

Prawne aspekty programu 75+

Legal aspects of the “75+ program”

Magdalena Siebielska-Gasek

WNoZ Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

STRESZCZENIE

Program 75+ zakłada dostęp do bezpłatnych leków dla osób, które ukończyły 75. rok życia. Prawo do darmowych leków obwarowane jest nie tylko warunkiem wieku, ale również innymi wymogami. Należą do nich rozpoznanie określonego problemu zdrowotnego, zlecenie stosowania leku znajdującego się na liście leków bezpłatnych, wystawienie poprawnie recepty przez lekarza lub pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej. Znajomość powyższych warunków umożliwi skorzystanie seniorowi z bezpłatnego dostępu do leków i będzie stanowiło o bezpieczeństwie lekarza.

Forum Medycyny Rodzinnej 2016, tom 10, nr 6, 319–323

Słowa kluczowe: bezpłatne leki dla seniorów, program 75+, darmowe leki, recepty S

ABSTRACT

75+ program assumes access to free medication for people who have completed 75 years of age. The right to free medication is subject to a condition not only age, but also other requirements. These include the identification of a health problem, order the use of the drug in the list of free drugs, exposure correctly prescription by a doctor or nurse primary care. Knowledge of these conditions will enable to benefit from free access to medicines and will provide safety doctor.

Forum Medycyny Rodzinnej 2016, vol. 10, no 6, 319–323

Key words: free drugs for seniors, program 75+, S prescription

WPROWADZENIE

Od 1 września 2016 roku seniorzy uzyskali prawo do bezpłatnych leków refundowanych. Prawo to dotyczy grupy pacjentów, którzy ukończyli 75. rok życia i obejmuje określone leki refundowane, we wskazaniach objętych decyzją refundacyjną. **Bezpłatną receptę wystawić może przede wszystkim lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.**

Dla starszych pacjentów jest to niewątpliwie szansa na skorzystanie z terapii, które dotychczas były niedostępne z uwagi na za wysoki koszt. Dla lekarzy rozwiązanie to wiąże się ze zwiększeniem poczucia pewności, że pacjent wykupi zapisany lek, dzięki czemu terapia będzie skuteczna.

By program 75+ był zyskiem dla pacjenta i nie stanowił zagrożenia dla lekarza, ważna

Adres do korespondencji:

Magdalena Siebielska-Gasek
Mgr Zdrowia Publicznego WNoZ Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego
Audytor dokumentacji medycznej, doradca i ekspert
w Kancelarii Doradczej w latach 2011–2015
Młodszy Kierownik ds. polityki zdrowotnej Novartis
Poland, tel.: 663 874 225
e-mail: magdalena.siebielska-gasek@novartis.com

jest znajomość kilku kryteriów bezpłatnego dostępu do leków.

KRYTERIA BEZPŁATNEGO DOSTĘPU DO LEKÓW

Prawo do bezpłatnych leków dla pacjentów w wieku od 75. roku życia (zwane projektem 75+) wprowadzono zapisami nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 18 marca 2016 roku (Dz.U. 2016 poz. 652). Pacjenci, którzy ukończyli 75 lat, mogą korzystać z nowego uprawnienia od 1 września 2016 roku. Wiek nie stanowi jednakże jedynego kryterium bezpłatnego dostępu do leków, na co należy zwrócić szczególną uwagę.

Najistotniejszym aspektem możliwości skorzystania z projektu 75+ przez pacjentów jest zaistnienie czterech kluczowych kryteriów, determinujących uzyskanie leku nieodpłatnie:

- ukończone 75 lat;
- lek pochodzący z wykazu bezpłatnych leków dla seniorów;
- rozpoznane określone schorzenie;
- uzyskanie recepty od uprawnionego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarki.

WIEK PACJENTA — DLACZEGO 75+?

W myśl ustawy prawo dostępu do bezpłatnych leków w ramach projektu 75+ dotyczy pacjentów, którzy w dniu wypisania recepty mieli ukończone 75 lat. Zgodnie z uzasadnieniem projektu ustawy, w ramach wprowadzenia bezpłatnych leków dla seniorów (...) *podjęto się zwalczania zjawiska braku faktycznego dostępu starszych osób do leczenia ze względów ekonomicznych. Osoby te, z powodu chorób towarzyszących zaawansowanemu wiekowi, często kilku chorób współistniejących, zmuszone są przeznaczyć na leki dużą część swojego dochodu miesięcznego, a często rezygnują z leczenia ze względów finansowych (...)*. Projekt bezpłatnych leków dla seniorów ma przyczynić się do zwiększenia dostępności leków refundowanych. Wybór grupy pacjentów w wieku 75 lat wzywał podyktowany jest (w myśl uzasadnie-

nia projektu) koniecznością lepszej realizacji art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, a zatem objęcia szczególną opieką zdrowotną osób w wieku podeszłym. **Aspekt zapewnienia dostępu do leczenia poprzez zmniejszenie bariery ekonomicznej stanowi podstawowe założenie projektu 75+, w świetle uzasadnienia jego wprowadzenia.**

OKREŚLONE LEKI, OKREŚLONE SCHORZENIA — PRZEDMIOTOWY ZAKRES PROJEKTU 75+

Sam wiek 75 lat nie jest wystarczającym kryterium do możliwości uzyskania bezpłatnych leków. W ramach projektu 75+ nie zdecydowano bowiem, że wszystkie leki będą udostępniane seniorom bezpłatnie. Wyodrębniono grupę leków, które zakwalifikowano jako możliwe do przepisania jako bezpłatne dla osób starszych (wybrane preparaty POChP). Leki te zapisano na specjalnej liście (liście leków refundowanych). Należy zatem mieć na uwadze, iż wypisany na receptę lek musi znajdować się na owej liście.

