



RAPORT

FLEXCARE

MOŻLIWOŚCI WPROWADZENIA ELASTYCZNEGO
MODELU OPIEKI W PROGRAMACH LEKOWYCH

2025

Flexcare. Możliwości wprowadzenia elastycznego modelu opieki w programach lekowych. Warszawa 2025

Inicjator:



Partnerzy:



Johnson&Johnson



sanofi



Autorzy:

dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, prof. SGH

Agnieszka Włodarczyk

dr Michał Chrobot

Wydawca

Modern Healthcare Institute

ISBN 978-83-970117-8-6



Warszawa 2025

OCENA ZASADNOŚCI WPROWADZENIA MODELU FLEXCARE –
ZMIANY MODELU OPIEKI NAD PACJENTAMI LECZONYMI
W PROGRAMACH LEKOWYCH I UMOŻLIWIENIE KONTYNUACJI
REALIZACJI ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ POZA SZPITALEM –
W WARUNKACH AOS, POZ, OPIEKI DOMOWEJ

Spis treści

Od autorów	5
Wnioski i rekomendacje	6
1. Projektowane rozwiązanie	8
1.1. Rekomendacje zmian systemowych	9
1.2. Uzasadnienie potrzeby zmian organizacji programów lekowych	9
2. Dostępność leczenia w programach lekowych – zarys problemu	11
2.1. Perspektywa kliniczna	12
2.2. Perspektywa świadczeniodawcy	20
2.3. Perspektywa pacjentów	23
3. Dobre praktyki elastycznego podejścia do realizacji opieki zdrowotnej	28
3.1. Doświadczenia zagraniczne w obszarze uelastyczniania dostępu do leków	28
3.2. Przykłady rozwiązań systemowych w Polsce, które mogą uelastyczyć dostęp do innowacyjnych i drogich terapii	29
3.3. Dotychczasowe rozwiązania w zakresie wdrażania podejścia flexcare dla programów lekowych w Polsce	31
4. Projektowane rozwiązanie flexcare	32
4.1. Opinie ekspertów i interesariuszy	32
4.2. Rekomendowane rozwiązanie	35
4.3. Korzyści z wdrożenia modelu flexcare	41
5. Programy lekowe kwalifikujące się do flexcare	42
6. Studium wykonalności	45
7. Podsumowanie	47
Komentarze ekspertów	48

Prof. SGH Monika Raulinajtys-Grzybek – kierowniczka Katedry Rachunkowości Menedżerskiej SGH, dyrektorka Think Tanku #SGH dla ochrony zdrowia. Kieruje studiami Executive SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia. Współpracuje z podmiotami leczniczymi jako członkini rad społecznych i konsultantka zarządów. Członkini Rady Taryfikacji I kadencji przy AOTMiT.

Agnieszka Włodarczyk – Specjalistka zdrowia publicznego z kilkunastoletnim doświadczeniem w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Pracowała w Ministerstwie Zdrowia i AOTMiT. Przygotowywała przekrojowe analizy i opracowania w zakresie HTA oraz kosztów świadczeń.

Dr Michał Chrobot – prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych, kierownik Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii. Przez wiele lat związany z płatnikiem (kasy chorych i OW NFZ).

Od autorów

Zmiany w modelu opieki nad pacjentami korzystającymi z programów lekowych mogą stanowić zachętę, by kontynuacja leczenia odbywała się w trybie bardziej elastycznym, lepiej dostosowanym do potrzeb pacjenta.

Przeniesienie części procesu leczenia poza siedzibę szpitala specjalistycznego może dotyczyć pacjentów o ustabilizowanym schemacie dawkowania leków, mieć zastosowanie w przypadku leków, których forma podania na to pozwala oraz odbywać się za obopólną zgodą lekarza i pacjenta. Podanie leku może odbywać się w warunkach ambulatoryjnych, w aptece lub w domu, w tym także przy wsparciu personelu medycznego. Proponowane zmiany mają na celu zredukowanie obciążenia szpitali specjalistycznych i poprawę dostępności leczenia, zapewniając jednocześnie pacjentom większy komfort, przy zachowaniu jakości i bezpieczeństwa terapii.

Model flexcare opiera się na przeniesieniu części świadczeń do niższych poziomów opieki zdrowotnej, przy zachowaniu stałego nadzoru placówki specjalistycznej. Dzięki temu pacjenci mogą unikać częstych wizyt w ośrodkach specjalistycznych, co podniesie komfort leczenia. Szpitale zyskają możliwość lepszego wykorzystania swoich zasobów.

Flexcare zakłada również, że kluczowe etapy leczenia, takie jak kwalifikacja do programu czy kontrola nad przebiegiem terapii, nadal będą realizowane przez ośrodki specjalistyczne. Wprowadzenie tego modelu przyniesie korzyści wszystkim interesariuszom, w tym pacjentom, świadczeniodawcom i systemowi ochrony zdrowia.

prof. Monika Raulinajtys-Grzybek

Agnieszka Włodarczyk

dr Michał Chrobot

Wnioski i rekomendacje

W niniejszym raporcie zespół autorów – ekspertów w zakresie farmakoekonomii, systemu ochrony zdrowia i polityki lekowej – zaproponował wprowadzenie zmian prawnych, formalnych, organizacyjnych, w tym zwłaszcza zasad rozliczania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Mogą one stanowić pierwszy krok na drodze ku uelastycznieniu i odbiurokratyzowaniu programów lekowych. Myślą przewodnią naszej propozycji jest umożliwienie szpitalowi, który prowadzi program lekowy, elastycznego przeniesienia części wizyt pacjenta czy podań leków bliżej miejsca zamieszkania pacjenta, ale przy założeniu, że nadal pozostanie on pod jego kontrolą.

Nasz system ochrony zdrowia zmagają się z wieloma wyzwaniami, do których należą m.in. nadmierna biurokracja i sformalizowanie procesu opieki, przeciążenie specjalistycznych szpitali i ograniczone zasoby kadrowe. Wynika z nich także konieczność racjonowania dostępu do nowoczesnej farmakoterapii za pomocą programów lekowych.

Dostęp do opieki jest silnie zróżnicowany, pacjenci mają nierówne szanse na nowoczesne leczenie. Różnice są związane z miejscem zamieszkania, umiejętnością poruszania się w systemie, zamożnością, a także z nierównym dostępem do świadczeń w poszczególnych placówkach medycznych. Czas pracy lekarzy wykorzystujemy bardzo nieefektywnie a połowa lub nawet więcej wykonywanych przez nich zadań – to wypełnianie formularzy, raportowanie, praca z aplikacjami komputerowymi, obowiązki administracyjne.

Z powodu nieoptymalnych wycen poszczególnych świadczeń placówki medyczne bez potrzeby hospitalizują pacjentów, którzy mogliby otrzymywać opiekę w trybie ambulatoryjnym, w poradniach czy przychodniach lub nawet w ramach opieki domowej. Nadmierna formalizacja prowadzi do przeciążenia szpitali, a jednocześnie do wydłużania się czasu oczekiwania pacjentów.

Biurokracja, formalizm i przeciążenie systemu widoczne są bardzo wyraźnie również w obszarze programów

lekowych, w ramach których ponad 250 tysięcy pacjentów, cierpiących na poważne choroby, otrzymuje opiekę na najwyższym poziomie. Jej główną częścią jest regularne podawanie leków o sprawdzonej skuteczności, najnowocześniejszych, a zatem także najbardziej kosztownych.

Z tego powodu farmakoterapia prowadzona w ramach programów lekowych jest bardzo drobiazgowo opisana, zaplanowana, raportowana i kontrolowana. W wielu przypadkach, nawet jeśli ceny leków mocno spadną wraz z upływem czasu i pojawieniem się konkurencji, bardzo szczegółowe zapisy programów dotyczące leków utrzymują się przez wiele lat. Dzieje się tak, mimo że nie wymaga już tego ani praktyka kliniczna, ani potrzeby pacjentów, ani racjonalność kosztów. Wielu pacjentów mogłoby – za zgodą i pod nadzorem lekarzy – zmniejszyć częstotliwość kontaktów ze szpitalami prowadzącymi programy lekowe, przyjmować terapię czy przechodzić wymagane badania diagnostyczne bliżej miejsca zamieszkania, ale na przeszkodzie stoją formalne zapisy programów lekowych. Mamy zatem z jednej strony niepotrzebne obciążenie pacjentów nadmiarowymi wizytami w szpitalach, a z drugiej strony przeciążenie szpitali, które muszą stosować określone procedury, chociaż stoi to w sprzeczności z możliwościami klinicznymi, nowymi technologiami lekowymi i efektywnością kosztową.

Wydaje się, że również osoby zarządzające systemem ochrony zdrowia dostrzegają ten problem, co znalazło kiedyś wyraz w powołaniu zespołu mającego obniżyć biurokrację, a w ostatnim czasie zespołu zajmującego się tzw. odwróconą piramidą świadczeń. W odpowiedzi na to wyzwanie także Izba Gospodarcza "FARMACJA POLSKA" postanowiła podjąć inicjatywę opublikowania analizy efektywności działania programów lekowych i możliwości wprowadzenia zmian. Mamy na celu wypracowanie koncepcji zmian, które – przy zachowaniu pełnej kontroli klinicznej, bezpieczeństwa i jakości opieki – pozwolą lekarzom i szpitalom na bardziej elastyczne działania.

Elastyczność działania w ramach programów lekowych w dużej mierze może i powinna dotyczyć sfery podawania leków pacjentom, zwłaszcza że dzięki rozwojowi technologicznemu pojawiają się nowe formy podania i nowe postacie leków. Dzięki nim można obniżyć częstotliwość wizyt pacjenta w szpitalu, obniżyć częstotliwość podawania leku czy też wprowadzać mniej dolegliwe metody podawania.

Najważniejsze propozycje zmian w organizacji programów lekowych opisane w raporcie:

- Możliwość wykonywania części diagnostyki i podawania leków w placówkach medycznych niższego poziomu opieki (szpitale, AOS, POZ, opieka domowa) zamiast w szpitalu specjalistycznym prowadzącym program lekowy.
- Prostsze, ryczałtowe rozliczanie programu lekowego, tak aby szpital specjalistyczny mógł optymalizować liczbę wizyt, metody i miejsce podawania leków w zależności od decyzji lekarza i pacjenta, przy zachowaniu bezpieczeństwa.
- Weryfikacja wyceny świadczeń medycznych, wykonywanych w ramach programów lekowych, tak aby sprzyjały wizytom ambulatoryjnym i nie stymulowały hospitalizowania pacjentów – czyli wprowadzenie zbliżonych wycen.
- Oddanie w ręce szpitali prowadzących programy lekowe decyzji, czy chcą nawiązać współpracę z ośrodkami niższego szczebla, przesuując do nich wybrane świadczenia, niektóre wizyty związane m.in. z podawaniem leków pacjentom, których stan kliniczny na to pozwala.
- Ograniczenie biurokracji związanej z wprowadzaniem danych do systemów informatycznych, a zwłaszcza z dublowaniem pracy z tym związanej.
- Upowszechnienie możliwości wydawania leków do domu, która już istnieje w części programów lekowych w postaci konkretnego świadczenia towarzyszącego.

- Możliwość odbierania leków przez pacjentów z miejsc innych niż szpital prowadzący program lekowy, np. z apteki otwartej. Z tym wiąże się potrzeba wprowadzenia dodatkowych świadczeń do koszyka świadczeń gwarantowanych, m.in. wydania leku przez aptekę otwartą, podania leku, koordynacji opieki flexcare.

Wyniki analizy przedstawionej w raporcie wykazały, że spośród obecnie (koniec 2024 roku) istniejących programów lekowych tylko w 27 nie ma żadnego leku, który mógłby być podawany pacjentom na bardziej elastycznych zasadach niż obecnie. W 68 programach lekowych wszystkie podawane leki mogłyby się zakwalifikować do elastycznych form podawania. Natomiast w pozostałych 27 programach część leków mogłaby się zakwalifikować do modelu flexcare, a część pozostać na obecnie obowiązujących zasadach. Warto też podkreślić, że 19 istniejących programów lekowych już zawiera zapisy pozwalające kontynuować terapię w warunkach domowych, w odniesieniu do wszystkich lub części podawanych leków.

Jako Koalicja na Rzecz Opieki Pozaszpitalnej, zawiązana z inicjatywy Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA”, zainicjowaliśmy dyskusję z udziałem szerokiego grona ekspertów klinicznych i systemowych, przedstawicieli organizacji pacjentów i menedżerów placówek medycznych. Mamy nadzieję że nasze propozycje zmian zostaną przyjęte ze zrozumieniem i akceptacją przez decydentów i ekspertów, co pozwoli na ich wdrożenie. Jesteśmy przekonani, że wobec ograniczonych zasobów finansowych i kadrowych, w obliczu rosnących potrzeb starzejącego się społeczeństwa oraz rozwoju technologii medycznych, nie ma innej drogi niż wprowadzanie rozwiązań elastycznych i odchodzenie od formalizmu na rzecz współodpowiedzialności – lekarzy, płatnika i pacjentów – za efektywne i bezpieczne leczenie.

Irena Rej
prezes Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA”
Koalicja na Rzecz Opieki Pozaszpitalnej

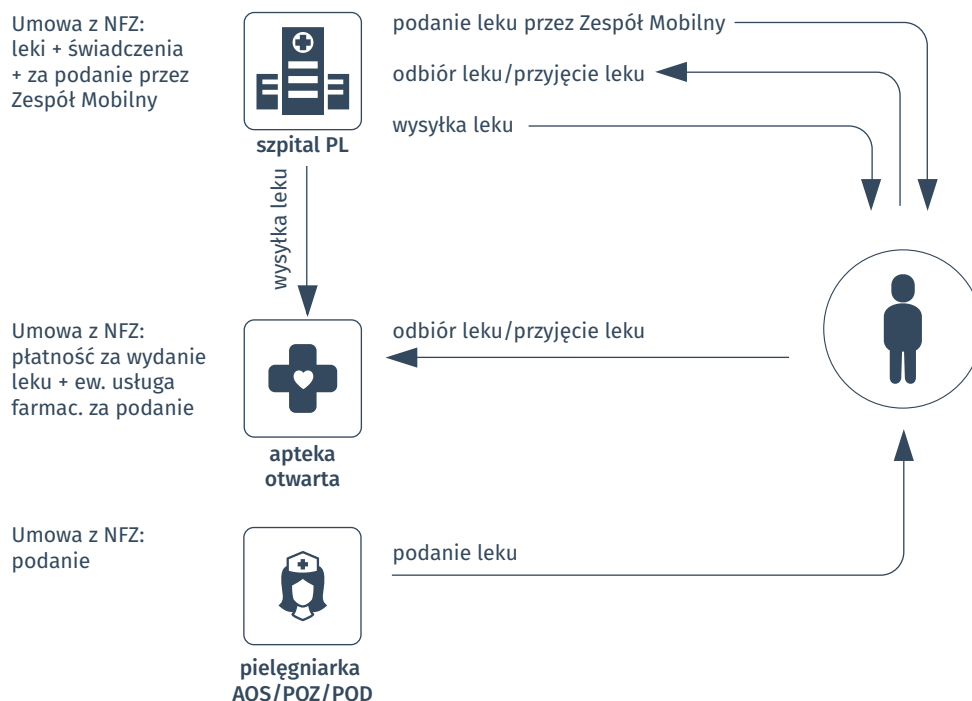
Rozdział 1.

Projektowane rozwiązanie

Model opieki flexicare polega na stworzeniu możliwości wyboru przez lekarza miejsca podania leku w ramach programów lekowych: jak dotychczas w podmiocie specjalistycznym lub bliżej miejsca zamieszkania pacjenta – w domu, w aptece otwartej lub w warunkach ambulatoryjnych. Zakłada możliwość wsparcia personelu medycznego – farmaceuty lub pielęgniarki. Dotyczy kontynuacji leczenia w sytuacji, gdy lekarz i pacjent uznają to za właściwe.

Projektowane rozwiązanie zakłada uelastycznienie wydań/podań części leków (zwłaszcza doustnych i podskórnych) poprzez przesunięcie ich bliżej pacjenta – do apteki otwartej, POZ, do domu pacjenta. Wprowadzenie

takiej zmiany wiąże się z koniecznością zmian legislacyjnych, organizacyjnych i rozliczeniowych. Wpisuje się jednak w koncepcję odwracania piramidy świadczeń, prowadzi do zmniejszenia obciążenia szpitali specjalistycznych (uwalniając ich potencjał w celu poprawy dostępności do specjalisty) oraz podnosi komfort leczenia dla pacjentów. W długiej perspektywie, obok wskazanych rozwiązań możliwe będzie rozszerzenie projektowanej zmiany i włączenie podwykonawców (w tym AOS, POZ, szpitale ogólne) w realizację wydań/podań leków i niektóre badania kontrolne, czy też utworzenie ośrodków terapii przewlekłych i dożylnych.



Rysunek 1. Schemat organizacyjny etapu 1 wdrożenia modelu flexicare

Źródło: opracowanie własne

Rozwiązaniem wymagającym najmniej zmian systemowych, rekomendowanym na etapie przejściowym, jest zwiększenie możliwości rozliczania produktu „przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu” dla tych programów, których realizacja wskazuje na nadpodaż pobytów jednodniowych w stosunku do przyjęć ambulatoryjnych, z jednoczesnym, dość prostym sposobem podania, opisanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego dla danego leku. Będzie to stymulować zmianę struktury realizowanych świadczeń w programach lekowych, w kierunku częstszego rozliczania wizyt ambulatoryjnych zamiast hospitalizacji jednodniowych, a nawet całodobowych.

1.1. Rekomendacje zmian systemowych

1. **Legislacyjne wsparcie dla decentralizacji opieki zdrowotnej.** Konieczne jest wprowadzenie regulacji umożliwiających przeniesienie części świadczeń realizowanych w ramach programów lekowych do niższych poziomów opieki, przy zachowaniu nadzoru ze strony placówek specjalistycznych. Takim rozwiązaniem mogłaby być odrębna kategoria refundacyjna leków z programów lekowych, co umożliwiłoby łatwiejszą realizację programów przez poradnie specjalistyczne, zlokalizowane w mniejszych miejscowościach, nie powiązane z oddziałami szpitalnymi.
2. **Przemodelowanie systemu finansowania programów lekowych.** Wprowadzenie zmian w systemie finansowania programów lekowych w celu bardziej elastycznego podejścia do finansowania podań leków, szczególnie tych, które mogą być stosowane w domu i warunkach pozaszpitalnych.
3. **Zachęty finansowe dla placówek medycznych.** Należy stworzyć system zachęt finansowych dla szpitali i świadczeniodawców, które zdecydują się na wdrażanie elastycznych modeli opieki. Obejmuje to refinansowanie kosztów ponoszonych w związku z koordynacją i nadzorem nad procesem leczenia, a także uproszczenie i zminimalizowanie obowiązków związanych z rozliczaniem programów lekowych.
4. **Wzmocnienie edukacji pacjentów.** Niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego poziomu edukacji zdrowotnej pacjentów, aby poprawić ich kompetencje w zakresie samodzielnego podawania leków oraz monitorowania stanu zdrowia. Zwiększy to gotowość pacjentów do realizacji modelu flexcare.

5. **Inwestycja w podnoszenie kompetencji kadr medycznych.** Należy wyposażyć pielęgniarki, farmaceutów, a także lekarzy POZ w wiedzę na temat zaawansowanych terapii lekowych, w tym bezpieczeństwa ich podawania i monitorowania stanu zdrowia pacjenta. Pozwoli to zwiększyć gotowość wszystkich stron do przeniesienia części świadczeń poza szpital specjalistyczny.
6. **Monitorowanie jakości i bezpieczeństwa.** Zachowanie kontroli nad procesem leczenia ze strony szpitala specjalistycznego dla pacjentów korzystających z elastycznych form leczenia, m.in. z wykorzystaniem telekonsultacji (lekarz-lekarz, lekarz-farmaceuta, lekarz-pielęgniarka, lekarz-pacjent/członek rodziny). Stały nadzór specjalistyczny, nawet w warunkach podań domowych, zwiększy poczucie bezpieczeństwa pacjenta i zminimalizuje ryzyko powikłań.

1.2. Uzasadnienie potrzeby zmian organizacji programów lekowych

Programy lekowe – to specjalne programy terapeutyczne, które zapewniają pacjentom dostęp do nowoczesnych i kosztownych terapii. Są całkowicie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale ich dostępność wynika z kryteriów kwalifikacji chorych do programu i wartości umów zawartych z placówkami, które je realizują. Ze względu na potrzebę nadzoru klinicznego nad procesem leczenia z wykorzystaniem najbardziej zaawansowanych i drogich terapii, programy lekowe są kontraktowane i realizowane głównie w szpitalach specjalistycznych. Tymczasem część świadczeń wykonywanych w ramach programów lekowych mogłaby być udzielana pacjentom na niższych poziomach opieki. Dotyczy to zwłaszcza wydań leków w przypadku kontynuacji leczenia pacjentów w stabilnym stanie.

Takie rozwiązanie może przynieść wielowymiarowe korzyści dla wszystkich interesariuszy. W przypadku pacjentów pozwoliłoby na ograniczenie konieczności podróżowania chorego do ośrodka specjalistycznego tylko w celu przedłużenia leczenia i odebrania leku oraz zmniejszyło absencję w miejscu pracy (zarówno pacjenta, jak i jego opiekuna). Częste wizyty w ośrodku specjalistycznym zwiększają też ryzyko infekcji – są to koszty zdrowotne pacjenta. Szpitalom specjalistycznym rozwiązanie to może pozwolić na przekierowanie zasobów, głównie personelu medycznego, do realizacji innych świadczeń zdrowotnych i pomocy kolejnym chorym. Systemowo, zabezpieczenie potrzeb pacjentów na możliwie najniższych poziomach

opieki wpisuje się w planowaną przez Ministerstwo Zdrowia reformę obejmującą tzw. odwrócenie piramidy świadczeń – szpitale specjalistyczne znajdują się bowiem na czubku piramidy i powinny być zaangażowane w dostarczanie wyłącznie tych usług, które nie są możliwe do wykonania przez pozostałe poziomy opieki – opiekę domową, podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną czy szpitale pierwszego poziomu.

Flexcare jest autorskim pomysłem zaproponowanym przez Koalicję na Rzecz Opieki Pozaszpitalnej, stanowiącym odpowiedź na przedstawione wyzwania. W swojej konstrukcji bazuje na dobrych praktykach, które już dziś są punktowo dostępne w polskim systemie ochrony zdrowia, a doświadczenia innych krajów wskazują na szerokie korzyści z ich systemowego wdrożenia.

Celem flexcare jest bardziej elastyczna opieka nad pacjentami leczonymi w ramach programów lekowych, dostosowana do potrzeb pacjentów związanych z dostępnością blisko miejsca zamieszkania z zachowaniem oczekiwanego poziomu jakości leczenia.

ELASTYCZNOŚĆ	Decyzja o trybie i miejscu podania leku podejmowana przez lekarza i pacjenta
BLISKOŚĆ MIEJSCA ZAMIESZKANIA	Możliwy wybór trybu podań domowych lub w ośrodku bliżej miejsca zamieszkania czy w aptecę otwartej
JAKOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO LECZENIA	Stały nadzór ośrodka specjalistycznego

Flexcare zakłada możliwość elastycznego przeniesienia części wizyt czy podań leków bliżej miejsca zamieszkania pacjenta, przy jednoczesnym jego ciągłym pozostawianiu pod kontrolą placówki specjalistycznej, która realizuje program lekowy. Najistotniejsze etapy leczenia pacjenta w ramach programu lekowego, w tym kwalifikacja do programu, wyłączenie pacjenta z programu i nadzór nad realizacją programu będą nadal prowadzone przez szpitale specjalistyczne, zakontraktowane przez NFZ jako realizatorzy programu lekowego. Decyzję o przeniesieniu części wizyt czy podań leków bliżej miejsca zamieszkania podejmować będą wspólnie lekarz i pacjent, co zapewni dobór populacji pacjentów w stabilnej sytuacji klinicznej i o odpowiednim poziomie kompetencji zdrowotnych. Dzięki zachowaniu ciągłości nadzoru nad procesem przez jednego świadczeniodawcę, zostanie utrzymana jakość leczenia przy jednoczesnej poprawie dostępności.

Flexcare ma stworzyć wachlarz możliwości różnych rozwiązań organizacyjnych w zakresie opieki nad pacjentem w programie lekowym, z sugestią, że świadczenia powinny być realizowane w miejscu najbliższym pacjentowi i w sposób najprostszy systemowo, ale z zachowaniem najwyższej jakości i bezpieczeństwa.

Rozdział 2.

Dostępność leczenia w programach lekowych – zarys problemu

Zagadnienie dostępności leczenia w ramach programów lekowych można rozpatrywać w trzech perspektywach – pacjenta i jego rodziny, świadczeniodawcy oraz płatnika i systemu ochrony zdrowia. Każda z tych perspektyw inaczej mierzy osiągnięcie celu, tj. zapewnienie dostępności leczenia.

Pacjenci:

- szybkie rozpoczęcie terapii,
- opieka profesjonalistów,
- realizacja świadczenia blisko miejsca zamieszkania.

Świadczeniodawcy:

- możliwość pokrycia kosztów,
- możliwość realizacji przy optymalnym wykorzystaniu zasobów kadrowych.

System ochrony zdrowia:

- największa efektywność wydatków, tj. maksymalna liczba pacjentów leczonych w ramach przeznaczanego budżetu.

Analiza aktualnej dostępności programów lekowych wskazuje, że nie we wszystkich programach udaje się realizować założone cele poszczególnych interesariuszy. Wnioski z analizy pozwalają wskazać przestrzenie zmiany, które miałyby znamiona „gry o sumie dodatniej”, tj. sytuacji, w której poprawa dla części interesariuszy co najmniej nie pogarsza sytuacji innych interesariuszy – a niekiedy prowadzi do układu „win-win-win”.

Poniżej podsumowano najważniejsze czynniki wpływające na realizację programów lekowych.

W toku prac badawczych przeprowadzono spotkania:

- z ekspertami klinicznymi, reprezentującymi różne dziedziny medycyny,
- z pacjentami i przedstawicielami organizacji pacjentskich,
- z dyrektorami szpitali, realizujących programy lekowe.

Tabela 1. Najważniejsze czynniki wpływające na realizację programów lekowych

Pacjenci	Świadczeniodawcy	System ochrony zdrowia
Konieczność dojazdu do oddalonych ośrodków specjalistycznych	Ryzyko finansowe związane z realizacją programów lekowych (m.in. utylizacja leków)	Konieczność zaspokajania rosnących potrzeb zdrowotnych
Oczekiwanie wysokiej jakości opieki i poczucia bezpieczeństwa	Niska wycena świadczeń towarzyszących w programach lekowych	Ograniczony budżet na świadczenia
	Braki kadrowe i obciążenia administracyjne	Ograniczony budżet na wydatki lekowe (na poziomie określonym w ustawie o refundacji)

Źródło: opracowanie własne

W każdym spotkaniu uczestniczyło co najmniej dwóch ekspertów zespołu badawczego. W formie półstrukturyzowanych wywiadów poddano weryfikacji powyższe zagadnienia, pozyskując opinie w zakresie zasadności wprowadzenia większej elastyczności co do miejsca podania leku, w tym przesunięcia podania dla wybranych pacjentów poza ośrodek specjalistyczny.

2.1. Perspektywa kliniczna

Ważne aspekty

- Dynamiczny rozwój nowych technologii lekowych.
- Dostęp do coraz większej liczby leków o formie podania, która nie wymaga ścisłego nadzoru w warunkach szpitalnych, w tym możliwych do podania w warunkach domowych.

Konsekwencja

- Możliwość podawania coraz większej liczby leków w warunkach pozaszpitalnych, w tym domowych.

Leki w programach lekowych występują w 10 różnych formach podania, najczęściej jest podawanych doustnie,

następnie dożylnie i podskórnie. Europejska Agencja Leków dopuszcza każdego roku kilkadziesiąt nowych leków. Jednym z widocznych trendów jest zwiększanie liczby leków, które można podać w formule niewymagającej asysty personelu medycznego – na przykład doustnej, podskórnej czy dożylnej poprzez zewnętrzną pompę lub inne urządzenie pozwalające na automatyczne regulowanie tempa wlewu.

Więcej niż połowa programów (84) obejmuje leki z jedną drogą podania, a wśród nich najwięcej programów ma leki tylko doustne (34), dożylne (20) lub podskórne (21). 178 leków (rozumianych jako substancje w danej formie podania): doustne (tabletki, kapsułki, granulat, roztwory doustne, w tym do przygotowania z formy suchej), dojelitowe, podskórne, krople do oczu, preparaty donosowe i wziewne, a także dożylne (w przypadku których ChPL dopuszcza możliwość podania przez personel niemedyczny) zidentyfikowano jako posiadające potencjał do bardziej elastycznego podejścia w zakresie wydawania lub podawania pacjentowi.

Tabela 1. Drogi podania leków w PL (stan na 1 października 2024 r.)

Droga podania	Liczba substancji czynnych	Liczba produktów leczniczych
do oczu	1	1
dojelitowo	1	1
domięśniowo	5	13
donosowo	1	1
dooponowo poprzez nakłucie lędźwiowe	1	1
doustnie	108	265
dożylnie	75	189
dożylnie/podskórnie	4	17
podskórnie	56	130
wstrzyknięcia do ciała szklistego	5	8
wziewnie	3	6

Źródło: opracowanie własne na podstawie Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2024 r. oraz ChPL poszczególnych leków

Tabela 2. Drogi podania leków a programy lekowe

Liczba form podania w PL	Liczba PL	Forma podania	Liczba PL
1	88	domięśniowo	7
2	32	donosowo	1
3	11	doustnie	36
4	2	dożylnie	20
		podskórnice	23
		wziewnie	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2024 r. oraz ChPL poszczególnych leków

Z analizy wynika, że 68 programów lekowych obejmuje tylko leki w ww. postaciach, w przypadku 38 powyższe leki stanowią część dostępnych terapii (w tym jako leki do terapii podtrzymującej). Spośród nich 19 programów ma już w swoich opisach adnotację o możliwości kontynuowania terapii w domu – w odniesieniu do wszystkich bądź części dostępnych leków.

Ważnym aspektem jest etap monitorowania procesu leczenia pacjentów objętych programami lekowymi. Zaangażowanie personelu medycznego i bezpośredni kontakt z pacjentem konieczny jest na początkowych etapach

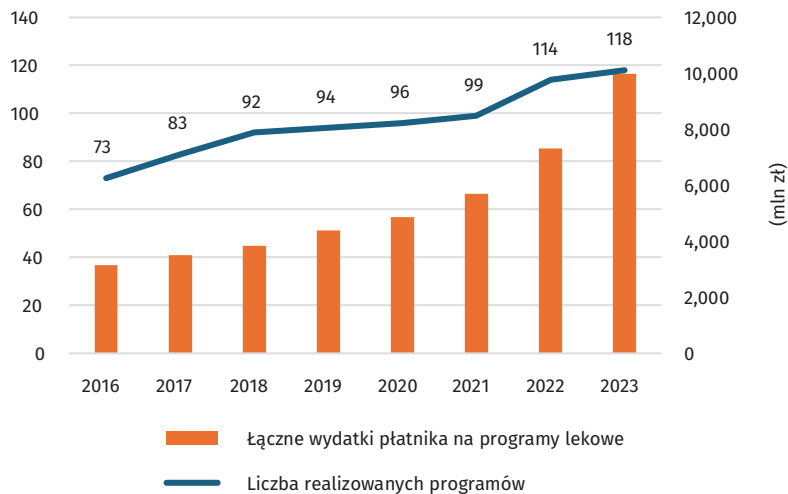
programu – kiedy pacjent jest diagnozowany, ustala się optymalny schemat leczenia oraz ocenia bezpieczeństwo prowadzenia terapii u pacjenta oraz prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań podczas i po zastosowaniu pierwszych podań leku. Monitorowanie pacjenta jest konieczne na całym etapie, choć z powodzeniem może być realizowane także z wykorzystaniem zdalnych form kontaktu z placówką medyczną.

Podobne wnioski zostały przedstawione przez ekspertów klinicznych w trakcie prowadzonych wywiadów.

