiono nacisk na dowóz do domu. Łą-

Ranking Kas Chorych wg dostępu do środków pomocniczych

| KCH | Liczba świadczeniodawców, z którymi kasami chorych podpisały umowy | Liczba aptek i punktów dystrybucyjnych, realizujących wnioski na refundowane środki chłone | Liczba mieszkańców przypadająca na jeden punkt realizujący wnioski | Typ umowy Umowy formalno-prawne |
|------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| 1. Świętokrzyska | Brak konieczności podpisywania umów z kasami | 400 | 3310 | Umowy formalno-prawne |
| 2. Śląska | Brak konieczności podpisywania umów z kasami | 1058 | 4253 | Umowy formalno-prawne |
| 3. Małopolska | Brak konieczności podpisywania umów z kasami | 668 | 4790 | Umowy formalno-prawne |
| 4. Podlaska | 4 | 226 | 5309 | Umowy wartościowe |
| 5. Mazowiecka | 7 | 595 | 8547 | Umowy wartościowe |
| 6. Lubuska | 6 | 117 | 8571 | Umowy wartościowe |
| 7. Dolnośląska | 5 | 320 | 9380 | Umowy wartościowe |
| 8. Kujawsko-Pomorska | 4 | 185 | 11351 | Umowy wartościowe |
| 9. Pomorska | 7 | 172 | 12790 | Umowy wartościowe |
| 10. Wielkopolska | 5 | 220 | 15454 | Umowy wartościowe |
| 11. Podkarpacka | 5 | 120 | 17500 | Umowy wartościowe |
| 12. Opolska | 5 | 95 | 21052 | Umowy wartościowe |
| 13. Zachodniopomorska | 6 | 60 | 24285 | Umowy wartościowe |
| 14. Lubelska | 4 | 70 | 31428 | Umowy wartościowe |
| 15. Łódzka | b.d. | b.d. | b.d. | b.d. |
| 16. Warmińsko-Mazurska | b.d. | b.d. | b.d. | b.d. |

b.d kasy chorych odmówiły podania informacji źródło:KCH

ryzacji świadczeń zdrowotnych oraz określenia ich wartości. W praktyce okazało się to nierealne. Co więcej, niejasne przepisy prawa umożliwiły ich dowolną interpretację. Pokazują to między innymi systemy zaopatrzenia w środki chłone. Liczba mnoga jest tu jak najbardziej uzasadniona, ponieważ każda kasa decydowała o swoim własnym systemie. Możemy je generalnie podzielić na dwa przeciwstawne sobie systemy. Pierwszy z nich, nazwijmy go umownie otwartym, ukierunkowanym na potrzeby pacjenta,

wszystkim brakiem kontraktów wartościowych; podpisują natomiast umowy z aptekami i punktami medycznymi. W pozostałych regionach wykształciły się mniej lub bardziej podobne systemy biurokratyzowane, pełne ograniczeń i przedmiotowo traktujące pacjentów. Nazwalimy je umownie zamkniętymi, ze względu na stosowanie wielu barier dostępu do rynku dla dystrybutorów i możliwości realizacji wniosków przez pacjentów. Różnice regionalne polegają na tym, iż w jednym jest więcej aptek, a w innych są to

czy je jednak jedna wspólna cecha: wymóg podpisywania umów wartościowych przez świadczeniodawców. Najbardziej restrykcyjny system powstał w regionie łódzkim i lubelskim. Tam, kasy chorych wymagają zakładania przez producentów lub dystrybutorów zakładów opieki zdrowotnej, wychodząc z założenia, iż zaopatrzenie chorych w środki chłone jest świadczeniem zdrowotnym.

Powyżej w tabeli przedstawiamy podstawowe różnice w zaopatrzeniu w środki chłone w 2002 roku.



Rozliczyć punkt czy dostawcę?

Uzyskane przez nas dane wymagają komentarza, ponieważ kryją się za nimi istotne różnice. Niektóre kasy, jak zaznaczono, nie podpisują umów z producentami lub dystrybutorami. Nie znaczy to, że dopuszczają na swój teren każdego dostawcę. Muszą oni spełnić kryteria określone przez kasy, głównie w zakresie jakości produktu i dostępu do niego. Dlatego na terenie działania kas Małopolskiej czy Śląskiej nie wszyscy zaopatrzeniowcy mogą dostarczać środki chłoneące ale i tak jest ich więcej niż w innych regionach. Kasy te rozliczają się z aptekami i punktami medycznymi a nie z dystrybutorami. Dlatego dostęp do produktów jest w nich powszechny.

