

Znak: DGL.4452.138.2020  
2020.148897.AWO

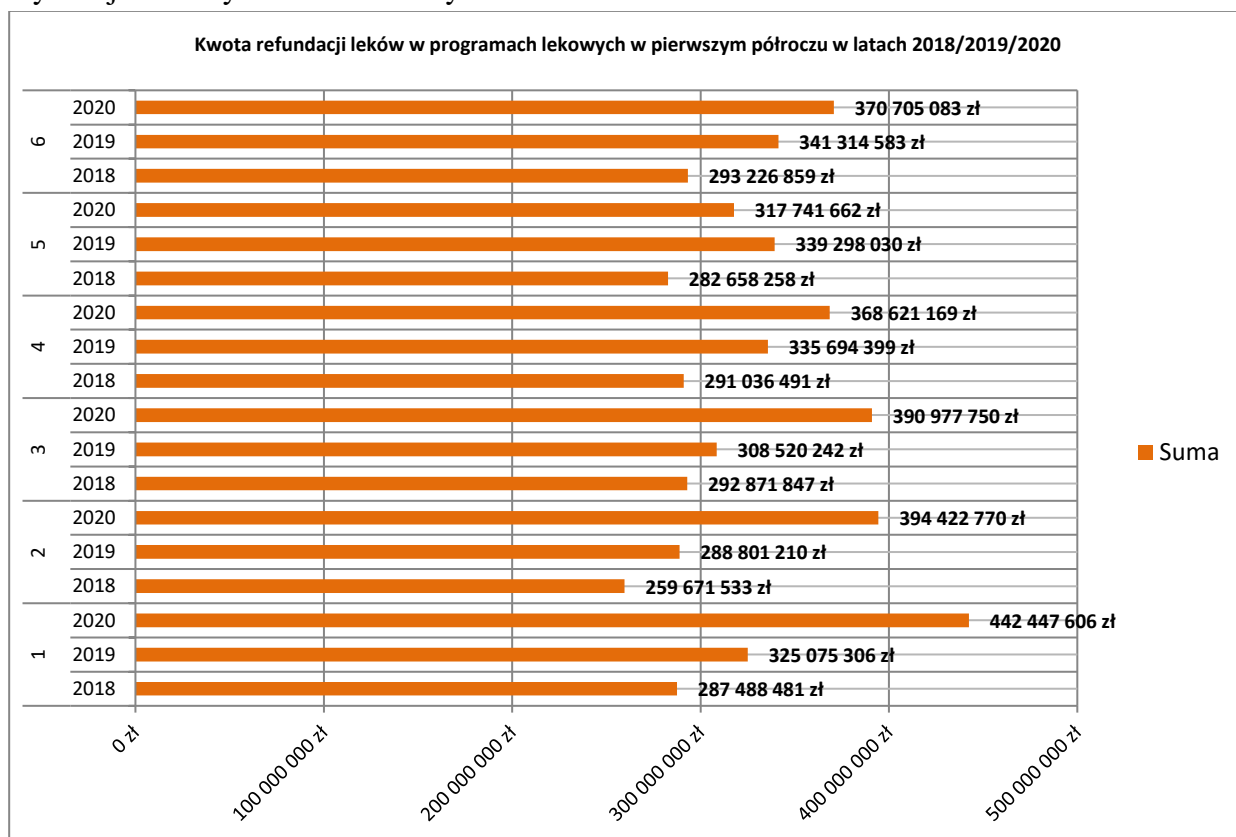
Warszawa, 23.10.2020r

**Pan**  
**Bartłomiej Chmielowiec**  
**Rzecznik Praw Pacjenta**

W odpowiedzi na pismo z dnia 19 października 2020 r. dotyczące dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pandemii, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

W odniesieniu do świadczeń udzielanych pacjentom w programach lekowych i chemioterapii aktualnym pozostaje komunikat Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. dla podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju Leczenie szpitalne programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, a także dla pacjentów objętych tym leczeniem.