Tabela 3. Wnioski z wywiadów przeprowadzonych na pierwszym etapie konsultacji

<ul style="list-style-type: none"> • Możliwe jest przesunięcie podań leków doustnych i podskórnych do domu pacjenta lub do apteki otwartej • Leki podawane samodzielnie lub przez przeszkolonego członka rodziny mogą być przesunięte do domu pacjenta • Leki podawane w asyście personelu medycznego mogłyby być podawane poza szpitalem, choć proponowano różne miejsca realizacji (apteka otwarta, POZ, AOS) • Wlewy tylko w wyjątkowych sytuacjach mogłyby zostać przesunięte poza ośrodek specjalistyczny, z wyjątkiem tych dostarczanych już dziś do domu pacjenta • Znaczna część badań niezbędnych do monitorowania skuteczności i bezpieczeństwa terapii może być wykonywana blisko miejsca zamieszkania pacjenta (dostęp ośrodka do wyników w formie telekonsultacji lub on-line)
--

Źródło: opracowanie własne



Wykres 1. Liczba programów lekowych i łączne wydatki płatnika na PL w latach 2016-2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Mapy potrzeb zdrowotnych. Analizy. Programy lekowe.* <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/programy-lekowe/>

Rekomendacja

- Przesunięcie części podań leków na niższe poziomy opieki, a w uzasadnionych przypadkach do domu pacjenta przy jednoczesnym zachowaniu nadzoru nad procesem leczenia przez ośrodek specjalistyczny.

Ważne aspekty

- Demograficzne i epidemiologiczne uwarunkowania zwiększające liczbę chorych w Polsce.
- Społeczne oczekiwanie zapewnienia dostępu do innowacyjnych terapii ze środków publicznych.

Konsekwencja

- Zwiększony popyt na innowacyjne terapie, w tym lekowe.

Perspektywa systemowa

Potrzeby zdrowotne pacjentów, dla których odpowiedzią jest leczenie w programach lekowych, dynamicznie rosną. Liczba programów lekowych oraz leków objętych refundacją w tej kategorii dostępności refundacyjnej systematycznie się zwiększa. Obwieszczenie Ministra Zdrowia obowiązujące od 1 października 2024 r. zawiera opisy 133 programów, w tym 42 onkologicznych. Łącznie objętych wykazami jest 632 produktów leczniczych, zawierających 252 substancji czynnych wskazanych do stosowania w PL. Zarówno wzrost liczby programów lekowych, jak i wydatków płatnika publicznego wskazują na istotną rolę, jaką pełnią programy lekowe w zapewnieniu dostępu do nowych leków. Tym samym, zapewnienie efektywnej

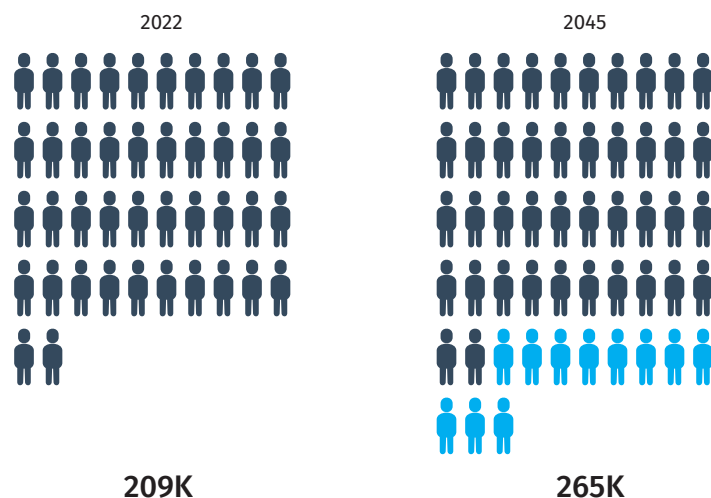
organizacji i finansowania tego zakresu opieki staje się coraz ważniejszym zagadnieniem z perspektywy całego systemu opieki zdrowotnej.

Analiza czynników demograficznych i epidemiologicznych wskazuje, że zapotrzebowanie na dostęp do nowoczesnych terapii będzie rosło. Według prognozy demograficznej w perspektywie do roku 2060 populacja Polski będzie stawała się coraz starsza. Równoległe do przewidywanego spadku ludności do poziomu 30,9 mln osób w roku 2060, spodziewany jest stały wzrost liczby ludności w wieku senioralnym. Podobne wyzwania wynikają z prognozowanych zmian epidemiologicznych.

Leczenie oferowane w ramach programów lekowych ukierunkowane jest zarówno na choroby cywilizacyjne, powszechne, jak i choroby rzadkie. W obydwu grupach znajdują się nowotwory. W przypadku chorób cywilizacyjnych mamy do czynienia ze wzrostem zachorowalności wynikającej z trendów demograficznych, a także stylu życia i pogarszających się czynników środowiskowych. Z drugiej strony, coraz lepsze metody diagnostyczne i nowe opcje terapeutyczne pozwalają na szybsze wykrycie, lepszą kontrolę choroby i dłuższe przeżycie pacjentów. Przekłada się to na coraz większe zapotrzebowanie na specjalistyczną opiekę i wyższe koszty.

Od połowy lat 60. XX wieku liczba zachorowań i zgonów nowotworowych w polskiej populacji zwiększyła się około 2,5 razy. Stanowią one obecnie drugą najczęstszą przyczynę zgonów.¹

¹ OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (dostęp 15.10.2024)



Rysunek 2. Prognoza wzrostu zachorowań na nowotwory w Polsce

Źródło: The Global Cancer Observatory (GCO) <https://gco.iarc.fr/en>

Ważne aspekty

- Wzrost wydatków zdrowotnych przy jednoczesnym braku proporcjonalnego wzrostu wpływów do Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Ograniczony budżet na świadczenia zdrowotne, w tym programy lekowe.

Konsekwencja

- Konieczność większej kontroli nad wydatkowanymi środkami.

Na przestrzeni najbliższych 20 lat w Europie spodziewany jest wzrost liczby zachorowań o 22,5 proc. Wskaźniki dla Polski są jeszcze bardziej niekorzystne – należy spodziewać się wzrostu na poziomie niemal 27 proc.²

Częstość występowania nowotworów wzrasta wykładniczo wraz z wiekiem 10-krotnie co dwie-trzy dekady życia.³ Wydłużenie życia oraz zwiększenie okresu narażenia na różne czynniki sprzyjające zachorowaniom na choroby przewlekłe (tzw. czynniki ryzyka) powoduje przyrost liczby zachorowań na te choroby. Jednocześnie, jak wskazują dane, 40 proc. przypadków chorób onkologicznych jest możliwych do wyleczenia.⁴ Znacząca część programów lekowych stanowi element leczenia onkologicznego, co

wpisuje się w szerszy Europejski Plan Walki z Rakiem mający na celu ograniczenie śmiertelności związanej z tym schorzeniem.

Liczba poznanych do tej pory chorób rzadkich wynosi około 8 tys. i stale rośnie – każdego roku odkrywanych jest około 50 nowych. Ich znaczna liczba sprawia, że dotyczą one w sumie aż 6-8 proc. populacji, czyli w Polsce ok. 2-3 milionów osób.⁵

Szeroki i szybki dostęp do innowacyjnych technologii lekowych w Polsce i pozostałych krajach Europy Środkowo-Wschodniej jest wyraźnie gorszy w stosunku do Europy Zachodniej. Konieczność wyrównywania luk w tym zakresie potwierdzają wyniki badania W.A.I.T. Polska w 2022 r. znajdowała się na 21. miejscu pod względem dostępności leków (Czechy znajdują się na 11., a Słowenia na 19. miejscu), co wskazuje na istniejące niezaspokojone potrzeby – jednak warto oddać, że w stosunku do roku poprzedniego odnotowano 4-punktową poprawę w tej klasyfikacji.⁶

Jak wynika z danych Polskiego Radaru Refundacyjnego, aktualnie w Polsce refundowane jest jedynie 35 proc. wszystkich zarejestrowanych technologii lekowych. Dostępność jest silnie powiązana z obszarem terapeutycznym.⁷ Pomiędzy

2 The Global Cancer Observatory (GCO) <https://gco.iarc.fr/en> (dostęp 15.10.2024)

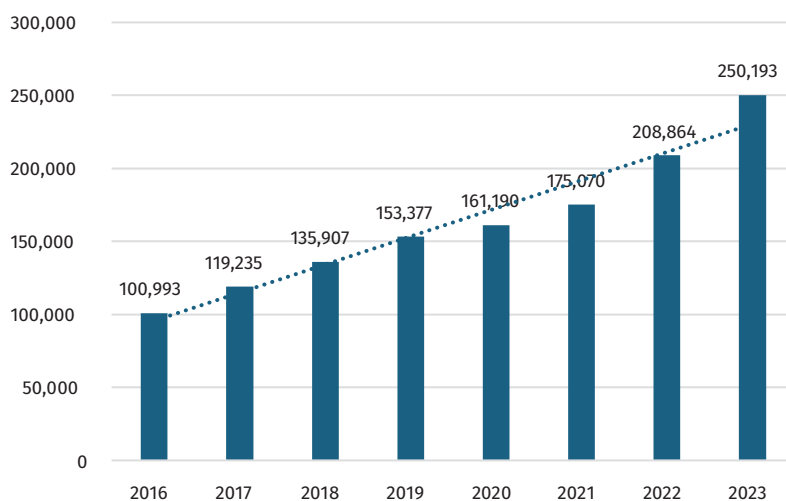
3 Krajowy Rejestr Nowotworów <https://onkologia.org.pl/pl/> (dostęp 15.10.2024)

4 Portal Komisji Europejskiej, Cancer, https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer_en (dostęp 15.10.2024)

5 Portal Choroby Rzadkie, Czym Jest Choroba Rzadka, <https://chorobyrazdkie.gov.pl/pl> (dostęp 15.10.2024)

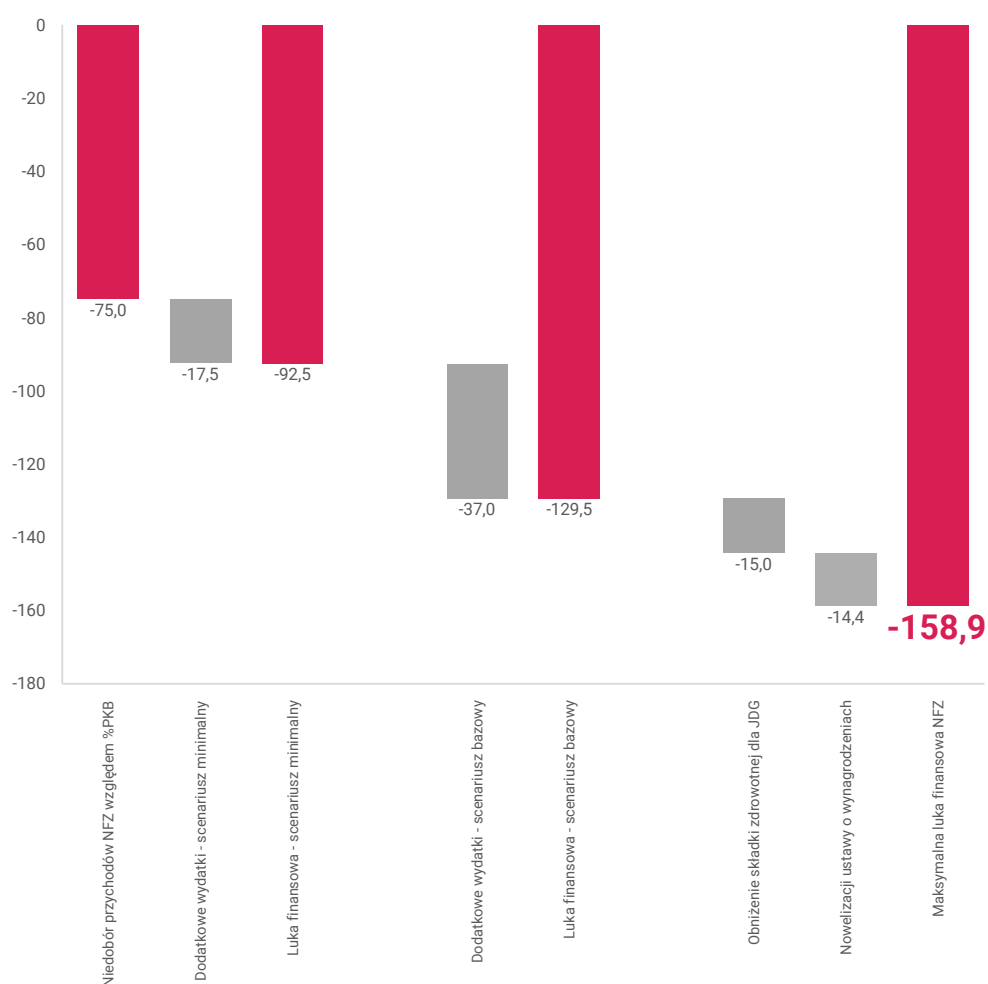
6 EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2022 Survey https://www.efpia.eu/media/s4qf1eqo/efpia_patient_wait_indicator_final_report.pdf (dostęp 15.10.2024)

7 Polski Radar Refundacyjny <https://gapv4.eu/polskiradar/> (dostęp 15.10.2024)



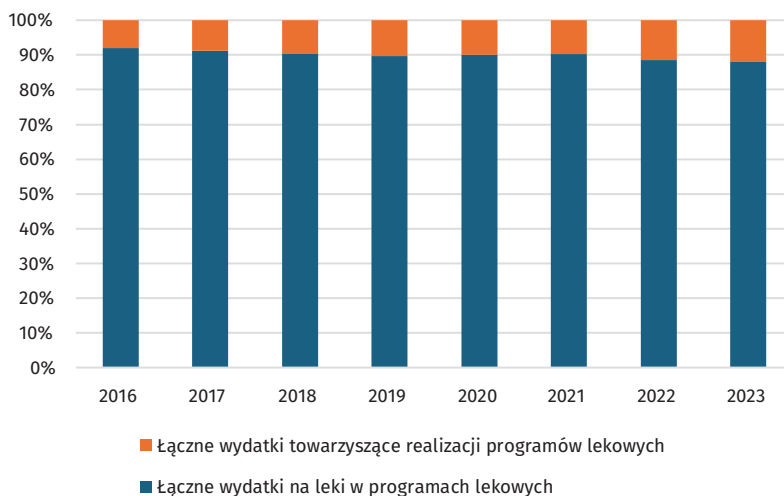
Wykres 2. Liczba pacjentów w programach lekowych w latach 2016-2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Mapy potrzeb zdrowotnych. Analizy. Programy lekowe.* <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/programy-lekowe/>



Wykres 3. Porównanie scenariuszy luki finansowej w NFZ, łącznie lata 2025-2027 (mld zł)

Źródło: Raport „Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa 2025-2027” <https://www.pzh.gov.pl/raport-luka-finansowa-systemu-ochrony-zdrowia-w-polsce-perspektywa-2025-2027/> (dostęp 15.10.2024)



Wykres 4. Wydatki na programy lekowe w latach 2016-2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Mapy potrzeb zdrowotnych. Analizy. Programy lekowe.* <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/programy-lekowe/>

2023 a 2024 r. Polska poprawiła dostęp do leków oryginalnych i innowacyjnych rozwiązań diagnostycznych. W 2022 r. zrefundowanych zostało 58 nowych leków, w 2023 r. – 63, natomiast do połowy 2024 r. – 27 nowych leków. Poprawę odnotowano szczególnie w onkologii, gdzie refundacja w 2024 r. obejmowała połowę dostępnych terapii.

Szybki rozwój technologii lekowych powoduje jednak, że stale rosną potrzeby pacjentów w zakresie zapewnienia dostępności do nowych leków. Widać to również w rosnącej liczbie chorych objętych programami lekowymi – która na przestrzeni ostatnich 8 lat wzrosła 2,5-krotnie.

Jak wynika z analizy kolejek, na rozpoczęcie leczenia w programach lekowych czeka kolejne 17,5 tys. chorych.

W 2024 r. wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne są dodatkowo finansowane z budżetu państwa (w tym dla części programów – z Fundusz Medycznego), ponieważ przychody ze składki zdrowotnej nie wystarczają na ich pokrycie. W kolejnych latach można oczekiwać zwiększenia tej dysproporcji. Eksperci szacują, że luka finansowa Funduszu w latach 2025-2027 wyniesie od 92,5 mld zł (scenariusz optymistyczny) do 158,9 mld zł (scenariusz pesymistyczny).⁸

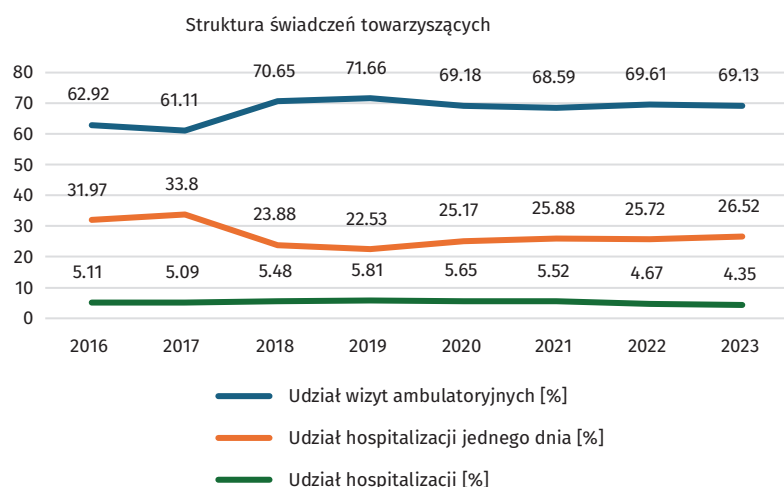
Rekomendacja

Zmiana alokacji środków finansowych i wdrożenie mechanizmów finansowych stanowiących bodziec do maksymalizacji efektywnego wykorzystania środków publicznych przeznaczanych na programy lekowe.

Konieczność zapewnienia dodatkowych środków na finansowanie świadczeń zdrowotnych przełoży się z pewnością na znacznie większą kontrolę nad poziomem wydatków na wszystkie świadczenia i większym naciskiem na efektywność wydatkowania środków, tj. zwiększeniem liczby leczonych pacjentów w ramach aktualnego poziomu wydatków, który w 2023 r. wynosił niemal 10 mld zł a w 2024 r. ma wynieść 11,8 mld zł – co stanowi nieco ponad 6 proc. łącznych wydatków na ochronę zdrowia.

Finansowanie programów lekowych obejmuje dwa elementy: rozliczenie kosztów zakupu leku oraz wydatki towarzyszące realizacji programu lekowego – na kwalifikację pacjenta do leczenia w programie i przyjęcia związane z wykonaniem programu, obejmujące również wykonanie badań diagnostycznych. W strukturze wydatków dominują koszty leków, co wynika z faktu, że w programach zapewniany jest dostęp przede wszystkim do najnowszych i tym samym najdroższych leków, a realizacja programu lekowego może nastąpić przy okazji realizacji innych świadczeń zdrowotnych (hospitalizacji w systemie JGP, leczenia w skojarzeniu z chemioterapią czy w trakcie opieki psychiatrycznej). Jednocześnie należy zauważyć, że

⁸ Raport „Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa 2025-2027” <https://www.pzh.gov.pl/raport-luka-finansowa-systemu-ochrony-zdrowia-w-polsce-perspektywa-2025-2027/> (dostęp 15.10.2024)



Wykres 5. Struktura udziału wybranych świadczeń towarzyszących w PL (ambulatoryjnych, hospitalizacji jednego dnia oraz hospitalizacji) ogółem i na pacjenta w latach 2016-2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Mapy potrzeb zdrowotnych. Analizy. Programy lekowe*. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/programy-lekowe/>

na przestrzeni ostatnich lat udział kosztów wydatków towarzyszących wzrósł o 4 punkty procentowe – z 8 proc. do niemal 12 proc.

Każdy sposób finansowania stanowi bodziec kształtujący zachowania świadczeniodawców. Przykładowo, stosowanie płatności „za działanie” (tj. procedurę czy osobodzień) stanowi zachętę do zwiększania liczby kontaktów pacjenta z placówką. W ramach programów lekowych stosowana jest zasada płatności za procedurę (ang. fee-for-service), co oznacza, że płatnik finansuje każdą wizytę pacjenta. Maksymalna liczba wizyt wynika ze schematu dawkowania danego leku i/lub harmonogramu badań monitorujących oraz jest różna dla poszczególnych programów.

Cena pojedynczego świadczenia zależy od jego trybu jego wykonania. Hospitalizacje i pobyty jednodniowe są finansowane wyżej niż przyjęcia w trybie ambulatoryjnym (por. Załącznik nr 3). Warto zauważyć, że poszczególne tryby przyjęć realizowane są przez tego samego świadczeniodawcę, który ma zakontraktowany program lekowy. Pacjent przyjmowany jest jego na oddział całodobowy albo jednodniowy, albo do poradni przyszpitalnej (zgodnie z wymaganiami NFZ oraz strukturą zawartej umowy pomiędzy szpitalem a płatnikiem).

Poziom wycen oraz różnica w wycenie trybu hospitalizacji i ambulatoryjnego wynikają przede wszystkim z przyjętej metodyki wycen świadczeń opieki zdrowotnej,

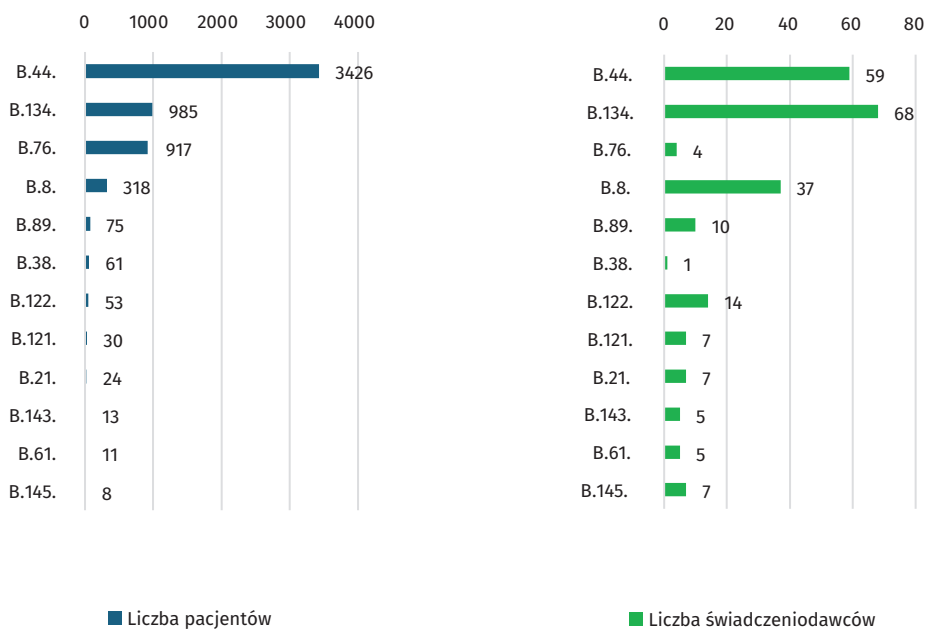
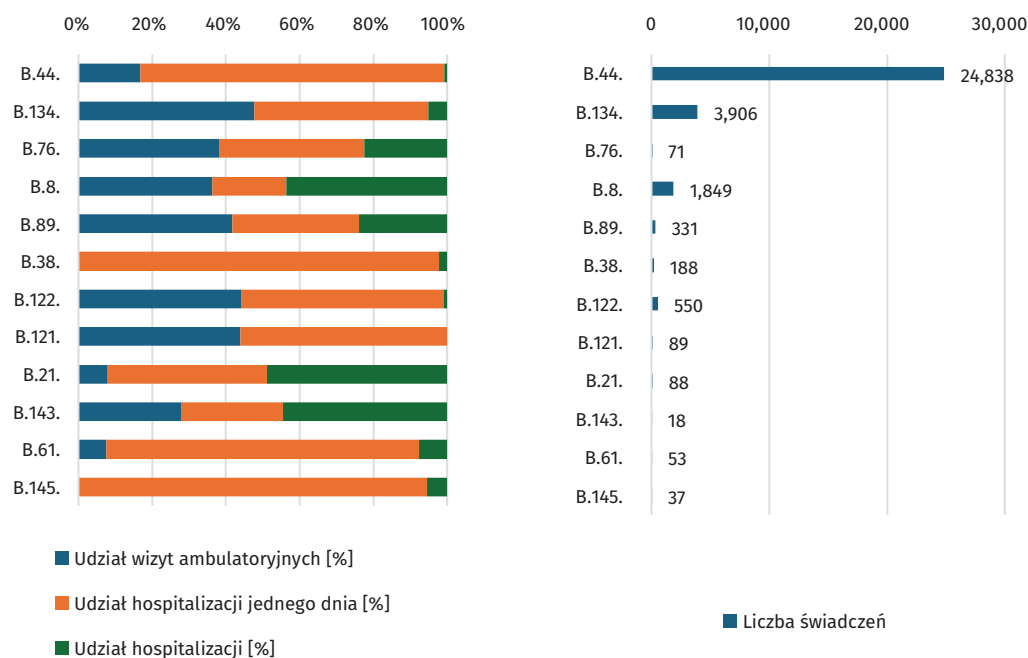
funkcjonującej od lat w Polsce, opartej na formule „koszt plus”. Oznacza ona, że cena świadczenia ustalana jest na poziomie wynikającym z kosztów jego realizacji. Ponieważ funkcjonowanie oddziału jest bardziej kosztowne niż funkcjonowanie przychodni, ceny wizyt są zróżnicowane.

W programach lekowych dominują przyjęcia ambulatoryjne. Skokowy wzrost ich odsetka nastąpił w 2017 roku i od tamtej pory utrzymuje się na stałym poziomie ok. 70 proc. Nadal jednak 30 proc. przyjęć wiąże się z hospitalizacją pacjenta w oddziale, z czego jedynie mniej niż 5 proc. stanowią hospitalizacje całodobowe, a 25 proc. – to pobyty jednodniowe.

Na kształtowanie się tych proporcji w istotny sposób wpływa program B.70 (Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki), który w realizowany jest wyłącznie w trybie ambulatoryjnym a wizyty rozliczane w tym programie stanowią 1/3 wszystkich wizyt ambulatoryjnych we wszystkich programach lekowych. Bez uwzględnienia tego programu proporcje kształtują się następująco: 35 proc. przyjęć w programach stanowią pobyty jednodniowe, a kolejne 5 proc. – hospitalizacje.

Również w przypadku leków, których forma podania umożliwia podanie w warunkach pozaszpitalnych, znaczący odsetek stanowią pobyty jednodniowe. W programach lekowych, które w całości kwalifikują się do modelu flexicare⁹, 24 proc. wszystkich przyjęć odbywa się w trybie

⁹ Tj. wszystkie leki w danym programie są możliwe do podania przez personel niemedyczny na podstawie ChPL, por. Tabela 8.



Wykres 6. Struktura trybów udzielania świadczeń w wybranych PL, obejmujących wyłącznie leki doustne, podskórne i inne do samodzielnego podawania, w których tryb ambulatoryjny ma <50% udziału w sumie świadczeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Mapy potrzeb zdrowotnych. Analizy. Programy lekowe. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/programy-lekowe/>

pobytów jednodniowych. Dla kolejnych 35 programów, które mogłyby być realizowane w modelu flexicare w odniesieniu do części leków, 34 proc. przyjęć – to jednodniowe hospitalizacje.

Spośród najliczniej realizowanych programów uwagę zwraca przede wszystkim B.44 (Leczenie chorych z ciężką postacią astmy), który w 82 proc. przypadków realizowany jest w trybie jednodniowym, a jedynie w 17 proc. ambulatoryjnie. Problem występuje również w przypadku kilku innych programów kwalifikujących się do flexicare: B.107 (Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną) – 48 proc. pobytów jednodniowych czy też B.134 (Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu) – 47 proc. pobytów jednodniowych.

Utrzymywanie takiej struktury świadczeń przynajmniej częściowo jest pochodną istniejących bodźców finansowych (sposób i poziom płatności), struktury organizacyjnej podmiotów (np. brak poradni przyszpitalnej) czy przyzwyczajęń personelu, a w konsekwencji wpływa na poziom wydatków płatnika.

2.2. Perspektywa świadczeniodawcy

Ważne aspekty

- Wysoki poziom wydatków na leki potrzebne do realizacji programu lekowego
- Niekorzystne dla szpitali zasady rozliczania kosztów leków

Konsekwencja

- Ryzyko finansowe związane z realizacją programów lekowych

Koszty leków refundowanych w programach lekowych w 2023 r. wyniosły niemal 10 mld zł. Oznacza to, że średnio każdy świadczeniodawca realizujący te programy musiał kupić leki o wartości prawie 19 mln zł. Warto zauważyć, że w przypadku największych świadczeniodawców, realizujących więcej programów lekowych, koszty te były znacząco wyższe. Zgodnie z zasadami systemu refundacji leków oznacza to refinansowanie wydatku po jego poniesieniu i odpowiednim rozliczeniu w systemie. Z punktu widzenia świadczeniodawcy oznacza to zaangażowanie środków własnych na zakup leku i ich „odmrożenie” dopiero w momencie rozliczenia przez płatnika (często dopiero po renegeacji pierwotnie zawartej umowy).

Dla mniejszych szpitali, a tym bardziej dla placówek ambulatoryjnych, zasady refundowania wydatków na leki tworzą barierę wejścia do programu lekowego. Z jej powodu do kontraktowania programów lekowych może przystępować mniej jednostek, a te, które kontrakt posiadają, mogą odstępować od jego realizacji lub wykonywać wizyty w wymiarze jedynie symbolicznym.

Drugim czynnikiem ryzyka finansowego, związanego z realizacją programów lekowych, jest rygorystyczne podejście płatnika do rozliczania leków. Jeśli pacjent nie zgłosi się do placówki po przygotowany dla niego lek lub ten lek nie zostanie podany (na przykład z przyczyn wynikających ze stanu zdrowia), płatnik nie pokrywa kosztu leków. Staje się on stratą finansową świadczeniodawcy. Na świadczeniodawcy spoczywają również finansowe konsekwencje zmiany ceny leku określonej w aktualnym wykazie (na dzień podania) na wyższą cenę w momencie jego zakupu.

Podobny problem wiąże się z użyciem leków lub ich niecelowym zniszczeniem, ponieważ NFZ finansuje wyłącznie tę część leku, która została podana czy wydana pacjentowi. Dlatego też całkowite ryzyko ponosi placówka medyczna realizująca kontrakt.

Aspekty finansowe należą do głównych powodów, dla których wysyłka leków do domu pacjenta – realizowana z powodzeniem w okresie pandemii – nie upowszechniła się po jej zakończeniu. Z punktu widzenia świadczeniodawcy wiąże się bowiem z fizycznym przekazaniem kontroli nad lekiem, mimo że finansowa odpowiedzialność nadal spoczywa na nim. W konsekwencji utrzymuje się sytuacja, kiedy pacjenci lub członkowie ich rodzin w wielu programach zgłaszają się do siedziby świadczeniodawcy wyłącznie w celu odebrania leków i potwierdzenia ich otrzymania.

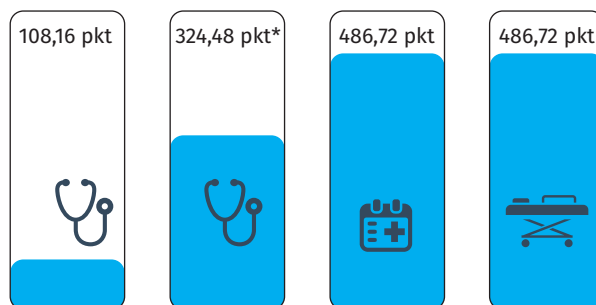
Rekomendacja

Systemowe zachęty do promowania współpracy placówek przy realizacji programów lekowych i jednocześnie upraszczanie warunków rozliczania programów w celu przyspieszenia momentu płatności.

2.2.1. Wyceny świadczeń

Ważne aspekty

- Wyceny świadczeń wykonywanych w programach lekowych nie były poddane weryfikacji przez Wydział Taryfikacji AOTMiT.
- Niska rentowność programów lekowych.
- Znaczna różnica w poziomie wyceny przyjęć ambulatoryjnych i pobytów jednodniowych.



Rysunek 3. Wycena wybranych świadczeń towarzyszących do programów lekowych.

* – tylko w PL: B.29., B.33., B.35., B.36., B.47., B.82., B.135., B.150.

Źródło: Zarządzenie nr 175/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe z późn. zm.)