W innych regionach ogłaszano konkursy ofert na świadczeniodawców, stawiając niejednokrotnie trudne i nie-

jasne wymagania. Kasy rościły sobie też prawo do wyboru zaledwie jednego lub dwóch dostawców.

Tak, na przykład, postąpiła Warmińsko-Mazurska Kasa Chorych, która wybrała tylko dwóch dystrybutorów: Lemar i Farmpol (dystrybutor Toruńskich Zakładów Materiałów Opatunkowych).

Jednocześnie zażądała od nich zorganizowania dostaw środków bezpośrednio do domu w całym regionie. Nic więc dziwnego, że w konkursie wygrały firmy czysto handlowe, a nie producenci. Obie firmy dysponują

kilkunastoma punktami dystrybucyjnymi w całym województwie, ale w 90 procentach realizacja wniosków odbywa się w domu pacjenta. Kiedy jest on nieobecny, wówczas kierowca zostawia środki chłoneące w kiosku, u sąsiada, w sklepie. Nie trudno się domyśleć, iż system ten nie znalazł uznania w oczach pacjentów, którzy czują się osmieszeni i upokorzeni. Warmińsko-Mazurska Kasa Chorych odmówiła nam zresztą informacji na ten temat. W innych rejonach dostawy do domu stanowią uzupełnienie aptek i punktów dystrybucyjnych. W niektórych wręcz się nie sprawdziły, ponieważ zawiedli sami dystrybutorzy. Dostawy do domu wymagają posiadania sporego taboru samochodowego z przeszkolonymi kierowcami. Nie wszystkich na to stać.

W regionie Lubelskiej Kasy Chorych działa tak naprawdę jedna firma, Medicus, do której należy 90 procent rynku. Oznacza to, że w umowie kasa przyzna-

ła tej firmie znacznie większy limit niż pozostałym dystrybutorom, a właściwie ZOZ-om, ponieważ firmy mogą działać tylko w tej formie prawnej. Jest to zresztą ewenement w skali europejskiej.

Inne kasy dopuszczają dystrybucję poprzez apteki i punkty medyczne, ale umowy podpisują z nielicznymi. Klasyfikacyjnym przykładem jest postępowanie Łódzkiej, Mazowieckiej i Lubelskiej Kasy Chorych, które zgadzają się na sprzedaż środków w aptekach lecz ich liczbę reglamentują.

Z kolei w zasięgu działania Podkarpackiej Kasy Chorych sprzedaż odbywa się w aptekach, które podpisały umowy z producentami wybranymi przez kasę. Nie stawia ona jednak im ograniczeń kontraktowych, co oznacza, że wybór dystrybutora odbywa się na podstawie kryteriów jakości, a nie wartości.

Pułapki na... pacjenta

O jakości poszczególnych systemów świadczy wskaźnik mieszkańców przypadających na jeden punkt dystrybucyjny realizujący wnioski. Z tabeli wynika, że mniejszy wskaźnik, czyli mniej mieszkańców przypadających na jeden punkt, występuje w tych regionach, które wprowadziły system otwarty. Łatwo się zatem domyśleć, że najmniejszy występuje w Świętokrzyskiem, Małopolsce i na Śląsku - poniżej 5000 mieszkańców. Największy natomiast w województwie lubelskim, opolskim i zachodniopomorskim. Dość niski wskaźnik w województwie mazowieckim nie powinien być powodem do zadowolenia, ponieważ w regionie tym występuje duże nasycenie w punkty medyczne i apteki w stosunku do zamieszkującej tu ludności. Nie podaliśmy czytelnikom wskaźników w województwie łódzkim czy warmińsko-mazurskim, ponieważ, przypomnę, Kasy Chorych odmówiły przesłania informacji.

Poza utrudnionym dostępem do punktów dystrybucyjnych, wielu pacjentów zaskakują dodatkowe pułapki w tych kasach, które podpisują umowy wartościowe. Kiedy bowiem danemu świadczeniodawcy kończy się limit określony w umowie przez kasę, pacjent nie może zrealizować wniosku na wypisany środek tego producenta. Kasa chorych proponuje mu wówczas naby-



Dorota Burzak

cie innego, zwykle tańszego produktu lub oczekiwanie do kolejnego okresu kontraktowego. Zdarza się, iż zgadza się zapłacić za “ponadkontraktowe” środki, ale ostatnio coraz rzadziej.

Dowolność w interpretacji prawa sprawiła również, iż systemy te są nieporównywalne, nawet w zakresie zrealizowanych wniosków. Jedne kasy rejestrują bowiem pacjentów, inne natomiast same wnioski.

