

Więcej leków na liście refundacyjnej, ale kasa NFZ świeci pustkami

Marta Markiewicz-Melon



Fot. fotoyou - stock.adobe.com

Resort zdrowia podsumował 2024 rok w refundacji leków i uchylił rąbka tajemnicy o 31 nowych cząsteczko-wskazaniach, których finansowanie przewiduje od 1 stycznia 2025 roku. Jedną z nowości ma znaleźć zastosowanie w leczeniu chorych na raka prostaty.

Na styczniowych wykazach refundacyjnych znajdzie się 13 molekuł w nowych wskazaniach onkologicznych, 12 - w chorobach rzadkich i ultraradkich, trzy cząsteczki trafią do katalogu chemioterapii, a jedna zostanie sfinansowana w ramach środków z Funduszu Medycznego, jako terapia o wysokim poziomie innowacyjności (TLI).

W programie lekowym B.10 „Leczenie chorych na raka nerki” doprecyzowano wskazanie do leczenia skojarzonego kabozantynibem i niwolumabem. Będzie ono dostępne w I linii leczenia w populacji pacjentów z pośrednim lub niekorzystnym rokowaniem według kryteriów IMDC, czyli oceny rokowania u chorych na rozszianego raka nerkowokomórkowego. Natomiast w programie lekowym B.56 „Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego” możliwe będzie prowadzenie te-

rapii lekiem zawierającym niraparyb i abirateron (Akegega) w skojarzeniu z prednizonem lub prednizolonem u dorosłych pacjentów z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC) i mutacjami genów BRCA 1/2 (germinalną i/lub somatyczną). W tej grupie pacjentów chemioterapia nie jest wskazana.

Zmiany od 1 stycznia 2025 roku obejmą także program lekowy B.73 „Leczenie pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza”. Zgodnie z nowymi zapisami lek Vesoxx, stosowany dotychczas m.in. w leczeniu pęcherza nadreaktywnego, będzie mógł być stosowany u dzieci i młodzieży (w wieku 6-18 lat) w przypadku leczenia neurogennej nadreaktywności wypieracza wynikającej z uszkodzenia rdzenia kręgowego lub z rozszczepienia kręgosłupa.

Na początku grudnia Rada Przejrzystości Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pozytywnie zaopiniowała także projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania ryzyka wystąpienia nowotworu gruczołu krokowego. Badania finansowane przez samorząd mają być wykonywane metodą sekwencjonowania genów i będą nimi

objęci mieszkańcy Torunia. Realizację programu przewidziano na lata 2025-2029.

Nowe leki (generyczne) na krajowym rynku

Na rynek polski trafiły dwa nowe leki generyczne - Iretig oraz Begirax, które są odpowiednikami mirabegronu. Należą one do grupy antagonistów receptorów β_3 -adrenergicznych, która to klasa leków jest stosowana w terapii parć naglących, częstomoczu czy nietrzymania moczu w związku z zespołem pęcherza nadreaktywnego. Mirabegron - substancja czynna zawarta w obu preparatach - wpływa na rozluźnienie mięśni gładkich pęcherza moczowego, stymuluje receptory β_3 -adrenergiczne i zmniejsza częstość skurczów niewywołujących mikcji. Dotychczas lek referencyjny - Betmiga, pomimo dwóch przeprowadzonych procesów refundacyjnych, nie został wpisany na wykazy leków refundowanych. Tym samym Polska pozostaje jedynym członkiem Unii Europejskiej, w którym lek ten nie jest refundowany.

Rehabilitacja domowa i ambulatoryjna zostanie rozdzielona

Narodowy Fundusz Zdrowia szykuje rewolucję w realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji. Według zapowiedzi, od stycznia 2026 r., nastąpi całkowite rozdzielanie rehabilitacji realizowanej w ramach AOS oraz świadczeń udzielanych w warunkach domowych. Od 1 stycznia 2025 r. płatnik planuje również stopniowo zmniejszać realizację rehabilitacji domowej w ramach kontraktów na świadczenia ambulatoryjne. Decyzja ta jest m.in. pokłosiem realizacji przez część świadczeniodawców usług rehabilitacji w domach pacjentów na warunkach (lepszyc finansowo) przewidzianych dla rehabilitacji ambulatoryjnej. Według płatnika, świadczenia w domu pacjenta, rozliczało dotychczas ok. 1200 na ponad 2300 ambulatoriów.