Konsekwencja

Silny wpływ bodźców finansowych na kształtowanie dostępności i struktury świadczeń w programach lekowych

Podstawowymi świadczeniami w programach lekowych są wizyty związane z wykonaniem programu, odbywane w ramach hospitalizacji, hospitalizacji jednodniowej lub w trybie ambulatoryjnym. Dodatkowo dla części programów możliwe jest rozliczenie produktu związanego z kwalifikacją do leczenia w programie lekowym przez zespół kwalifikujący oraz weryfikacją jego skuteczności. W 8 wybranych programach wycenione jest ponadto przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym raz na 3 miesiące, które dotyczy pacjentów o ustabilizowanym przebiegu leczenia. W ramach tych przyjęć wydawany jest lek do dalszego samodzielnego podania między wizytami. Dla niektórych programów lekowych przyjęcia są wyceniane odrębnie, najczęściej z uwagi na szczególnie przebieg wizyty (np. hospitalizacja dzieci lub podanie leku w znieczuleniu) lub charakter leczenia (np. iniekcja dożylkowa).

Świadczenia towarzyszące są przeważnie wycenione na stałym poziomie, niezależnym od rodzaju programu lekowego. Również wycena wykonania programu w trybie hospitalizacji i hospitalizacji jednodniowej określona jest na takim samym poziomie (486,72 pkt), istotnie wyższym od przyjęcia w trybie ambulatoryjnym (108,16 pkt).

Przychód świadczeniodawców zależy od liczby i rodzaju zrealizowanych świadczeń oraz wartości (ceny) pojedynczego punktu. Co istotne, świadczenia w programach lekowych nie były poddawane weryfikacji przez Wydział

Taryfikacji AOTMiT od momentu jego powstania, tj. od 2015 roku. Ich wzajemna relacja wynika z dawnych decyzji płatnika, podjętych jeszcze przed wprowadzeniem metodyki, która pozwala poddać weryfikacji aktualne, rzeczywiste koszty realizacji świadczeń. Rentowność świadczeń towarzyszących jest ujemna. Zakładając aktualną wycenę punktu na poziomie 1,77 zł za punkt rozliczeniowy (poziomni w IV kwartale 2024 r.), przychód z przyjęcia pacjenta w trybie ambulatoryjnym wynosi 191,50 zł za wizytę w poradni oraz 861,50 zł za osobodzień w trybie hospitalizacji. W ramach tej stawki świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić opiekę medyczną, przeprowadzić procedurę zakupu, zamówienia i dostarczenia leku do szpitala, przygotować należną dawkę lub ilości leku do wydania z apteki szpitalnej, pokryć koszty związane z podaniem (w tym personelu pielęgniarskiego i materiałów jednorazowych) oraz koszty badań związanych z monitorowaniem pacjenta i kontrolą jego stanu. Publikowane dane potwierdzają, że koszty świadczeniodawców przekraczają wyceny świadczeń¹⁰.

Aktualne bodźce finansowe mogą zatem stanowić zachętę do przyjmowania pacjentów w trybie hospitalizacji, który jest wyceniony wyżej niż tryb ambulatoryjny. Natomiast zasada płatności za procedurę stanowi bodziec zniechęcający świadczeniodawców do wydawania leków na dłuższy okres (tj. aktualnie dopuszczane 3 miesiące, a nawet 180 dni), skoro brak wizyty oznacza brak przychodu dla placówki, która sprawuje stały nadzór nad procesem leczenia.

¹⁰ Raport Program lekowy B.44 Leczenie chorych z ciężką postacią astmy https://koalicyja.pta.med.pl/wp-content/uploads/2023/10/PTA-Astma_PL-B.44_Raport_v2.1.pdf (dostęp 15.10.2024)

Tabela 4. Wnioski z wywiadów na pierwszym etapie konsultacji

Programy lekowe dziś są postrzegane jako produkt mało opłacalny, szereg dyrektorów w obliczu rzadkich zasobów wybiera inne formy leczenia.

Zmniejszenie obecnego przychodu, poprzez rozliczenie finansowe z innym podmiotem, nie będzie odbierane jako rozwiązanie korzystne dla szpitala.

Warunkiem wdrożenia zmian jest podwyższenie wycen.

Źródło: opracowanie własne

Podstawowym mechanizmem finansowania, który nie zawiera bodźca zachęcającego do zwiększania liczby wizyt, jest ryczałt. Mechanizm taki przewiduje finansowanie w zamian za objęcie pacjenta opieką. Jego wysokość powinna zależeć od zaangażowania świadczeniodawcy w opiekę, związanego z częstością wizyt.

Innym rozwiązaniem, które mogłoby być – z myślą o rozwoju flexicare – rekomendowane w trybie przejściowym, z uwagi na najmniejszy wymagany zakres zmian systemowych, jest szersze wykorzystanie produktu rozliczeniowego obejmującego przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym, związane z wykonaniem programu. Rozszerzenie możliwości rozliczania tego produktu na programy lekowe, w których leki można wydawać do domu, a jednocześnie znacząca część podań odbywa się aktualnie w warunkach szpitalnych lub jednodniowych, może stanowić zachętę do zwiększenia udziału podań ambulatoryjnych.

Podobne wnioski zostały sformułowane przez ekspertów w trakcie prowadzonych wywiadów.

Rekomendacja

Weryfikacja wycen świadczeń towarzyszących w programach lekowych i zastosowanie mechanizmów finansowania, które nie zawierają zachęty do zwiększania liczby przyjęć i hospitalizacji – tj. ryczałtu, a w okresie przejściowym szersze wykorzystanie produktu ambulatoryjnego “przyjęcie raz na 3 miesiące w celu wykonania programu”.

2.2.2. Raportowanie i monitoring programów lekowych

Ważne aspekty

- Szpitale specjalistyczne borykają się z niską dostępnością kadr medycznych, w tym lekarzy specjalistów i pielęgniarek.

- Realizacja programów lekowych wiąże się z koniecznością raportowania danych w dodatkowym systemie SMPT.

Konsekwencja

- Nadmierne angażowanie personelu w obowiązki administracyjne i wysoka bariera wejścia dla nowych świadczeniodawców.

Przystąpienie do konkursu na realizację programów lekowych możliwe jest po spełnieniu warunków określonych przez płatnika. Dotyczą one wymagań formalnych (specjalności komórek organizacyjnych), dostępności personelu medycznego, a także dostępu świadczeniodawcy do badań diagnostycznych. Polska posiada relatywnie niewiele kadr medycznych, zarówno lekarzy jak i pielęgniarek. Liczba 3,7 praktykujących lekarzy na 1000 obywateli oraz 5,7 pielęgniarek na 1000 obywateli (przy średniej OECD na poziomie 9,2) – to wielkości, które napawają niepokojem¹¹. W poszczególnych specjalizacjach dostępność jest jeszcze niższa. Brak możliwości zatrudnienia kadry medycznej o kwalifikacjach potrzebnych do realizacji programu tworzy istotną barierę i ogranicza dostępność niektórych programów.

Równie istotną barierą są obowiązki administracyjne, które wynikają z realizacji programów lekowych, bardziej rozbudowane w porównaniu z innymi świadczeniami. Oprócz obowiązków rozliczeniowych – w tym uzupełniania elektronicznej dokumentacji medycznej oraz przekazywania danych statystyczno-medycznych do NFZ za pośrednictwem systemu do wymiany danych z płatnikiem (SZOI lub Portal Świadczeniodawcy) – dane o realizacji programów lekowych są dodatkowo raportowane w ramach Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT).

SMPT wymaga wprowadzania danych na temat realizowanego świadczenia (GETIN, nazwa i dawka podanego leku),

11 OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (dostęp 15.10.2024)

Tabela 5. Wnioski z wywiadów przeprowadzonych na pierwszym etapie konsultacji

<p>W sytuacji wymaganej asysty personelu medycznego konieczne jest zaangażowanie pielęgniarki (pod rozważę powołanie zespołu mobilnego) lub zawarcie umowy podwykonawstwa.</p> <p>Umowa podwykonawstwa generuje dużo formalności – konieczność zawarcia umów, szkolenia, przekazywania dokumentacji, nadzoru.</p> <p>W przypadku chęci wykonywania badań kontrolnych bliżej pacjenta problemem może być mnogość podwykonawców oraz tryb ich wyboru.</p> <p>Włączenie systemowo do programu lekowego innego poziomu opieki (POZ, AOS, oddziały dzienne) wymaga rozliczenia nie tylko za usługę, ale również za leki – co generuje ryzyko rozliczeń w przypadku np. zniszczenia leku.</p> <p>Warunkiem wdrożenia zmian jest zmniejszenie obciążenia biurokratycznego (częściowo rozwiązaniem jest tryb ambulatoryjny, choć respondenci wskazują na system SMPT).</p>
--

Źródło: opracowanie własne

jak również podstawowych danych klinicznych z obowiązkowej oceny skuteczności i monitorowania bezpieczeństwa terapii, określonych w opisie programu lekowego. Powszechną opinią środowiska jest wysoka pracochłonność związana z wprowadzaniem danych¹². Przykładowo, system wymaga podania informacji o ilości podanego leku, mimo że te dane są już raportowane przez świadczeniodawcę do płatnika w formie raportu statystyczno-medycznego. Zgodnie z zapisami ustawy i zarządzeniem Prezesa NFZ tylko bieżące wprowadzanie danych do SMPT gwarantuje możliwość zapłaty przez płatnika za realizowane świadczenia. Dodatkowo, termin na uzupełnienie lub poprawienie danych w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przez Fundusz, wynoszący 14 dni, jest oceniany jako krótki i dezorganizujący ciągłość pracy nad administrowaniem programami lekowymi.

Podobne wnioski zostały sformułowane przez ekspertów w trakcie prowadzonych wywiadów.

Rekomendacja

- Zmiana organizacji realizacji programów lekowych na angażujące mniejszą ilość zasobów.

2.3. Perspektywa pacjentów

Ważne aspekty

- Brak pełnego pokrycia terytorium Polski przez świadczeniodawców.
- Duży odsetek pacjentów korzysta z usług medycznych poza miejscem zamieszkania.

Konsekwencja

- Konieczność dojazdu przez pacjentów do oddalonych ośrodków specjalistycznych. Ważne aspekty.

Łącznie w Polsce realizowanych jest 133 programów lekowych, a kontrakty na ich realizację w 2023 r. miało 527 świadczeniodawców.

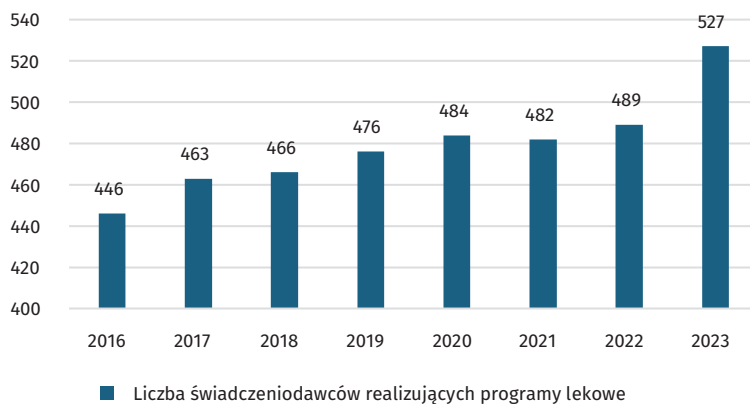
Liczba wykonawców stale rośnie, nadal jednak terytorialne pokrycie poszczególnych programów jest nierównomierne. Największa liczba programów realizowana jest w województwach mazowieckim, śląskim i wielkopolskim (powyżej 100 programów), a najmniejsza liczba w województwach lubuskim i opolskim (poniżej 60 programów).

Programy o największej liczbie chorych charakteryzują się największą dostępnością terytorialną – programy z więcej niż 1000 leczonych pacjentów dostępne są w każdym lub prawie każdym województwie. Wyjątek stanowi program B.31 (Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego), który nie jest realizowany w województwach lubuskim, opolskim, podkarpackim i świętokrzyskim, mimo że leczonych jest w nim ponad 1400 pacjentów.

Znacznie gorzej wygląda dostępność programów z mniejszą liczbą pacjentów, czyli w sumie ponad 80. Niektóre z nich dostępne są tylko w jednym województwie, a znacząca część – jedynie w kilku województwach.

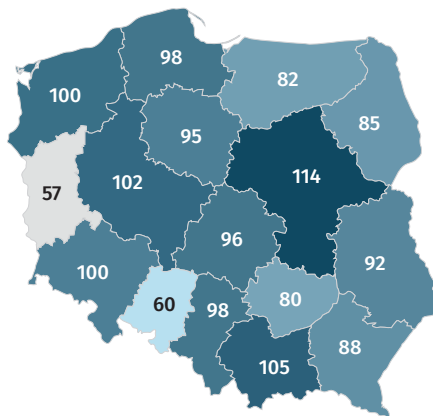
Słaba dostępność terytorialnej powoduje, że pacjenci muszą dojeżdżać na wizyty do odległych placówek

¹² Portal CowZdrowiu.pl (2024). Programy lekowe: co zmieniliby koderzy medyczni, którzy je rozliczają? <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/programy-lekowe-co-zmieniliby-koderzy-medyczni-ktorzy-je-rozliczaja> (dostęp 15.10.2024)



Wykres 7. Liczba świadczeniodawców realizujących PL w latach 2016-2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Mapy potrzeb zdrowotnych. Analizy. Programy lekowe.* <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/programy-lekowe/>



Wykres 8. Liczba programów lekowych realizowana w poszczególnych województwach w 2023

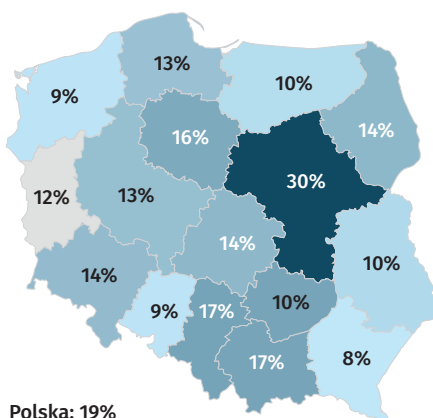
Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Mapy potrzeb zdrowotnych. Analizy. Programy lekowe.* <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/programy-lekowe/>

medycznych. Analizy miejsc zamieszkania wykazuje, że 19 proc. pacjentów leczonych w programach lekowych otrzymuje świadczenie w innym województwie niż mieszka. W największym stopniu dotyczy to osób leczonych w województwie mazowieckim, którzy aż w 30 proc. pochodzą spoza tego województwa. Osobnym problemem są dojazdy dla tych pacjentów, którzy zmuszeni są do podróży w ramach jednego województwa (na przykład z Ostrołki czy Radomia do Warszawy), co z uwagi na odległość również może stanowić wyzwanie.

Dojazd pacjenta dna wizytę do ośrodka w innym mieście czy nawet województwie generuje dodatkowy koszt związany z transportem czy absencją w pracy. Nierzadko problem

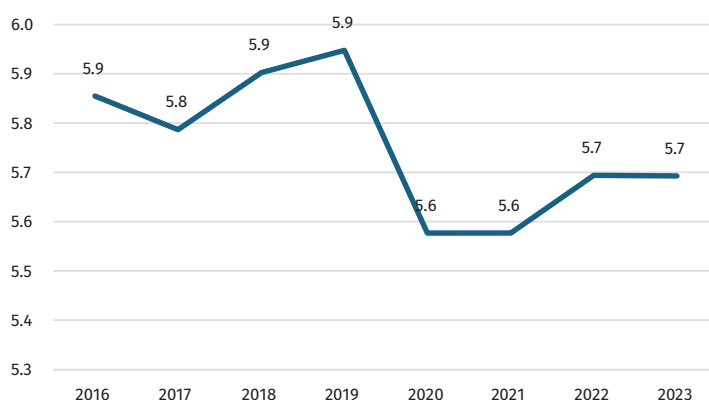
dotyczy nie tylko samego pacjenta, ale również jego bliskich. Dojazd, zwłaszcza środkami komunikacji publicznej, zwiększa ryzyko pogorszenia stanu zdrowia pacjenta (np. z powodu ryzyka zarażenia), a w przypadku województw o niższym poziomie zurbanizowania – może stanowić także problem logistyczny (brak właściwej siatki połączeń).

Dla części pacjentów odległość do świadczeniodawcy może stanowić czynnik decydujący o braku możliwości kontynuacji leczenia. Warto zauważyć, że tego problemu nie rozwiązuje tryb wizyty w placówce – wizyta ambulatoryjna nadal wiąże się z koniecznością dojazdu do świadczeniodawcy posiadającego kontrakt na realizację programu lekowego.



Wykres 9. Odsetek pacjentów leczonych w programach lekowych poza województwem zamieszkania w 2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Mapy potrzeb zdrowotnych. Analizy. Programy lekowe.* <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/programy-lekowe/>



Wykres 10. Średnia liczba świadczeń towarzyszących w PL na pacjenta w latach 2016-2023

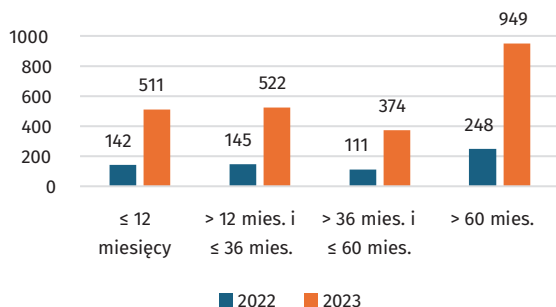
Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Mapy potrzeb zdrowotnych. Analizy. Programy lekowe.* <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/programy-lekowe/>

Problem dojazdów staje się szczególnie istotny w przypadku długotrwałego leczenia. Pacjent leczony w programach lekowych odwiedza placówkę średnio prawie 6 razy w ciągu roku. Częstotliwość i charakter wizyt wynikają ze specyfiki danego schorzenia i schematu leczenia danym lekiem. Są programy, gdzie pacjent ponad 20 razy w roku odwiedza placówkę (np. B.96 Leczenie nocnej napadowej hemoglobinurii). W przypadku dwunastego najliczniejszego programu w Polsce, którym jest B.39 (Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozaścępczo dializami), liczba wizyt w ciągu roku przekracza 11.

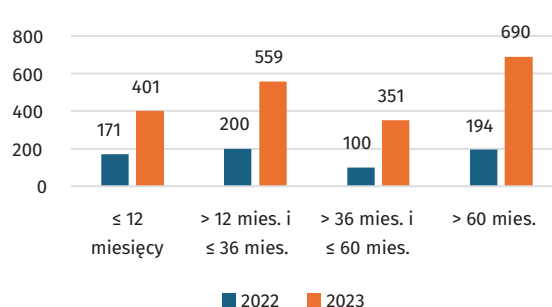
Każdy z leków czy schematów leczenia w programach lekowych posiada zakładany czas leczenia, wskazany

w opisie programu. Terapie mogą trwać do progresji choroby (a'la long) lub przez ściśle określony czas / liczbę podań. Czas terapii ulega skróceniu, jeśli pacjent spełni kryteria zakończenia leczenia, wskazywane w opisie każdego z programów lekowych. Niemniej jednak dzięki postępowi medycyny i możliwościom coraz lepszej kontroli procesu chorobowego, w tym także nowotworów, wielu pacjentów wymaga przewlekłej, często wieloletniej opieki. Na przykładzie kilku najliczniejszych programów lekowych można zauważyć wzrost liczby pacjentów objętych długotrwałym leczeniem. Nie bez znaczenia ma także wprowadzanie do refundacji leków stosowanych w kolejnych liniach leczenia oraz łączenie (zwłaszcza w 2022 roku) kilku osobnych programów lekowych,

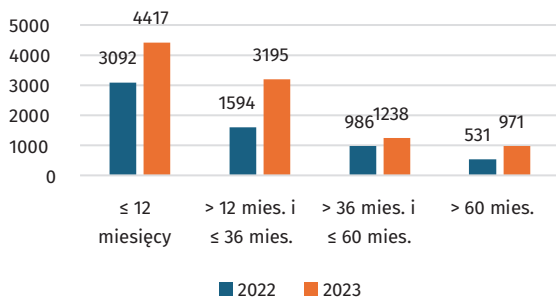
Liczba pacjentów programu B.29.
w przedziałach czasu trwania leczenia w PL



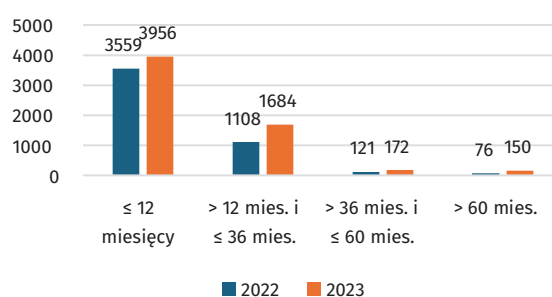
Liczba pacjentów programu B.33.
w przedziałach czasu trwania leczenia w PL



Liczba pacjentów programu B.70.
w przedziałach czasu trwania leczenia w PL



Liczba pacjentów programu B.9.
w przedziałach czasu trwania leczenia w PL



Wykres 11. Liczba pacjentów leczonych w ramach PL w 2022 i 2023 r. w podziale na czas leczenia w ramach PL

Źródło: dane NFZ

dotyczących tej samej choroby, w jeden program wielolekowy. Wszystkie te elementy powodują, że wielu pacjentów bierze udział w programie lekowym przez kilka lat i kwestia pogodzenia leczenia z codziennym życiem oraz pracą nabiera dla nich znaczenia.

Rekomendacja

Wprowadzenie systemowych rozwiązań zachęcających do popularyzacji wydań leków do domu oraz zagęszczenia sieci ośrodków, w tym pozaszpitalnych (apteki, POZ, AOS) realizujących wizyty i podających leki w ramach programów lekowych.

Ważne aspekty

- Pacjenci mają ogólnie poczucie niskiego zaopiekania w systemie ochrony zdrowia.

- Postrzeganie programów lekowych jako świadczenia, którego realizacja jest możliwa wyłącznie w szpitalu wysokospecjalistycznym.

Konsekwencja

Konieczność zapewnienia poczucia bezpieczeństwa dla chorych w programach lekowych.

Poczucie bezpieczeństwa pacjentów jest wypadkową wielu czynników. Jak wskazują analizy skarg składanych przez pacjentów do Rzecznika Praw Pacjenta, problem stanowi przede wszystkim uzyskanie dostępu do placówki specjalistycznej czy szpitala, a także długie kolejki – do lekarza specjalisty, do badań diagnostycznych czy na oddział. U pacjentów bardzo często rodzi się poczucie zagubienia – nie odnajdują się w systemie ochrony zdrowia i nie

wiedzą, gdzie szukać informacji na temat leczenia.¹³ Problem ten dotyczy zwłaszcza osób najciężej chorych, którym nie udało się otrzymać pomocy w trakcie pierwszych kontaktów z placówkami medycznymi. A takimi właśnie pacjentami najczęściej są chorzy zakwalifikowani do programów lekowych.

Rekomendacja

Zachowanie wymogu nadzoru placówki specjalistycznej nad procesem leczenia w programach lekowych również w modelu flexcare.

Jak wynika z raportu Health at a Glance, pacjenci w Polsce relatywnie częściej niż w innych krajach europejskich wskazują na to, że lekarze nie mają dla nich dostatecznie dużo czasu, przekazują niezrozumiałe informacje, a także

nie włączają chorego w proces podejmowania decyzji na temat opieki i leczenia.¹⁴ To wszystko obniża poczucie bezpieczeństwa pacjenta w polskim systemie ochrony zdrowia.

Podobnych obaw można spodziewać się w odniesieniu do programów lekowych. Aby zapewnić płynny proces przechodzenia pacjentów do modelu flexcare, należy zapewnić ciągłość opieki szpitala specjalistycznego nad pacjentem, a także elastyczność w realizacji wizyt. Świadomość, że kolejna wizyta – w razie konieczności – może odbywać się w placówce zwiększa poczucie bezpieczeństwa pacjenta. Nieprzerwany kontakt z pacjentem (w tym również z wykorzystaniem teleporady) daje lekarzowi wiedzę na temat stanu chorego, pozwala też utrzymać jakość i oczekiwany poziom leczenia.

¹³ Portal Prawo.pl (2019). Pacjenci skarżą się na długie kolejki i niewłaściwe zachowanie personelu <https://www.prawo.pl/zdrowie/infolinia-rzeczniaka-praw-pacjenta-na-co-skarza-sie-pacjenci,362057.html> (dostęp 15.10.2024)

¹⁴ OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (dostęp 15.10.2024)

Rozdział 3.

Dobre praktyki elastycznego podejścia do realizacji opieki zdrowotnej

3.1. Doświadczenia zagraniczne w obszarze uelastyczniania dostępu do leków

3.1.1. Wielka Brytania

W ramach NHS funkcjonują centralnie zarządzane programy Managed Access¹, których konstrukcja przypomina polskie programy lekowe. Obejmowane są nimi nowe leki, najczęściej na etapie, kiedy gromadzone są jeszcze dowody efektywności kosztowej lub klinicznej, pozwalające na objęcie ich pełną refundacją. Umowy na dostęp do leczenia dotyczą konkretnych wskazań i są zawierane na zdefiniowany okres. W trakcie realizacji umowy płatnik publiczny (NHS) finansuje koszty leków, które otrzymują pacjenci.

Na poziomie regionalnym, w ramach każdego z trustów NHS funkcjonują rozwiązania związane z dostarczaniem wybranych leków do domu pacjenta lub pod inny wskazany adres. Dotyczy to recept wystawianych w szpitalu, za których realizację odpowiadają wyznaczone firmy – podwykonawcy szpitali – odpowiedzialne za opiekę domową. Taka usługa dotyczy pacjentów, którzy zadeklarują w niej udział. Podwykonawca zapewnia telefoniczne wsparcie dla pacjentów, związane z przyjęciem leku i realizacją recepty. W przypadku problemów zdrowotnych pacjenci są kierowani do szpitala, który sprawuje nad nimi opiekę. Dodatkowo, możliwość realizacji wydań domowych uzależniona jest od tego, czy pacjenci wykonują regularnie wskazane badania diagnostyczne².

3.1.2. Północne Włochy (Region Piacenza)³

W 2016 r. umożliwiono pacjentom onkologicznym szpitala w mieście Piacenza leczenie bliżej domu – w 4 ambulatoriach, w tym przy trzech lokalnych szpitalach i jednym centrum medycznym. Opiekę w ambulatoriach sprawują onkolodzy i pielęgniarki, przyjeżdżający ze szpitala w Piacenzie. Sposób leczenia pacjenta prowadzonego lokalnie jest identyczny jak w ośrodku specjalistycznym. Leki są przygotowywane w aptecce lokalnego ośrodka.

Lokalne szpitale realizują świadczenia diagnostyki nieinwazyjnej oraz biopsje. Każdy pacjent jest konsultowany z zespołem w Piacenzie i otrzymuje leczenie analogicznie, jak w specjalistycznym ośrodku, łącznie z możliwością udziału w badaniu klinicznym. Bardziej zaawansowana diagnostyka i chirurgia jest wykonywana w Piacenzie, po czym pacjent może zdecydować, gdzie kontynuuje leczenie.

Retrospektywne badanie, w którym przeanalizowano dane 546 pacjentów w aktywnej terapii onkologicznej prowadzonej lokalnie, wykazało korzyści elastycznego modelu opieki, wynikające z mniejszej odległości i krótszego czasu dojazdu, w tym możliwości uniknięcia zaangażowania opiekuna w podróży u niemal 65 proc. pacjentów tego wymagających. Jednocześnie 99,6 proc. pacjentów było zadowolonych z możliwości leczenia bliżej domu.

1 NICE. Managed access <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/managed-access> (dostęp 15.10.2024)

2 NICE. Homecare medicines service https://www.imperial.nhs.uk/-/media/website/patient-information-leaflets/pharmacy/homecare-medicines-service.pdf?rev=92b90669337d49a1a9c71398c0d5f204&sc_lang=en (dostęp 15.10.2024)

3 Cavanna L, Citterio C, Mordenti P, Proietto M, Bosi C, Vecchia S. Cancer Treatment Closer to the Patient Reduces Travel Burden, Time Toxicity, and Improves Patient Satisfaction, Results of 546 Consecutive Patients in a Northern Italian District. *Medicina* (Kaunas). 2023 Dec 4;59(12):2121; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10744793/> (dostęp 15.10.2024)

3.2. Przykłady rozwiązań systemowych w Polsce, które mogą uelastyczyć dostęp do innowacyjnych i drogiej terapii

3.2.1. Przesunięcie niektórych leków z programów lekowych do refundacji otwartej lub podania/wydania w trakcie świadczenia gwarantowanego

Rekomendacja nr 65/2023 z dnia 30 czerwca 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczenia opieki zdrowotnej dedykowanego terapii dla osób przewlekle chorych⁴ jest zapowiedzią organizacji świadczeń w zakresie farmakoterapii polegającej na przesunięciu niektórych leków z programów lekowych do refundacji otwartej lub podania/wydania w trakcie świadczenia gwarantowanego (AOS) – w ramach poradni realizującej poradę specjalistyczną zgodną z profilem terapii dla osób z chorobami przewlekłymi.

Zmiana kategorii refundacyjnej leku z programu lekowego na refundację apteczną wiązałyby się jednak z koniecznością dopłat pacjentów do aktualnie bezpłatnych leków. Natomiast w drugim wariantcie byłoby sumowanie kosztu leków do porady specjalistycznej w AOS, a lek pozostałby bezpłatny dla pacjenta. Świadczenie miałyby obejmować także niezbędną diagnostykę w celu monitorowania skuteczności leczenia schorzeń przewlekłych oraz edukację pacjenta w zakresie informacji o zaleceniach stosowania leku w warunkach domowych.

Propozycję rozważano dla tych leków z programów lekowych, których koszt istotnie spadł od momentu objęcia refundacją w związku z pojawieniem się leków generycznych. Chodziło o leki, których roczny koszt na pacjenta w 2021 roku nie przekraczał 10 tys. zł oraz leki, których roczny koszt na pacjenta w 2021 roku mieścił się między 10 tys. zł a 20 tys. zł, ale koszty terapii, liczone jako relacja kosztów w roku maksymalnym do 2021, spadły o co najmniej 50 proc. (tj. leki relatywnie droższe, ale z tendencją do dalszej obniżki cen w najbliższych latach). W praktyce dotyczy to m.in. dużej grupy leków biologicznych.

Proponowana zmiana organizacji finansowania leków może wiązać się z dodatkowymi kosztami z perspektywy płatnika publicznego, wynikającymi głównie

ze zwiększenia dostępności do leków stosowanych wcześniej wyłącznie w ramach programów lekowych i tym samym wzrostem liczebności populacji docelowej.

Spodziewanym efektem wprowadzenia świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej będzie:

1. poprawa dostępności do terapii lekowych dla osób z chorobami przewlekłymi, dotyczących podania leku w warunkach AOS lub wydania leku do domu,
2. optymalizacja sprawozdawczości danych, dzięki zwolnieniu z konieczności prowadzenia części danych do Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych,
3. zmniejszenie liczby nieuzasadnionych klinicznie hospitalizacji, przy jednoczesnym zabezpieczeniu specjalistycznej opieki medycznej w warunkach ambulatoryjnych w razie potrzeby.

3.2.2. Wprowadzenie pośredniej kategorii dostępności dla leków stosowanych w chorobach nieonkologicznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Najnowsze zmiany, planowane do wdrożenia w ramach nowelizacji ustawy refundacyjnej, obejmują wprowadzenie pośredniej kategorii dostępności dla leków stosowanych w chorobach nieonkologicznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W praktyce oznacza to przesunięcie części leków z programów lekowych i upowszechnienie dostępu do nich.

W przeciwieństwie do programów lekowych, katalog chemioterapii cechuje się mniejszą kontrolą administracyjną w zakresie stosowania i rozliczania leków. Trafiają do niego leki onkologiczne, których cena spadła na tyle, że można je bez ryzyka finansowego dla płatnika publicznego udostępnić szerszej populacji chorych. Analogiczne rozwiązanie jest postulowane również w odniesieniu do leków nieonkologicznych, zwłaszcza biologicznych.

Pośrednia kategoria refundacyjna dla leków nieonkologicznych (między programem lekowym a refundacją apteczną), oferowana w ośrodkach z określonymi profilami klinicznymi, ma szansę istotnie poprawić dostęp do zaawansowanych terapii ze względu na potencjalne rozszerzenie wskazań, jak również możliwość otrzymania

⁴ Rekomendacja nr 65/2023 z dnia 30 czerwca 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczenia opieki zdrowotnej dedykowanego terapii dla osób przewlekle chorych https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2023/015/REK/2022%2006%2030%20BP%20Rekomendacja%2065%202023_BIP.pdf (dostęp 14.10.2024)

leczenia w znacznie większej liczbie ośrodków, a więc bliżej miejsca zamieszkania pacjentów.⁵

Dlatego też Ministerstwo Zdrowia winno wdrożyć powyższe rozwiązanie niezależnie od proponowanych w raporcie rozwiązań flexicare.

