

Dostępność terapii i świadczeń w programach lekowych w chorobach autoimmunologicznych – model opieki ambulatoryjnej wymaga zmian

Liczba pacjentów leczonych w programach lekowych w chorobach autoimmunologicznych z roku na rok nieznacznie rośnie, jednak nadal w porównaniu z innymi krajami europejskimi pacjenci w Polsce mają najbardziej ograniczoną możliwość stosowania nowoczesnych terapii. Analiza rodzaju udzielanych świadczeń w programach lekowych w większości programów pokazuje przewagę świadczeń ambulatoryjnych, jednak nadal tryb hospitalizacji jest wykorzystywany przez szpitale także w odniesieniu do terapii doustnych i podskórnych z uwagi na lepszą wycenę.

Zmiana modelu udzielania świadczeń ambulatoryjnych w programach lekowych oraz premiowanie ośrodków, w których rzeczonych hospitalizacji się praktycznie nie wykonuje, podniesie wycenę opieki ambulatoryjnej i może przyczynić się do wzrostu liczby pacjentów leczonych w Polsce – wynika z raportu Dostępność terapii i świadczeń w programach lekowych w chorobach autoimmunologicznych. Wpływ wprowadzenia ryczałtowego modelu opieki ambulatoryjnej na budżet płatnika publicznego [1], którego wyniki zostały przedstawione podczas konferencji w Centrum Prasowym PAP w dn. 6.10.2021 r. w Warszawie. Raport oraz konferencja zostały objęte patronatem honorowym Rzecznika Praw Pacjenta Bartłomieja Chmielowca.

Zgodnie z danymi NFZ za rok 2020 liczba chorych leczonych w poszczególnych wskazaniach w ramach programów lekowych jest niewiele większa niż w 2018 r.

- Dostęp do innowacyjnych terapii w Polsce ma ok. 38% pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM), ok. 1,8% pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS), ok. 14% pacjentów z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów (MIZS), ok. 2,5% pacjentów z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa (ZZSK), ok. 1,8% pacjentów z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS), ok. 0,2% pacjentów z postacią nieradiograficzną spondyloartrazji (nrSpA) oraz ok. 1% chorych z postacią umiarkowaną do ciężkiej łuszczycy – powiedział dr Marcin Stajszczyk, współautor raportu, przewodniczący Komisji ds. Polityki Zdrowotnej i Programów Lekowych Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, kierownik Oddziału Reumatologii i Chorób Autoimmunologicznych Śląskiego Centrum Reumatologii.

- Szczegółowa analiza danych dotycząca dostępności pacjentów do poszczególnych leków w ramach programów lekowych pokazuje, że w przypadku możliwości wyboru spośród leków o różnym mechanizmie działania i odmiennych drogach podania, ale porównywalnej skuteczności i profilu bezpieczeństwa, lekami preferowanymi są te stosowane doustnie lub podskórnie względem terapii dożylnych. Wyjątek stanowi jeden program lekowy dla chorych z SM, w którym leki doustne i dożylne stosowane są niemalże w równym stopniu. W pozostałych programach lekowych odsetek chorych otrzymujących leki w postaci dożylny jest znacznie niższy niż otrzymujących leki w innych postaciach i wynosi ok. 18,5% u chorych z RZS, ok. 2,9% u chorych z ŁZS, ok. 4% u pacjentów z ZZSK i ok. 10% u pacjentów z łuszczycą plackowatą. Najniższy, prawie zerowy, odsetek chorych stosujących lek dożylny dotyczy pacjentów z SM w programie lekowym pierwszej linii – dodał dr Marcin Stajszczyk.