W pierwszym wykazie leków, obowiązującym od 1 września 2016 roku, w ramach projektu 75+ znalazło się 1129 produktów leczniczych (68 substancji czynnych). Wykaz ten stanowił załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2016 roku w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (część D). W kolejnej odsłonie listy, od 1 listopada, dołączono kolejnych 20 pozycji (obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2016 roku w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych).

Oprócz wymogu, by lek znajdował się w wykazie leków dedykowanych projektowi 75+, ważne jest również wskazanie refundacyjne. Innymi słowy, **znaczenie ma również rozpoznane schorzenie, w ramach którego lek ma zostać zastosowany w leczeniu danego pacjenta**. Tu obowiązuje dokładnie taka sama zasada jak w przypadku refundacji pozostałych leków.

Lek może być refundowany w najprostszy sposób, a zatem we wszystkich wskazaniach zgodnych z jego rejestracją (Przewlekła obturacyjna choroba płuc [POChp] — leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18. roku życia). Czasem jednak refundacja jest ograniczona do wybranych wskazań, a czasem bazuje na określonym stanie klinicznym (np. ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1 < 50% oraz ujemną próbą rozkurczową). Ważne jest zatem, by wiedzieć, w jaki sposób lek jest refundowany. Informacja taka znajduje się na liście leków refundowanych (w obwieszczeniu Ministra Zdrowia), **ale z pomocą przyjdą także systemy wpisywania recept.**

Potwierdzenie schorzenia powinno znajdować pokrycie w dokumentacji medycznej. Może nim być opis rozpoznania klinicznego, wynik badania, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, bądź pisemna informacja od lekarza specjalisty. Forma dokumentu zależna będzie przede wszystkim od standardu klinicznego rozpoznawania określonego schorzenia.

KTO WYSTAWI RECEPTĘ? — UPRAWNIENIE DO WYSTAWIANIA RECEPT W RAMACH PROJEKTU 75+

Ustawodawca ograniczył możliwość preskrypcji recepty w ramach projektu 75+ do obszaru podstawowej opieki zdrowotnej. Receptę wypisze zatem przede wszystkim lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto możliwość taką ma również pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, jeśli ukończyła właściwy kurs w tym zakresie i uzyskała prawo wystawiania recept samodzielnie lub na zlecenie lekarza. Dodatkowo uprawnienie do wypisania bezpłatnej recepty nadano również lekarzowi (niezależnie od specjalizacji) posiadającemu prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę „pro auctore”, „pro familiae” (dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa).

Uprawnień nie mają zaś lekarze realizujący świadczenia w warunkach poradni specja-

listycznej oraz w szpitalu. Recepty nie uzyska również pacjent zgłaszający się do leczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, a także do placówki innej niż ta, w której złożył deklarację wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (poz) — na przykład senior będący w podróży.

W placówce posiadającej aktywną deklarację wyboru lekarza poz przez danego pacjenta, receptę będzie mógł wystawić natomiast (np. w zastępstwie podczas choroby) inny lekarz niż ten, którego nazwisko widnieje w deklaracji (pod warunkiem, że lekarz ten posiada uprawnienia do wystawiania recept bezpłatnych dla seniorów).

Ustawa precyzuje ściśle, kogo należy uznać za lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

Świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej może udzielać lekarz, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej:

- 1) posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
- 2) odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
- 3) posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
- 4) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
- 5) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub
- 6) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii¹.

RECEPTA

Prawidłowo wystawiona recepta stanowi jeden z kluczowych aspektów możliwości uzyskania bezpłatnego leku dla pacjenta oraz bezpieczeństwa lekarza czy pielęgniarki. Osoba

¹ Art. 55 2a Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.

wystawiająca receptę musi oznaczyć ją w polu „kod uprawnień dodatkowych” symbolem S. Co istotne, farmaceuta nie ma prawa poprawienia tego kodu na receptce. Musi on więc zostać poprawnie wpisany przez osobę wystawiającą receptę. Odpłatność na receptce wpisywana jest na dotychczasowych zasadach. Na tym samym zleceniu, na którym zapisano leki bezpłatne dla seniora, mogą być również odnotowane leki refundowane na zasadach ogólnych, leki w pełni odpłatne oraz leki przysługujące na podstawie innych uprawnień dodatkowych. W tym ostatnim przypadku, w polu „kod uprawnień dodatkowych”, obok kodu symbolu S należy zanotować również inny przysługujący pacjentowi kod. **Nie ma konieczności by leki bezpłatne dla seniorów wypisywać na jednej receptce, zaś leki, za które pacjent musi zapłacić — na innej.**

INICJACJA I ZMIANA LECZENIA

Lekarz, wystawiający receptę na leki bezpłatne dla seniorów, w ramach projektu 75+, może dokonywać tego zarówno w sytuacji rozpoczęcia leczenia jak i w momencie zmiany dotychczasowej terapii. W każdym przypadku, wystawieniu zlecenia lekarskiego, musi towarzyszyć uzasadnienie zastosowania wybranej terapii w dokumentacji medycznej. Przy rozpoczęciu leczenia uzasadnieniem takim będzie przede wszystkim rozpoznanie schorzenia samodzielnie lub przez innego lekarza. Terapię można rozpocząć od leku znajdującego się na liście bezpłatnych leków dla seniorów, jeśli wybrany lek dedykowany jest dla stadium choroby pacjenta. Jednocześnie, jak przypomina Ministerstwo Zdrowia, w komunikatach kierowanych zarówno do lekarzy jak i pacjentów², lista 75+ nie stanowi wytycznych terapeutycznych w leczeniu schorzeń wieku podeszłego. **O wyborze stosowanego preparatu w dalszym ciągu decyduje lekarz na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, wytycznych konsultantów**

² <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/komunikat-ministra-zdrowia-dla-lekarzy-specjalistow-dotyczacy-kontynuacji-leczenia-pacjentow-75-uprawnionych-do-bezplatnych-lekow/>

w danej dziedzinie i towarzystw naukowych. Zmiana terapii, podobnie jak w każdym innym przypadku, musi być także podyktowana aktualną wiedzą medyczną. Może ona wynikać z faktu działania innego preparatu szybciej lub dłużej niż wcześniej stosowany. Innym powodem może być łatwiejszy sposób aplikacji zwiększający stopień stosowania się pacjenta do zaleceń lub brak tolerancji dotychczas stosowanego leku. **Najpowszechniejszą przyczyną zaś w praktyce będą: brak zadawalających efektów w związku z dotychczasową terapią lub pogorszenie stanu pacjenta, przejście leczenia z formy doraźnej na leczenie przewlekłe i naturalny przebieg choroby.** Pacjent nie może jednak wymusić zmiany leku na lekarzu, jeśli w jego opinii stosowany preparat był dotychczas skuteczny. Dotyczy to przede wszystkim sytuacji, gdy w danym schorzeniu wytyczne aktualnej wiedzy medycznej dzielą leczenie na przykład na leki pierwszego rzutu i drugiego rzutu. Jeśli w ramach bezpłatnej listy znalazły się leki wyłącznie drugiego rzutu, to nie powinno to stanowić powodu rozpoczynania od nich leczenia, jeśli pacjent nie wymaga tak silnie działających preparatów. **Zarówno inicjacja jak i zmiana leczenia w ramach projektu 75+ stanowi uprawnienie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Ważnym jest by posiadał on udokumentowane potwierdzenie rozpoznania u pacjenta schorzenia (samodzielnie lub przez innego lekarza). W przypadku zmiany leczenia, w dokumentacji medycznej należy odnotować informację o jej przyczynie. Nie ma natomiast innych wymogów formalnych w takim przypadku, jak chociażby konieczność posiadania zaświadczenia od lekarza specjalisty.**

AUTONOMIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Przy okazji projektu 75+ warto przypomnieć, iż lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma prawo zarówno inicjować jak i kontynuować leczenie, w tym także w zakresie chorób przewlekłych. Kluczowym dla możliwości realizacji powyższego jest posiadanie udokumento-

wanego rozpoznania. Rozpoznanie to może być ustalone samodzielnie lub przez innego lekarza (w tym również realizującego świadczenia na zasadach komercyjnych). **Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma również prawo dokonywać zmiany leczenia, w tym także ustalonego przez lekarza specjalistę. Nie potrzebuje w tym celu zaświadczenia od osoby zajmującej się dotychczas leczeniem, które modyfikuje lub zmienia, czy to w ramach listy 75+ czy poza nią.** Nadto od 1 stycznia 2016 roku, w Rozporządzeniu Ministra Zdro-

wia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, **zrezygnowano z zapisu § 12 ust. 6 (załącznika do rozporządzenia), odnoszącego się do obowiązku posiadania druku informacji dla lekarza kierującego/lekarza poz w sytuacji kontynuacji leczenia rozpoczętego przez lekarza specjalistę (ważnego 12 miesięcy).** Druk ten pozostał natomiast jako element świadczenia udzielanego przez specjalistę, a przede wszystkim stanowi ważny element komunikacji pomiędzy lekarzami.

PIŚMIENNICTWO

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2016 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich Dz.U. 2016 poz. 1261.
2. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Dz.U. 2015 poz. 1400.
3. Ustawa z dnia 18 marca 2016 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw Dz.U. 2016 poz. 652.
4. www.mz.gov.pl
5. <http://75plus.mz.gov.pl/>