3.2.3. Opieka farmaceutyczna

Pod pojęciem opieki farmaceutycznej kryje się szereg różnych usług, które mogą z powodzeniem uzupełniać ofertę systemu opieki zdrowotnej, zagospodarowując jednocześnie wysokie kwalifikacje pracowników aptek do realizacji świadczeń gwarantowanych w publicznym systemie opieki zdrowotnej.

Zespół ds. opieki farmaceutycznej wskazał w raporcie z 2020 roku⁶ siedem kluczowych usług: przeglądy lekowe, kontynuacja recepty na podstawie zlecenia lekarskiego, konsultacja farmaceutyczna przy wydawaniu nowego produktu leczniczego, szczepienia ochronne przeciwko grypie, konsultacje farmaceutyczne przy drobnych dolegliwościach, ankietowo-kwestionariuszowe przesiewowe badanie społeczeństwa oraz program profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK). Pierwszym z wdrożonych działań było prowadzenie szczepień ochronnych w aptekach (najpierw przeciw COVID-19, potem przeciw grypie i pneumokokom), kolejnym krokiem miałyby być przeglądy lekowe, których pilotaż został przeprowadzony w 2022 roku.

Przeszkoleni w prowadzeniu szczepień farmaceuci i odpowiednio wyposażone apteki (aktualnie już niemal 1400 w całej Polsce⁷) mogą łatwo stać się siecią punktów podań leków, zwłaszcza podskórnych, gdzie pacjent obawiający się wykonywać iniekcje samodzielnie otrzyma fachową usługę. Farmaceuta zadba również o kontrolowane warunki przechowywania leku oraz ewentualnego przygotowania pojedynczej dawki, a także udzieli rzetelnej informacji na wątpliwości chorego.

3.2.4. Koordynowana opieka w POZ

W ramach opieki koordynowanej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia pogłębioną diagnostykę wybranych chorób oraz współpracuje z lekarzami specjalistami (kardiologiem, diabetologiem, endokrynologiem, pulmonologiem, nefrologiem), pielęgniarką POZ i dietetykiem.

Zajmuje się profilaktyką, diagnozowaniem, leczeniem i edukacją pacjenta. Nad sprawną realizacją świadczeń czuwa koordynator, który ustala terminy badań, wizyt i konsultacji zleconych przez lekarza POZ oraz porad edukacyjnych i dietetycznych, przekazuje informacje o kolejnych etapach terapii, dba o przepływ informacji pomiędzy wszystkimi realizatorami świadczeń zdrowotnych.⁸

Model zapewnia przede wszystkim szybszy i bardziej kompleksowy dostęp do opieki specjalistycznej na najniższym poziomie systemu, najbliżej domu pacjenta. Jest to możliwe dzięki szerokiemu pakietowi badań diagnostycznych oraz szybkim konsultacjom ze specjalistami, z którymi przychodnia POZ zawiera umowy podwykonawstwa. Pacjent nie musi samodzielnie poszukiwać wolnych terminów do specjalistów, jego badania nie są dublowane ani przeterminowane. Właściwa opieka może być wdrożona bardzo szybko, lekarz rodzinny ma pełną wiedzę i kontrolę nad wszystkimi procesami leczenia swojego pacjenta.

Po dwóch latach od wdrożenia reformy, około 36 proc. placówek POZ realizowało model opieki koordynowanej, obejmujący około 46 proc. polskiej populacji. Efektem upowszechniania się opieki koordynowanej powinno być uwolnienie zasobów AOS i zmniejszenie kolejek na tym poziomie opieki. A jest to jeden z głównych celów koncepcji Ministerstwa Zdrowia, określanej jako "odwrócona piramida świadczeń".

Umowy podwykonawstwa, konsultacje między specjalistami (w tym telekonsultacje lekarz specjalista – lekarz POZ czy lekarz specjalista – pacjent), koordynatorzy opieki stanowią sprawdzone już w praktyce rozwiązania organizacyjne, które mogą być wykorzystane na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej, w tym w modelu flexicare.

3.2.5. Telemedycyna

Usługi telemedyczne, takie jak telekonsultacje (kontrolne lub doraźne) czy elektroniczne udostępnianie wyników badań lekarzowi prowadzącemu są niedocenianymi narzędziami, które mogą usprawnić realizację także specjalistycznych świadczeń, z korzyścią dla wszystkich zainteresowanych. Z ich wykorzystaniem można zapewnić stałą kontrolę ośrodka specjalistycznego nad procesem

5 Portal Rynek Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia proponuje udział pacjentów w negocjacjach cen leków. Najważniejsze zmiany <https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Ministerstwo-Zdrowia-proponuje-udzial-pacjentow-w-negocjacjach-cen-lekow-Najwazniejsze-zmiany,260837,6.html> (dostęp 15.10.2024)

6 „Raport opieka farmaceutyczna. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia” <https://www.gov.pl/web/zdrowie/opieka-farmaceutyczna---raport> (dostęp 15.10.2024)

7 Portal pacjent.gov.pl. Zaszczep się w aptecę <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/zaszczep-sie-w-aptece> (dostęp 14.10.2024)

8 Portal pacjent.gov.pl. Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/opieka-koordynowana-w-podstawowej-opiece-zdrowotnej> (dostęp 14.10.2024)

leczenia realizowanym lokalnie, w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta. Warto podkreślić, że wiele placówek medycznych jest przygotowanych na ich stosowanie, przećwiczyły je w okresie pandemii COVID-19, znają je także pacjenci.

3.2.6. Mechanizmy finansowe wspierające dostępność i jakość

Ryczałtowe finansowanie świadczeń zdrowotnych, w przeciwieństwie do metody FFS, nie wiąże się ze skłonnością do „nadprodukcji” usług w celu zwiększenia przychodu, wręcz przeciwnie, skłania placówki medyczne do rozsądnego gospodarowania przyznanymi środkami w celu osiągnięcia określonego efektu oraz efektywnego wykorzystania zasobów, aby objąć opieką jak najwięcej pacjentów (co poprawia dostępność). Właściwie skalkulowany ryczałt sprawia, że przychód podmiotu jest stabilny i przewidywalny, pozwala skupić się na optymalizacji procesu klinicznego. Przykładem rozwiązań ryczałtowych są centra zdrowia psychicznego, w których finansowanie za „osobodzień” zastąpiono płatnością ryczałtową, aby ograniczyć hospitalizacje.

Pozytywnym wzmocnieniem w zakresie jakości opieki może być stosowanie wskaźników korygujących wysokość finansowania, uzależnionych od osiągnięcia określonych wyników klinicznych i/lub organizacyjnych – na poziomie poszczególnych pacjentów, grup pacjentów czy też świadczeniodawcy. NFZ z powodzeniem stosuje korektory w wielu zakresach świadczeń, m.in. w wysoko ocenianym programie KOS-Zawał, opiece kompleksowej w onkologii (KON-PIERS i KON-JG) czy w celu koncentracji kompleksowych i dużych zabiegów onkologicznych.

3.3. Dotychczasowe rozwiązania w zakresie wdrażania podejścia flexcare dla programów lekowych w Polsce

3.3.1. Wydania do domu w wybranych programach

Opisy dwunastu programów lekowych zawierają już adnotacje o możliwości kontynuowania terapii w domu – w odniesieniu do wszystkich lub części leków. Dotyczy to leków stosowanych w różnych wskazaniach (np. astma, hemofilia), a także o różnych formach podania (doustne, podskórne, a także peny czy pompy pozwalające na podanie dożylnie).

Istniejące rozwiązania stosuje się jednak punktowo, nie są systemowo rozpowszechnione ani promowane finansowo. Z tego powodu zainteresowane strony nie czerpią pełnych korzyści z tego rozwiązania a płatnik publiczny nie posiada odpowiednich narzędzi do powszechnej weryfikacji poprawności doboru trybu realizacji świadczeń do stanu pacjenta, ale także formy i drogi podania leku w programie lekowym.

Dodatkową barierę stanowią wprowadzone przez MZ i NFZ ograniczenia formalne i finansowe dla stosowania pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej w domu pacjenta. Z tego powodu nie można ich rozliczać poza programem leczenia raka jelita grubego.

3.3.2. Promowanie wizyt co 3 miesiące poprzez odpowiedni model wyceny

W 2019 r. dla 8 programów lekowych wprowadzono nowe świadczenie – przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu. Jak wynika z przeprowadzonej analizy, w przypadku programu B.29 (Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane) spowodowało to zmniejszenie liczby kontaktów pacjentów z placówką z 7,77 wizyty w 2017 r. do 4,18 wizyty w 2022 r., przy jednoczesnym braku zmiany w wydatkach płatnika przypadających na pacjenta. Ponadto uzyskano zmianę struktury świadczeń, czyli spadek liczby hospitalizacji i pobytów jednodniowych⁹.

3.3.3. Elastyczne podejście do opieki nad pacjentami w okresie pandemii

W trakcie pandemii COVID-19, z uwagi na obostrzenia epidemiologiczne, wdrożono powszechne wydania domowe i wysyłki leków do domu pacjentów. Wizyty osobiste odbywały się rzadziej i były uzupełniane teleporadami, świadczonymi przez lekarzy specjalistów na rzecz pacjentów. W związku z tym, że wielu pacjentów w programach lekowych jest leczonych długo i są dobrze znani lekarzowi prowadzącemu, teleporady zostały uznane przez ekspertów za rozwiązanie dobrze uzupełniające opiekę, z zachowaniem stałych, osobistych kontroli pacjenta w ośrodku specjalistycznym raz na 3, 6 czy nawet 12 miesięcy, w punktach kluczowych dla oceny skuteczności prowadzonej terapii.

⁹ G. Wójcik, Wpływ świadczenia na leczenie w programie lekowym Przyjęcie ambulatoryjne raz na 3 miesiące – potencjalny wpływ na realizację programu lekowego, Kraków, wrzesień 2024 https://hta.pl/wp-content/uploads/2024/09/IKARpro_Nowe_swadczenie_wplyw_20240909_v1.0_raport.pdf (dostęp 15.10.2024)

Rozdział 4.

Projektowane rozwiązanie flexcare

Podstawowe założenia projektowanego rozwiązania:

- wspólna decyzja lekarza i pacjenta,
- bezpieczeństwo pacjenta,
- utrzymanie wysokiej jakości leczenia,
- podniesienie komfortu terapii dla pacjenta,
- brak konieczności dojazdu do świadczeniodawcy wyłącznie po odbiór leku,
- uniknięcie rozmycia odpowiedzialności za opiekę nad pacjentem,
- atrakcyjność / opłacalność dla świadczeniodawcy,
- niezwiększanie biurokracji / obciążenia administracyjnego świadczeniodawców,
- konieczność aktualizacji (zwiększenia) wycen świadczeń związanych z realizacją programów lekowych,
- brak istotnego wzrostu wydatków płatnika publicznego.

Na etapie konstruowania pierwszych propozycji przygotowano następujące kilka opcji (tab. 6).

4.1. Opinie ekspertów i interesariuszy

Rozwiązania zawarte w propozycji flexcare przedstawiono ekspertom w trakcie paneli konsultacyjnych.

4.1.1. Uwagi ekspertów klinicznych

Eksperti uznali, że uproszczenie procedur oraz wprowadzenie możliwości podawania leków w warunkach domowych (szczególnie doustnych i podskórnych) mogłoby przynieść korzyści pacjentom, odciążając szpitale i ułatwiając dostęp do terapii. Podkreślano jednocześnie, że konieczne jest właściwe dostosowanie systemu, aby uniknąć nadmiernej biurokracji, która już teraz stanowi duże wyzwanie, a także zapewnienie odpowiedniego wynagrodzenia dla ośrodków specjalistycznych, które wprowadzałyby te zmiany.

Zwracano uwagę na konieczność modyfikacji przepisów, by umożliwić realizację wszystkich etapów zmiany. Ponadto część ekspertów wskazała, że etap 2 i 3 mogą generować potencjalne trudności logistyczne i organizacyjne. Ci eksperci uznali, że etapy te wymagają dalszej analizy po wdrożeniu modelu flexcare w wersji opisanej jako etap 1 zmian. Wszyscy zgodzili się, że kluczowe jest, aby każda zmiana była dobrze przemyślana i oparta na realnych możliwościach systemu ochrony zdrowia.

Warto podkreślić, że opinie ekspertów klinicznych są ściśle powiązane z daną specjalnością oraz strukturą podawanych leków, jak również własnymi doświadczeniami ze współpracy z AOS czy POZ. W związku z tym, jako jedno ze sztandarowych uregulowań, należy uznać dobrowolność wyboru lekarza i pacjenta w odniesieniu do wdrażania modelu flexcare.

4.1.2. Uwagi organizacji pacjenckich

Organizacje pacjentów popierają wszelkie rozwiązania poprawiające dostęp oraz komfort leczenia, w tym przybliżenie leczenia do miejsca zamieszkania. Takie rozwiązania sprawdzają się za granicą, były stosowane w pandemii, są nadal z powodzeniem realizowane w niektórych programach (np. w leczeniu nadciśnienia płucnego) i pacjenci chcą z nich szerzej korzystać. Pacjenci z chorobą Fabry'ego czy Pompego przyjmujący leki dożylnie również oczekują takich elastycznych rozwiązań, dla których podwaliną mogą być pielęgniarki sprawujące stałą opiekę nad pacjentem wentylowanym w domu.

Proponowane rozwiązanie może rodzić naturalne obawy (zwłaszcza o bezpieczeństwo leczenia z dala od ośrodka), które muszą zostać zaadresowane dobrą komunikacją i edukacją. Dla powodzenia szerokiego stosowania rozwiązań flexcare potrzebne są:

Tabela 6. Podsumowanie poszczególnych etapów zmiany w modelu flexcare

	Stan 0	Zmiana – etap 1	Zmiana – etap 2	Zmiana – etap 3
Opis	Stan aktualny	Uelastycznienie wydań/podań części leków (zwłaszcza doustnych i podskórnych) poprzez przesunięcie ich bliżej pacjenta – do apteki otwartej, POZ, do domu	Włączenie podwykonawców w realizację wydań/podań leków i niektórych badań kontrolnych	Utworzenie ośrodków terapii przewlekłych i dożylnych
Kto ma umowę z NFZ na lek z PL (rozliczenie fakturą)	Ośrodek specjalistyczny	Ośrodek specjalistyczny	Ośrodek specjalistyczny	Ośrodek specjalistyczny
Kto ma umowę z NFZ na podanie leku, monitorowanie, badania	Ośrodek specjalistyczny	Ośrodek specjalistyczny	Ośrodek specjalistyczny	Ośrodek specjalistyczny + Ośrodek terapii przewlekłych i dożylnych
Co inicjuje proces podania w wariantcie flexcare	Porada w ośrodku specjalistycznym + wewnętrzne zlecenie do apteki szpitalnej	Porada w ośrodku specjalistycznym + - zlecenie wysyłki do domu lub apteki otwartej - zlecenie dla zespołu mobilnego ośrodka specjalistycznego lub pielęgniarki systemu (POZ/POD)	Porada w ośrodku specjalistycznym + - zlecenie wysyłki do domu lub apteki otwartej lub do apteki podwykonawcy - zlecenie dla zespołu mobilnego ośrodka specjalistycznego lub zespołu mobilnego podwykonawcy lub pielęgniarki systemu (POZ/POD)	Porada w ośrodku specjalistycznym + - zlecenie wysyłki do domu lub apteki otwartej lub do apteki ośrodka terapii przewlekłych i dożylnych - zlecenie dla zespołu mobilnego ośrodka specjalistycznego lub zespołu mobilnego ośrodka terapii przewlekłych i dożylnych lub pielęgniarki systemu (POZ/POD)
Kto jest zaangażowany w realizację wariantu flexcare	Personel ośrodka specjalistycznego	Personel apteki Pielęgniarka POZ/POD Personel mobilny ośrodka specjalistycznego	Personel apteki Pielęgniarka POZ/POD Personel mobilny ośrodka specjalistycznego lub podwykonawcy Personel stacjonarny podwykonawcy	Personel apteki Pielęgniarka POZ/POD Personel mobilny ośrodka specjalistycznego lub ośrodka terapii przewlekłych i dożylnych Personel stacjonarny ośrodka terapii przewlekłych i dożylnych
Podania doustne	Szpital specjalistyczny wydaje lek lub lek jest wysyłany do domu, pacjent odbiera lek, potwierdza odbiór; podanie samodzielne	Szpital specjalistyczny wysyła lek do domu lub apteki otwartej, pacjent odbiera lek, potwierdza odbiór; podanie samodzielne	Szpital specjalistyczny wysyła lek do domu lub apteki otwartej, pacjent odbiera lek, potwierdza odbiór; podanie samodzielne	Szpital specjalistyczny wysyła lek, pacjent odbiera lek, potwierdza odbiór; podanie samodzielne

	Stan 0	Zmiana – etap 1	Zmiana – etap 2	Zmiana – etap 3
Podania podskórne, gotowy lek	Szpital specjalistyczny wydaje lek lub lek jest wysyłany do domu (B.15); pacjent odbiera lek, potwierdza odbiór; podanie samodzielne (lub przez pielęgniarkę POZ na podstawie zlecenia) lub w ośrodku	Szpital specjalistyczny wysyła lek do domu lub apteki otwartej; pacjent odbiera lek, potwierdza odbiór; podanie samodzielne lub w asyście personelu mobilnego lub personelu apteki lub pielęgniarki systemu (POZ/POD)	Szpital specjalistyczny wysyła lek do domu lub apteki otwartej, lub apteki podwykonawcy; pacjent odbiera lek, potwierdza odbiór; podanie samodzielne lub w asyście personelu podwykonawcy (w domu lub w siedzibie) lub personelu apteki lub pielęgniarki systemu (POZ/POD)	Szpital specjalistyczny wysyła lek, pacjent odbiera lek, potwierdza odbiór; podanie samodzielne lub w asyście personelu ośrodka terapii przewlekłych i dożylnych (w domu lub w siedzibie) lub personelu apteki lub pielęgniarki systemu (POZ/POD)
Podania podskórne, lek wymagający przygotowania dawki	Szpital specjalistyczny przygotowuje i wydaje lek, pacjent odbiera lek, potwierdza odbiór; podanie w ośrodku	Przygotowanie dawki leku w ośrodku specjalistycznym lub przez personel zespołu mobilnego lub personel apteki lub pielęgniarkę systemu Szpital specjalistyczny wysyła lek do domu lub apteki otwartej, pacjent odbiera lek, potwierdza odbiór; podanie samodzielne lub w asyście personelu mobilnego lub personelu apteki lub pielęgniarki systemu (POZ/POD)	Przygotowanie dawki leku w ośrodku specjalistycznym lub u podwykonawcy lub przez personel zespołu mobilnego lub personel apteki lub pielęgniarkę systemu Szpital specjalistyczny wysyła lek do domu lub apteki otwartej, lub apteki podwykonawcy, pacjent odbiera lek, potwierdza odbiór; podanie samodzielne lub w asyście personelu podwykonawcy (w domu lub w siedzibie) lub personelu apteki lub pielęgniarki systemu (POZ/POD)	Przygotowanie dawki leku w ośrodku specjalistycznym lub w ośrodku terapii przewlekłych i dożylnych lub przez personel zespołu mobilnego lub personel apteki lub pielęgniarkę systemu; podanie samodzielne lub w asyście personelu ośrodka terapii przewlekłych i dożylnych (w domu lub w siedzibie) lub personelu apteki lub pielęgniarki systemu (POZ/POD)
Podania dożylnie	Wyłącznie ośrodek specjalistyczny z wyjątkiem leków, dla których ChPL dopuszcza podanie w domu i już obecnie są podawane w warunkach domowych	Wyłącznie ośrodek specjalistyczny (opcja flexcare wyłączona), z wyjątkiem leków, dla których ChPL dopuszcza podanie w domu i już obecnie są podawane w warunkach domowych	Przygotowanie dawki leku w ośrodku specjalistycznym lub u podwykonawcy Szpital specjalistyczny wysyła lek, pacjent potwierdza odbiór w siedzibie podwykonawcy; podanie w asyście personelu podwykonawcy w siedzibie podwykonawcy	Przygotowanie dawki leku w ośrodku specjalistycznym lub w ośrodku terapii przewlekłych i dożylnych Szpital specjalistyczny wysyła lek do ośrodka realizującego, pacjent potwierdza odbiór w siedzibie ośrodka terapii przewlekłych i dożylnych; podanie w asyście personelu ośrodka terapii przewlekłych i dożylnych w siedzibie
Rozliczenie z NFZ za lek	Ośrodek specjalistyczny	Ośrodek specjalistyczny	Ośrodek specjalistyczny	Ośrodek specjalistyczny

	Stan 0	Zmiana – etap 1	Zmiana – etap 2	Zmiana – etap 3
Wpływy z NFZ (jakie i dla kogo)	Całość do ośrodka specjalistycznego	Całość do ośrodka specjalistycznego	Całość do ośrodka specjalistycznego	Ośrodek specjalistyczny: za leki i za podania; Ośrodek realizujący: wyłącznie za podania
Dodatkowe rozliczenia finansowe			Ośrodek specjalistyczny rozlicza się z ośrodkiem realizującym	

Źródło: opracowanie własne

- zagwarantowanie stałego i regularnego kontaktu pacjenta i ośrodka specjalistycznego,
- staranne dobranie pacjentów do samodzielnego administrowania lekiem (w tym w warunkach domowych),
- przeszkolenie pacjenta i/lub opiekunów oraz personelu pielęgniarskiego i farmaceutów z zakresu przechowywania, przygotowywania i podawania leków oraz możliwych działań niepożądanych i sytuacji wymagających kontaktu z ośrodkiem.

Zmiana sposobu finansowania w ramach programów lekowych powinna zachęcać, ale nie zmuszać do stosowania rozwiązań flexcare. Warto zwrócić uwagę, by za nowymi obowiązkami szło również dodatkowe finansowanie. Rozwiązania flexcare powinny być wdrażane stopniowo, np. w określonych grupach pacjentów.

4.1.3. Uwagi menedżerów zarządzających szpitalami

Koncepcja flexcare spotkała się dobrym przyjęciem dyrektorów szpitali, którzy dostrzegli wiele korzyści, zwłaszcza dla pacjenta, ale i dla innych uczestników systemu. Uznali ją za szansę na zmniejszenie obciążenia szpitali. Podkreślono jednak, że nie wszystkie proponowane rozwiązania są odpowiednie dla wszystkich placówek czy programów lekowych.

Menedżerowie zwrócili uwagę na niezbędną indywidualną edukację pacjentów w zakresie modelu, ale też komunikację masową w wymiarze bardziej ogólnym – poruszania się po systemie opieki zdrowotnej.

Uważnego dopracowania wymagają szczegóły odnoszące się do bezpiecznego transportu leku czy możliwości wykonania rutynowych badań kontrolnych poza ośrodkiem i ewentualnej zdalnej oceny stanu pacjenta.

W opinii ekspertów jedną z najważniejszych kwestii do rozwiązania jest obniżenie ryzyka niezapłacenia przez NFZ

za lek zlecony do transportu, nieodebrany przez pacjenta z apteki otwartej lub utylizacja części leku pozostałego po podaniu (pozostawienia kosztu zakupu leku przez placówkę bez refundacji).

Istotne do zaadresowania pozostają kwestie, które utrudniają realizację programów lekowych: ich limitowość i opóźnienia w finansowaniu (nadwykonania), nieadekwatne finansowanie obsługi programu, szczególnie w trybie ambulatoryjnym, nadmierne wymagania i sztywność przepisów.

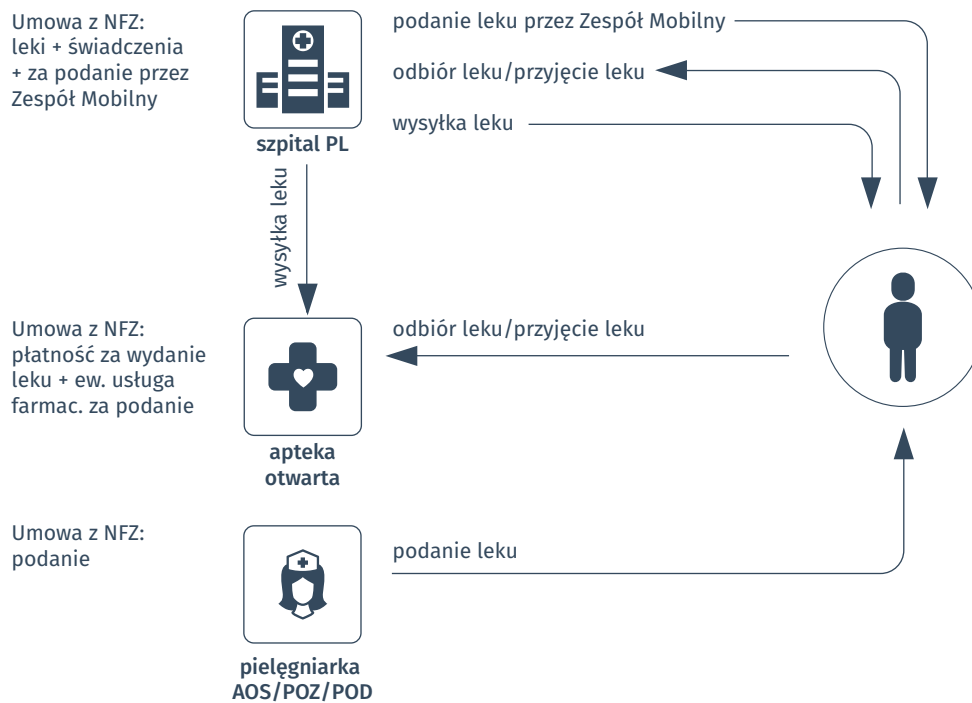
4.2. Rekomendowane rozwiązanie

Na podstawie prac analitycznych oraz konsultacji z interesariuszami zespół ekspertów ustalił rekomendowane rozwiązanie – to wdrożenie etapu 1 opisanego w Tabeli 6.

Schemat organizacyjny działania przedstawiono na rys. 4.

Etap ten obejmuje zmiany jedynie w odniesieniu do leków, których podanie możliwe jest w warunkach pozaszpitalnych – domowych lub z wykorzystaniem zasobów podstawowej opieki zdrowotnej lub innych pielęgniarek systemu (pielęgniarka opieki długoterminowej). Dotyczy to leków doustnych, wziewnych, donosowych oraz do oczu, a także leków podskórnych i dożylnych, jeśli ChPL dopuszcza podanie ich w warunkach domowych.

Rekomenduje się utrzymanie leczenia i wydania / podawania leków w ramach programów lekowych w specjalistycznym ośrodku, odpowiedzialnym za kwalifikację, monitorowanie pacjentów, rozliczanie świadczeń i leków z Narodowym Funduszem Zdrowia. W przypadku podjęcia decyzji o objęciu pacjenta wariantem flexcare możliwa jest realizacja kolejnych wizyt w wariantcie dotychczasowym lub flexcare. Wariant flexcare nie wyłącza zatem możliwości przyjęcia pacjenta w ośrodku specjalistycznym – zakłada się, że oba te warianty będą realizowane



Rysunek 4. Schemat organizacyjny etapu 1 wdrożenia modelu flexicare

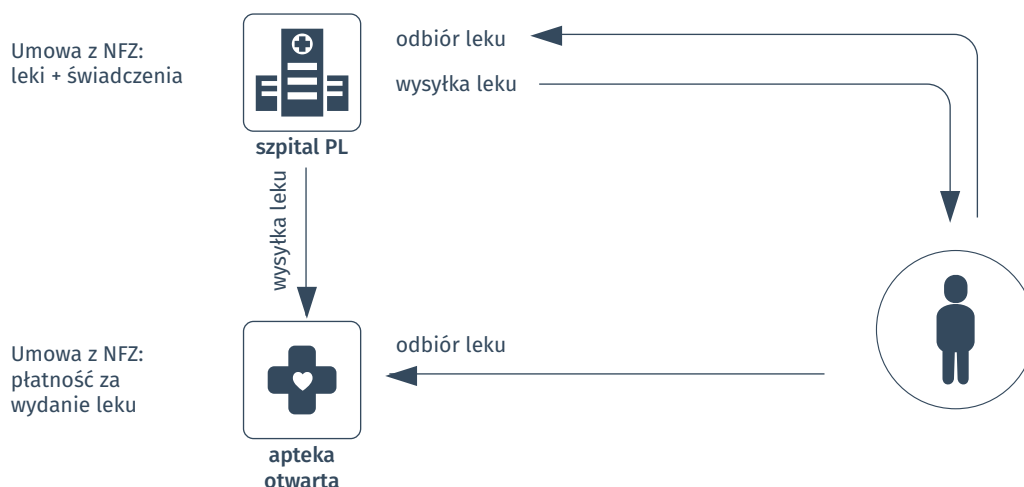
Źródło: opracowanie własne

	leki doustne, wziewne, donosowe, do oczu	leki podskórne gotowe	leki podskórne przygotowywane	leki dożylnie gotowe *	leki dożylnie przygotowywane	leki dokańtowe, doszkliskowe
Odbiór leku	w szpitalu PL	✓	✓	✓	—	—
	w domu	✓	✓	✓	—	—
	w aptece otwartej	✓	✓	✓	—	—
Podanie leku	w szpitalu PL (hosp. jedn., AOS)	✓	✓	✓	✓	✓
	w domu – samodzielnie	✓	✓	✓	—	—
	w domu/amb – pielęgniarka POZ/POD/ Zespół Mobilny	—	✓	✓	—	—
	w aptece otwartej – farmaceuta	—	✓	✓	—	—

* możliwe do podania w warunkach szpitalnych zgodnie z CHPL

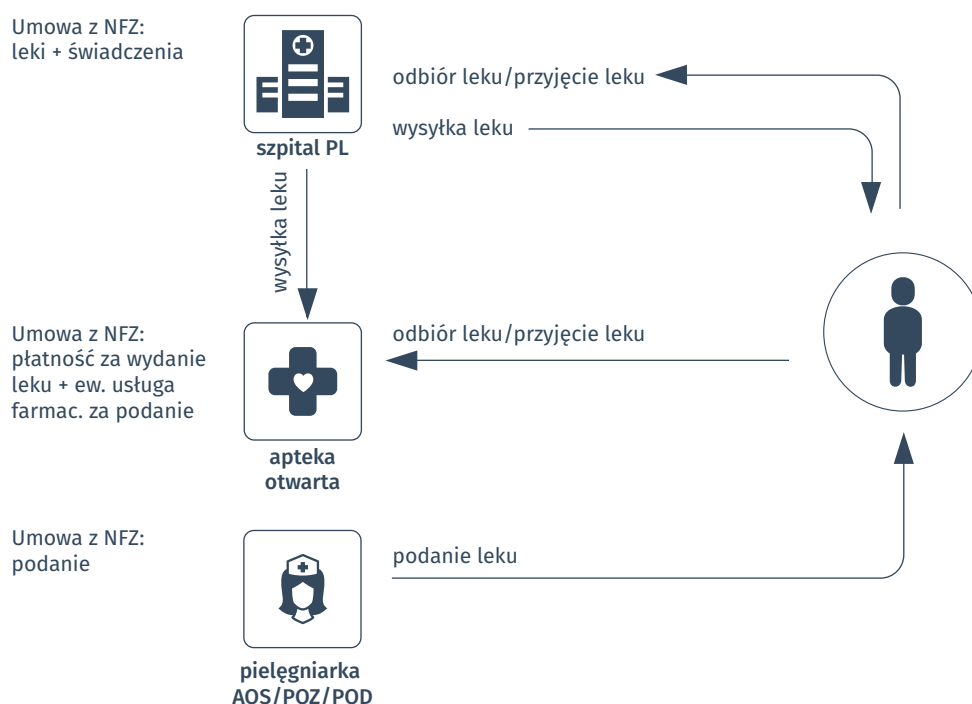
Rysunek 5. Schemat wydań i podań leków w różnych formach podania w warunkach pozaszpitalnych

Źródło: opracowanie własne



Rysunek 6. Schemat wydania/odbioru leku doustnego

Źródło: opracowanie własne



Rysunek 7. Schemat wydania/odbioru oraz podania leku podskórnego

Źródło: opracowanie własne

wymiennie (w zależności od sytuacji klinicznej i wspólnej decyzji pacjenta i lekarza).

Świadczenie w wariantcie standardowym (w ośrodku specjalistycznym) przebiega wówczas analogicznie jak dotychczas: pacjent zgłasza się do ośrodka, gdzie po badaniu

i ocenie wyników badań kontrolnych podejmowana jest decyzją o kontynuacji leczenia i podanie leku lub jego wydanie do samodzielnego przyjmowania w domu.

Świadczenie w wariantcie flexcare inicjuje porada lekarska w ośrodku specjalistycznym, w trakcie której wypisywana

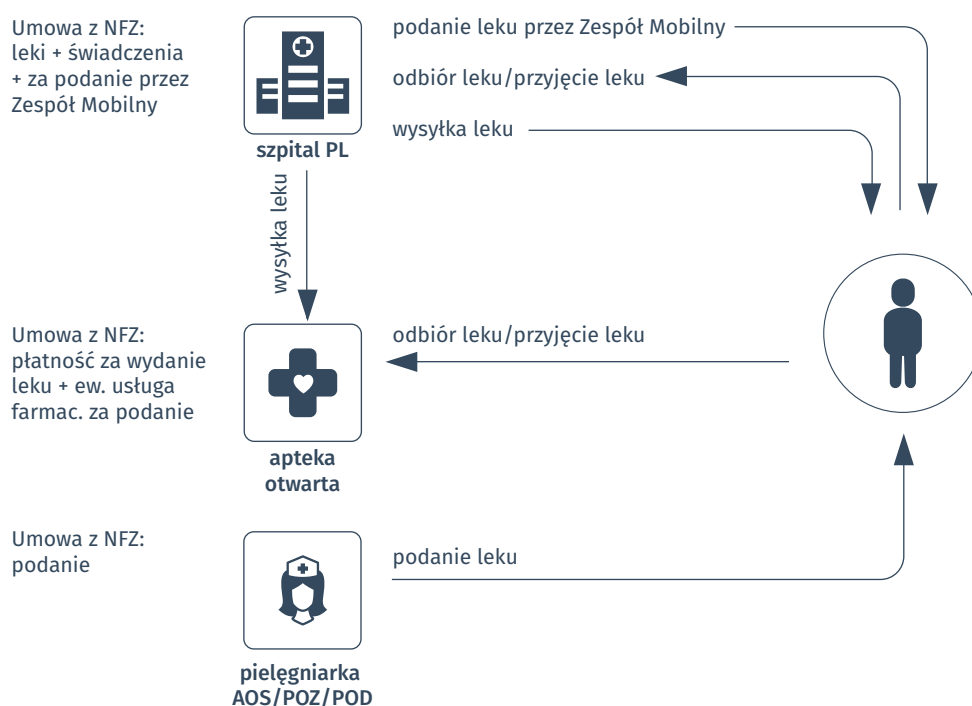
jest e-recepta na lek z programu lekowego (kategoria leku – program lekowy, tj. bezpłatny dla pacjenta) w przypadku wydania leku w aptece otwartej lub zlecenie do apteki szpitalnej, na podstawie którego lek jest wysyłany do domu pacjenta. W trakcie wizyty możliwe jest wydanie zlecenia na podanie leku w warunkach domowych przez pielęgniarkę systemu (POZ lub POD). Takie zlecenie winno mieć formę e-skierowania i być widoczne dla wszystkich uczestników systemu na platformie P1.

W przypadku leków doustnych zakłada się dotychczasową możliwość odbioru leku w aptece szpitalnej ośrodka specjalistycznego, ale także wysyłkę leków do domu lub apteki otwartej. Pacjent na podstawie otrzymanej e-recepty odbiera lek, potwierdza ten fakt na piśmie i jest to data wydania leku sprawozdawana do NFZ.

W przypadku podań podskórnych leku gotowego do podania zakłada się dotychczasową możliwość podania w ośrodku lub odbioru leku w aptece szpitalnej ośrodka specjalistycznego, ale także wysyłkę leków do domu / apteki otwartej. Pacjent na podstawie otrzymanej e-recepty odbiera lek, potwierdza ten fakt na piśmie i jest to data wydania leku, sprawozdawana do NFZ. Podanie wykonuje farmaceuta z apteki otwartej, za co otrzymuje wynagrodzenie bezpośrednio z NFZ (za podanie). W przypadku

prostych podań lub po odpowiednim przeszkoleniu pacjenta lub członków rodziny lek odebrany w aptece otwartej może być także samodzielnie podany w miejscu zamieszkania lub przez personel medyczny – pielęgniarka POZ albo POD – za co otrzymuje wynagrodzenie bezpośrednio z NFZ.

W przypadku podań podskórnych leku wymagającego przygotowania dawki podania, zakłada się dotychczasową możliwość podania w ośrodku lub odbioru leku w aptece szpitalnej ośrodka specjalistycznego, ale także wysyłkę leku przygotowanego w aptece szpitala ośrodka specjalistycznego do domu pacjenta lub do apteki otwartej. Dla leków o krótkim czasie aktywności możliwe jest przygotowanie dawki przez farmaceutę z apteki otwartej (wynagrodzenie za usługę farmaceutyczną – przygotowanie dawki terapeutycznej). Pacjent na podstawie otrzymanej e-recepty odbiera lek, potwierdza ten fakt na piśmie i jest to data wydania leku, sprawozdawana do NFZ. Podanie wykonuje farmaceuta z apteki otwartej, za co otrzymuje wynagrodzenie bezpośrednio z NFZ. W przypadku prostych podań lub po odpowiednim przeszkoleniu pacjenta lub członków rodziny lek odebrany w aptece otwartej może być także samodzielnie podany w miejscu zamieszkania lub przez personel medyczny – pielęgniarka POZ albo POD, za co otrzymuje wynagrodzenie bezpośrednio z NFZ



Rysunek 8. Schemat wydania/odbioru oraz podania leku podskórny wymagającego przygotowania dawki

Źródło: opracowanie własne

(za podanie). Dla tej grupy chorych istnieje możliwość organizacji i realizacji podania przez zespół mobilny, tj. osoby znajdujące się w zasobach ośrodków specjalistycznego, które będą realizować podania w domu pacjenta.

Podania dożylnie, z uwagi na złożoność procesu produkcji, podania oraz częstą konieczność nadzoru nad pacjentem po podaniu, rekomenduje się w chwili obecnej pozostać do realizacji wyłącznie w ośrodku specjalistycznym. Wyjątek stanowią te leki, dla których ChPL dopuszcza podanie ich w warunkach pozaszpitalnych; będą one podlegały analogicznym zasadom jak leki podskórne.

W przypadku przestania leku do apteki otwartej możliwe są dwa wariantowe rozwiązania dotyczące zlecenia leku oraz drogi jego dystrybucji.

Pierwszy z nich, rekomendowany do wdrożenia – to umożliwienie wysyłki leku z apteki szpitalnej do apteki otwartej. E-recepta wystawiona przez klinicystę jest równocześnie zleceniem wysyłki leku do apteki otwartej blisko miejsca zamieszkania pacjenta, którą wcześniej, w trakcie wizyty, wskazał pacjent. Na podstawie recepty apteka szpitalna zleca hurtowni farmaceutycznej dostawę leku do apteki otwartej. Pacjent otrzymuje kod recepty i realizuje ją we wskazanej aptece otwartej, odbierając lek, który jest dla niego przekazany przez ośrodek specjalistyczny. W tym wariantcie apteka otwarta winna mieć dane kontaktowe pacjenta, aby poinformować go o posiadaniu leku na stanie i możliwości jego odbioru. Dane o wydanym leku muszą zostać przekazane z apteki do placówki specjalistycznej, która na tej podstawie rozliczy wydany / podany lek i uzupełni dane w SMPT.

Drugi z wariantów, rekomendowany przez ekspertów klinicznych – to wysyłka leku z hurtowni farmaceutycznej do apteki otwartej (z pominięciem apteki szpitalnej). Proces także inicjuje e-recepta wystawiona przez klinicystę. Pacjent otrzymuje kod recepty i zgłasza się do wybranej przez siebie apteki otwartej. Po otrzymaniu e-recepty apteka zamawia lek w hurtowni, a następnie wydaje / podaje lek pacjentowi. W tym wariantcie należy założyć, że konieczny będzie wcześniejszy kontakt (np. telefoniczny) pacjenta z apteką otwartą lub dwie wizyty pacjenta w aptece, gdyż większości leków, z uwagi na ich koszt, apteki otwarte nie będą trzymały w magazynie. Dane o wydanym leku muszą zostać przekazane do placówki specjalistycznej (lekarza zlecającego), która rozliczy wydany / podany lek. Alternatywnie można rozważyć refundację leku przez NFZ w ramach rozszerzonej umowy na refundację apteczną (za lek wydany pacjentowi zapłaci NFZ bezpośrednio

aptece otwartej). Wariant ten zakłada likwidację informacji o ilości podanego / wydanego leku w SMPT.

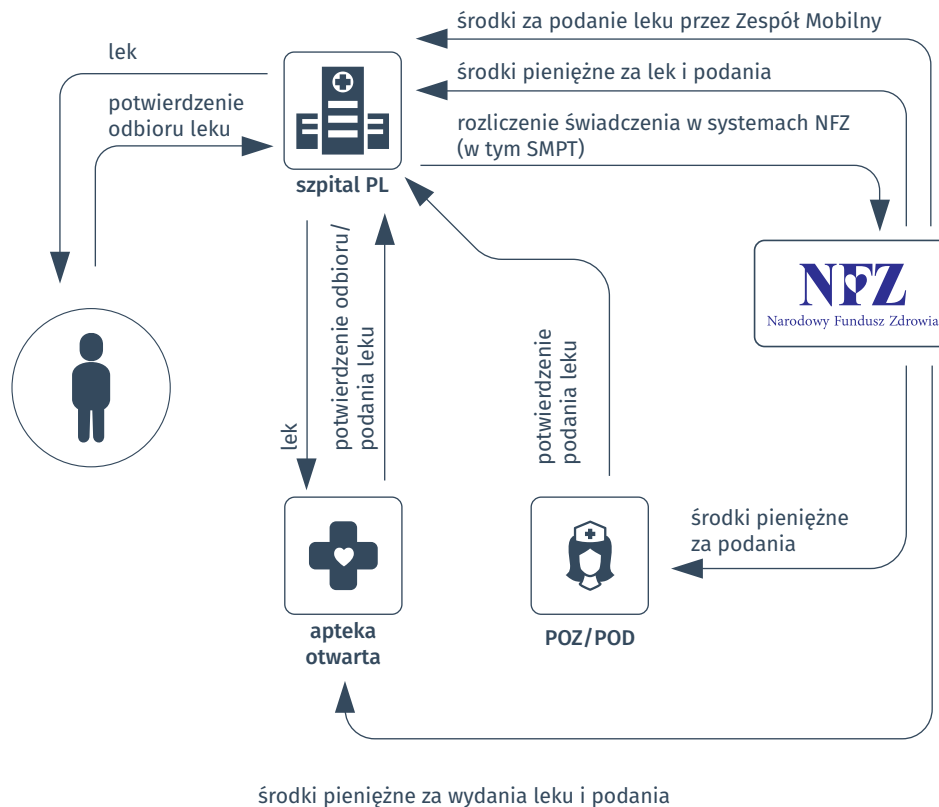
Informacje o wykonanych świadczeniach oraz podanych i wydanych lekach, w tym dane do SMPT, wprowadza i wysyła do Funduszu personel ośrodka specjalistycznego, na podstawie których otrzymuje zapłatę z tytułu realizacji umowy z NFZ.

Proponuje się, by przepływy finansowe za podania / wydania leku pomiędzy uczestnikami procesu oprzeć na modelu:

- ryczałt za opiekę nad pacjentem w programie lekowym dla ośrodka specjalistycznego, rozliczany analogicznie do ryczałtu na diagnostykę, czyli proporcjonalnie do liczby miesięcy objęcia opieką jednego pacjenta lub po wyliczeniu wartości ryczałtu za miesiąc opieki;
- zapłata za wykonane świadczenie (FFS) dla zespołu mobilnego ośrodka specjalistycznego (produkt za realizację podania w domu pacjenta, na podstawie zlecenia lekarza z ośrodka specjalistycznego) lub zastosowanie współczynnika korygującego dla ryczałtu opieki nad pacjentem, któremu podania realizuje zespół mobilny;
- FFS dla pielęgniarek systemu (produkt za realizację podania w domu pacjenta, na podstawie zlecenia lekarza z ośrodka specjalistycznego);
- FFS dla apteki za wydanie i podanie leku przez farmaceutę (w przypadku wydania przez farmaceutę leku z programu lekowego zakłada się brak marży aptecznej z uwagi na limit finansowania przez NFZ wskazany w obwieszczeniu MZ, często niższy od ceny maksymalnej);
- FFS dla apteki za przygotowanie indywidualnej dawki leku i podanie leku przez farmaceutę (zakłada się brak marży aptecznej z uwagi na limit finansowania przez NFZ wskazany w obwieszczeniu MZ, często niższy od ceny maksymalnej).

Rekomendowane rozwiązania powinny wspierać wdrożenie modelu flexcare. Jednocześnie odpowiedni poziom ryczałtu i jego wyptaszczenie dla różnych trybów opieki (zbliżony poziom dla hospitalizacji i opieki ambulatoryjnej) powinien wspierać popularyzację przyjęć ambulatoryjnych i wpisywać się w koncepcję odwracania piramidy świadczeń.

Poniżej przedstawiono podstawowe zmiany, jakich będzie wymagało to rozwiązanie.



Rysunek 9. Przepływy rzeczowo-finansowe i rozliczeniowe w modelu flexicare

Źródło: opracowanie własne

Tabela 7. Obszary zmian związane z wdrożeniem modelu flexicare

zmiany w prawie	<ol style="list-style-type: none"> 1) umożliwienie wysyłki leku do domu lub apteki otwartej – zmiany w prawie w zakresie obrotu lekiem i następcze zmiany w zarządzeniach NFZ 2) zmiany dotyczące wydawania i możliwości realizacji recept w aptece szpitalnej na leki z programów lekowych 3) zmiana w katalogu produktów rozliczeniowych NFZ umożliwiającą elastyczność rozwiązań w zakresie opieki nad pacjentem w programie lekowym
zmiany dla NFZ	<ol style="list-style-type: none"> 1) zmiana konstrukcji finansowania – ryczałt za opiekę lub ewentualnie. nowe produkty rozliczeniowe w zarządzeniu NFZ (np. teleporada lekarz specjalista – pacjent i lekarz specjalista – pielęgniarka / farmaceuta) 2) wprowadzenie systemu premiowania ośrodków realizujących model flexicare 3) zmiany w systemach informatycznych NFZ, umożliwiające wydanie leków “na zewnątrz”, wraz z wprowadzeniem zasady finansowania leku “wydanego” z ośrodka na rzecz konkretnego pacjenta, a nie tylko faktycznie podanego pacjentowi (brak utylizacji leku wydanego do odbioru w aptece otwartej lub do podania w domu pacjenta) 4) uproszczenie systemu SMPT poprzez usunięcie danych dublujących się z innymi systemami
wyceny	<p>wycena nowych produktów rozliczeniowych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ryczałt za opiekę i koordynację oraz podanie leku lub 2) pojedyncze produkty: wysyłka leku do domu/ apteki, podanie leku przez pielęgniarkę/faraceutę, teleporada / wizyta kontrolna
zmiany organizacyjne u świadczeniodawcy	<ol style="list-style-type: none"> 1) zatrudnienie zespołu mobilnego (także spośród personelu spoza ośrodka) 2) organizacja wysyłki leku do domu/apteki otwartej 3) wsparcie procesu raportowania i rozliczania świadczeń na podstawie zewnętrznych danych 4) zawarcie umów / porozumień z realizatorami badań kontrolnych bliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

Źródło: opracowanie własne

4.3. Korzyści z wdrożenia modelu flexcare

Dla wsparcia procesu implementacji modelu flexcare warto rozważyć system zachęt finansowych dla placówek, które będą odchodzić od dotychczasowego modelu opieki nad pacjentami w kierunku opieki pozaszpitalnej. Model ten powinien zakładać wprowadzenie współczynników korygujących dla wybranych świadczeń (np. do ryczału za opiekę), na przykład za osiągnięcie wskazanego odsetka pacjentów w modelu flexcare lub jego wzrost w określonym czasie.

Proponowane zmiany mają na celu stworzenie bardziej efektywnego i zrównoważonego systemu opieki zdrowotnej, który lepiej odpowiada na potrzeby pacjentów i ogranicza niepotrzebne obciążenia zarówno dla nich, jak i dla systemu. Rozwiązanie to nie pozbawia ośrodka specjalistycznej kontroli nad stanem zdrowia pacjenta, również

dzięki umożliwieniu wykorzystania technologii cyfrowych. W przypadku długoterminowych terapii ich korzyści wydają się być bardzo wysokie.

Jednocześnie należy uznać, że model opieki pozaszpitalnej flexcare ma potencjał do dalszego rozwoju i wdrażania kolejnych rozwiązań w ciągu najbliższych lat. Powyższe jest możliwe poprzez sukcesywne zmiany w przepisach prawa oraz budowaniu i właściwej wycenie produktów rozliczeniowych opartych na koncepcji Value-Based Healthcare.

Rozwiązania wskazane w etapach 2 i 3 mogą być inspiracją dla rządzących i stanowić uzupełnienie modelu odwróconej piramidy świadczeń, a dla części świadczeniodawców azymutem dla przekształceń w ośrodki leczenia jednego dnia.

Rozdział 5.

Programy lekowe kwalifikujące się do flexcare

Opracowując model flexcare, podjęto również próbę identyfikacji programów, które potencjalnie kwalifikują się do jego zastosowania.

Pierwszym kryterium oceny była droga podania leków ujętych w danym programie. Za potencjalnie możliwe do zastosowania w modelu flexcare uznano terapie doustne (tabletki, kapsułki, granulaty, roztwory doustne, w tym do przygotowania z formy suchej), dojelitowe, podskórne, krople do oczu, preparaty donosowe i wziewne, a także dożylnie, w przypadku których ChPL dopuszcza możliwość podania przez personel niemedyczny. Przy takich założeniach:

- w 68 istniejących (listopad 2024 r.) programach lekowych wszystkie leki mogą kwalifikować się do flexcare,
- w 38 programach lekowych część leków potencjalnie kwalifikuje się do flexcare,
- dla 27 programów lekowych żaden z leków nie kwalifikuje się do flexcare.

Aktualnie 19 programów, które przyporządkowano do kategorii potencjalnie kwalifikujących się do zastosowania modelu flexcare, ma już w swoich opisach adnotację o możliwości kontynuowania terapii w domu – w odniesieniu do wszystkich bądź części leków.

W odniesieniu do form podskórnych i dożylnych, a także dojelitowych, zwłaszcza dostępnych w opakowaniu jednostkowym innym niż ampułkostrzykawka czy wstrzykiwacz (np. fiolka, proszek) przeanalizowano zapisy ChPL pod kątem konieczności przygotowania dawki dla pacjenta i/lub zastrzeżenia do podawania przez/pod kontrolą personelu medycznego lub konieczności obserwacji po

podaniu leku przez personel medyczny. Takie leki będą miały ograniczone zastosowanie w modelu flexcare zakładającym podanie leku samodzielnie czy przez opiekuna, ciągle jednak mogą być rozważane do podawania poza szpitalem – przez zespół mobilny, pielęgniarkę systemu czy farmaceutę w aptece.

Spośród 178 leków (substancji w danej formie podania), zakwalifikowanych w pierwszym kroku na podstawie drogi podania, 33 wymagają przygotowania dawki przed podaniem w każdym lub w określonym przypadku (np. przy wadze ciała poniżej 60 kg czy w przypadku dzieci). Trzy spośród nich są podawane w sposób ciągły za pomocą pompy. Tylko 9 leków, w tym 1 niewymagający przygotowania dawki, powinno być podawanych przez personel medyczny lub pod jego nadzorem.

Spośród 68 programów lekowych, dla których wszystkie leki w pierwszym kroku potencjalnie zakwalifikowano do flexcare, 47 obejmuje leki niewymagające przygotowania dawki, a 21 – wymagające takiego przygotowania. Dodatkowo, niektóre leki w przypadku 6 programów (w tym jednego z lekiem niewymagającym dostosowania dawki) powinny być podawane przez personel medyczny lub pod jego nadzorem. Podsumowując, w przypadku 46 programów lekowych potencjalnie nie ma konieczności asysty personelu, zaś w 22 programach jest on zalecany w przypadku niektórych leków.

Należy mieć na uwadze, że powyższa analiza opiera się tylko na informacjach ze wskazanych dokumentów, a ostateczna decyzja o rozważeniu wdrożenia modelu flexcare zawsze będzie należała do lekarza prowadzącego leczenie.

Tabela 8. Programy lekowe spełniające warunki kwalifikacyjne dla modelu flexcare

38	68	27	46	22
Częściowo	Tak	Nie	Nie wymaga asysty personelu	Może wymagać asysty personelu
B.10.	B.19.	B.18.	B.14.	B.1.
B.12.FM.	B.20.	B.22.	B.21.	B.19.
B.133.	B.21.	B.24.	B.27.	B.20.
B.15.	B.27.	B.25.	B.50.	B.38.
B.17.	B.38.	B.28.	B.56.	B.41.
B.23.	B.41.	B.30.	B.61.	B.42.
B.29.	B.42.	B.40.	B.71.	B.44.
B.31.	B.44.	B.52.	B.74.	B.64.
B.32.	B.50.	B.57.	B.76.	B.82.
B.33.	B.56.	B.70.	B.8.	B.86.
B.35.	B.61.	B.73.	B.81.	B.90.
B.36.	B.64.	B.75.	B.87.	B.101.
B.37.	B.71.	B.77.	B.89.	B.111.
B.39.	B.74.	B.95.	B.106.	B.128.FM.
B.4.	B.76.	B.110.	B.107.	B.129.FM.
B.47.	B.8.	B.117.	B.108.FM.	B.134.
B.5.	B.81.	B.118.	B.109.	B.142.
B.54.	B.82.	B.125.	B.112.	B.145.
B.55.	B.86.	B.131.	B.113.	B.151.
B.58.	B.87.	B.137.FM.	B.115.	B.156.
B.59.	B.89.	B.139.	B.119.	B.163.FM.
B.6.	B.90.	B.141.FM.	B.121.	B.165.
B.62.	B.1.	B.148.	B.122.	
B.65.	B.101.	B.150.	B.123.	
B.66.	B.106.	B.157.	B.124.	
B.67.	B.107.	B.158.FM.	B.126.	
B.79.	B.108.FM.	B.159.	B.127.	
B.85.	B.109.		B.130.	
B.88.	B.111.		B.132.	
B.9.FM.	B.112.		B.135.	
B.96.	B.113.		B.136.FM.	
B.97.	B.115.		B.138.FM.	
B.98.	B.119.		B.140.	
B.99.	B.121.		B.143.	
B.102.FM.	B.122.		B.144.	
B.104.	B.123.		B.146.	
B.105.	B.124.		B.147.	

38	68	27
Częściowo	Tak	Nie
B.114.	B.126.	
	B.127.	
	B.128.FM.	
	B.129.FM.	
	B.130.	
	B.132.	
	B.134.	
	B.135.	
	B.136.FM.	
	B.138.FM.	
	B.14.	
	B.140.	
	B.142.	
	B.143.	
	B.144.	
	B.145.	
	B.146.	
	B.147.	
	B.149.	
	B.151.	
	B.152.FM.	
	B.153.	
	B.154.FM.	
	B.155.	
	B.156.	
	B.160.	
	B.161.	
	B.162.	
	B.163.FM.	
	B.164.	
	B.165.	

46	22
Nie wymaga asysty personelu	Może wymagać asysty personelu
B.149.	
B.152.FM.	
B.153.	
B.154.FM.	
B.155.	
B.160.	
B.161.	
B.162.	
B.164.	

XXX – PL posiadające w swoich opisach adnotację o możliwości kontynuowania terapii w domu – w odniesieniu do wszystkich bądź części leków
Źródło: opracowanie własne

Rozdział 6.

Studium wykonalności

Na podstawie opisanych założeń modelu flexcare dokonano estymacji wpływu rekomendowanego rozwiązania na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia. Uwzględniając analizę otoczenia, a zwłaszcza bodźce wynikające z istniejących mechanizmów finansowych, które zniechęcają do stosowania podejścia flexcare, zaproponowano model oparty na następujących filarach:

- Wycena ryczałtowa dla szpitali specjalistycznych stanowiąca zachętę dla wdrażania elastycznych rozwiązań.
- Ryczałt obejmuje koordynację pacjenta, realizację wizyt w placówce specjalistycznej oraz teleporady w razie konieczności. Poziom ryczałtu ustalany będzie indywidualnie dla każdego programu lekowego i uzależniony przede wszystkim od liczby wizyt. W okresie przejściowym jego poziom może być powiązany z istniejącą strukturą świadczeń (w szczególności relacją wizyt ambulatoryjnych i hospitalizacji)
- Wprowadzenie zbliżonej wyceny wizyt hospitalizacji jednodniowej i ambulatoryjnej, jako zachęty dla przyjmowania pacjentów w trybie ambulatoryjnym, również w odniesieniu do pacjentów nieobjętych modelem flexcare.
- Wydanie leku przez aptekę otwartą – wartość dla potrzeb szacowania BIA ustalono na poziomie 15 zł za wydanie. **Zaproponowana stawka stanowi minimalny próg przyjęty dla potrzeb kalkulacji. W przypadku konieczności zwiększenia impulsu ekonomicznego dla aptek do realizacji działań w ramach flexcare stawka mogłaby zostać podniesiona.**
- Podanie leku przez pielęgniarkę POZ lub uprawnionego farmaceutę – wartość dla potrzeb szacowania BIA ustalono na poziomie odpowiadającym aktualnej wycenie świadczeń w aptekach – 33,37 zł za usługę.
- Podanie leku przez zespół mobilny – wartość dla potrzeb szacowania BIA ustalono na poziomie stanowiącym 3-krotność podania w miejscu, na podstawie analizy kosztów – 100,11 zł za usługę.
- Współczynnik koordynacji flexcare – w przypadku świadczeniodawców, którzy osiągną poziom co najmniej 50 proc. pacjentów objętych modelem flexcare dla danego programu lekowego, określenie współczynnika na poziomie 5 proc.
- Dla pełnego bilansu finansowych aspektów wdrożenia rozwiązań flexcare trzeba wskazać, że wiąże się ono z uwolnieniem potencjału szpitali specjalistycznych i podniesieniem dostępności usług realizowanych przez te placówki.

Utworzenie dodatkowych świadczeń, takich jak:

Tabela 9. Wydatki płatnika w sytuacji braku modelu flexcare (dane za 2023 r.)

Kategoria wydatków	Liczba	Wartość sprawozdana
Hospitalizacja	3 981	7 920 333 zł
Hospitalizacja jednodniowa	58 027	43 677 969 zł
Wizyty ambulatoryjne	183 049	31 525 333 zł
Suma	245 057	83 123 634 zł

Źródło: opracowanie własne

Tabela 10. Wydatki płatnika na różnych stadiach wdrożenia modelu flexcare

Kategoria wydatków	Wydatki aktualnie	Wdrożenie 0%	Wdrożenie 30%	Wdrożenie 50%	Wdrożenie 80%
Hospitalizacja		7 920 333 zł	7 920 333 zł	7 920 333 zł	7 920 333 zł
Hospitalizacja jednodniowa – pacjenci poza flexcare		24 859 056 zł	17 401 340 zł	12 429 528 zł	4 971 811 zł
Wizyty ambulatoryjne – pacjenci poza flexcare		48 088 146 zł	33 661 702 zł	24 044 073 zł	9 617 629 zł
Ryczałt flexcare			20 836 952 zł	34 728 253 zł	55 565 205 zł
Przychody szpitali za przyjęcia pacjentów bez współczynnika		80 867 535 zł	79 820 326 zł	79 122 186 zł	78 074 978 zł
Współczynnik koordynacji flexcare			1 041 848 zł	1 736 413 zł	2 778 260 zł
Przychody szpitali za przyjęcia pacjentów ze współczynnikiem		80 867 535 zł	80 862 173 zł	80 858 599 zł	80 853 238 zł
Wydania apteki otwarte			1 084 842 zł	1 808 070 zł	2 892 912 zł
Podania leków			285 611 zł	476 018 zł	761 628 zł
Suma	83 123 634 zł	80 867 535 zł	82 232 626 zł	83 142 687 zł	84 507 778 zł
Liczba pacjentów objęta flexcare			17 128	28 547	45 675

Źródło: opracowanie własne

Poniżej przedstawiono wpływ na budżet płatnika na podstawie kalkulacji dla 51 programów lekowych, które spełniają warunki przejścia do wariantu flex, dla których dostępne były dane na temat liczby pacjentów, liczby i wartości świadczeń oraz liczby świadczeniodawców.

Jak wynika z Tabeli 9, najwięcej pacjentów otrzymuje świadczenie w trybie ambulatoryjnym, ale wydatki płatnika są najwyższe za świadczenia realizowane w trybie hospitalizacji jednodniowej.

Poniżej przedstawiono kalkulację wpływu na budżet (ang. BIA, budget impact analysis) zakładając wprowadzenie ryczałtowej płatności za opiekę flexcare na poziomie średniej ważonej dla wizyt ambulatoryjnych i jednodniowych, ze wskaźnikiem 97 proc. Dodatkowo w modelu założono jednolitą wycenę wizyt ambulatoryjnych i hospitalizacji jednodniowej, ustaloną na poziomie odpowiadającym również średniej ważonej takiej wizyty, ze wskaźnikiem 97 proc. Założono płatność dla aptek otwartych za każde wydanie oraz finansowanie podania leku dla pielęgniarki POZ/farmaceuty dla wszystkich pacjentów w programach lekowych, w których leki są podawane podskórnie lub dożylnie.

Poniżej przedstawiono wpływ na budżet płatnika, przy założeniach, że:

- Model flexcare nie będzie wdrażany przez szpitale, natomiast zostanie wprowadzona ujednoczona wycena świadczeń hospitalizacji jednodniowej i wizyt ambulatoryjnych,
- Wydatki na hospitalizację nie ulegną zmianie, natomiast 30 proc. pacjentów przejdzie w model flexcare i 30 proc. szpitali będzie kwalifikować się do wskaźnika koordynacji,
- Wydatki na hospitalizację nie ulegną zmianie, natomiast 50 proc. pacjentów przejdzie w model flexcare i 50 proc. szpitali będzie kwalifikować się do wskaźnika koordynacji,
- Wydatki na hospitalizację nie ulegną zmianie, natomiast 80 proc. pacjentów przejdzie w model flexcare i 80 proc. szpitali będzie kwalifikować się do wskaźnika koordynacji.

Proponowane mechanizmy finansowe stanowią zachętę dla szpitali specjalistycznych do kierowania pacjentów na ścieżkę flexcare, zapewniając dodatkowy przychód dzięki wprowadzeniu współczynnika koordynacji.

Rozdział 7.

Podsumowanie

Realizacja programów lekowych wskazuje na kilka obszarów uzasadniających analizę możliwości elastycznych form podawania leków. Pacjenci niekiedy muszą pokonywać znaczne odległości, aby dotrzeć do specjalistycznych ośrodków, co generuje wysokie koszty związane z dojazdem i ogranicza możliwości aktywnego życia społecznego i zawodowego pacjentów, a także ich opiekunów. Dojazdy do ośrodków są szczególnie uciążliwe dla osób starszych, przewlekle chorych lub mieszkających daleko od dużych miast. Częste wizyty w ośrodkach, związane z podaniem leku, prowadzą do zwiększonej absencji w pracy i obniżenia jakości życia pacjentów.

Kolejnym istotnym problemem jest niedobór zasobów w ośrodkach specjalistycznych, co prowadzi do długich kolejek, czyli wydłużonego czasu oczekiwania na leczenie. Zasoby kadrowe są ograniczone, a rosnąca liczba pacjentów leczonych w programach lekowych coraz mocniej obciąża infrastrukturę medyczną. Wysokie koszty utrzymania pacjentów w szpitalach, zwłaszcza gdy ich stan zdrowia nie wymaga intensywnego nadzoru, są problemem zarówno dla placówek medycznych, jak i dla całego systemu ochrony zdrowia.

Obecny system rozliczeń często motywuje do przyjęć szpitalnych. Pacjenci są przyjmowani do szpitali na procedury, które mogłyby być realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub nawet domowych, co obniżyłoby koszty leczenia i zwiększyło dostępność zasobów.

Przeniesienie części programów lekowych bliżej miejsca zamieszkania pacjentów powinno poprawić dostępność

do leczenia. Możliwość podawania leków w warunkach domowych, szczególnie w przypadku leków doustnych i podskórnych, jest jednym z proponowanych kierunków zmian. Proponowane rozwiązanie obejmuje zmiany inkrementalne, w szczególności w odniesieniu do leków, które mogą być podawane w warunkach domowych. Ta zmiana jest relatywnie najłatwiejsza do wdrożenia, bo wymaga najmniej zmian prawnych, a jednocześnie przyniesie wymierne korzyści dla pacjentów i systemu – ponieważ leki objęte zmianą stanowią istotną grupę wszystkich leków dostępnych w programach lekowych.

Przedstawione propozycje zmian zakładają zwiększenie liczby procedur realizowanych w warunkach ambulatoryjnych zamiast w szpitalach. Wsparciem dla zmiany będzie przede wszystkim wprowadzenie instrumentów finansowych, opartych na świadczeniu ryczałtowym oraz wyrównaniu przychodów przy świadczeniach realizowanych w różnych trybach. Ostabią one mechanizm motywujący do zwiększania liczby wykonywanych świadczeń. Teleporady czy telekonsultacje mogą również wspierać ten kierunek zmian, pozwalając na skuteczniejsze zarządzanie opieką nad pacjentami bez potrzeby ich częstych wizyt w placówkach medycznych.

Proponowane rozwiązanie będzie prowadzić do uelastyczenia istniejącego systemu, co wynika z propozycji zmian w instrumentach finansowych, a czego wzmocnieniem jest propozycja ograniczenia zakresu informacji przekazywanych do NFZ za pośrednictwem systemu SMPT.

KOMENTARZE EKSPERTÓW

EKSPERCI KLINICZNI:

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos

kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie,
prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów

Flexcare, czyli opiekę elastyczną, można wprowadzać na wielu poziomach. Wiem, że środowiska zajmujące się pacjentami reumatologicznymi, z chorobami autoimmunologicznymi, myślą nawet o przesunięciu świadczeń specjalistycznych aż do POZ. Sądzę, że to pomysł bardzo odważny i nie jestem przekonany, że teraz wykonalny, ale na pewno odpowiadający międzynarodowym tendencjom. W hematologii byłibyśmy bardzo zadowoleni, gdyby się udało w pełni wykorzystać ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i poprawić współpracę z POZ.

Zmiany, jakie zaszły w hematologii w ostatnich latach, są związane z odchodzeniem od chemioterapii, a nawet od immunochemioterapii w kierunku terapii celowanych lub nowoczesnych immunoterapii, które nie muszą być łączone z chemioterapią. To są leki podawane albo podskórnie, albo doustnie, co pozwala, aby chory przyjmował je ambulatoryjnie. W Polsce dostępność najnowszych terapii jest ściśle związana z programami lekowymi, z których większość ma obostrzenia uniemożliwiające wykorzystanie w pełni możliwości AOS. Dotyczą one np. konieczności hospitalizacji albo dostępności do apteki, przygotowywanej leki, co w tym przypadku nie ma zastosowania, bo leki w postaci tabletek są gotowe. Dlatego wydaje się, że niektóre obostrzenia NFZ w kontraktowaniu programów lekowych nie są dostosowane do aktualnych terapii.

W Polsce mamy prawie 50 oddziałów i klinik hematologicznych, które zapewniają dostępność programów lekowych, a przy nich działają poradnie automatycznie zapewniające również dostęp do nowoczesnych leków. Sumarycznie jednak ponad dwa razy tyle specjalistycznych poradni hematologicznych spełnia wymagania kontraktowe, czyli zatrudnia odpowiedniej jakości specjalistów, chociaż znaczna część nie ma zakontraktowanych programów lekowych. To jest problem do szybkiego rozwiązania, nawet nim zostanie wprowadzony model elastycznej opieki. Pierwszym krokiem byłoby udostępnienie programów

lekowych wszystkim poradniom ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W ten sposób dostęp do nowoczesnego leczenia zdecydowanie by się poprawił.

Wdrażanie modelu flexcare wymaga oczywiście edukacji, współpracy lekarzy z ośrodków na różnym poziomie referencyjności i muszą za tym iść narzędzia finansowe. Jednym z takich narzędzi jest jednorazowa porada specjalistyczna, która mogłaby trochę przypominać zasady koordynowanej opieki dotyczącej najczęstszych chorób. Chodzi o to, żeby lekarz POZ miał możliwość pojedynczej konsultacji specjalistycznej, która nie wymagałaby zapisywania pacjenta do kolejki w AOS. I znowu, żeby to funkcjonowało, niezbędne jest narzędzie rozliczeniowe, tak jak w koordynowanej opiece, ale również obowiązek dla hematologa wydania pisemnego zaświadczenia czy też zaleceń dotyczących dalszej diagnostyki, leczenia i dalszego postępowania. Teraz koledzy z POZ mówią, że ich pacjent trafia do AOS hematologicznego i nie mają po tym żadnego śladu. Dopóki nie uruchomimy systemu P1, elektronicznej bazy danych medycznych, to taka zwrotna informacja musi być przekazywana.

Model elastycznego podejścia do opieki w hematologii może się doskonale sprawdzić. Jeszcze raz podkreślę, że wiele najnowszych terapii nie wymaga długotrwałych hospitalizacji – to najczęściej leki celowane w postaci doustnej i podskórnej, które pacjent może bez problemu przyjmować w warunkach ambulatoryjnych. Pozwala to odblokować miejsca dla innych terapii, np. wysoce specjalistycznych CAR-T, które nie mogą być podawane ambulatoryjnie.

Jeśli będą dobre narzędzia rozliczeniowe, czyli lepsze wyceny wysokospecjalistycznych procedur, będzie to motywowało ośrodki do rozwoju. Chętniej zastosują wysokospecjalistyczną technologię zamiast obsługiwać 20 pacjentów z programu lekowego ze stabilnymi wynikami, będących w remisji, którym nic się nie dzieje. Ci chorzy

naprawdę nie muszą jechać 200 km do ośrodka referencyjnego, bo mogą dużo bliżej miejsca zamieszkania otrzymać leczenie. Do tego pacjent, który nie musi się

pojawić w dużym ośrodku, jest mniej narażony na infekcje, nie musi brać zwolnienia z pracy, czyli mamy dodatkowe korzyści dla niego i całego systemu.

prof. dr hab. n. med. Karina Jahnz-Różyk

Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii i Immunologii Klinicznej
Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy,
krajowa konsultant w dziedzinie alergologii

Z wielkim zainteresowaniem zapoznałam się z raportem „Ocena zasadności wprowadzenia modelu flexcare – zmiany modelu opieki nad pacjentami leczonymi w programach lekowych i umożliwienie kontynuacji realizacji świadczeń opieki zdrowotnej poza szpitalem – w warunkach AOS, POZ, opieki domowej”.

Od wielu lat zajmuję się programami lekowymi i byłam świadkiem wprowadzenia do systemu opieki zdrowotnej nowoczesnych leków, w większości niezwykle skutecznych – zmniejszających śmiertelność polskich pacjentów, poprawę jakości ich życia, powrotu do pracy, do szkoły, ale także korzyści dla systemu, wynikające ze zmniejszenia liczby hospitalizacji, wizyt ambulatoryjnych i stosowania innych, mniej skutecznych leków.

Program lekowy jest decyzją refundacyjną, podejmowaną przez Ministra Zdrowia i w mojej ocenie jest rozwiązaniem

korzystnym dla wielu pacjentów, umożliwiającym im dostęp do innowacyjnych terapii.

Wraz z postępem, dokonującym się w medycynie kryteria włączenia do programów lekowych i inne zapisy powinny być modyfikowane. W Raporcie wskazano na pewne niedogodności, związane z programami lekowymi i zaproponowano elastyczne podejście do ich realizacji („Model Flexcare”). Myślę, że jest to ciekawa propozycja, chociaż wymaga akceptacji wielu podmiotów funkcjonujących w polskim systemie ochrony zdrowia – pacjentów, personelu medycznego, płatnika (NFZ) i regulatora (Ministra Zdrowia). Realizacja powyższego przypadku niestety na trudny czas w skali globalnej.

Raport polecam wszystkim, dla których problematyka programów lekowych jest ważna i interesująca.

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Jamroziak

Katedra i Klinika Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Dzięki wysiłkom Ministerstwa Zdrowia w ostatnich latach obserwujemy w Polsce znaczący postęp w zakresie refundacji nowoczesnych terapii lekowych. W wielu dziedzinach medycyny, np. w przypadku większości nowotworów hematologicznych, poziom dostępności do zaawansowanych leków dla polskich pacjentów osiągnął już lub bardzo zbliżył się do standardu obowiązującego w krajach Europy Zachodniej i Północnej. W przyjętym w naszym kraju modelu opieki, te nowoczesne i zarazem najczęściej bardzo kosztowne terapie są dostępne w ramach programów lekowych Narodowego Funduszu Zdrowia, które są zazwyczaj kontraktowane i realizowane w dużych szpitalach specjalistycznych. Taka centralizacja programów

lekowych jest częściowo uzasadniona potrzebą specjalistycznego nadzoru nad stosowaniem nowoczesnych, zaawansowanych terapii. Z drugiej strony, sytuacja ta jest niekorzystna dla chorych i ich opiekunów, ponieważ wiąże się z koniecznością częstych, kosztownych i czasochłonnych dojazdów na wizyty kontrolne i podania leków do szpitali czasami znacznie oddalonych od ich miejsca zamieszkania. Ponadto, model ten stanowi duże obciążenie dla szpitali specjalistycznych, angażując personel, który jest potrzebny do wykonywania innych wysokospecjalistycznych procedur.

Projekt „Flexcare” jest innowacyjną próbą znalezienia rozwiązania powyższych problemów poprzez przeniesienie części procedur wykonywanych w ramach programów lekowych na niższe poziomy opieki, w tym szczególnie poziom ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Dotyczyłoby to przede wszystkim kontynuacji leczenia (np. wydawania leków doustnych, wykonywania podskórnych podań leków, rutynowych badań kontrolnych) u stabilnych pacjentów zakwalifikowanych wcześniej w szpitalach specjalistycznych do udziału w programie lekowym.

Propozycje zawarte w modelu „Flexcare” są zgodne z nowoczesną tendencją do odwrócenie piramidy świadczeń

zdrowotnych i opierają się na rozwiązaniach wypróbowanych i z powodzeniem stosowanych w innych krajach. Jednak jak każda duża zmiana w funkcjonującym od lat systemie, jest to również duże wyzwanie, które wymaga przemyślanych działań. Wprowadzenie promowanych rozwiązań wiąże się z konieczności zmiany obowiązujących regulacji prawnych i administracyjnych, edukacji wszystkich interesariuszy, a także, co bardzo ważne, wprowadzenia odpowiednich rozwiązań (zachęt) finansowych. W mojej opinii stopniowe i konsekwentne wprowadzanie proponowanych rozwiązań spowoduje bardzo korzystne skutki zarówno dla polskich pacjentów, jak i systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Kopec

Klinika Chorób Serca i Naczyń
Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Program Flexcare wskazuje kierunki zmian w zakresie realizacji programów lekowych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Szczególne znaczenie mają ograniczenie liczby wizyt w ośrodkach wysokospecjalistycznych, realizujących programy lekowe, poprzez przeniesienie części zadań do podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz aptek w rejonie zamieszkania pacjenta. Proponowane jest też utworzenie mobilnych zespołów, które zajmowałyby się podawaniem leków, których pacjent nie może podawać sobie samodzielnie w domu. W raporcie podkreślona jest też rola ośrodków wysokospecjalistycznych, które zachowują dotychczasową rolę w zakresie podejmowania kluczowych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych,

Zmniejszenie liczby wizyt, o ile jest to możliwe z perspektywy bezpieczeństwa terapii, ma umożliwić chorym, szczególnie z chorobami przewlekłymi, wymagającymi wieloletniej terapii, unikanie abstynencji w pracy lub w szkole. Jednocześnie może odciążać system opieki wysokospecjalistycznej. Projekt przedstawia propozycje rozwiązań i narzędzi, które w dalszej kolejności powinny być przedyskutowane przez zespoły leczące określone grupy chorych i odpowiednio wykorzystane.

Dużą rolę w realizacji programów lekowych należy przypisać działaniom o charakterze koordynacyjnym zarówno na

poziomie podstawowej opieki zdrowotnej jak i w ośrodkach wysokospecjalistycznych.

Autorzy raportu wskazują na nieuzasadnione obciążenie zespołów prowadzących program lekowy raportowaniem tych samych danych przez różne platformy wysyłanych do Narodowego Funduszu Zdrowia, co wynika z obowiązku wprowadzania części danych medycznych jak również rozliczania leków w Systemie Monitorowania Programów Lekowych. Istotne byłoby stworzenie mechanizmów wykorzystania raz wprowadzonych danych do systemu elektronicznego przez różne platformy bez konieczności udziału w tym zadaniu kadr medycznych.

Nieodzwonne jest wykorzystanie narzędzi teleinformatycznych w prowadzeniu przewlekłe chorych w ramach programów lekowych. Oszczędza to koszty leczenia jak również bezpośrednio obciążenie finansowe pacjenta, w tym to, które wynikają z kosztów podróży. Wykorzystanie systemów zdalnych zwiększa swoją rolę wraz z wprowadzaniem nowych skuteczniejszych leków o dobrym profilu bezpieczeństwa. Zastąpienie części wizyt stacjonarnych wizytami zdalnymi może mieć szczególne znaczenie u pacjentów z wielochorobowością, wymagających opieki wielospecjalistycznej.

Kluczowe znaczenie dla zwiększenia możliwości podań leków w domu ma edukacja pacjenta, rodziny oraz lekarzy i pielęgniarek w rejonie chorego. Środki na edukację

powinny być częścią systemu finansowania programów lekowych podobnie jak koszty wspomnianych wyżej koordynatorów.

Wydawanie części leków przez apteki w rejonie pacjenta może ułatwić funkcjonowanie chorego. Trudniejsze z punktu widzenia organizacji jest podawanie leków w aptece, wymagało by to znacznego przygotowania organizacyjnego.

prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk

Klinika Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Ośrodek Ekspercki Chorób Rzadkich Nerwowo-Mięśniowych

Jestem neurologiem, dlatego moje uwagi odnoszą się wyłącznie do programów lekowych (PL) w chorobach nieonkologicznych, każda z dziedzin medycyny i chorób, w których dostępne są terapie w PL ma swoją specyfikę.

Z punktu widzenia lekarza nadrzędnym zadaniem związanym z realizacją PL jest zachowanie bezpieczeństwa i skuteczności terapii, wysoka wartość merytoryczna opieki przewlekłej, a także dostępność terapii dla wszystkich wymagających jej pacjentów. Z punktu widzenia pacjenta optymalne jest realizowanie terapii przewlekłych w sposób, który minimalizuje niedogodności i koszty pośrednie (np. absencja w pracy pacjenta, lub pacjenta i opiekuna). Decyzje dotyczące sposobu realizacji programów lekowych muszą uwzględniać uwarunkowania ekonomiczne, możliwości kadrowe i organizacyjne prowadzących je świadczeniodawców/podmiotów. W przypadku wielu terapii doustnych lub podskórnych optymalny wydaje się cytowany model z okresu pandemii – wysyłki leku do pacjenta, w kontrolowanych warunkach, lub możliwość wystawiania recepty do apteki otwartej, która byłaby odpowiedzialna za wydanie i rozliczenie leku. Dobrze obecnie funkcjonuje np. przejście z terapii dożylnych na podskórne. Rozwiązanie takie powinno być dostępne znacznie szerzej.

W mojej ocenie Raport nie daje pełnej diagnozy sytuacji obecnej. PL obecnie nie są „niskorentowne”, jak piszą autorzy raportu, są z reguły nierentowne. Realizacja wiąże się z ryzykiem finansowym (wskazany wyraźnie przez zaproszonych do udziału w Raporcie przedstawicieli świadczeniodawców). PL generują rozbudowane zadania administracyjne i biurokratyczne, angażujące przeciążony biały personel. Koniecznym pierwszym krokiem w mojej ocenie powinno być urealnienie wyceny tzw. „obsługi PL”, czyli kosztów pracy ludzkiej. Hospitalizacja związana z podaniem leku nie jest aktem mechanicznego podania leku, jest zwykle pełnym świadczeniem na rzecz pacjenta

ze skomplikowanym problemem zdrowotnym, wymagającym zaangażowania wysoko wykwalifikowanego zespołu (lekarz, -e, pielęgniarka, czasem fizjoterapeuta). A wycena jest znacznie niższa niż tych samych procedur zrealizowanych przez taki sam zespół poza programem, w ramach JGP.

Kolejnym krokiem powinno być premiowanie ośrodków prowadzących już dużą liczbę pacjentów w określonym programie (np. powyżej mediany lub górny kwartył). Płatnik powinien mieć narzędzia wspierające ośrodki prowadzące PL, a także dążyć do kontraktowania wybranych PL w ośrodkach „blisko pacjenta”, odchodząc od pojęcia „wystarczającej” liczby ośrodków w województwie. Obecnie ze względów finansowych i organizacyjnych wielu świadczeniodawców nie jest zainteresowanych przystąpieniem do nowych programów, jak i włączaniem nowych pacjentów do już realizowanych przez siebie programów. Dopiero po urealnieniu warunków prowadzenia PL pojawi się potencjał współpracy w jednym z zaproponowanych modeli „satelitarnych” lub „unitów mobilnych”. Odnoszę wrażenie, że w cytowanych (str. 36) uwagach ekspertów klinicznych, a więc osób realizujących na co dzień PL wybrzmiewa nuta podobnego jak mój sceptycyzmu. „Wszyscy zgodzili się, że kluczowe jest, aby każda zmiana była dobrze przemyślana i oparta na realnych możliwościach systemu ochrony zdrowia.” W pełni identyfikuję się z tym stwierdzeniem.

prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski
Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
krajowy konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej

Coraz większa liczba zachorowań na nowotwory złośliwe i poprawa rokowania chorych związana z wprowadzaniem bardziej skutecznych metod rozpoznawania i leczenia jest przyczyną większych wyzwań stojących przed systemem ochrony zdrowia. Zwiększa się zakres wskazań do wykorzystywania systemowego leczenia przeciwnowotworowego, którego stosowaniem zajmują się głównie specjaliści z zakresu onkologii klinicznej. Z drugiej strony liczba specjalistów w zakresie onkologii klinicznej nie jest wystarczająca, co – wobec rosnącej liczby zadań – uzasadnia racjonalizację wykorzystania kadr. Nie bez znaczenia jest fakt, że możliwość stosowania leczenia w warunkach pozaszpitalnych jest ważnym czynnikiem w zachowaniu autonomii chorych i ma niezaprzeczalny wpływ na jakość życia osób poddawanych leczeniu przeciwnowotworowemu. Metody systemowego leczenia przeciwnowotworowego są systematycznie rozwijane, a rozwój obejmuje – między innymi – wprowadzanie leków, które mogą być bezpiecznie stosowane w postaci doustnej lub podskórnej bez pogorszenia skuteczności. Wymienione leki nie muszą być u każdego chorego stosowane podczas hospitalizacji w ośrodkach onkologicznych, ponieważ – pod warunkiem zapewnienia kwalifikowanego nadzoru mogą być wykorzystywane w warunkach ambulatoryjnych (w tym – przez ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej lub w domu

chorych). Wymienione rozwiązania są z powodzeniem wykorzystywane w wielu krajach europejskich, co prowadzi do istotnych korzyści organizacyjnych i ekonomicznych bez pogorszenia jakości opieki.

Raport FLEXCARE zawiera propozycję modelu opieki nad chorymi na złośliwe nowotwory, którzy mogą być poddawani leczeniu pozaszpitalnemu. Głównym celem proponowanego modelu jest optymalizacja przebiegu postępowania prowadzonego w ramach programów lekowych, ale założenia modelu mogą znaleźć zastosowanie również podczas leczenia poza programami. Model jest przygotowany na podstawie szczegółowej analizy potrzeb, jakie są związane z realizowaniem programów lekowych w posiadanych obecnie warunkach (ośrodki i kadry). Zawiera również zalecenia, które obejmują zasady stosowania leczenia w warunkach pozaszpitalnych. Ważnym elementem jest analiza opłacalności postępowania w warunkach pozaszpitalnych.

Raport FLEXCARE jest niewątpliwie ważnym opracowaniem, które należy przeczytać z uwagą. Opracowanie powinno być wskazówką dla decydentów, których obowiązkiem jest poprawienie system opieki nad chorymi na nowotwory.

prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska
Klinika Neurologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Propozycja zmian w modelu opieki nad pacjentami leczonymi w ramach programów lekowych w Polsce stara się wyjść naprzeciw potrzebom pacjentów, klinicystów i płatnika. Celem flexicare jest bardziej elastyczna opieka nad pacjentem leczonym w programie lekowym, dostosowana do potrzeby dostępności świadczenia blisko jego miejsca zamieszkania przy jednoczesnym zachowaniu wysokiego poziomu jakości leczenia. Co ważne, przy opracowywaniu potencjalnych rozwiązań autorzy zasięgaliby opinii pacjentów, klinicystów i dyrektorów szpitali realizujących programy lekowe.

Faktem jest, że zmiany organizacji opieki w programach lekowych wydają się obecnie niezbędne, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych – jak to ma miejsce w neurologii. W większości programów leczenie jest prowadzone tak długo jak jest skuteczne i bezpieczne, czyli wobec coraz wyższej skuteczności i lepszych parametrów bezpieczeństwa stosowanych terapii, systematycznie rośnie liczba pacjentów leczonych w poszczególnych programach lekowych. Dzieje się to przy występujących jednocześnie brakach kadr medycznych i braku opłacalności ekonomicznej, z punktu widzenia świadczeniodawców,

prowadzenia większości programów – co jest szczególnie odczuwalne obecnie (listopad 2024 r.) wobec faktu niesystematycznego i tylko częściowego wypłacania szpitalom przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) tzw. nadwykonań (w tym również za leki wydane już pacjentom leczonym w programach lekowych).

W neurologii borykamy się z dużymi problemami kadrowymi. Obecnie przeciętny neurolog ma około 55 lat, a jedna trzecia pracujących neurologów jest już w wieku emerytalnym [1]. W oddziałach neurologii brakuje również pielęgniarek, które od 2015 roku nie mogą specjalizować się w neurologii. Biorąc pod uwagę fakt jak bardzo w ostatnich latach rozwinęła się diagnostyka i leczenie w neurologii, o czym świadczy chociażby fakt prowadzenia przez neurologów 17 programów lekowych [2], wydaje się szczególnym paradoksem, że decydenci nie dostrzegają potrzeby szkolenia personelu pielęgniarskiego w tej dziedzinie. Celem odciążenia neurologa i pielęgniarki w pracy administracyjnej, w tym w ramach programów lekowych, należałoby w oddziałach zatrudnić koordynatora opieki i większą liczbę sekretarek medycznych. Nie sprzyja temu niska wycena świadczeń w programach lekowych i generalnie w neurologii oraz wspomniane już powyżej nie wypłacanie przez NFZ tzw. nadwykonań.

Mimo tych problemów polscy neurologowie realizują aż 17 spośród wszystkich 133 programów lekowych w Polsce. W tych 17 programach w 2023 roku było leczonych ok. 48 tys. pacjentów – od 2029 roku liczba ta wzrosła o ok. 17 tys. [2]. Należy podkreślić, że obsługa programów lekowych pochłania wiele czasu i wysiłków neurologów oraz pozostałych kadr. Mimo obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej świadczeniodawcy nadal muszą w kilku systemach, w tym w SMPT, raportować wykonanie świadczeń. Wydaje się, że przy obecnym rozwoju informatyki płatnik mógłby po prostu „zaciągać” potrzebne dane ze źródłowej dokumentacji medycznej pacjentów – co bardzo odciążałoby personel medyczny. Jako Polskie Towarzystwo Neurologiczne od dawna postulujemy zwiększenie wyceny i kontraktów związanych z obsługą (świadczeniami) w ramach programów lekowych, co pozwoliłoby naszym ośrodkom klinicznym na zatrudnienie odpowiedniego personelu, aby optymalnie diagnozować, leczyć, monitorować i koordynować opiekę nad pacjentami w programach lekowych. Niestety przy obecnej wycenie świadczeń w programach lekowych i aktualnej złej sytuacji finansowej wielu świadczeniodawców realizujących programy lekowe rozwiązania zaplanowane przez flexcare, słuszne ze względów logistycznych, wydają się praktycznie

nierealne. Trudno sobie wyobrazić, że świadczeniodawca w trudnej sytuacji finansowej znajdzie środki na zatrudnianie podwykonawców, którzy zajmą się wysyłką leku, jego wydawaniem w miejscu zamieszkania lub podawaniem leku w domu pacjenta. Nie mówiąc już o braku odpowiednich przepisów prawnych regulujących niektóre proponowane rozwiązania.

Konstrukcja programów lekowych w Polsce sprawia, że to świadczeniodawca ponosi duże ryzyko finansowe związane z realizacją programów lekowych. Świadczeniodawcy zmuszeni są do inwestowania środków własnych w zakup leków niezbędnych do realizacji programów lekowych, a NFZ jedynie refinansuje te wydatki po ich poniesieniu i odpowiednim rozliczeniu w systemie, często dopiero po renegocjacji pierwotnie zawartej umowy. Poza tym NFZ płaci jedynie za lek podany pacjentowi, a zdarza się, że np. pacjent nie zgłosi się na podanie przygotowanego leku lub lek ulegnie przypadkowemu zniszczeniu. Czyli możemy spotykać się z sytuacją, jak to ma miejsce obecnie w wielu placówkach, że leki zostały zakupione przez świadczeniodawcę (hurtownia farmaceutyczna/producent leku otrzymał/a pieniądze), leki zostały podane chorem, a świadczeniodawca oczekuje na zapłatę nie tylko za opiekę nad pacjentami, ale też na zwrot kosztów poniesionych na zakup leków. Koszty leków w programach lekowych w Polsce to rocznie ponad 10 mld złotych, czyli rocznie przeciętny świadczeniodawca wydaje na zakup leków w ramach programów lekowych kilkadziesiąt milionów złotych. W tej sytuacji trudno oczekiwać, że świadczeniodawcy zdecydują się na proponowane przez flexcare przekazanie kontroli nad drogami lekami podwykonawcom (np. wysyłającym lek choremu lub podającym go w domu pacjenta), gdy finansowa odpowiedzialność nadal spoczywa na świadczeniodawcy.

Poszczególne programy lekowe istotnie różnią się co do charakteru chorób w nich leczonych (choroby ostre vs przewlekłe), a tym samym czasu leczenia w programie oraz co do dróg podania substancji leczniczych. W neurologii w programach lekowych leczymy najczęściej choroby przewlekłe, ale podania niektórych leków muszą mieć miejsce w ośrodku leczącym, np. podanie dokanałowe nusinersenu w programie leczenia rdzeniowego zaniku mięśni (zał.B.102.FM) czy też podawanie parenteralne toksyny botulinowej w poszczególne mięśnie (zał.B.28; B.30 i B.57), co wymaga dużego doświadczenia lekarza oraz odbywa się częstokroć pod kontrolą EMG lub USG. Podobnie w przypadku leków podawanych w postaci dożylnych infuzji, takich jak preparaty immunoglobulin dożylnych (zał.B.67), które są stosowane w stanach ostrych (np. przetom miasteniczny czy rzut NMOSD) jedynym

rozwiązaniem wydaje się podanie w warunkach szpitalnych w ośrodku leczącym. Natomiast znakomita większość leków podawanych doustnie lub podskórnie, stosowanych w programach lekowych prowadzonych przez neurologów może być z powodzeniem wydawana chorym w trakcie wizyt ambulatoryjnych. W najliczniejszym neurologicznym programie lekowym „Leczenie stwardnienia rozsianego” (zał. B.29) z powodzeniem wykorzystujemy produkt rozliczeniowy obejmujący przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym (324,48 pkt). Umożliwia nam to lepsze wykorzystanie zasobów kadrowych przy zachowanej wysokiej jakości opieki nad pacjentami. W pełni zgadzam się ze stwierdzeniem zawartym we flexcare, że podstawowym mechanizmem finansowania nie zachęcającym do zwiększania liczby wizyt (niekiedy nie w pełni uzasadnionych względami medycznymi) jest ryczałt roczny za objęcie opieką chorego w programie lekowym. Taki ryczałt powinien wynosić 1297,92 pkt (12 x wartość wizyty 108,16 pkt), co nie wymagałoby ze strony płatnika dodatkowych nakładów finansowych, a klinicystom ułatwiłoby pracę. W okresie pandemii COVID-19 Sekcja SM i Neuroimmunologii Polskie Towarzystwo Neurologiczne wystąpiła do MZ z prośbą o utworzenie takiego produktu rozliczeniowego, ale do dziś nie otrzymała w tej kwestii żadnej odpowiedzi.

Dodatkowym działaniem, które powinno być podjęte jest aktualizacja wykazu leków stosowanych w programach lekowych. Do tej pory, przynajmniej w neurologii, mamy do czynienia jedynie z dodawaniem nowych substancji leczniczych do programów. Natomiast uważamy, że wraz z upływem czasu i spadkiem cen leków m.in. na skutek pojawiania się leków generycznych, niektóre preparaty powinny być sukcesywnie przesuwane z programów lekowych do refundacji aptecznej lub innych form organizacji terapii, które należałoby opracować. Mogłoby to zmniejszyć wydatki płatnika, co jest bardzo ważne w sytuacji luki finansowej NFZ, która jest szacowana w latach 2025-2027 na ok. 100 mld złotych. Wyjęcie tych najdłużej stosowanych, a więc o bardzo dobrze poznanym profilu bezpieczeństwa, leków nie niesie ze sobą ryzyka dla chorych, a zmniejszyłoby obciążenie personelu związane z koniecznością szczegółowego sprawozdawania do NFZ danych z programów lekowych. Terapię takimi lekami mogłyby z powodzeniem prowadzić poradnie neurologiczne (AOS) pod nadzorem ośrodków prowadzących dany program lekowy, które stałyby się ośrodkami o wyższej referencyjności. Potrzebę tworzenia sieci ośrodków neurologicznych o różnym stopniu referencyjności postulujemy w opublikowanym już 3 lata temu (w 2021 r.) opracowaniu „Stan polskiej neurologii i kierunki jej rozwoju. W perspektywie do 2030 roku” [1]. Takie działania byłyby

też zgodne z propagowanym ostatnio tzw. odwracaniem piramidy świadczeń.

Reasumując, mam nadzieję, że publikacja raportu „Ocena zasadności wprowadzenia modelu flexcare – zmiany modelu opieki nad pacjentami leczonymi w programach lekowych i umożliwienie kontynuacji realizacji świadczeń opieki zdrowotnej poza szpitalem – w warunkach AOS, POZ, opieki domowej” zapoczątkuje tak obecnie potrzebną dyskusję na temat organizacji programów lekowych w Polsce i doprowadzi do istotnych reform. W ocenie klinicystów konieczne jest uporządkowanie systemu organizacji i finansowania nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia, zwłaszcza w obecnej trudnej sytuacji finansowej NFZ i wielu świadczeniodawców. Niestety właśnie z powodu aktualnej sytuacji ekonomicznej wprowadzenie większości rozwiązań sugerowanych przez flexcare wydaje się mało realne, co nie zmienia faktu, że w kwestii programów lekowych potrzebne są istotne, odważne zmiany organizacyjne. W ocenie środowiska neurologicznego należałoby zacząć od zmian nie wymagających dodatkowych nakładów finansowych, np. wprowadzić produkt rozliczeniowy w postaci rocznego ryczałtu za opiekę nad pacjentem w programie lekowym o wartości 1297,92 pkt (12 x wartość wizyty jednorazowej, czyli 108,16 pkt). Produkt ten doskonale sprawdziłby się, np. w programie leczenia stwardnienia rozsianego (zał.B.29), w którym obecnie bardzo często korzystamy z produktu rozliczeniowego „przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące (324,48 pkt) w trybie ambulatoryjnym”. Korzyści finansowe i organizacyjne mogłaby przynieść także aktualizacja listy leków refundowanych w programach lekowych i przesunięcie niektórych od dawna stosowanych i stosunkowo niedrogich leków do refundacji aptecznej lub innych form organizacji terapii, które należałoby opracować (np. katalog farmakoterapii?). Zmniejszenie obciążenia personelu medycznego pracą administracyjną przyniosłoby z kolei ograniczenie liczby danych raportowanych do NFZ (niekiedy jednocześnie w kilku systemach). W dobie dynamicznego rozwoju IT, gdy obowiązkowe jest prowadzenie elektronicznej dokumentacji źródłowej, „zaciąganie” z niej przez płatnika odpowiednich danych nie wydaje się dużym wyzwaniem technicznym.