Według wyjaśnień Pawła Florcka, dyrektora Biura Komunikacji Społecznej i Promocji w Centrali NFZ, przesłanych do redakcji serwisu prawo.pl, zmiany będą realizowane w trzech etapach. Pierwszy etap zakłada rozwiązanie tzw. 50/50 od 1 stycznia do 30 czerwca 2025 r. - maksymalnie 50 proc. czasu personelu zatrudnionego w podmiocie, który ma umowę z NFZ na fizjoterapię ambulatoryjną, będzie mogło być przeznaczone na świadczenia w domu pacjenta. W kolejnym etapie, zaplanowanym na okres od 1 lipca do 31 grudnia 2025 r., proporcje mają się zmienić i świadczenia w domu pacjenta będą mogły angażować maksymalnie 20 proc. czasu pracy fizjoterapeuty. W trzecim etapie, od 1 stycznia 2026 r., NFZ planuje ostatecznie rozdzielić rehabilitację domową od ambulatoryjnej. Zdaniem płatnika to rozwiązanie pozwoli elastycznie przejść, zarówno świadczeniodawcom, jak i świadczeniobiorcom, przez zaplanowane i uzgodnione ze środowiskiem fizjoterapeutów

zmiany. Dodatkowo NFZ, chcąc utrzymać możliwość rehabilitacji w domach pacjentów, ogłosił dodatkowe konkursy na realizację świadczeń.

Pustki w kasie NFZ

Na niespełna dwa tygodnie przed końcem 2024 r. plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia nie został zatwierdzony. Tuż przed wigilią szef resortu finansów, Andrzej Domański, przekonywał w mediach, że liczy w tej sprawie na porozumienie z minister zdrowia Izbą Leszczyną. Jednocześnie zapewnił, że w budżecie na 2025 r. zabezpieczono o 30 mld zł więcej na ochronę zdrowia niż w 2024 r. W budżecie uchwalonym przez Sejm 6 grudnia 2024 r. finalna kwota na zadania związane z ochroną zdrowia (w tym dotacja na NFZ) wyniosła 221,7 mld zł. Czy to wystarczy? Zdaniem ekspertów Centrum Analiz Legislacyjnych i Polityki Ekonomicznej przy Federacji Pracodawców Polskich, Narodowy Fundusz Zdrowia będzie miał poważne wyzwanie, by pokryć wydatki na świadczenia.

- *Niestety, pacjenci nie są świadomi nie tylko istoty kryzysu finansowego w ochronie zdrowia, ale również skutków, jakie ten kryzys przyniesie* - oceniła Dorota Korycińska, prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej. Ma to swoje przełożenie nie tylko na wciąż rosnące kolejki do świadczeń zdrowotnych, ale również opóźnienia związane z włączeniem pacjentów do np. programów lekowych. - *Poszczególne obszary systemu ochrony zdrowia nie działają w izolacji. Ochrona zdrowia to system naczyń połączonych, nie da więc nic „zaopiekowanie się” tylko jednym obszarem, podczas gdy w innych dzieje się źle. Niestety najgorszym jest fakt, że nie mamy scenariusza wyjścia z kryzysu finansowego* - stwierdziła Dorota Korycińska. Jedną z grup pacjentów, którzy już teraz odczuwają skutki niedoborów w kasie Narodowego Funduszu Zdrowia, są chorzy na stwardnienie rozsiane. Anna Gryżewska, dyrektor biura Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, przyznała, że jej organizacja już na początku listopada zaczęła otrzymywać niepokojące sygnały od pacjentów, którzy pomimo diagnozy i wskazań nie są kwalifikowani do programów lekowych. - *Po diagnozie otrzymują od lekarza informację, że muszą czekać na włączenie do programu, a pierwsza taka możliwość będzie w styczniu 2025 r. Jest to bardzo niepokojąca sytuacja, bo każdy miesiąc i dzień ma znaczenie* - poinformowała Anna Gryżewska.

W ostatnich dniach grudnia sytuację starał się załagodzić wiceprezes NFZ Jakub Szulc. W rozmowie z PAP zapewnił, że płatnik dokłada wszelkich starań, by programy lekowe były pokrywane w 100 proc. Jednocześnie przyznał, że są opóźnienia. Szacowana przez Ministerstwo Zdrowia wartość nierozliczonych jeszcze świadczeń zrealizowanych tylko w ramach programów lekowych sięga kwoty 1,1 mld zł.