Jednocześnie informuję, że w zakresie programów lekowych wykonanie umów w okresie pandemii nie odbiega znacznie od innych miesięcy roku. Realizacja świadczeń w tym zakresie wykazuje na stały trend wzrostowy:



Na opisaną sytuację miało wpływ przede wszystkim udostępnienie szeregu rozwiązań, mających na celu poprawę dostępności do świadczeń oraz „elastyczne” podejście do przyjęć

pacjentów, w szczególności w zakresie ograniczenia kontaktów pacjentów w stanie stabilnym z placówkami medycznymi min.:

- dopuszczono wydawanie leków pacjentom na okres 6 – miesięcznej terapii, na podstawie indywidualnej oceny lekarza prowadzącego leczenie;
- umożliwiono sprawozdanie teleporady - wizyty kontrolne u pacjentów w stanie stabilnym mogą być udzielone w formie konsultacji telefonicznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Termin realizacji teleporady może odbiegać od terminu rzeczywistego wydania lub doręczenia leków pacjentom.

Ponadto zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia w przypadku świadczeń udzielanych w programach lekowych i chemioterapii możliwe jest:

- dostarczenie leków przez szpital bezpośrednio do miejsca zamieszkania pacjenta lub do jego przedstawiciela ustawowego,
- wydanie leku pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie przez niego upoważnionej z apteki szpitalnej.

Dodatkowo wprowadzone zostały zmiany w sposobie udzielania świadczeń w programach lekowych, w szczególności w odniesieniu do odstępstw wynikających z charakterystyki danego programu lekowego. Z uwagi na możliwość występowania okresowych zaburzeń w planowych harmonogramach przyjęć pacjentów w celu podania/wydania leków wynikających z określonego cyklu leczenia, w tym również konieczności wykonania badań diagnostycznych wskazanych w opisach świadczeń wydano następujące rekomendacje:

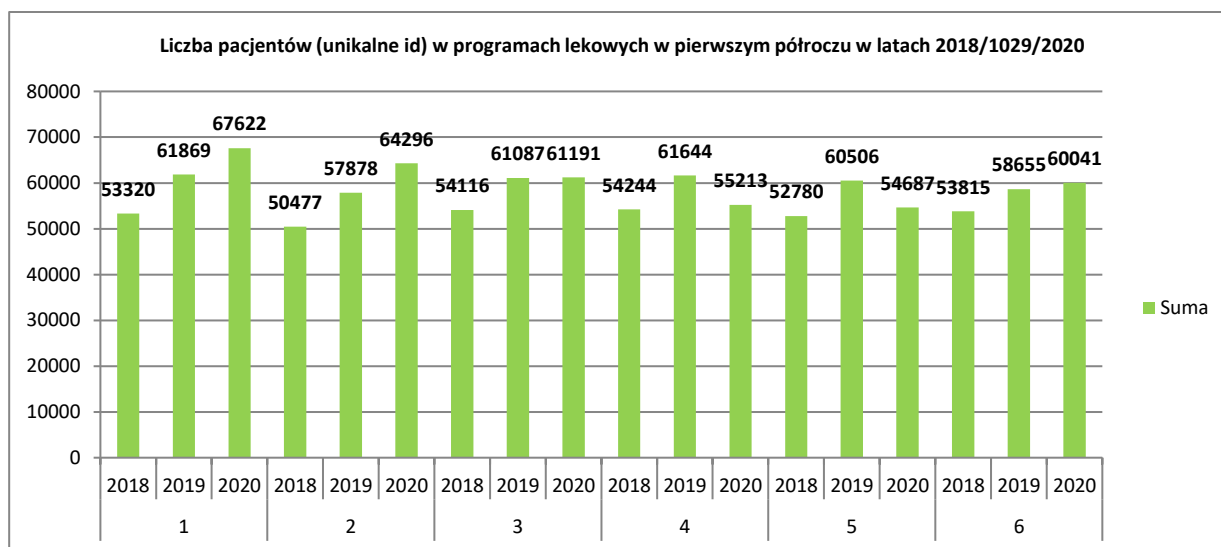
- w przypadkach stabilnych, które nie stwarzają zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, konsultacja lekarska mogła odbyć się za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych,
- w przypadkach, w których stan pacjenta jest stabilny a odsunięcie wykonania badania kontrolnego pozostaje bez wpływu na stan zdrowia i bezpieczeństwo chorego możliwe jest przesunięcie terminu badania kontrolnego przewidzianego treścią programu lekowego,
- w przypadku niezbędnej wizyty – jeżeli jest to możliwe pacjenci powinni być przyjmowani w trybie ambulatoryjnym w specjalnie wydzielonych do tego pomieszczeniach,
- w przypadku niezbędnej wizyty – jeżeli jest to możliwe świadczeniodawca powinien wydzielić pomieszczenia tak, aby maksymalnie skrócić „drogę pacjenta” do miejsca udzielenia świadczenia,
- w przypadku niezbędnej wizyty – organizacja udzielania świadczeń powinna zapewnić bezpieczeństwo dla pacjentów, ustanowionych przez nich przedstawicieli ustawowych oraz personelu medycznego.