Analiza danych NFZ za lata 2018-2020 pokazuje, że preferowaną formą świadczenia w programach lekowych są świadczenia ambulatoryjne. Zarówno liczba pacjentów realizujących wizyty ambulatoryjne, jak i liczba świadczeń ambulatoryjnych rozliczonych we wskazanych programach lekowych są znacząco wyższe niż analogiczne liczby dla świadczeń w postaci hospitalizacji lub hospitalizacji jednodniowych. Wyjątek stanowi program lekowy B.46, ale jest to uzasadnione liczbą pacjentów stosujących leki w postaci dożylniej – wynika z raportu.

- Wprowadzenie nowego świadczenia przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu w 2019 r. było oczekiwaną zmianą dla realizujących programy lekowe neurologiczne i reumatologiczne. Dane wyraźnie pokazują znaczące wykorzystanie nowego świadczenia już w pierwszym roku jego funkcjonowania oraz bardzo dynamiczny dalszy wzrost w 2020 r. kosztem świadczenia przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu u pacjentów z SM, RZS, ŁZS, ZZSK i nrSpA. W najmniejszym stopniu nowe świadczenie wykorzystywane jest w praktyce w dermatologii u pacjentów z łuszczycą plackowatą, gdzie nadal dominuje świadczenie przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu, a liczba pacjentów, dla których je rozliczono, dodatkowo wyraźnie wzrosła w analizowanym okresie – powiedziała Izabela Obarska, współautor raportu, ekspert systemu ochrony zdrowia, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia w latach 2016-2017.

- Jednocześnie wraz z wprowadzeniem nowego świadczenia ambulatoryjnego, którego realizacja poprawiła finansowanie obsługi programów lekowych, obserwuje się – w mniejszym lub większym stopniu, w zależności od programu lekowego – spadek liczby pacjentów, dla których zrealizowano świadczenia w trybie jednodniowym i/lub hospitalizacji oraz całkowitej liczby rozliczonych hospitalizacji i/lub hospitalizacji jednodniowych w ramach programów lekowych, czyli świadczeń, których wycena jest znacząco wyższa niż wizyt ambulatoryjnych. Jest to pozytywny trend oznaczający korzyść dla pacjentów, ale także płatnika publicznego – podkreśliła Izabela Obarska.

Analizowane dane wskazują, że liczba pacjentów stosujących leki w postaci dożylniej oraz liczba pacjentów, dla których rozliczane są świadczenia w trybie jednodniowym oraz hospitalizacji są niemalże zbieżne w programach lekowych u pacjentów z RZS i u pacjentów z SM w programie drugiej linii. W pozostałych programach lekowych odsetek pacjentów, dla których rozliczono tryb jednodniowy i/lub tryb hospitalizacji, jest znacząco wyższy niż odsetek chorych stosujących leki w postaci dożylniej. Największa niezgodność dotyczy pacjentów z łuszczycą. Taka forma realizacji świadczeń w programach lekowych, praktykowana przez niektórych świadczeniodawców, powoduje, że część środków publicznych nie jest wykorzystywana racjonalnie.

- Także w przypadku kosztów w większości programów obserwuje się przewagę po stronie świadczeń ambulatoryjnych. Uzasadnione, znacząco wyższe koszty świadczeń w trybie jednodniowym i/lub hospitalizacji, mają miejsce w przypadku programu lekowego B.46, a w przypadku programu lekowego B.33 i chorych z RZS stanowią znaczący udział w całości, co także znajduje swoje uzasadnienie. Najmniej racjonalna struktura kosztów dotyczy programu lekowego dla pacjentów z łuszczycą plackowatą, gdzie koszt świadczeń rozliczonych w trybie jednodniowym i/lub hospitalizacji jest blisko dwukrotnie wyższy niż koszt świadczeń ambulatoryjnych, pomimo tego, że liczba pacjentów otrzymujących lek w postaci dożylniej jest 9-krotnie niższa niż stosujących leki w postaci podskórnej do samodzielnego stosowania w warunkach domowych – zwróciła uwagę Izabela Obarska.

