Image not found or type unknown

Rekomendacje w sprawie zmiany zasad ustalania poziomu odpłatności leków na recepcie

Samorząd lekarski niezmiennie stoi na stanowisku, iż oznaczanie stopnia refundacji leku na recepcie nie powinno być obowiązkiem lekarza. Decyzja o poziomie refundacji leku należy do Ministra Zdrowia, który określa ją w obwieszczeniach w postaci list refundacyjnych. Zespół problemowy ds. automatyzacji ustalania stopnia refundacji leków opracował rekomendacje w sprawie zmiany zasad ustalania poziomu odpłatności leków na recepcie, które Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przyjęło jako własne.

W stanowisku Zespół wskazuje, że refundacja leków jest prawem pacjenta, a korzyści z uzyskania leku z danym poziomem refundacji powinny być realnie dostępne dla wszystkich. W obecnym systemie, lekarz wystawiający receptę, wskazując na stopień refundacji, naraża się na konsekwencje finansowe w przypadku niewłaściwego oznaczenia poziomu refundacji. W związku z zawiłością systemu refundacyjnego może prowadzić to do obaw przed przepisywaniem leków z refundacją oraz zwiększenia liczby specjalistycznych konsultacji, co paraliżuje funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej.

- *Refundacja leków, to przywilej pacjenta. Nie godzimy się na jakiekolwiek karanie lekarza za nienależną pacjentowi refundację. To najważniejszy warunek, jaki musi być spełniony, aby system automatycznego wyznaczania poziomu refundacji zaczął działać. Nie godzimy się na system, w którym lekarz odpowiada finansowo za wystawione przez siebie recepty, na system, w którym lekarz może odpowiadać za wszystkie recepty wystawione na podstawie wprowadzonej przez niego danej. W opinii Zespołu system automatycznej refundacji jest krokiem w dobrym kierunku i docelowo powinien polegać na trwałym nabywaniu przez pacjenta przywilejów refundacyjnych do poszczególnych grup leków* – komentuje przewodniczący Zespołu Marcin Karolewski.

Dodaje, że przywileje te powinny być nabywane na podstawie zgromadzonych w systemie P1 rozpoznań chorób oraz ograniczonej liczby danych klinicznych. W trakcie preskrypcji lekarzowi powinny docelowo pokazywać się jedynie pytania dotyczące danych klinicznych, które nie są zapisane w systemie P1, a jednorazowo wprowadzone odpowiedzi powinny trwale zapisywać się w systemie.

STANOWISKO NR 1/2025
Zespołu problemowego ds. automatyzacji ustalania stopnia refundacji leków
z dnia 27 stycznia 2025 r.
w sprawie zmiany zasad ustalania poziomu odpłatności leków na recepcie

Samorząd Lekarski niezmiennie stoi na stanowisku, że oznaczanie stopnia refundacji leku na recepcie nie powinno być obowiązkiem lekarza. To nie lekarz wystawiający receptę decyduje jaki jest stopień refundacji leku, lecz określa to Minister Zdrowia w swoich obwieszczeniach w postaci list refundacyjnych. Refundacja leków jest uprawnieniem pacjenta i pacjent uzyskuje realne korzyści z uzyskania leku z danym poziomem refundacji. W obecnym systemie lekarz, zapisując lek i określając jego stopień refundacji na recepcie może być narażony na konsekwencje finansowe, jeżeli dokona niewłaściwego oznaczenia jej poziomu, w związku z zawiłością obecnego systemu refundacyjnego. Skutkuje to obawą przed przepisywaniem leku z refundacją oraz mnożeniem specjalistycznych konsultacji, co paraliżuje system.

Zespół ds. automatyzacji ustalania stopnia refundacji leków uważa, że obecne prace mające na celu wprowadzenie tego rozwiązania są krokiem w dobrym kierunku, ale żeby uniknąć w przyszłości problemów, jakich doświadczyliśmy chociażby przy okazji sprawy związanej z refundacją produktów mlekozastępczych muszą być spełnione następujące warunki:

1. **Uprawnienia refundacyjne powinny być trwale przypisane do pacjenta i przechowywane w systemie P1** - przechowywanie danych refundacyjnych przy profilu pacjenta, w tym wszystkich dotychczasowych rozpoznań chorób oraz odpowiedzi na pytania kliniczne, powinno być trwale przypisane do pacjenta, tak, aby jednorazowe wpisanie np. frakcji wyrzutowej serca poniżej 50%, na stałe nadawało pacjentowi uprawnienia refundacyjne dla określonej grupy leków i nie musiało być określane każdorazowo w systemie automatycznej refundacji. Jeżeli system będzie każdorazowo zadawał do leku określoną ilość pytań kontrolnych, nie będzie to system automatycznej refundacji, a jedynie system wydłużający preskrypcję.
2. **Danymi refundacyjnymi powinny być rozpoznania choroby wg klasyfikacji ICD-10 (docelowo ICD-11) oraz w okresie przejściowym do pełnej automatyzacji ograniczona ilość danych klinicznych. Dane kliniczne powinny być ograniczone do maksymalnie dwóch pytań dodatkowych** - obecnie leki na liście refundacyjnej podzielone są na leki refundowane we wszystkich wskazaniach oraz leki refundowane w określonych sytuacjach klinicznych. W grupie leków podlegających refundacji w określonych sytuacjach klinicznych są leki, dla których określoną sytuacją kliniczną są rozpoznania wg. kodu ICD-10 (np. duża część leków psychiatrycznych, dla których sytuacją kliniczną jest rozpoznanie z grupy rozpoznań oznaczonych kodem rozpoczynającym się od litery F) oraz takie, które wymagają uszczegółowienia sytuacji klinicznej np. leki stosowane w diabetologii, które wymagają podania wartości HbA1c oraz informacji dotyczącej aktualnie przyjmowanych leków. Te dodatkowe dane kliniczne powinny być ograniczone do maksymalnie dwóch pytań i jednorazowe wprowadzenie ich, powinno skutkować trwałym przypisaniem pacjenta do zakresu refundacji. Podanie danych klinicznych przy jednym leku, powinno automatycznie skutkować zaznaczeniem takich samych danych klinicznych przy wszystkich lekach, które wymagają odpowiedzi na takie same pytania dotyczące sytuacji klinicznej u tego samego pacjenta.
3. **Docelowo poziom refundacji powinien być wyznaczany automatycznie w zależności od danych, jakie dotychczas są zgromadzone przy pacjencie w systemie P1 oraz dopisanych w trakcie wizyty u lekarza i na podstawie kluczowych danych z badań laboratoryjnych** - poziom refundacji powinien być wyznaczany automatycznie, na podstawie już zgromadzonych w systemie P1 rozpoznań chorób oraz danych klinicznych. Osobie preskrybujacej leki powinny się otwierać w systemie gabinetowym jedynie okienka z informacjami, które nie były wcześniej zapisane w systemie. Docelowo na recepcie nie powinien być oznaczany stopień refundacji.
4. **Aby niepotrzebnie nie wydłużać procesu wystawiania recepty, w przypadku wystawiania większej liczby leków, dodatkowe pytania powinny być zadawane jednorazowo w trakcie wystawiania całej recepty** – należy uniknąć sytuacji, w której w trakcie procesu wystawianiu recepty system gabinetowy będzie wymuszał kilkakrotne połączenie z systemem P1, aby uzyskać dane zgromadzone przy pacjencie.
5. **Lekarz nie może być karany za nienależną pacjentowi refundację** - system, w którym refundacja leków będzie wyznaczana automatycznie na podstawie danych klinicznych może budzić obawy, że lekarz lub inna uprawniona osoba, która wprowadzi daną kliniczną lub rozpoznanie

choroby, może być w przyszłości obarczona koniecznością zwrotu nienależnej pacjentowi refundacji, nie tylko na lek, który sam przepisał, ale również za wszystkie leki, jakie zostaną zrefundowane na podstawie wprowadzonych danych. Stwierdzenie w trakcie kontroli błędnie określonej refundacji powinno skutkować cofnięciem u pacjenta uprawnień refundacyjnych od dnia kontroli. ontrolowanymi danymi mogą być wyłącznie dane kliniczne. Rozpoznanie choroby jest wyłącznym uprawnieniem lekarza i nie może podlegać kontroli administracyjnej.

6. **Dla każdej grupy leków należałoby docelowo określić ograniczoną liczbę klinicznych informacji kluczowych, które będą danymi klinicznymi do określania stopnia refundacji** - obecnie istnieje bardzo duża ilość danych klinicznych, określających stopień refundacji np. daną kliniczną, pozwalającą na stosowanie leku złożonego z telmisartanu i diuretyku w nadciśnieniu tętniczym jest „niewystarczająca kontrola ciśnienie przy zastosowaniu telmisartanu", a przy leku złożonym z walsartanu i diuretyku, analogicznie "niewystarczająca kontrola ciśnienia tętniczego przy zastosowaniu walsartanu". Racjonalnym byłoby stworzenie jednej danej klinicznej – „niedostateczna kontrola ciśnienia przy zastosowaniu jednego leku". W przypadku wielu dziedzin medycyny można stworzyć określoną liczbę danych klinicznych, które w znacznym stopniu uprościłyby system refundacji, np. wartość hemoglobiny glikozylowanej (HbA1c), frakcja wyrzutowa serca (EF) lub konieczność stosowania terapii złożonej w nadciśnieniu tętniczym.

7. **Wprowadzanie automatycznej refundacji powinno być poprzedzone przejściowym okresem dobrowolności korzystania z systemu. Pilotaż należy rozpocząć od leków, dla których stopień refundacji oparty jest na jednostkach chorobowych wg klasyfikacji ICD-10** - wprowadzenie okresu przejściowego pozwoli na dostosowanie systemów komputerowych do automatycznej refundacji, a także pozwoli osobom preskrybujacym leki na przyswojenie nowych zasad określania stopnia refundacji. W grupie leków ze wskazań klinicznych jest bardzo dużo leków, dla których wskazaniem klinicznym jest właśnie kod ICD-10. Wprowadzanie systemu należy rozpocząć od leków, dla których jedynym wskazaniem jest wyłącznie kod ICD[1]10 bez dodatkowych pytań o sytuację kliniczną.

8. **Uaktualniając listy refundacyjne należy dążyć do upraszczania kryteriów refundacyjnych, które docelowo powinny opierać się wyłącznie na rozpoznaniu wg kodu ICD-11** - należy dokonać przeglądu wskazań refundacyjnych wielu leków, dla których są one niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Docelowo, wraz z wprowadzeniem klasyfikacji ICD-11, należy dążyć do określania kryteriów refundacyjnych na podstawie tego bardzo rozbudowanego systemu.