Dotychczasowy system zaopatrzenia w środki chłonna wymaga zdecydowanej naprawy. Pojawia się też pytanie, kto na tej naprawie skorzysta najwięcej. Pacjent, dostawca środków wchłaniających? Czy może urzędnik?

Komentują:



**Krystyna
Barbara
Kozłowska**
*Dyrektor
Biura Praw
Pacjenta*

Dla pacjenta najważniejsza jest dostępność do produktu. W sytuacjach szczególnych liczba środków powinna zostać nawet zwiększona. Równie ważna jest możliwość ich nabycia. Jeśli istnieje niewiele punktów wydających produkty wówczas pacjent jest narażony na kłopotliwe dojazdy. Nie ma też pewności, że są one dostępne. Podpisanie umów z zaledwie trzema czy czterema dostawcami powoduje, że pacjent jest

skazany na trzy lub cztery produkty. Z przedstawionego w tekście obok zestawienia wynika, że zbliżony do ideału jest system stosowany w kasie Małopolskiej. Chroni on najlepiej pacjenta. Natomiast najmniej doskonały jest obowiązujący w kasie Mazowieckiej system ograniczający liczbę punktów zaopatrzenia.

Wszystkich zainteresowanych tym problemem na pewno niepokoi co stanie się po 1 kwietnia, gdy zacznie funkcjonować Narodowy Fundusz Zdrowia. Z zapisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ wynika, że nie będzie znaczących zmian. Odpowiedzią na wnioski stowarzyszeń i organizacji zrzeszających pacjentów z problemami nietrzymania moczu jest wprowadzenie zamiennie pieluch anatomicznych i pieluchomajtek na podkłady i wkłady anatomiczne. Życzę wszystkim zainteresowanym, aby dystrybucja była oparta na systemie najlepiej funkcjonującym.



Elżbieta Szwałkiewicz
*Konsultant Krajowy
w Dziedzinie
Pielęgniarstwa
Przewlekłe Chorych
i Niepełnosprawnych*

Do kręgu moich zainteresowań zawodowych należy problem nietrzymania moczu, który jest dolegliwością niemal wszystkich pacjentów objętych opieką przez Centrum Pielęgnacyjne “Niebieski Parasol” w Olsztynie.

Kasy Chorych podeszły do sprawy środków pomocniczych, czyli pieluch i pieluchomajtek indywidualnie, stosując swoją własną regionalną politykę. Dlatego mamy taką sytuację jak opisana w artykule. Sensownym wydaje się wprowadzenie ujednoczonych limitów cen. Pozwoli to na regulowanie zobowiązań oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, a sprzedaż pieluchomajtek ponad ustalonym limitem byłaby regulowana przez rynek. To pacjent powinien decydować, który z dostępnych produktów chce nabyć, gdzie i za jaką cenę. Dostępność do tych produktów powinna być zapewniona we wszystkich aptekach, a wykorzystana refundacja każdorazowo odnotowana na przykład w karcie zaopatrzenia pacjenta, co zapobiegnie powielaniu refundacji i niekontrolowanemu zwiększaniu kosztów z tego tytułu.

W niektórych rejonach kraju dostarcza się pieluchomajtki do domu pacjenta. Organizatorzy tego sposobu dystrybucji uważają to za dobrodziejstwo i gest w stronę klienta. Niestety w większości przypadków takie postępowanie narusza prawo człowieka do intymności i pozbawia go możliwości wyboru produktu adekwatnego do jego potrzeb.

Stoję na stanowisku, że powinien być ustalony limit cenowy, pozwalający na zakup miesięcznie co najmniej 90 pieluchomajtek średniej jakości. Pacjent lub jego rodzina powinien mieć możliwość zrealizowania recepty wypisanej przez lekarza w każdej aptece.

Koszt leczenia skutków wynikających z zaniedbań pielęgnacyjnych spowodowanych brakiem lub zbyt małą ilością pieluchomajtek jest bardzo wysoki, znacznie wyższy niż koszt refundacji materiałów chłonących.

Nie znajduję żadnego logicznego wytłumaczenia dla sytuacji opisanej w artykule i ujętej w tabeli porównawczej. Praktyka, stosowana przez niektóre kasy, potwierdzania wniosku wystawianego przez lekarza na refundowane środki, jest narzędziem kontroli lekarza, a w efekcie utrudnia życie pacjentowi lub jego rodzinie. Najlepszym rozwiązaniem byłoby zakwalifikowanie pieluchomajtek do materiałów medycznych. Ale byłoby to zbyt proste. Przywykliśmy do skomplikowanych i zagmatwanych metod rozwiązywania problemów. Zawsze zadają sobie pytanie - w czym interesie to leży?