Nowy, proponowany przez autorów raportu, model finansowania świadczeń ambulatoryjnych może pozwolić na sprawiedliwy podział środków publicznych pośród świadczeniodawców realizujących programy lekowe, odzwierciedlającą liczbę leczonych chorych.

Rekomendacje obejmują wprowadzenie rocznego ryczału za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym w wysokości odpowiadającej 12-krotności wyceny porady ambulatoryjnej, tj. 1 297,92 zł, którego warunkiem rozliczania byłby brak możliwości rozliczania w okresie sprawozdawania

ryczałtu innych świadczeń ambulatoryjnych oraz hospitalizacji i hospitalizacji jednodniowych związanych z wykonaniem programu. Ponadto autorzy rekomendacji proponują, aby w przypadku świadczeniodawców, u których odsetek rozliczonych świadczeń ambulatoryjnych u pacjentów stosujących leki w postaci doustnej lub podskórnej w realizowanym programie lekowym w danym roku przekracza 99% (poniżej 1% rozliczonych świadczeń w trybie jednodniowym i/lub hospitalizacji) bazowa wartość rozliczonego rocznego ryczałtu za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym powinna zostać dodatkowo skorygowana nowym współczynnikiem korygującym w wysokości 1,5 do kwoty 1 946,88 zł.

Zwracają także uwagę, że w przypadku leków stosowanych doustnie lub podskórnie współczynnik korygujący dotyczący świadczeń w programach lekowych powinien być możliwy do zastosowania jedynie w związku z realizacją świadczeń ambulatoryjnych, w tym nowego świadczenia tj. rocznego ryczałtu za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym, a nie – jak dotychczas – również w związku z realizacją hospitalizacji i hospitalizacji jednodniowej, ponieważ nie jest to efektywne kosztowo i nie przekłada się na dodatkową wartość zdrowotną. W przypadku niektórych programów lekowych, dodatkowo rezygnacja z realizowanych przez część świadczeniodawców, nie zawsze zasadnych klinicznie trybów hospitalizacji, mogłaby pozwolić na znaczące pokrycie dodatkowych kosztów płatnika publicznego i sprawiedliwy podział środków wśród wszystkich świadczeniodawców. Taki system premiowałby przede wszystkim tych świadczeniodawców, którzy kierując się dobrem pacjenta, a nie opłacalnością poszczególnych świadczeń, realizują programy lekowe z wykorzystaniem wyłącznie wizyt ambulatoryjnych u wszystkich chorych stosujących leki w postaci doustnej lub podskórnej.

– Jednoczesne wejście w życie wszystkich proponowanych rozwiązań może pozwolić na zmniejszenie liczby nieuzasadnionych klinicznie hospitalizacji i zwiększenie liczby preferowanych przez pacjentów świadczeń ambulatoryjnych. Nowy model finansowania powinien premiować świadczeniodawców, którzy realizują świadczenia ambulatoryjne w programach lekowych i stanowić zachętę do zmiany struktury udzielanych świadczeń. Pomimo tego, że NFZ ma możliwości kontroli zasadności hospitalizacji, uważamy, że stworzenie systemu pozytywnych zachęt będzie w dłuższej perspektywie bardziej korzystne nie tylko dla pacjentów, ale także dla świadczeniodawców i płatnika publicznego – zaznaczył dr Marcin Stajszczyk.

Podczas debaty dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia i Center of Value Based Healthcare Uczelni Łazarskiego, wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, zwróciła uwagę, że dobrze zorganizowany system opieki zdrowotnej, powinien być nakierowany na zwiększanie wartości zdrowotnej, rozumianej jako relacja wyników zdrowotnych i doświadczeń pacjentów korzystających z opieki, do ponoszonych kosztów leczenia. W tym nowoczesnym podejściu, zwanym w literaturze Value Based Healthcare, akcenty położone są na monitorowanie efektów i nakładów, dając organizatorom opieki znacznie więcej przestrzeni do tworzenia optymalnych ścieżek postępowania, uwzględniających preferencje pacjenta oraz jego rzeczywiste potrzeby.