(1) Stan polskiej neurologii i kierunki jej rozwoju. W perspektywie do 2030 roku. <https://ptneuro.pl/aktualnosc/raport-stan-polskiej-neurologii-i-kierunki-jej-rozwoju-w-perspektywie-do-2030-r>

(2) Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju

<https://ptneuro.pl/aktualnosc/raport-neurologia-w-polsce-stan-obecny-i-perspektywy-rozwoju>

prof. dr hab. n. med. Maciej Kupczyk
Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Opracowano na podstawie raportu: Ocena zasadności wprowadzenia modelu flexcare – zmiany modelu opieki nad pacjentami leczonymi w programach lekowych i umożliwienie kontynuacji realizacji świadczeń opieki zdrowotnej poza szpitalem – w warunkach AOS, POZ, opieki domowej v.1 z dn. 04.11.2024

Założenia raportu są słuszne i dążą do optymalizacji opieki nad pacjentem z rozpoznaniem astmy ciężkiej leczonego w programie lekowym B44 w Polsce. Zmiany w modelu funkcjonowania programów lekowych wydają się niezbędne biorąc pod uwagę, że podstawowe zarysy programu B44 powstały prawie 15 lat temu i nie przystają one do obecnej praktyki ani wiedzy medycznej dotyczącej skuteczności i co najważniejsze bezpieczeństwa terapii biologicznych stosowanych w programie B44. Wykorzystanie w tym celu pomysłu wpisującego się w „odwrócenie piramidy świadczeń zdrowotnych” jest moim zdaniem optymalnym postępowaniem. Moje wątpliwości związane z potencjalną aplikacyjnością raportu budzi obecna sytuacja funkcjonowania opieki zdrowotnej i liczne sygnały ze strony MZ, NFZ, płatnika wskazujące na dramatyczne niedobory finansowe i poszukiwania możliwości „oszczędności”. Docierają do mnie liczne informacje wskazujące na zakazy oddziałów wojewódzkich NFZ możliwości włączania nowych pacjentów oraz wskazujące za brak regulowania tzw nadwykonań. Warto podkreślić, że „nadwykonania” dotyczą głównie ośrodków „nowych”, prężnych, rozwijających się, które z roku na rok są w stanie przyjmować i obsłużyć coraz większe ilości pacjentów w programie B44. Podsumowując ze względu na pewnego rodzaju inercję i stosunkowo długi czas powstawania raportu jest on oderwany od realiów i nie umocowany w obecnej sytuacji politycznej i finansowej.

Z obowiązku recenzenta przedstawię poniżej głównie krytyczne uwagi i aspekty, które moim zdaniem stanowią zagrożenie dla realizacji celów postawionych w programie.

Bez wątplenia, w obecnej sytuacji organizacyjnej priorytetem powinno być wskazane w raporcie rozwiązaniem czyli zwiększenie możliwości rozliczania produktu „przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące (UWAGA lub raz na 4 miesiące – to istotne ze względu na schematy podawania leku, warto dodać) w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu” dla tych programów, których realizacja

wskazuje na nadpodaż pobytów jednodniowych w stosunku do przyjęć ambulatoryjnych. Będzie to stymulować zmianę struktury realizowanych świadczeń w programach lekowych w kierunku częstszego rozliczania wizyt ambulatoryjnych, w miejsce hospitalizacji jednodniowych, a nawet całodobowych. Tak jak wspomniano, zmiana ta nie wymaga istotnych modyfikacji systemowych. Sformułowania użyte we wstępie przy omawianiu tego zagadnienia: „zwiększenie możliwości rozliczania”, „nadpodaż pobytów jednodniowych” itp. Uważam za co najmniej niezręczne. Po pierwsze nie wskazują oczekiwanych kierunków zmian i sposobu ich realizacji (poprawa wyceny takiego postępowania). Po drugie mogą indukować prostą odpowiedź płatnika w stylu: „obecne rozwiązania nie ograniczają możliwości rozliczania wizyt ambulatoryjnych” albo działania płatnika w stylu administracyjnego zakazania rozliczania wizyt jako hospitalizacji. Rozdział poświęcony temu zagadnieniu jest bardzo dobrze napisany.

Moim zdaniem promowanie na pierwszym miejscu podania leku przez „zespół mobilny” jest niecelowe. Takie rozwiązanie wymaga zbyt wielu zmian prawnych i organizacyjnych. Rozumiem z drugiej strony, że podanie drugiej stronie kilku rozwiązań może prowadzić do wyboru tego, które jest najprostsze i optymalne.

Uproszczenie i zminimalizowanie obowiązków związanych z rozliczaniem programów lekowych jest zagadnieniem wymienianym przez HCP na pierwszym miejscu jeśli chodzi o proste pomysły na optymalizację funkcjonowania programów lekowych. Nadmierna biurokracja, dublowanie dokumentacji medycznej, błędy i bezwładność w przypadku zmian systemu SMP dotyczy wszystkich ośrodków. Warto jednak wspomnieć, że do tej pory płatnik reagował wręcz histerycznie na to zagadnienie uzasadniając, że brak dobrego (?) monitorowania uniemożliwi weryfikację skuteczności farmakoekonomicznej funkcjonowania programów. Pomysł ten nie zyska również poparcia Konsultanta Krajowego, dla którego SMPT jest nieocenionym źródłem informacji niezbędnych do szybkiego reagowania na wszelkie „prośby” zgłaszane przez MZ, NFZ czy AOTMiT.

Niezależne analizy HTA jasno wskazują, że nakłady na program lekowy B44 z roku na rok rosną i zwiększa się liczba pacjentów pod opieką w programie. Szczegółowe wejrzenie w finansowanie programu B44 pokazuje, że wynika to

głównie z kosztów leków a nie finansowania opieki nad pacjentem (co stoi w sprzeczności z wykresem 4). Aspekt ten na pewno w trakcie dyskusji zostanie podniesiony przez płatnika. W raporcie jest słusznie zaadresowany, chociaż na tle innych rozważań schodzi niestety na dalszy plan.

Nie wiem jaki cel ma opatowanie do odbiorcy tego raportu „luką finansową” NFZ na lata 2025-2027. Raczej nie większa to szans na skuteczną implementację rozwiązań wskazanych w raporcie.

Chciałbym również podkreślić, że większość powyższych uwag i sugestii przedstawiłem po przeczytaniu kilku (pięciu) pierwszych stron dokumentu. Zdaję sobie sprawę, że w dalszej części opracowania praktycznie wszystkie te aspekty są opisane szerzej ale moim zdaniem, warto wziąć pod uwagę, że większość odbiorców raportu zapozna się tylko ze streszczeniem i maksymalnie kilkoma pierwszymi stronami. Z tego powodu sformułowania i opinie zawarte w tych częściach raportu powinny być przedstawione w sposób przejrzysty i optymalnie kompleksowy. Uważam

sformułowania we wstępie/streszczeniu za nieoptymalne. Biorąc pod uwagę doskonałe opracowania szczegółowe proponuję aby jako executive summary umieścić na początku raportu w punktach to co jest przy każdym rozdziale zamieszczone w polu zielonym, plus poniżej (mniejszymi literami) komentarz z pół niebieskich. To są elementy raportu, które wskazują na konkretne problemy i sugerują sposoby ich rozwiązania.

Podsumowując, bardzo wysoko oceniam wartość merytoryczną raportu. Proponuję lepsze przygotowanie executive summary jako kluczowego elementu tego opracowania. Pomocne będzie, po przygotowaniu ostatecznej wersji raportu, opracowanie zestawu slajdów promujących jego treść. W raporcie brakuje tylko proponowanej ścieżki implementacji, kto, w jaki sposób i z kim powinien prowadzić kolejne działania w celu wprowadzenia zaproponowanych rozwiązań. Studium wykonalności pokazuje ewentualne obciążenia dla płatnika związane z realizacją założeń raportu, a nie schemat działań zwiększających prawdopodobieństwo jego wdrożenia.

prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii

Projekt „Ocena zasadności wprowadzenia modelu Flex-Care – zmiany modelu opieki nad pacjentami leczonymi w programach lekowych i umożliwienie kontynuacji realizacji świadczeń opieki zdrowotnej poza szpitalem - w warunkach AOS, POZ, opieki domowej” jest bardzo ważnym opracowaniem analizującym aktualne problemy z dostępnością do terapii finansowanych w ramach programów lekowych oraz propozycją ich rozwiązań.

W chorobach reumatycznych aktualnie mamy wiele programów lekowych, a liczba chorych uczestniczących w nich rośnie co roku (mimo nadal za małej dostępności).

Podobnie jak w innych dziedzinach medycyny, leczenie chorych odbywa się głównie w największych ośrodkach reumatologicznych. Powoduje to konieczność stałego większego zaangażowania personelu na wielu szczeblach, co zwiększa koszty szpitala i prowadzi do powiększenia się braków kadrowych (wynikających z utrzymywaniu się na tym samym poziomie od kilkunastu lat wyceny ich obsługi). W konsekwencji dochodzi do opóźnienia we włączaniu nowych chorych, a w niektórych ośrodkach pacjenci czekają

w dużej kolejce na włączenie terapii. W przypadku chorób reumatycznych do leczenia włączane są w większości dzieci i osoby w wieku produkcyjnym, którzy tracą cenny czas przemierzając często duże odległości na wizyty kontrolne (w przypadku dzieci są to młodzi rodzice).

Skupienie programów lekowych na pacjencie pozwoli na zwiększenie liczby nowo kwalifikowanych chorych poprzez odciążenie wielu ośrodków. Z drugiej strony da pacjentom szansę na normalną aktywność życiową i zawodową, trudną do pogodzenia z wymuszonymi przez zasady programów wizytami w ośrodku w momencie, kiedy pacjent jest stabilny i osiągnął remisję lub niską aktywność. Jednocześnie istniejące już dobre zapisy w programach reumatologicznych, z możliwością wydawania leku do domu na 6 miesięcy, wiążą się z przypadkami marnotrawstwa leku w przypadku, kiedy zepsuje się lodówka w domu, gdzie jest lek przechowywany lub nastąpiły przeciwwskazania do dalszego stosowania leku. W jednym i drugim przypadku lek jest rozliczony przez NFZ, ale de facto pacjent z niego nie może skorzystać. W przypadku wydawania leku blisko miejsca zamieszkania lepiej można byłoby zabezpieczyć właściwe

przechowywanie leku, jak też wydawanie go na okres krótszy, w zależności od stanu pacjenta.

Zaproponowane w projekcie rozwiązania obejmują zarówno zmiany w obowiązujących przepisach prawnych, w których my jako lekarze musimy się poruszać, jak również możliwości wydania oraz podania leku bliżej miejsca zamieszkania, z utrzymaniem nadzoru dotyczącego jakości i bezpieczeństwa przez wiodące ośrodki.

Jednocześnie powinno się rozwijać wiedzę wśród lekarzy POZ oraz innych specjalistów, a także samych pacjentów, tak aby przekazy dla pacjentów dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności terapii refundowanych w ramach programów lekowych były rzetelne i nie zniechęcały pacjentów do uczestnictwa. Do wykorzystania jest tutaj też duży potencjał farmaceutów, którzy powinni być włączeni w opiekę nad chorym leczonym w programie lekowym.

Współczesny postęp technologiczny może w przyszłości wspierać pacjenta w ocenie swojego stanu zdrowia

i prawidłowemu monitorowaniu choroby oraz radzeniu sobie z chorobą, co zwiększa prawdopodobieństwo utrzymania pacjenta przez dłuższy czas na danej terapii.

Dobrym rozwiązaniem jest też propozycja zmian prawnych umożliwiająca wskazanie firmom farmaceutycznym przez Ministra Zdrowia leku, dla którego firma nie jest zainteresowana wnioskowaniem o refundację, a który jest konieczny w leczeniu danej choroby, ze zwolnieniem firmy z kosztów procedury pod warunkiem zawnioskowania o taką refundację. Postępowanie takie umożliwi szybszy i skuteczniejszy dostęp do nowoczesnego leczenia.

Podsumowując, uważam, że przedstawiony projekt powinien spotkać się z zainteresowaniem i powstaniem grupy roboczej przy Ministerstwie Zdrowia opracowującej ostateczne rozwiązania. Większość krajów europejskich wydatki na wczesne i skuteczne leczenie chorób, zwłaszcza przewlekłych, traktuje jako inwestycję, a nie koszty, gdyż generują one oszczędności dla systemu, zarówno w kosztach bezpośrednich, jak i pośrednich.

prof. dr hab. n. med. Ewa Lewicka

Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca, Gdański Uniwersytet Medyczny
koordynator programu B.31 i B.74 w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku
przewodnicząca Sekcji Krążenia Płucnego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Opinia dotycząca projektu FLEXCARE, w którym proponowane są zmiany modelu opieki nad pacjentami leczonymi w programach lekowych i umożliwienie kontynuacji realizacji świadczeń opieki zdrowotnej poza szpitalem – w warunkach AOS, POZ, opieki domowej.

Od razu na wstępie pragnę zaznaczyć, że moja opinia dotyczy projektu Flexcare w odniesieniu do dwóch programów lekowych: B31 Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP) oraz B.74 Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH), natomiast nie znam innych programów lekowych wymienionych w tym projekcie. Projekt Flexcare jest inicjatywą Koalicji na Rzecz Opieki Pozaszpitalnej, która wpisuje się w plan reformy opieki zdrowotnej realizowany przez Ministerstwo Zdrowia, która ma na celu tzw. odwrócenie piramidy świadczeń.

Projekt zakłada przesunięcie części podań leków objętych konkretnymi programami lekowymi (leków doustnych, podskórnych, leków podawanych w asyście personelu medycznego oraz wyjątkowo we wlewach) na niższe

poziomy opieki zdrowotnej (POZ, AOS, apteka otwarta), a w uzasadnionych sytuacjach do domu pacjenta. Jednocześnie zachowany i zapewniony byłby stały nadzór ośrodka specjalistycznego (szpitala), w których obecnie najczęstszą formą realizacji programów lekowych są przyjęcia ambulatoryjne (70% wydań leków), a w pozostałych przypadkach (30%) wiąże się to z hospitalizacją: pobytom jednodniowym (25%) lub całodobowym (5%). Forma realizacji programu (tryb ambulatoryjny lub hospitalizacja) zależy od umowy zawartej pomiędzy szpitalem a lokalnym oddziałem NFZ.

W projekcie Flexcare założono jego realizację w 3 etapach, z wnikliwą analizą każdego z nich, a w długiej perspektywie projekt zakłada utworzenie ośrodków terapii przewlekłych i dożylnych. Utworzenie takich ośrodków, poza realizacją projektu Flexcare, stanowiłoby bardzo cenne wsparcie w leczeniu pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca (podaż diuretyków dożylnie) lub migotaniem przedsionków (planowe kardiowersje elektryczne), co znacznie odciążałoby szpitale.

Projekt Flexcare uważam za wartościowy i możliwy do realizacji w stosunkowo krótkim czasie. Przełamuje on stereotyp, że programy lekowe mogą być realizowane jedynie w wysokospecjalistycznych szpitalach. Jednak projekt ten wiąże się z zasadniczymi zmianami w systemie finansowania programów lekowych, dlatego proponowałabym

uruchomienie go w kilku ośrodkach realizujących program B.31 i B.74 w ramach rocznego pilotażu. W ten sposób możliwe byłoby wskazanie słabych stron projektu wymagających zmian przed wdrożeniem go we wszystkich ośrodkach/szpitalach.

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Pawlaczyk

Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wprowadzenie modelu FlexCare, zakładającego zmianę modelu opieki nad pacjentami leczonymi w programach lekowych i umożliwiającego realizację świadczeń poza szpitalem (w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – AOS, podstawowej opieki zdrowotnej – POZ, czy opieki domowej), wydaje się być krokiem w kierunku bardziej elastycznej i dostępnej opieki zdrowotnej. Model FlexCare i podobne podejścia do zintegrowanej opieki zyskują na popularności w krajach Unii Europejskiej, gdyż systemy ochrony zdrowia stają w obliczu rosnącego zapotrzebowania na opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi, z wieloma schorzeniami oraz starzejącą się populacją. Modele te kładą nacisk na opiekę zorientowaną na pacjenta i skoordynowaną, obejmującą nie tylko szpitale, ale również opiekę ambulatoryjną, podstawową i domową. W sytuacji służby zdrowia oraz zasad programów lekowych wprowadzenie modelu FlexCare w naszym kraju miałyby uzasadnienie ekonomiczne oraz przede wszystkim poprawy jakości życia chorych, w szczególności z chorobami rzadkimi leczonymi w programach lekowych z koniecznością podawania leku w warunkach szpitalnych. Inicjatywy podjęte w innych krajach Unii Europejskiej:

- **Niemcy:** Inicjatywa „Gesundes Kinzigtal” jest znanym modelem zintegrowanej opieki, który łączy świadczeniodawców opieki zdrowotnej i usługi społeczne w ramach wspólnych mechanizmów finansowych. Model ten koncentruje się na proaktywnej promocji zdrowia, zarządzaniu chorobami przewlekłymi oraz podnoszeniu satysfakcji pacjentów poprzez integrację usług na różnych poziomach opieki.
- **Skandynawia:** Kraje takie jak Dania i Szwecja wykorzystują technologie oraz zespoły wielodyscyplinarne do świadczenia zintegrowanej opieki domowej i społecznej. Celem jest ograniczenie hospitalizacji oraz poprawa jakości życia pacjentów poprzez wczesną interwencję i płynne przejścia między poziomami opieki.

- **Wielka Brytania:** Wprowadza się systemy zintegrowanej opieki (Integrated Care Systems, ICS), które łączą opiekę zdrowotną z usługami społecznymi. Model ten podkreśla wspólną odpowiedzialność interesariuszy, zapewniając ciągłość opieki dla pacjentów o złożonych potrzebach, zwłaszcza osób starszych i przewlekle chorych.
- **Holandia:** W kraju tym wprowadzono sieci wielodyscyplinarne do opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, wspierane przez zaawansowaną infrastrukturę IT umożliwiającą udostępnianie informacji o pacjentach. Kluczową rolę w koordynacji pełnią lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, współpracujący ze specjalistami i usługami opieki domowej.

Zalety wprowadzenia modelu FlexCare w Polsce:

- **Zwiększenie dostępności opieki zdrowotnej**
Model pozwala pacjentom na kontynuację leczenia bliżej miejsca zamieszkania, co ogranicza konieczność długich dojazdów do ośrodków szpitalnych, szczególnie w przypadku pacjentów przewlekle chorych lub z ograniczoną mobilnością.
- **Optymalizacja zasobów szpitalnych**
Zmniejszenie liczby pacjentów wymagających hospitalizacji w celu realizacji świadczeń pozwala na lepsze wykorzystanie szpitalnych zasobów dla bardziej wymagających przypadków.
- **Poprawa komfortu pacjentów**
Opieka w warunkach domowych lub w lokalnych placówkach POZ/AOS często oznacza mniejszy stres dla pacjenta, bardziej spersonalizowaną opiekę oraz możliwość integracji leczenia z codziennym życiem.
- **Potencjalne zmniejszenie kosztów systemowych**
Leczenie ambulatoryjne i domowe bywa tańsze niż hospitalizacja, co może wpłynąć na efektywniejsze zarządzanie środkami publicznymi w systemie ochrony zdrowia.

Potencjalne wyzwania:

- **Zapewnienie ciągłości i jakości opieki**
Kluczowe jest wdrożenie mechanizmów monitorowania, które zagwarantują, że leczenie prowadzone poza szpitalem będzie równie skuteczne i bezpieczne, jak w warunkach stacjonarnych.
- **Braki kadrowe i infrastrukturalne**
Zarówno POZ, jak i AOS mogą nie być przygotowane na zwiększony napływ pacjentów, co wymagałoby dodatkowych inwestycji w kadry, szkolenia oraz sprzęt.
- **Koordinacja leczenia**
Model wymaga efektywnej komunikacji między różnymi poziomami opieki zdrowotnej (szpital, POZ, opieka domowa), co może stanowić wyzwanie, zwłaszcza w mniej rozwiniętych systemach IT.
- **Edukacja pacjentów i opiekunów**
Pacjenci i ich rodziny muszą być odpowiednio przeszkoleni, aby bezpiecznie zarządzać leczeniem w warunkach domowych.

Podsumowanie:

Model FlexCare jest innowacyjnym rozwiązaniem, które odpowiada na zmieniające się potrzeby pacjentów oraz systemu ochrony zdrowia. Może przynieść bardzo wymierne korzyści, przede wszystkim w zakresie komfortu pacjentów, ale i efektywności systemu. Niemniej jednak jego wprowadzenie wymaga starannego planowania, dostosowania infrastruktury i zasad funkcjonowania systemu (szczególnie sytuacji prawnej, bezpieczeństwa podejmowanych działań), obsługi informatycznej/logistycznej a także odpowiedniego wsparcia dla personelu medycznego i samych pacjentów. Jako lekarz widzę w tym modelu duży potencjał, pod warunkiem, że zostaną spełnione powyższe założenia. Kluczowe strategie dla skutecznej implementacji: a) Zaangażowanie interesariuszy i zapewnienie zrównoważonego finansowania, b) Szkolenie zespołów wielodyscyplinarnych, c) Wykorzystanie innowacyjnych technologii wspierających współpracę między świadczeniodawcami.

Dodatkowe spojrzenie – program FlexCare, choć ma wiele zalet, może stwarzać pewne zagrożenia i wyzwania dla lekarzy. Oto najważniejsze z nich:

- **Zwiększenie obciążenia administracyjnego**
Wdrożenie programu FlexCare wymaga koordynacji między różnymi poziomami opieki, co może zwiększyć obciążenie lekarzy administracją. Nadzór nad pacjentami w wielu środowiskach (domowym, ambulatoryjnym, szpitalnym) wymaga dodatkowej dokumentacji i komunikacji z innymi świadczeniodawcami, co zmniejsza czas na bezpośrednią opiekę nad pacjentem.

- **Brak odpowiedniego wsparcia technologicznego**
Jeśli infrastruktura informatyczna (np. systemy do dzielenia się danymi pacjentów między lekarzami POZ, specjalistami i szpitalami) nie jest wystarczająco rozwinięta, lekarze mogą napotykać trudności w dostępie do kluczowych informacji. To może prowadzić do błędów, opóźnień w leczeniu oraz dodatkowego stresu.
 - **Ryzyko nadmiernej odpowiedzialności**
Lekarze w warunkach ambulatoryjnych lub domowych mogą być zmuszeni do podejmowania decyzji bez wsparcia specjalistów, co zwiększa ryzyko błędów medycznych. Mogą również być prawnie odpowiedzialni za działania innych członków zespołu medycznego.
 - **Niedobory kadrowe**
Wzrost liczby pacjentów objętych opieką poza szpitalem może prowadzić do przeciążenia lekarzy, szczególnie w przypadku niedoboru personelu medycznego w POZ lub AOS. To z kolei może wpłynąć na jakość świadczonych usług oraz zwiększyć ryzyko wypalenia zawodowego.
 - **Niedostosowanie systemu wynagradzania**
Jeśli model finansowania i wynagradzania nie uwzględni dodatkowego wysiłku włożonego w koordynację i nadzór nad pacjentami w programie FlexCare, lekarze mogą odczuwać, że ich praca nie jest odpowiednio wynagradzana. To może prowadzić do frustracji i obniżenia motywacji.
 - **Ograniczenia kompetencyjne**
Lekarze pracujący w POZ mogą czuć się niepewnie wobec zarządzania zaawansowanymi terapiami stosowanymi w programach lekowych, które wcześniej były prowadzone wyłącznie w szpitalach. Może to wymagać dodatkowego szkolenia, które bywa czasochłonne i kosztowne.
 - **Możliwość konfliktów w zespole**
Wielodyscyplinarne podejście wymaga skutecznej komunikacji między różnymi specjalistami. Brak jasnych ról i odpowiedzialności w zespole może prowadzić do nieporozumień i napięć, co może utrudniać współpracę i wpływać na opiekę nad pacjentem.
- Aby zminimalizować zagrożenia, kluczowe jest: a) Inwestowanie w nowoczesne technologie wspierające integrację opieki; b) Jasne określenie ról i odpowiedzialności lekarzy w ramach programu; c) Zapewnienie odpowiedniego wynagradzania i wsparcia szkoleniowego; d) Zbudowanie solidnej infrastruktury współpracy między różnymi poziomami opieki.*

prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska
Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii
Państwowy Instytut Medyczny MSWiA

Rozwiązanie dotyczące finansowania leczenia chorób przewlekłych w wielu dziedzinach medycyny przy pomocy innowacyjnych terapii w ramach programów lekowych jest związane jednej strony z umożliwieniem dostępności do tych terapii, a z drugiej strony z pewnym limitowaniem leczenia w określonych ściśle wskazaniach i na określonych ściśle etapach choroby. Programy lekowe w gastroenterologii dotyczą leczenia innowacyjnego wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Leśniowskiego-Crohna, przewlekłych, nieuleczalnych na dzień dzisiejszych chorób autoimmunizacyjnych. Dostęp do nowoczesnych leków jest możliwy w tych chorobach właśnie dzięki programom lekowym, ale jednocześnie znacznie bardziej ograniczony niż w wielu krajach nie tylko Europy Zachodniej, ale także środkowej i wschodniej, a ograniczenia te wynikają między innymi z utrudnień administracyjnych, angażujących coraz więcej personelu medycznego, a tym samym kosztownych dla budżetu. Trudności administracyjne związane ze słabszą wyceną procedur ambulatoryjnych, konieczność rozliczania pacjentów w trybie szpitalnym to podstawowe przyczyny ograniczenia dostępności do nowoczesnego leczenia i związanych z tym kosztów. Porównanie dostępności do terapii innowacyjnych w chorobach gastroenterologicznych do dostępności w krajach sąsiadujących wypada niestety źle, nasi pacjenci są leczeni za późno i w zdecydowanie mniejszym odsetku niż wskazują na to statystyki medyczne. Wynika to nie tylko z kosztów samego leczenia, ale z przeciążenia specjalistycznych ośrodków to leczenie prowadzących, przeciążenia nadmiarem obowiązków administracyjnych, nadmiernie rozbudowaną dokumentacją szpitalną oraz koniecznością jej powielania w systemie SMPT. Dodatkowo, coraz więcej terapii innowacyjnych to preparaty podskórne czy też doustne, które przy odpowiednich

modyfikacjach systemu mogłyby być podawane w domu, zwiększając tym samym dostępność do leczenia i zmniejszając koszty obsługi medycznej.

Projekt „Flexcare”, zainicjowany przez Izbę Gospodarczą Farmacja jest propozycją rozwiązania systemowego narastających potrzeb pacjentów leczonych w ramach programów lekowych, jak i personelu medycznego, zajmującego się medyczną i administracyjną obsługą w ramach takich programów. W projekcie zawarta jest nie tylko dokładna analiza obecnego stanu dostępności do leczenia oraz trudności związanych z opieką medyczną, ale także propozycja ciekawych, „propacjenckich” rozwiązań, które mogłyby być również oszczędnością dla płatnika.

Włączenie do opieki nad przewlekle chorymi pacjentami, wymagającymi przewlekłego leczenia, zarówno pobliskiej apteki jak i lekarza rodzinnego, monitorującego niezbędne badania kontrolne, wykorzystanie możliwości telemedycyny, w tym głównie teleporad specjalistycznych, wraz z nadzorem ośrodka specjalistycznego – to ciekawa, nowatorska ale jednocześnie bardzo racjonalna propozycja modyfikacji systemu, nie tylko zapewniającego możliwość opieki bliżej pacjenta, ale także przynoszącego wymierne korzyści, jak zwiększenie dostępności leczenia oraz oszczędności dla płatnika. To propozycja systemu „odwróconej piramidy” świadczeń medycznych, na którą środowisko medyczne niewątpliwie oczekuje. Propozycja ta na pewno wymaga zmian legislacyjnych oraz organizacyjnych, ale w sytuacji, gdy nowoczesne terapie nie są po prostu dostępne w aptece, może umożliwić ich bardziej racjonalne, bardziej ekonomiczne i wygodniejsze dla chorego prowadzenie.

dr hab. n. med., prof. IMiD Jolanta Sykut-Cegielska

Klinika Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii

Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii metabolicznej

Program „Ocena zasadności wprowadzenia modelu flexcare – zmiany modelu opieki nad pacjentami leczonymi w programach lekowych i umożliwienie kontynuacji realizacji świadczeń opieki zdrowotnej poza szpitalem – w warunkach AOS, POZ, opieki domowej”

Komentarz do koncepcji programu

W ostatnim czasie dzięki szybkiemu postępowi medycyny w zakresie rozwoju zarówno metod diagnostycznych, jak i nowych technologii lekowych, wdrażane są skuteczniejsze innowacyjne terapie. W Polsce wiele z nich jest realizowanych w ramach programów lekowych. Spośród 133 programów lekowych aktualnie uruchomionych w kraju, 15 z nich dotyczy wrodzonych wad metabolizmu – rzadkich genetycznie uwarunkowanych chorób, z których 7 to programy terapii w lizosomalnych chorobach spichrzeniowych. Ta forma refundacji zapewnia dostępność i ciągłość kosztownego leczenia, a także jego regularne monitorowanie. Jednocześnie jednak wymaga obecnie częstych wizyt ambulatoryjnych w poradniach specjalistycznych albo hospitalizacji jedno- lub kilkudniowych w oddziałach szpitalnych. Taki tryb leczenia wiąże się z dużym obciążeniem zarówno dla pacjenta, jego rodziców (w przypadku dzieci), placówki medycznej, jak i dla płatnika. Skumulowana do tej pory wiedza merytoryczna n/t bezpieczeństwa i efektywności terapii we wrodzonych wadach metabolizmu oraz długoletnie doświadczenie ośrodków krajowych w zakresie leczenia szpitalnego, a także zagranicznych w zakresie leczenia domowego, pozwalają obecnie na zainicjowanie w kraju wprowadzenia modelu elastycznej opieki na pacjentem wymagającym leczenia przewlekłego. Jest on zgodny z oczekiwaniami pacjentów i ich rodzin, ale także klinicystów i wpisuje się w bieżący projekt MZ „odwróconej piramidy świadczeń zdrowotnych”. Zmiana modelu opieki nad pacjentami leczonymi w programach lekowych, która umożliwi kontynuację wykonywania świadczeń zdrowotnych w warunkach pozaszpitalnych; w tym w AOS, POZ i w opiece domowej, powinna być rekomendowana jako bardziej przyjazna pacjentowi i korzystna dla systemu ochrony zdrowia w Polsce, bez znacznego wzrostu całkowitych kosztów terapii.

Komentarz do raportu programu

Raport uwzględnił w wyczerpującym zakresie różne aspekty związane z wprowadzeniem do programów lekowych

różnych form opieki elastycznej (flexcare) tj. realizowanej w POZ, AOS lub w warunkach domowych. W mojej ocenie dokonano wiarygodnej analizy obecnej sytuacji łącznie z ponoszonymi ze strony świadczeniodawców, jaki i świadczeniobiorców, kosztami prowadzenia leczenia refundowanego w ramach programów lekowych. Przeprowadzono symulację kilku opcji etapowego wdrażania programu flexcare, identyfikując jednocześnie czynniki sprzyjające, jak i zagrażające właściwemu przeprowadzeniu zaproponowanego modelu opieki. W modelu tym zaplanowano wdrożenie opieki pozaszpitalnej wyłącznie dla pacjentów leczonych doustnie lub poprzez iniekcje podskórne, z opcją ew. podać domowych wlewoń dożylnych w przypadku produktów leczniczych posiadających w swym ChPLu zapis o takiej możliwości. Jest to w mojej opinii nieco asekuracyjne podejście, ale pewnie zrozumiałe jako bezpieczniejsze na wstępnym etapie wdrażania modelu flexcare. Kierując się bezpieczeństwem pacjenta, w przypadku wrodzonych wad metabolizmu, w których jest dożylna droga podania leku w programie lekowym, proponowałabym w okresie wprowadzania opieki elastycznej, aby ograniczyć ją do populacji dorosłych chorych.

Zalety projektu:

- Zapewnia komfort leczenia pacjentom poprzez uwolnienie ich od konieczności przyjazdu do ośrodka do odbiór leków (pacjenci często przyjeżdżają z daleka – na własny koszt oraz przy zaangażowaniu do tego innych osób),
- Udział pacjenta w projekcie Flexcare to jego własna decyzja, uzgodniona z lekarzem prowadzącym jego leczenie w ośrodku specjalistycznym,
- Zachowana będzie stała kontrola ośrodka nad leczeniem realizowanym lokalnie, blisko miejsca zamieszkania pacjenta, przy wykorzystaniu telemedycyny (teleporady, konsultacje z lekarzem POZ lub AOS), co zapewni wymaganą jakość leczenia,
- Wprowadzenie tzw. zespołów mobilnych ośrodka specjalistycznego działających we współpracy z pielęgniarką POZ/AOS będzie sprzyjać przejmowaniu wydawania i podawania leków przez POZ/AOS,
- Wprowadzenie możliwości rozliczania leków w trybie ambulatoryjnym raz na 3 miesiące będzie sprzyjać ograniczeniu liczby hospitalizacji związanych z wydaniem leku, co pozwoli na zmniejszenie kosztów realizacji programów lekowych,

- Konieczna będzie wycena świadczeń towarzyszących w programach lekowych (m.in. kosztów koordynacji i nadzoru nad leczeniem), co będzie stanowić bodziec do weryfikacji wyceny tych programów i może być zachętą dla świadczeniodawców w przypadku zwiększenia tej wyceny,
- Zmiana systemu finansowania programów lekowych może przyczynić się do weryfikacji zasad realizacji programów lekowych, w tym wykonywania określonych badań kontrolnych – w kierunku ich optymalizacji i uproszczenia,
- Zmiana niekorzystnych dla szpitali zasad rozliczania kosztów leków (obecnie NFZ zwraca koszty leków, które zostały wydane lub podane pacjentowi i nie uwzględnia nieumyślnego zniszczenia leków),
- Ryczałtowe finansowanie projektu będzie stymulować do działań na rzecz optymalizacji leczenia pacjentów w ramach programów lekowych. Podobny efekt będzie miało stosowanie wskaźników korygujących,
- Przeniesienie części świadczeń do niższych poziomów opieki zdrowotnej przyczyni się do zmniejszenia obciążenia szpitali specjalistycznych i poprawy dostępności leczenia w tych szpitalach. Ponadto, w przypadku przekazywania leków do apteki otwartej (w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta) i rozliczania się NFZ z apteką za te leki – znacznie uprości to kwestie finansowe (zwłaszcza z perspektywy szpitali)

oraz zmniejszy się biurokratyzacja związana z realizacją programów lekowych – poprzez zwolnienie z konieczności wprowadzania części danych do Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych – SMPT).

Uwagi do projektu:

- Uważam, że w każdym programie powinna zostać wyodrębniona procedura kwalifikacji pacjenta do programu lekowego, w czasie której określona została by perspektywa wydawania leku/leków poza szpitalem (POZ, AOS, apteka otwarta, w miejscu zamieszkania pacjenta),
- W przypadku wydawania leków na 3 miesiące konieczne jest ustalenie zasad wykonywania kontrolnych badań laboratoryjnych (zgodnie z wymogami programu lekowego): kto zleca te badania, gdzie są wykonywane, monitorowanie wyników, a także kto informuje/przypomina pacjentowi o konieczności ich wykonania.

Zdaję sobie sprawę, że odwrócenie piramidy świadczeń w odniesieniu do programów lekowych nie jest łatwym zadaniem. Natomiast w przypadku programu B.31 i B.74 uważam wdrożenie projektu Flexcare za realne, przy tym z wymiernymi korzyściami w postaci zmniejszenia obciążenia ośrodków specjalistycznych.

prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski
Klinika Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej
Narodowy Instytut Kardiologii w Warszawie

Dokument pod tytułem „Ocena zasadności wprowadzenia modelu Flex Care – zmiany modelu opieki nad pacjentami leczonymi w programach lekowych i umożliwienie kontynuacji realizacji świadczeń opieki zdrowotnej poza szpitalem – w warunkach AOS, POZ, opieki domowej” zawiera kompleksowe propozycje dotyczące przesunięcia miejsca podawania leków w programach lekowych z ośrodka specjalistycznego do punktów położonych jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjentów, a więc do aptek otwartych, przychodni lekarzy rodzinnych (POZ), przychodni specjalistycznych (AOS), czy nawet w domu pacjenta – jeżeli podanie leku nie wymaga nadzoru lekarza, pielęgniarki lub farmaceuty. Przede wszystkim dotyczyłoby to leków podawanych doustnie i podskórnie, a w wybranych przypadkach – także dożylnie. Propozycja zakłada stopniowe, trójetażowe wprowadzanie nowego systemu, który jest zgodny

z opracowywaną obecnie w Ministerstwie Zdrowia koncepcją odwróconej piramidy świadczeń (OPŚ). Zarówno model Flex Care (należy zastanowić się nad polską nazwą) jak i OPŚ generalnie zakładają to samo – przesunięcie opieki nad pacjentem jak najbliżej jego miejsca zamieszkania, co spowoduje:

- Ułatwienie dostępu do usług medycznych, w tym korzystania z nowoczesnych terapii stosowanych w programach lekowych, szczególnie osobom starszym i przewlekle chorym oraz tym mieszkającym daleko od szpitali specjalistycznych;
- Ociążenie szpitali specjalistycznych, którymi są zwykle centra uniwersyteckie i instytuty badawcze od niepotrzebnych wizyt pacjentów i skierowanie pracujących w nich lekarzy i pielęgniarek do opieki nad pacjentami wymagającymi hospitalizacji oraz do bardziej intensywnej pracy naukowej;

- W przypadku konieczności podawania leku w warunkach szpitalnych przesunięcie punktu ciężkości ze związanej z tym hospitalizacji, np. jednodniowej, na podanie leku w warunkach ambulatoryjnych, co wiązałoby się z wyrównaniem odpłatności za obie formy realizacji programu lekowego.

Biorąc pod uwagę z jednej strony szybki przyrost populacji w Polsce osób powyżej 65 roku życia, a z drugiej rosnące zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i wzrost ich kosztów związany z wprowadzaniem (dość niestety w Polsce wolnym) nowoczesnych terapii proponowane zmiany systemowe są ze wszech miar potrzebne.

ORGANIZACJE PACJENCKIE:

Magdalena Kołodziej
prezes Fundacji My Pacjenci

Ocena zasadności wprowadzenia modelu flexcare – zmiany modelu opieki nad pacjentami leczonymi w programach lekowych i umożliwienie kontynuacji realizacji świadczeń opieki zdrowotnej poza szpitalem – w warunkach AOS, POZ, opieki domowej

Raport dotyczący wprowadzenia modelu flexcare porusza ważne kwestie związane z dostępem do leczenia i organizacją opieki zdrowotnej, które bezpośrednio wpływają na pacjentów.

Ten model opieki opiera się na idei przeniesienia części świadczeń zdrowotnych z poziomu wysoko wyspecjalizowanych szpitali na niższe poziomy opieki, takie jak podstawowa opieka zdrowotna (POZ), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), opieka domowa czy apteki. To znaczące ułatwienie dla osób, które zmagają się z koniecznością częstych i niejednokrotnie długich podróży do specjalistycznych ośrodków. Dla wielu pacjentów, szczególnie tych z ograniczeniami mobilności lub zamieszkujących obszary wiejskie, może to oznaczać większy komfort, lepszą dostępność i oszczędność czasu.

Z perspektywy pacjenta kluczowe jest jednak utrzymanie wysokiej jakości opieki i niezbędnego dostępu do specjalistów. Choć możliwość telekonsultacji i stały nadzór placówek specjalistycznych są pożądanym rozwiązaniem,

usługi te muszą być realizowane w sposób, który zagwarantuje pacjentom poczucie bezpieczeństwa.

Jednocześnie należy pamiętać, że wprowadzenie zmian wymagać będzie inwestycji w edukację pacjentów i ich opiekunów w zakresie samodzielnego podawania leków i monitorowania stanu zdrowia. Warto też zadbać o wydelegowanie osób, które w razie potrzeby będą wspierać pacjentów w samoopiece. Bez odpowiedniego przygotowania i wsparcia część pacjentów może czuć się zagubiona i niepewna, a także popełniać błędy w terapii.

Warto, by decyzje o przeniesieniu leczenia były podejmowane wspólnie przez lekarza i pacjenta, uwzględniając indywidualne potrzeby, preferencje i sytuację zdrowotną i rodzinną pacjenta.

Model Flexcare daje szansę na poprawę jakości życia pacjentów, oferując opiekę dostosowaną do współczesnych wyzwań demograficznych i epidemiologicznych. To potencjalna wygrana zarówno dla pacjentów, jak i dla całego systemu ochrony zdrowia – pacjenci zyskują wygodę i bezpieczeństwo, a system efektywnie wykorzystuje dostępne zasoby. Sukces będzie jednak zależał od efektywnej implementacji i zapewnienia, że proponowane zmiany rzeczywiście będą służyć nam – pacjentom.

Anna Kupiecka
prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej

Model Flexcare to kierunek, który może zrewolucjonizować opiekę zdrowotną, ale nie oszukujmy się – jego wprowadzenie to wyzwanie, które wymaga odwagi, determinacji i przede wszystkim realnych zmian w systemie. Nie wystarczy mówić o korzyściach, choć tych niewątpliwie jest wiele. Ociążenie szpitali specjalistycznych brzmi świetnie, ale czy system jest gotowy na to, by niższe poziomy opieki przejęły ciężar odpowiedzialności za pacjentów? To wymaga zdecydowanego wsparcia legislacyjnego i zmian w finansowaniu, a nie półśrodków.

Nie można jednak zaprzeczyć, że przeniesienie leczenia bliżej miejsca zamieszkania pacjenta ma ogromny potencjał. Komfort chorych to nie luksus – to standard, którego powinniśmy wymagać. Skrócenie dojazdów, mniejsze ryzyko infekcji, możliwość prowadzenia w miarę normalnego życia – to są zmiany, których pacjenci potrzebują. Ale jeśli ten model ma działać, musi gwarantować pełne bezpieczeństwo i nadzór specjalistów. Nie wyobrażam sobie sytuacji,

w której pacjent zostaje „przerzucony” na AOS czy POZ bez odpowiedniego przygotowania personelu i narzędzi.

Warto podkreślić, że Flexcare wymaga inwestycji, zarówno finansowych, jak i w wiedzę. Personel medyczny musi być przeszkolony w stosowaniu nowoczesnych terapii, a placówki muszą otrzymać jasne zachęty do wdrażania leczenia pozaszpitalnego. Jeśli tego zabraknie, model stanie się kolejnym „eksperymentem”, który rozczaruje zarówno pacjentów, jak i lekarzy.

Widzę w Flexcare ogromny potencjał, ale równocześnie dostrzegam ryzyko – ryzyko, że coś, co mogłoby realnie poprawić życie pacjentów, stanie się kolejnym niespełnionym obietnicą. To rozwiązanie wymaga determinacji w realizacji, bo tylko wtedy ma szansę działać tak, jak powinno: w interesie pacjenta i całego systemu ochrony zdrowia. Flexcare może być przyszłością, ale tylko jeśli dziś podejmiemy do niego z pełną odpowiedzialnością.

Stanisław Maćkowiak
prezes Federacji Pacjentów Polskich

Idea dostępu do świadczeń medycznych w domu pacjenta jest dyskutowana zarówno w środowisku medycznym jak i pacjenckim od lat. Jest ponad wszelką wątpliwość stwierdzone, że efektywność leczenia pacjentów jest najwyższa w warunkach domowych. Dotyczy to zarówno efektów zdrowotnych jak i ekonomicznych. Przekonaliśmy się o tym w warunkach pandemicznych, kiedy zastosowano tymczasowe rozwiązania pozwalające na takie działania.

Domowa Opieka Medyczna to kompleksowa usługa zdalnego leczenia i monitorowania stanu zdrowia pacjentów z wykorzystaniem Platformy DOM oraz urządzeń telemedycznych. DOM umożliwiła przeprowadzenie w warunkach domowych wielu badań, które pozwalały na prawidłową diagnozę stanu zdrowia pacjenta.

W ramach pilotażu realizowane były różne projekty w ramach Domowej Opieki Medycznej jak Smart Doktor, Opaska Telemedyczna, E-STETOSKOP, E-SPIROMETR. Programy te zostały wprowadzone na podstawie rozporządzeń

Ministra Zdrowia do realizacji w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Ze względów prawnych, administracyjnych i logistycznych świadczenia domowe są aktualnie wykonywane w bardzo ograniczonym zakresie, w opiece długoterminowej, hospicyjnej, paliatywnej.

Zapotrzebowanie na świadczenia domowe z punktu widzenia pacjentów jest bardzo duże.

Takie usługi mogą być realizowane w programach lekowych, jako kontynuacja realizacji świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego w szpitalu przeniesiona w do AOS, POZ, opieki domowej. Model świadczenia flexcare zapewnia taką formę opieki. Polega ona na przeniesieniu części świadczeń do niższych poziomów opieki zdrowotnej, przy zachowaniu stałego nadzoru placówki specjalistycznej. Dzięki temu pacjenci mogą unikać częstych wizyt w ośrodkach specjalistycznych, co podniesie komfort leczenia.

Ważnym jest również, w czasie ograniczonego dostępu do świadczeń szpitalnych i AOS, możliwość lepszego wykorzystania tych zasobów.

Najważniejsze jest jednak bezpieczeństwo pacjenta dla tego kluczowe etapy leczenia, takie jak kwalifikacja do

programu czy kontrola nad przebiegiem terapii, nadal będą realizowane przez ośrodki specjalistyczne.

Wprowadzenie modelu flexcare przyniesie korzyści pacjentom, świadczeniodawcom i systemowi ochrony zdrowia.

Anna Moskal

prezes Stowarzyszenia Rodzin z Chorobą Fabry'ego

Idea flexcare przedstawia rozwiązania, które od lat stanowią potrzebę pacjentów objętych programami lekowymi. Przeniesienie realizacji programów lekowych bliżej pacjenta jest wyjściem naprzeciw codziennym potrzebom pacjentów, poprawy ich jakości życia, ale także zapewnienia równości w leczeniu, i umożliwieniu dostępu do terapii niezależnie od sytuacji materialnej czy miejsca zamieszkania.

Spora część programów lekowych obejmuje choroby genetyczne, a pacjenci wymagają terapii do końca swojego życia. Konieczność regularnych oraz częstych wizyt w szpitalu, stanowi duże obciążenie zarówno dla pacjenta jak i jego rodziny. U pacjentów aktywnych zawodowo wymusza to częste absencje w pracy i w skali roku może stanowić spory problem w rozwoju kariery zawodowej. U pacjentów, którzy ze względu na stan zdrowia nie są w stanie wykonywać pracy zawodowo, takie częste wizyty są dużym obciążeniem fizycznym. Innym problemem jest odległość miejsca zamieszkania od placówki realizującej program lekowy.

Okazuje się, że dla niektórych pacjentów leczenie refundowane może być zbyt kosztowne ze względu na wydatki pośrednie, szczególnie jeśli spojrzymy na nie w skali roku, uwzględniając konieczność przyjmowania leczenia przez całe swoje życie. Propozycja rozwiązań flexcare umożliwia pacjentom kontynuowanie leczenia minimalizując dodatkowe obciążenia, jakie mogą wynikać ze specyfiki programów lekowych, a jednocześnie zapewnia maksimum bezpieczeństwa i kontaktu ze specjalistami.

W przedstawionym raporcie uwzględniono potrzeby wszystkich stron i propozycje rzeczowych rozwiązań, które mogłyby przynieść wiele korzyści dla wszystkich zaangażowanych w realizację programów lekowych. Jako Stowarzyszenie Rodzin z Chorobą Fabry'ego z nadzieją patrzymy na przedstawione propozycje i liczymy, że w niedalekiej przyszłości spora grupa pacjentów będzie mogła odczuć korzyści płynące z opieki flexcare.

Małgorzata Piekarska

prezes zarządu Polskiego Stowarzyszenia Osób z Nadciśnieniem Płucnym i Ich Przyjaciół

W imieniu naszego stowarzyszenia w pełni popieramy projekt. Biorąc pod uwagę dobro pacjenta i duże odległości jakie chory musi pokonać z domu do szpitala – wprowadzenie systemu flexcare jest bardzo potrzebne.

Dojazd do szpitala kilkaset km w jeden dzień jest bardzo uciążliwy, zarówno dla pacjenta jak i opiekuna, który co miesiąc musi brać urlop. Pacjent stabilny, np. na całodobowej tlenoterapii, jedzie transportem sanitarnym, co oznacza dodatkowe koszty dla NFZ – paliwo i zatrudnienie

dwóch pracowników karetki. W samej placówce czas oczekiwania na lekarza, dochodzi nawet do 6 godzin, a wizyta trwa bardzo często tylko 10 minut. Tymczasem pobranie krwi, zrobienie ekg, osłuchanie chorego i wydanie leku może być wykonane w POZ.

Mamy nadzieję, na refundację nowego leku w zastrzyku, podawanego podskórnie. Również w tym przypadku wszystkie potrzebne kompetencje będzie miała pielęgniarka w POZ, choć uważamy, że większość pacjentów będzie potrafiła

zrobić sobie zastrzyk samodzielnie. Przed poddaniem leku należy zrobić badanie krwi w POZ i wysłać lekarzowi prowadzącemu mailem, który skontroluje wyniki, wyrazi zwrotnie zgodę, tym samym lekarz w POZ nie będzie czuł dodatkowej presji, czy odpowiedzialności, ze względu, np. na brak znajomości danej choroby rzadkiej.

Wśród naszych pacjentów na pompach dożylnych i podskórnych szkolenia z obsługi pomp odbywają się w szpitalu i pacjent samodzielnie zmienia strzykawki w domu. W przypadku osób niesamodzielnych udało nam się zorganizować opiekę pielęgniarki środowiskowej, więc

możliwości są duże. Dodatkowo w przypadku osób z pompą dożylną wizyta w szpitalu wiąże się z ryzykiem infekcji i zakażenia wlewu, co wiąże się z hospitalizacją chorego.

Projekt jest bardzo potrzebny dla wszystkich chorych stabilnych, ale bardzo ważny dla chorych pracujących. Nie każdy pracodawca jest tolerancyjny i pozytywnie patrzy na comiesięczne nieobecności. Nasi chorzy to, np. kobiety samotnie wychowujące dzieci, które na czas wizyty w szpitalu, którą można byłoby zastąpić POZ-em „po sąsiedzku”, muszą znaleźć opiekę dla dziecka, prosić o pomoc sąsiadów, wynajmować nianie.

Agnieszka Wołczenko

prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce

Model Flexcare, proponujący elastyczność w przenoszeniu części wizyt czy podań leków bliżej miejsca zamieszkania pacjenta, stanowi innowacyjne podejście do organizacji opieki medycznej. Z perspektywy organizacji pacjentów, taki model może stanowić istotny krok w stronę poprawy dostępności leczenia, zwiększenia komfortu pacjentów, a także lepszego wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia.

Kwalifikacja pacjenta do programu, decyzje o jego dalszym leczeniu, a także kontrola nad przebiegiem terapii będą nadal realizowane przez placówki specjalistyczne, co zapewnia utrzymanie wysokiej jakości opieki. Jest to istotne z perspektywy pacjentów, którzy mogą obawiać się, że decentralizacja leczenia może prowadzić do rozproszenia opieki lub utraty kontroli nad procesem leczenia. W tym kontekście, zapewnienie ciągłości nadzoru przez szpital czy placówkę specjalistyczną, która jest realizatorem programu lekowego, stanowi kluczowy element w budowaniu zaufania pacjentów do nowego modelu.

Elastyczność w wyborze miejsca podania leku, w tym możliwość realizacji tego świadczenia bliżej miejsca zamieszkania pacjenta, ma potencjał, by znacząco poprawić

dostępność leczenia, szczególnie dla osób starszych, chorych przewlekle lub z ograniczoną mobilnością. Wielu pacjentów zmagających się z trudnościami związanymi z częstymi wizytami w szpitalach czy placówkach specjalistycznych, zarówno pod względem odległości, jak i czasochłonności tych wizyt. Dzięki modelowi Flexcare, pacjent może skorzystać z usług medycznych w bardziej wygodnym miejscu, na przykład w aptece czy w warunkach ambulatoryjnych. Może to wpłynąć na zmniejszenie liczby podróży, skrócenie czasu oczekiwania na leczenie i poprawę jakości życia pacjentów, zwłaszcza tych, którzy wymagają regularnych podań leków w ramach programu lekowego.

Podsumowując, model Flexcare wydaje się być istotnym krokiem w stronę bardziej zróżnicowanego i dostosowanego do potrzeb pacjentów systemu opieki zdrowotnej, który poprawia dostępność leczenia i komfort pacjentów. Elastyczność w wyborze miejsca realizacji leczenia to rozwiązanie, które może przynieść korzyści zarówno pacjentom, jak i systemowi ochrony zdrowia. Niniejszy raport i zawarte w nim propozycje to ważny krok w kierunku poprawy jakości leczenia w Polsce. Wierzmy, że znajdzie on uznanie zarówno w oczach kadry medycznej, jak i decydentów.

MENEDŻEROWIE:

Jarosław J. Fedorowski, prof. uniw., MD, PhD, MBA, FACP, FESC

prezes Polskiej Federacji Szpitali

prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia
przewodniczący Rady Naczelnej Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów

Docelowym modelem opieki medycznej powinna być koordynowana ochrona zdrowia oparta na wartości dla pacjenta tzw. Value Based Health Care (VBHC). Taki model pozwala na odejście od konkurencji o pieniądze na rzecz konkurencji o szeroko rozumiany wynik leczenia pacjentów.

Ogromnie ważnym krokiem w kierunku stworzenia VBHC jest zapewnienie opieki medycznej w całej ciągłości leczenia choroby, jak też - oczywiście - utrzymywanie pacjentów w jak najlepszym zdrowiu. Tak więc pacjent powinien otrzymywać świadczenia medyczne w odpowiednim czasie i w odpowiednim miejscu, w miarę możliwości w domu, a jeśli to nie jest możliwe - to w warunkach ambulatoryjnych, w ostateczności w szpitalu. O tym, w jakim miejscu pacjent będzie diagnozowany i leczony, powinny decydować przede wszystkim czynniki medyczne związane z wymaganym stopniem natężenia opieki medycznej, a także inne uwarunkowania, na przykład socjalne.

W obecnych czasach, w związku z postępowaniem technologii, w tym szczególnie telemedycyny i aplikacji sztucznej inteligencji oraz urządzeń monitorujących zdalnie stan

zdrowia pacjentów, jesteśmy w stanie w sposób elastyczny dostosowywać miejsce świadczenia usług medycznych. Model „flexcare” opisany w niniejszym raporcie jest bardzo dobrym przykładem na właśnie takie elastyczne podejście do opieki na pacjentami, szczególnie w odniesieniu do pacjentów wymagających stosowania leków biologicznych w ramach tak zwanych programów lekowych.

Zapewnienie ciągłości opieki medycznej - to jeden z kanonów medycyny koordynowanej, której istotą jest kosztowo efektywna opieka medyczna dzięki zorganizowanym działaniom uczestników systemu. Opisane w niniejszym raporcie bezpieczeństwo i skuteczność ambulatoryjnej kontynuacji terapii zastosowanej najpierw w warunkach szpitalnych, jak to ma miejsce w przypadku wielu leków biologicznych i innych, stanowi cenny wkład w rozwój opieki koordynowanej opartej na wartości dla pacjenta w naszym kraju.

Zapraszam serdecznie do lektury Raportu FLEXCARE 2024, gratulując jego autorom bardzo wartościowego opracowania.

dr n. med. Marek Tombariewicz

dyrektor naczelny

Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu

Nie ulega żadnej wątpliwości, że poprawa dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych jest niezmiennym motywem większości z ostatnich lat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Pomimo zagwarantowania w Ustawie refundacyjnej odpowiednich i corocznie rosnących środków finansowych na nowe i kontynuacje dotychczasowych programów lekowych problem ten dotyczy także tę grupę świadczeń, dlatego też każda inicjatywa poprawy dostępności zasługuje na uwagę.

Tak jest właśnie z propozycją Flexcare, czyli elastycznego podejścia do dystrybucji leków dla pacjentów w programach

lekowych. Zaletą takiego rozwiązania ma być poprawa komfortu pacjentów leczonych w bliskości do swojego miejsca zamieszkania ale i do swojego lekarza rodzinnego. Dla jednostek POZ, które w jednej trzeciej realizują założenia opieki koordynowanej byłoby to wejście na wyższy niż do tej pory poziom koordynacji opieki nad pacjentem. Wymagałoby to wzrostu kompetencji personelu zatrudnionego w jednostkach POZ, przełamania obaw związanych z podawaniem nowoczesnych terapii w „ośrodku zdrowia”, ale wsparcie w postaci możliwości telekonsultacji specjalistycznych i nowego rodzaju teleporad, które dobrze poznaliśmy w okresie pandemii powinno te obawy i problemy

rozwiąć. Taki sposób częściowego przejęcia opieki przez lekarzy rodzinnych spowodowałby odciążenie szpitali i uwolnienie części lekarzy specjalistów od natłoku pacjentów. Osobną kwestią i całkowicie nowym jest sposób dystrybucji leków bezpośrednio do pacjentów lub aptek i jednostek POZ co pociąga za sobą głównie potrzebę rozwiązania problemów technicznych ale i zagwarantowania właściwego finansowania. I jak zwykle w tym momencie zaczynają się obawy. Bo wszystkim powinno się to opłacać, żadna ze stron nie może stracić na wprowadzeniu nowego rozwiązania, a wręcz przeciwnie wszyscy powinni odnieść korzyść. Tylko jak uczy dotychczasowa praktyka, czy uda się przekonać do takiego podejścia Ministerstwo Zdrowia odpowiedzialne za konieczne zmiany legislacyjne i NFZ odpowiedzialne za finansowanie tego przedsięwzięcia? Jednocześnie trzeba by zapłacić nowym uczestnikom systemu realizacji programów

lekowych (POZ) i mobilnym zespołom jak i zrekompensować szpitalom brak jedynej korzyści finansowej za realizację PL w postaci płacenia za obsługę programu/podanie leku, które ma częściowo przejść na zewnątrz. Znając dotychczasową historię realizacji programów lekowych to tutaj może pojawić się największy opór i problem.

Ale na pewno warto spróbować nowego podejścia w postaci pilotażu, jednak pilotaże w naszym kraju rodzą się w ogromnych bólach i bardzo wolno jak choćby procedowany od 4 lat pilotaż KOWZ i bez zapewnienia pewności przejścia w trwały sposób funkcjonowania co widzimy w szóstym roku pilotażu Centrów zdrowia psychicznego, których los pomimo dobrych wyników jest niepewny.

Próbujmy. Ja trzymam kciuki za powodzenie Flexcare!

Spis źródeł

1. The Global Cancer Observatory (GCO) <https://gco.iarc.fr/en> (dostęp 15.10.2024)
2. OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb-35-en> (dostęp 15.10.2024)
3. Krajowy Rejestr Nowotworów <https://onkologia.org.pl/pl/> (dostęp 15.10.2024)
4. Portal Komisji Europejskiej, Cancer, https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer_en (dostęp 15.10.2024)
5. Portal Choroby Rzadkie, Czym Jest Choroba Rzadka, <https://chorobyrzadkie.gov.pl/pl> (dostęp 15.10.2024)
6. EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2022 Survey https://www.efpia.eu/media/s4qf1eqo/efpia_patient_wait_indicator_final_report.pdf (dostęp 15.10.2024)
7. Polski Radar Refundacyjny <https://gapv4.eu/polskiradar/> (dostęp 15.10.2024)
8. Raport „Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa 2025-2027” <https://www.pzh.gov.pl/raport-luka-finansowa-systemu-ochrony-zdrowia-w-polsce-perspektywa-2025-2027/> (dostęp 15.10.2024)
9. Raport Program lekowy B.44 Leczenie chorych z ciężką postacią astmy https://koalicyja.pta.med.pl/wp-content/uploads/2023/10/PTA-Astma_PL-B.44_Raport_v2.1.pdf (dostęp 15.10.2024)
10. Portal CowZdrowiu.pl (2024). Programy lekowe: co zmieniłyby koderzy medyczni, którzy je rozliczają? <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/programy-lekowe-co-zmieniłyby-koderzy-medyczni-ktorzy-je-rozliczaja> (dostęp 15.10.2024)
11. Portal Prawo.pl (2019). Pacjenci skarżą się na długie kolejki i niewłaściwe zachowanie personelu <https://www.prawo.pl/zdrowie/infolinia-rzecznika-praw-pacjenta-na-co-skarza-sie-pacjenci,362057.html> (dostęp 15.10.2024)
12. NICE. Managed access <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/managed-access> (dostęp 15.10.2024)
13. NICE. Homecare medicines service https://www.imperial.nhs.uk/-/media/website/patient-information-leaflets/pharmacy/homecare-medicines-service.pdf?rev=92b-90669337d49a1a9c71398c0d5f204&sc_lang=en (dostęp 15.10.2024)
14. Cavanna L, Citterio C, Mordenti P, Proietto M, Bosi C, Vecchia S. Cancer Treatment Closer to the Patient Reduces Travel Burden, Time Toxicity, and Improves Patient Satisfaction, Results of 546 Consecutive Patients in a Northern Italian District. *Medicina* (Kaunas). 2023 Dec 4;59(12):2121; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10744793/> (dostęp 15.10.2024)
15. „Raport opieka farmaceutyczna. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia” <https://www.gov.pl/web/zdrowie/opieka-farmaceutyczna---raport> (dostęp 15.10.2024)
16. Portal pacjent.gov.pl. Zaszczep się w aptecę <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/zaszczep-sie-w-aptece> (dostęp 15.10.2024)
17. Portal pacjent.gov.pl. Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/opieka-koordynowana-w-podstawowej-opiece-zdrowotnej> (dostęp 14.10.2024)
18. Rekomendacja nr 65/2023 z dnia 30 czerwca 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczenia opieki zdrowotnej dedykowanego terapii dla osób przewlekle chorych https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2023/015/REK/2022%2006%2030%20BP%20Rekomendacja%2065%202023_BIP.pdf (dostęp 14.10.2024)
19. Portal Rynek Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia proponuje udział pacjentów w negocjacjach cen leków. Najważniejsze zmiany <https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Ministerstwo-Zdrowia-proponuje-udzial-pacjentow-w-negocjacjach-cen-lekow-Najwazniejsze-zmiany,260837,6.html> (dostęp 15.10.2024)
20. G. Wójcik, Wpływ świadczenia na leczenie w programie lekowym Przyjęcie ambulatoryjne raz na 3 miesiące – potencjalny wpływ na realizację programu lekowego, Kraków, wrzesień 2024 https://hta.pl/wp-content/uploads/2024/09/IKARpro_Nowe_swiadczenie_wplyw_20240909_v1.0_raport.pdf (dostęp 15.10.2024)
21. Zarządzenie nr 175/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe z późn. zm.)
22. Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2024 r.
23. Mapy potrzeb zdrowotnych. Analizy. Programy lekowe. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/programy-lekowe/> (dostęp 08-10.2024)
24. Charakterystyki Produktów Leczniczych poszczególnych leków w ramach programów lekowych <https://www.ema.europa.eu/en/medicines> (dostęp 08-10.2024)

© Wydawcą raportu jest
Modern Healthcare Institute sp. z o.o.

Wszelkie prawa zastrzeżone

Wydawca oraz autorzy nie ponoszą
odpowiedzialności za jakiegokolwiek ewentualne
decyzje, które zostaną podjęte na podstawie
niniejszego opracowania.

Niniejszy raport jest objęty
prawami autorskimi.

Zabronione jest powielanie i kopiowanie
oraz wykorzystywanie w takiej formie części
lub całości raportu, w tym wykresów i tabel,
na jakimkolwiek polu eksploatacji
bez pisemnej zgody wydawcy.

Cytowanie fragmentów lub danych zawartych
w raporcie powinno zawierać adnotację
o źródle.

Treści zawarte w niniejszym raporcie nie
mają na celu promowania produktów
lecznicznych. Zostały zawarte jedynie w celach
informacyjno-edukacyjnych.

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

Modern Healthcare Institute sp. z o.o.
ul. Zabłocińska 6 lok. 46, 01-697 Warszawa

REGON: 368041956 NIP: 5223098085
KRS: 0000690383

Prezes zarządu: Krzysztof Jakubiak

mhi@mzdrowie.pl
www.mzdrowie.pl