Wskazano również, że przypadku kiedy placówka udzielająca świadczeń w ramach programu lekowego przekształci się w placówkę chorób zakaźnych – rekomenduje się doraźne przejście pacjentów przez inną placówkę realizującą dany program lekowy, w szczególności dotyczy to pacjentów wymagających niezwłocznego podania leku wynikającego z określonego cyklu leczenia.

Mając również na uwadze nałożony na Fundusz obowiązek ustawowy wynikający z art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej

ze środków publicznych – w szczególności dotyczący prowadzenia elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych (SMPT) wprowadzona została zmiana umożliwiająca elastyczne uzupełnianie danych w poszczególnych punktach kontrolnych w programie – w przypadku ich przesunięć świadczeniodawca może wskazać inny termin ich realizacji wskazując jako przyczynę „w związku z Covid-19”. Jednocześnie z dniem 1 września 2020 r. weszła w życie ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, która w art. 32 odnosi się do obowiązku uzupełniania przez świadczeniodawców danych w systemie SMPT: „W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, w rozumieniu odpowiednio art. 2 pkt 22 i 23 ustawy zmienianej w art. 7, warunku rozliczenia kosztów leku stosowanego w ramach programu lekowego oraz kosztów związanych z nim świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 188c ust. 3 ustawy zmienianej w art. 4, nie stosuje się.” Oddziały Wojewódzkie Funduszu zostały poinformowane, że weryfikacja świadczeń zrealizowanych w ramach programów lekowych nie powinna nieść negatywnych skutków finansowych dla świadczeniodawcy, w sytuacji, gdy stwierdzone błędy dotyczą nieuzupełnienia przez niego wymaganych danych w systemie SMPT.

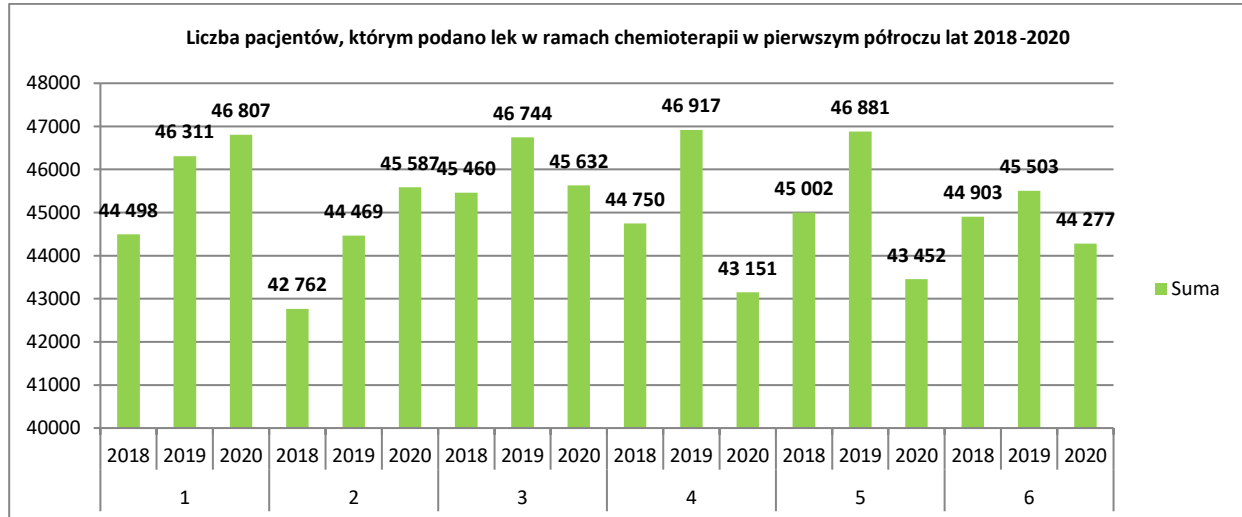
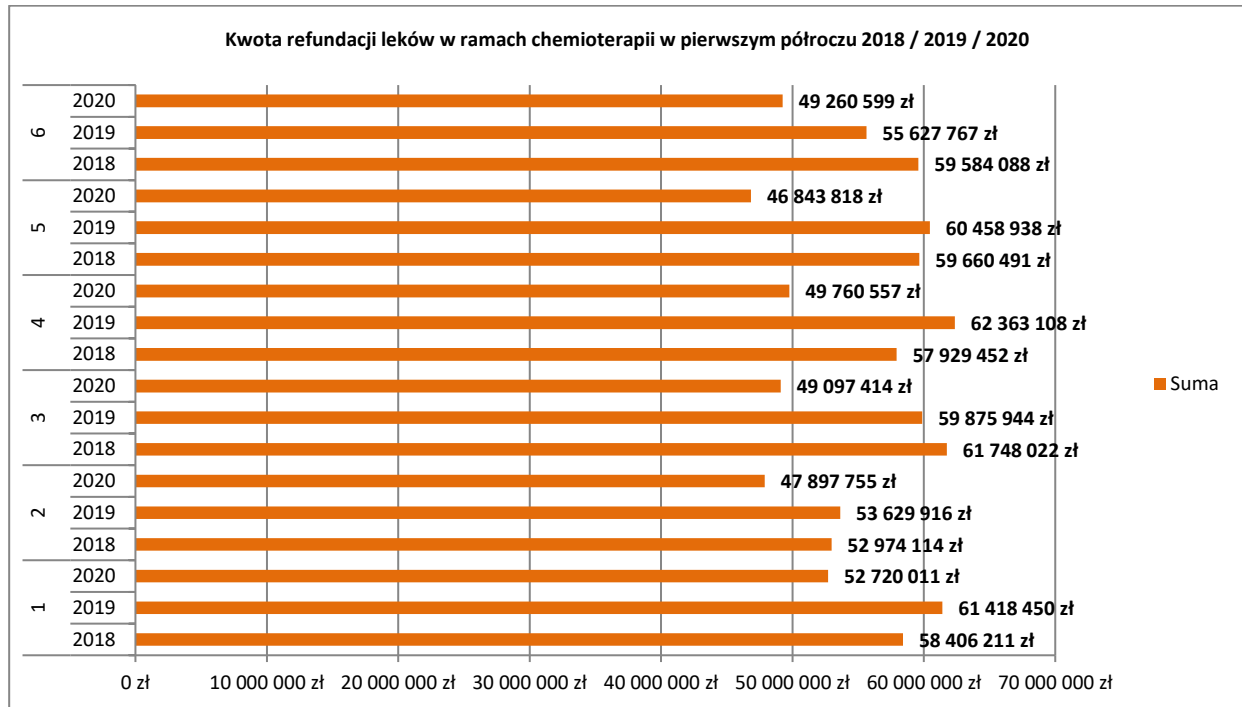
Wskazane powyżej działania przyczyniły się do zachowania stabilizacji w realizacji programów lekowych i stopniowego zwiększania ilości osób objętych leczeniem. Wskazane dane prezentuje poniższy wykres.



W odniesieniu do świadczeń realizowanych w ramach chemioterapii, w 2020 roku obserwowany jest niewielki spadek wartości realizowanych świadczeń. Jednak powyższa sytuacja ma swoje uzasadnienie w zmieniającej się wartości cen leków. W wyniku decyzji podejmowanych przez Ministra Zdrowia ceny leków stosowanych w chemioterapii spadają. Dodatkowo znaczenie ma fakt, że w często występujących nowotworach takich jak rak piersi, rak płuca, rak jelita grubego do programów lekowych wprowadza się coraz więcej opcji terapeutycznych, często również w pierwszej linii, co decyduje o wyborze programu lekowego

jako pierwszej linii leczenia, a nie jak w ubiegłych latach katalogu leków dostępnych w chemioterapii.

W odniesieniu do liczby pacjentów objętych chemioterapią należy zauważyć, że również obserwuje się spadek, co potwierdza przytoczoną powyżej tezę.



Warto również wskazać na zmiany wprowadzone od dnia 1 marca 2020 r. w realizacji świadczeń z zakresu chemioterapii. Narodowy Fundusz Zdrowia, wychodząc naprzeciw postulatom kierowanym przez środowiska medyczne oraz pacjenckie stworzył „produkt rozliczeniowy” związany z chemioterapią udzielaną w trybie tzw. „domowym”. Powyższe rozwiązanie zostało udostępnione od 1 marca 2020 roku (na mocy zarządzenia Nr 24/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2020 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii). Wskazane świadczenie dedykowane jest pacjentom z nowotworami

jelita grubego, wymagającym długotrwałych wlewów chemioterapeutyków. Dzięki zastosowaniu jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej, pacjenci skracają swój pobyt w szpitalu do minimum. Wskazane rozwiązanie wychodzi naprzeciw realiom pandemii oraz poprawia jakość życia pacjentów, którzy z w/w urządzeniami mogą pozostawać czynni zawodowo lub przebywać w domu.

Mając na uwadze powyższe w odniesieniu do świadczeń udzielanych pacjentom w programach lekowych i chemioterapii informuję, że wytyczne dotyczące realizacji świadczeń w okresie pandemii publikowane na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia pozostają nadal aktualne.

Odpowiadając na część pisma dotyczącą wykonywania badań na obecność wirusa SARS-CoV-2 przed planową hospitalizacją uprzejmie informuję, iż zgodnie z przyjętymi przez Ministerstwo Zdrowia zmianami kierunkowymi, jakie zostały podjęte w celu skutecznej walki z pandemią wirusa COVID-19 w nowej wersji Strategii walki z pandemią COVID-19 (wersja 2.0) odstąpiono od stosowania mechanizmów prewencyjnych na rzecz podejmowania działań celowanych. W części III ww. strategii: Strategia testowania, skupiono uwagę na testowaniu pacjentów objawowych (według aktualnych wytycznych WHO i CDC) oraz osób z grup ryzyka mogących przechodzić chorobę najciężej – osoby starsze, z obniżoną odpornością, przebywające w jednostkach całodobowej opieki. Obligatoryjne testowanie obejmuje z kolei: osoby z objawami sugerującymi zakażenie wirusem COVID-19, osoby przed rozpoczęciem turnusu leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej oraz przed przyjęciem do placówek opieki długoterminowej (hospicja, ZOL, DPS, itp.) Do diagnozy pacjentów z objawami zaleca się wykorzystanie szybkich testów, w tym testów antygenowych w SOR. Obecnie regulujący przedmiotową kwestię standard organizacyjny w przypadku zlecenia badań diagnostycznych w kierunku wirusa SARS-CoV-2, w tym testu molekularnego RT-PCR, zawarty jest w cz. IV rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1749). Zgodnie z nim zlecenie badań diagnostycznych w kierunku wirusa SARS-CoV-2, w tym testu molekularnego RT-PCR, wymaga stwierdzenia przez kierującego lekarza, przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej, wskazań do wykonania takich badań. Zaznaczyć należy, że zarządzający podmiotami leczniczymi podejmują decyzje dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w podległych im jednostkach poprzez przyjęcie optymalnych rozwiązań, pozwalających zapewnić maksymalne, możliwe do uzyskania bezpieczeństwo chorego i kontrolę choroby, mając przy tym na uwadze bezpieczeństwo personelu medycznego.

Z poważaniem,

Z up. p.o. Prezesa  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Zastępca Prezesa ds. Medycznych

dr n. med. Bernard Waśko