– W tym kontekście rozwiązania zaproponowane przez autorów niniejszego raportu wydają się w pełni odzwierciedlać paradygmat wartości zdrowotnej. Nowy model finansowania świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym w programach lekowych, opierający się na rocznym ryczałcie za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym, który uzupełniłby Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe, należy uznać za bardzo wartościową propozycję, wpisującą się w konieczność ograniczania nieuzasadnionych hospitalizacji, które nie wnoszą dodatkowej wartości zdrowotnej. Płatność ryczałtowa stanowiąca 12-krotność wyceny porady ambulatoryjnej mogłaby zwiększyć motywację wielu świadczeniodawców do rewizji dotychczasowych modeli opieki i dostosować kalendarz wizyt do rzeczywistych potrzeb pacjenta, nie łamiąc przy tym wytycznych w zakresie monitorowania skuteczności i bezpieczeństwa terapii określonych w programach lekowych.

wielu świadczeniodawców, którzy dotychczas wyrażali sceptycyzm w zakresie rozszerzania swojej oferty o innowacyjne terapie z racji niskiej efektywności kosztowej programów z perspektywy budżetu szpitala. Zjawisko to skutkuje ograniczeniem dostępu do nowoczesnych metod leczenia lub form udzielania świadczeń i podtrzymywaniem nierówności w dostępie do usług zdrowotnych o porównywalnej, wysokiej jakości. Promocja placówek, które optymalizują procesy opieki, mając wciąż na uwadze przede wszystkim dobro i bezpieczeństwo pacjenta, wpisuje się w kierunki zapisane w Strategii NFZ na lata 2019-2023 – podkreśliła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Głos przedstawicieli pacjentów oraz ekspertów klinicznych stanowił także istotne wsparcie dla zaprezentowanych rekomendacji.

- Dzięki wczesnej diagnozie i terapii pacjenci z SM mogą być w pełni aktywni zawodowo i społecznie. Niezwykle istotne jest aby system opieki zdrowotnej był im przyjazny. Proponowany model opieki ambulatoryjnej wychodzi naprzeciw oczekiwaniom chorych, pozwala lekarzom na elastyczne planowanie wizyt bez negatywnego wpływu na jakość leczenia oraz finanse szpitala – powiedziała Malina Wieczorek, prezes Fundacji SM-Walcz o Siebie.

Prof. Alina Kułakowska, prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii w województwie podlaskim, podkreśliła, że wprowadzenie świadczenia przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym raz na 3 miesiące zostało bardzo dobrze przyjęte przez środowisko neurologiczne.

- Ta forma świadczenia, umożliwiająca rzadsze wizyty chorego w ośrodku leczącym, sprawdziła się świetnie w okresie pandemii COVID-19. Jednocześnie okres pandemii uzmysłowił potrzebę zwiększenia elastyczności obsługi programów lekowych. Nowy model finansowania świadczeń w programach lekowych zaproponowany w raporcie promuje ośrodki realizujące programy lekowe w formie wizyt ambulatoryjnych, co uważam za słuszne. Wprowadzenie dodatkowego współczynnika korygującego w wysokości 1,5 i wzrost ryczałtu do kwoty 1946,88 zł, mogłoby zdecydowanie ograniczyć liczbę kosztownych i pracochłonnych hospitalizacji. Z doświadczenia wiem, że tylko w nielicznych przypadkach w ramach realizacji programów lekowych leczenia SM, zwłaszcza programu I linii, konieczna jest hospitalizacja uzasadniona przyczynami medycznymi – podkreśliła prof. Alina Kułakowska.

Opinie pacjentów z SM dzielają także przedstawiciele pacjentów z zapalnymi chorobami reumatycznymi i dermatologicznymi.

Dagmara Samselska, przewodnicząca Unii Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę i ŁZS, zwróciła uwagę, że łuszczycy ma wpływ na życie zawodowe ponad 40% pacjentów. Co piąty chory musi korzystać ze zwolnień lekarskich, a co 10 chory stracił pracę z powodu łuszczycy. Wpływ na poprawę sytuacji może mieć niewątpliwie zmiana finansowania świadczeń w programach lekowych, co może przyczynić się do zmniejszenia liczby hospitalizacji pacjentów z łuszczycą, bo w obecnym stanie system nie jest efektywny i nie spełnia swojej roli.

Zdaniem Jolanty Grygielskiej, prezes Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Reumatyków „REF”, prezentowany raport ukazuje jak uproszczenie procedur w leczeniu biologicznym pozwala na ekonomizację wydatków na świadczenia zdrowotne. Premiowanie leczenia ambulatoryjnego w stosunku do hospitalizacji jest szczególnie korzystne dla pacjentów, dla których wiązanie otrzymania leku z pobytem w szpitalu, nawet krótkotrwałym, zaburza normalne funkcjonowanie, zarówno w życiu rodzinnym, jak i zawodowym. Wprowadzenie rocznego ryczałtu ambulatoryjnego w programach lekowych pozwoli na zmniejszenie uciążliwości terapii dla pacjenta przy jednoczesnym zabezpieczeniu specjalistycznej opieki medycznej w razie potrzeby.

- Takie rozwiązanie jest szczególnie korzystne dla pacjentów aktywnych zawodowo, a także wychowujących dzieci – dodała Violetta Zajk, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z

Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem.

Prof. Brygida Kwiatkowska, konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii, uważa, że wzmocnienie roli opieki ambulatoryjnej w programach lekowych jest bardzo korzystne dla pacjentów, a dodatkowo premiowanie szpitali, które taki model opieki preferują, może sprawić, że większość odejdzie od niepotrzebnych hospitalizacji. Dodała, że premiowane powinny być także ośrodki, w których leczy się najwięcej pacjentów.

- Oszczędności związane ze stosowaniem leków biopodobnych w reumatologii i innych dziedzinach powinny być przeznaczane na poszerzenie dostępu do terapii. Należy zwiększyć finansowanie świadczeń ambulatoryjnych w modelu rocznego ryczału jako najbardziej efektywnego. Oszczędności powinny być także reinwestowane w refundacje kolejnych terapii innowacyjnych, w tym leków doustnych, których stosowanie nie wymaga hospitalizacji - podkreśliła prof. Brygida Kwiatkowska.

Uczestnicy debaty zgodzili się, że proponowane zmiany powinny zostać wprowadzone w programach lekowych w chorobach autoimmunologicznych, w tym w neurologii, reumatologii, dermatologii i gastroenterologii.

Zdaniem prof. Jarosława Reguły, konsultanta krajowego w dziedzinie gastroenterologii, poprawa finansowania świadczeń ambulatoryjnych w programach lekowych, a tym samym zwiększenie dostępności do nich, może znacząco wpłynąć na liczbę leczonych pacjentów.

- Niestety w implementacji nowych rozwiązań systemowych zwykle pozostajemy w tyle za innymi specjalnościami. Nadal na przykład, choć pewnie się to wkrótce zmieni, mamy limitowany czas leczenia chorych. Jako gastroenterolodzy popieramy propozycję rocznego ryczału ambulatoryjnego i uważamy, że powinniśmy móc również korzystać z takiej możliwości - szczególnie wobec faktu, że preparaty podskórne i doustne będą zwiększały swój udział w programach lekowych w obu chorobach zapalnych jelit - podkreślił prof. Jarosław Reguła.

- Istotnym atutem prezentowanego rozwiązania jest również jego skalowalność na wiele programów lekowych, co powinno nastąpić po analizie skuteczności tego rozwiązania po roku lub dwóch stosowania tej formy rozliczania w kilku wybranych programach - podsumowała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Raport: