



**Polskie Towarzystwo
Koderów Medycznych**

PROGRAMY LEKOWE W POLSCE – WNIOSKI Z BADANIA ANKIETOWEGO

Analiza wyzwań i potrzeb świadczeniodawców w zakresie
kontraktowania, realizacji i finansowania programów
lekowych

**Opracowanie na podstawie danych zebranych w okresie:
20 lutego - 31 marca 2025 r.**

KIELCE, 14 PAŹDZIERNIKA 2025 R.



SPIS TREŚCI

LEGENDA SKRÓTÓW	2
SŁOWO WSTĘPNE PREZESA POLSKIEGO TOWARZYSTWA KODERÓW MEDYCZNYCH	3
ZALECENIA EKSPERTÓW PTKM DOTYCZĄCE POPRAWY DOSTĘPNOŚCI DO PROGRAMÓW LEKOWYCH W POLSCE (W OPARCIU O WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO)	4
PODSTAWOWE INFORMACJE O PRZEPROWADZONYM BADANIU	8
ROZKŁAD LICZBOWY RESPONDENTÓW	8
ROZKŁAD RESPONDENTÓW WG WOJEWÓDZTW	9
ROZKŁAD RESPONDENTÓW WG RODZAJÓW REALIZOWANYCH PROGRAMÓW LEKOWYCH	11
OCENA PROBLEMÓW PRZY REALIZACJI I ROZLICZANIU PROGRAMÓW LEKOWYCH	12
POWIĄZANIA STATYSTYCZNE Z CECHAMI METRYCZKOWYMI	20
OCENA RÓŻNIC W ODPOWIEDZIACH WEDŁUG GRUP ZAWODOWYCH	23
ANALIZA WSKAZAŃ NAJISTOTNIEJSZYCH PROBLEMÓW – PODSUMOWANIE TEMATYCZNE	27
OCENA ZASADNOŚCI EKONOMICZNEJ REALIZACJI PROGRAMÓW LEKOWYCH	28
CZYNNIKI, KTÓRE MOGŁYBY UŁATWIĆ REALIZACJĘ PROGRAMÓW LEKOWYCH	30
KOMENTARZE EKSPERTÓW NT. AKTUALNEJ DOSTĘPNOŚCI DO ŚWIADCZEŃ I TERAPII W PROGRAMACH LEKOWYCH	32
WZÓR ANKIETY BADAWCZEJ	55



LEGENDA SKRÓTÓW

ChPL	charakterystyka produktu leczniczego
EDM	elektroniczna dokumentacja medyczna
HIS	szpitalny system informacyjny
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
PL	programy lekowe
RDTL	ratunkowy dostęp do technologii lekowych
RSS	instrumenty podziału ryzyka
SMPT	System Monitorowania Programów Terapeutycznych, prowadzony na zasobach NFZ, zgodnie z art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - elektroniczny system monitorowania programów lekowych
SMPL	System Monitorowania Programów Lekowych, prowadzony na zasobach Centrum eZdrowia, zgodnie z art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - elektroniczny system monitorowania programów lekowych



SŁOWO WSTĘPNE PREZESA POLSKIEGO TOWARZYSTWA KODERÓW MEDYCZNYCH

Od wielu lat programy lekowe są najważniejszą kategorią dostępności do nowoczesnych, innowacyjnych i najskuteczniejszych terapii dla polskich pacjentów. Niestety zaangażowanie personelu medycznego i pomocniczego placówek nie idzie w parze z adekwatną wyceną świadczeń pobytowych, a poziom i sposób finansowania samych leków jest odroczony w czasie, co w praktyce sprowadza się z koniecznością obsługi zobowiązania wobec dostawców, bez bieżącego finansowania ze strony płatnika publicznego.

Wobec powyższego funkcjonuje opinia, że realizacja programów lekowych nie jest optymalna. Aby zweryfikować powyższą tezę w praktyce, eksperci PTKM w okresie od 20 lutego 2025 r. do 31 marca 2025 r. przeprowadzili anonimowe badanie ankietowe wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych, realizujących na co dzień programy lekowe zarówno onkologiczne jak i nieonkologiczne, uzyskując w wyniku podjętych działań zwrot ankiet na poziomie 202 ankiet, z czego 195 od pracowników placówek medycznych.

Wyniki z otrzymanych ankiet poddano agregacji oraz analizie i zaprezentowano je w niniejszym raporcie. Eksperci PTKM wskazali też rekomendację kluczowych zmian, których oczekiwanie zostało w pełni odwzorowane w opiniach respondentów badania.

Dodatkowo w miesiącu wrześniu 2025 r. zwrócono się z prośbą o udział w badaniu przedstawicieli kadry zarządzającej wybranych, dużych szpitali z terenu całej Polski, w formie wywiadów pogłębionych.

Wyrażam głęboką nadzieję, że zebrany materiał badawczy będzie stanowił impuls do podjęcia działań przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, tak aby poprawić faktyczny dostęp do terapii lekowych dla polskich pacjentów.

Zapraszam do lektury!

dr n. o zdr. Michał Chrobot



ZALECENIA EKSPERTÓW PTKM DOTYCZĄCE POPRAWY DOSTĘPNOŚCI DO PROGRAMÓW LEKOWYCH W POLSCE (W OPARCIU O WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO)

I.

Właściwe finansowanie poziomu realizacji umów na PL, zarówno w zakresie leków, jak i świadczeń związanych z obsługą pacjenta w PL

Rekomenduje się pełne, bieżące finansowanie poziomu realizacji umów w ramach PL, zarówno w zakresie leków, jak i świadczeń związanych z obsługą pacjenta w PL. Powyższe jest absolutnie niezbędne do zagwarantowania stabilności finansowej placówek, gdyż brak bieżącego finansowania nadwykonań prowadzi do utraty płynności finansowej oraz wiąże się z dodatkowymi kosztami, koniecznymi do pokrycia (odsetki ustawowe od nieterminowej zapłaty za faktury zakupu leków, koszty spraw sądowych czy zajęć komorniczych z tytułu przekraczanych terminów płatności). Obecna praktyka NFZ dot. finansowania PL nie daje bieżącego utrzymywania płynności, gdyż środki z tytułu nadwykonań przekazywane są do placówek ze znaczącym opóźnieniem, czasem sięgającym kilku miesięcy, a nawet roku.

Powyższe winno wiązać się z formalnym zagwarantowaniem bezlimitowości refundacji leków w PL w zapisach Zarządzeń Prezesa NFZ i wynika z konieczności zachowania równości w dostępie do leków refundowanych w aptecę otwartej i PL.

Dodatkowo możliwa jest poprawa płynności finansowej placówek realizujących programy lekowe, poprzez:

- obowiązek analiz i zwiększania przez OW NFZ wartości umów na PL, po upływie każdego kwartału, do poziomu faktycznego wykonania umowy;
- zmniejszenie liczby punktów umowy, na które konieczne jest wyodrębnienie osobnych wartości kontaktu z NFZ. Zasadnym byłoby przemodelowanie umów na PL, w ten sposób, aby umowa z NFZ na PL nie zawierała odrębnych miejsc realizacji świadczeń w PL w poszczególnych komórkach organizacyjnych, tylko aby środki na wszystkie substancje czynne w PL rozliczane były w ramach jednego punktu umowy (analogicznie do zakresu ratunkowego dostępu do technologii lekowych [RDTL]). Powyższe wyłączyłoby konieczność „przesuwania” środków pomiędzy zakresami.



II.

Likwidacja PL i przeniesienie leków do innych kategorii dostępności refundacyjnej

W tym punkcie należy kontynuować dyskusję z Ministerstwem Zdrowia na temat zmian w systemie refundacyjnym w Polsce. Oczekiwana jest propozycja zmian ze strony MZ (zapowiadana tzw. czwarta, pośrednia kategoria dostępności), polegającej na likwidacji (w całości lub części) PL i utworzenia zbiorczej kategorii refundacji leków nieonkologicznych, na wzór katalogu CHEMIOTERAPII. W naszej opinii powinno to umożliwić łatwiejsze stosowanie skutecznych terapii, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Jednocześnie należy wspierać MZ w stosowaniu zachęt dla podmiotów odpowiedzialnych w zakresie przenoszenia leków z PL do katalogu chemioterapii czy apteki otwartej.

Zasadnym jest także wprowadzenie zmian w zasadach i sposobie wydawania leków z PL bliżej miejsca zamieszkania pacjenta, stosowanych w innych krajach Unii Europejskiej czy Wielkiej Brytanii. Pakiet propozycji w tym zakresie opisano w Raporcie pn. *FLEXCARE raport możliwości wprowadzenia elastycznego modelu opieki w programach lekowych*.

III.

Poprawa dostępności do badań genetycznych, będących kryterium kwalifikacji do PL

Rekomenduje się jak najszybsze wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych badania kompleksowego profilowania genomowego oraz umożliwienie wykonania i odrębnego sfinansowania przez NFZ badań genetycznych ze „świeżego” materiału pobranego w warunkach ambulatoryjnych (krwi obwodowej, biopsji płynnej czy tkanki guza pobranej w ramach ambulatoryjnego świadczenia zabiegowo-diagnostycznego), w tych rozpoznaniach, w których badanie genetyczne jest jednym z kryteriów kwalifikacji pacjenta do PL.

IV.

Dokonanie aktualizacji wycen świadczeń „pobytowych” związanych z podawaniem leków w PL, z uwzględnieniem różnych dróg podania

Wyceny świadczeń pobytowych do PL nie podlegały do tej pory pełnej taryfikacji, która objęła wyłącznie świadczenia związane z podawaniem leków z katalogu chemioterapii. Wskazano tam, iż podawanie leków w formie podskórnej lub dożylniej wiąże się ze zwiększonymi kosztami realizacji świadczeń, szczególnie tam, gdzie istnieje konieczność przygotowania indywidualnej dawki terapeutycznej w aptece szpitalnej czy podania leku przez wyspecjalizowany personel medyczny.



Dlatego też rekomenduje się jak najszybszą aktualizację wyceny świadczeń pobytowych do PL, tak aby wycena pokrywała faktyczne koszty obsługi pacjenta w PL.

Jednocześnie, ze względu na zmieniające się koszty prowadzenia działalności przez szpital oraz dynamiczne otoczenie ekonomiczno-gospodarcze zasadnym jest wprowadzenie reguły cyklicznej retaryfikacji świadczeń towarzyszących w programach lekowych – zarówno świadczeń pobytowych, jak i ryczałtu diagnostycznego.

V.

Dążenie do bezwzględnej konieczności aktualizacji wysokości kontraktu placówek na programy lekowe w oparciu o aktualną liczbę chorych objętych programem

Niedoszacowanie środków finansowych oraz brak mechanizmów zwiększających wartość umowy po wejściu nowych cząsteczek do istniejących programów czy rozszerzenia wskazań refundacyjnych leków, skutkuje niskimi wartościami kontraktów. W konsekwencji prowadzi to do sytuacji, w której placówki medyczne zmuszone są ograniczać liczbę leczonych pacjentów mimo rzeczywistych potrzeb medycznych. Długoterminowo może to również zniechęcać szpitale do udziału w programach lekowych, co wprost przekładać się będzie na pogorszenie dostępności do leczenia.

VI.

Prawne uregulowanie obowiązku NFZ do 100% refundacji leków stosowanych w programach lekowych

Programy lekowe to nowoczesne terapie realizowane w oparciu o wysokocenne leki, których sposób finansowania nie powinien odbiegać od refundacji aptecznej. Problemem dla placówek medycznych jest nie tylko niewystarczająca wysokość kontraktu i związana z tym niepewność co do uzyskania refundacji ze strony płatnika, ale również konieczność ponoszenia przez placówkę medyczną kosztu niezużytej części leku. Problem tzw. „użytkowania” leku gdzieś indziej nieśmiało przebrzmiewa, jednak należy wyraźnie powiedzieć, że jest to problem istotny. Refundacja w aptekach otwartych wynosi 100% ceny zakupu leku. Dla placówek medycznych sytuacja taka jest nieosiągalna i z punktu widzenia dyscypliny finansów publicznych wysoce wątpliwa dla podmiotów leczniczych. Podmiot leczniczy podejmując trud leczenia pacjentów w ramach programów lekowych bierze na siebie ciężar kosztu leku, który może wskazać do refundacji w rzeczywistej ilości podanej pacjentowi w procesie przygotowania indywidualnej dawki terapeutycznej zgodnej z ChPL. W każdej sytuacji za wyjątkiem dawki gotowej, koszt niezużytej części leku nie jest refundowany i stanowi niebagatelną stratę podmiotu leczniczego.



VII.

Uproszczenie zasad realizacji i zmniejszenie biurokracji poprzez minimalizację zakresu danych sprawozdawczych do NFZ, w tym przede wszystkim likwidacja SMPT i zastąpienie go innym zautomatyzowanym systemem

Nadmierna biurokracja związana z koniecznością kwalifikacji coraz większej liczby programów poprzez zespół kwalifikacyjny przede wszystkim wydłuża moment rozpoczęcia przez pacjenta terapii, co jednocześnie jest pewnym rodzajem ograniczenia dostępności. Realizatorami programów lekowych zgodnie z warunkami wymaganymi są specjaliści danej dziedziny medycyny, którzy swoją specjalizacją gwarantują odpowiedni poziom realizacji świadczeń. Ujednolicenie i usystematyzowanie procesu wdrażania programów jest konieczne dla zapewnienia równego dostępu do terapii.

W celu uproszczenia sprawozdawczości rekomenduje się również likwidację systemu SMPT i zastąpienie go innym zautomatyzowanym systemem, który będzie pobierał dane dot. podanych lub wydanych leków czy wykonanych badań kontrolnych z danych statystycznych placówki (systemu HIS) oraz danych medycznych wysyłanych do systemu centralnego (P1) w ramach zdarzeń medycznych czy dokumentów elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM).



PODSTAWOWE INFORMACJE O PRZEPROWADZONYM BADANIU

ROZKŁAD LICZBOWY RESPONDENTÓW

W celu zidentyfikowania problemów w zakresie kontraktowania, realizacji i finansowania programów lekowych pomiędzy świadczeniodawcą a publicznym płatnikiem w okresie od 20 lutego 2025 r. do 31 marca 2025 r. została przeprowadzona anonimowa ankieta.

Prośba o wypełnienie ankiety została przesłana do świadczeniodawców aktywnie realizujących programy lekowe zarówno onkologiczne jak i nieonkologiczne, a także udostępniona do szerokiego odbioru poprzez profile społecznościowe.

W ankiecie wzięło udział 202 respondentów, z czego 97% stanowili przedstawiciele podmiotów leczniczych (świadczeniodawcy). Szczegółowy rozkład w poniższej tabeli.

GRUPA RESPONDENTÓW, PRZEDSTAWICIELE:	LICZBA
podmiotu leczniczego, realizującego PL	195
innej instytucji / podmiotu, zaangażowanego w proces realizacji świadczeń w PL	5
podmiotu odpowiedzialnego (posiadającego w swoim portfolio leki finansowane w PL w Polsce)	2
SUMA KOŃCOWA	202

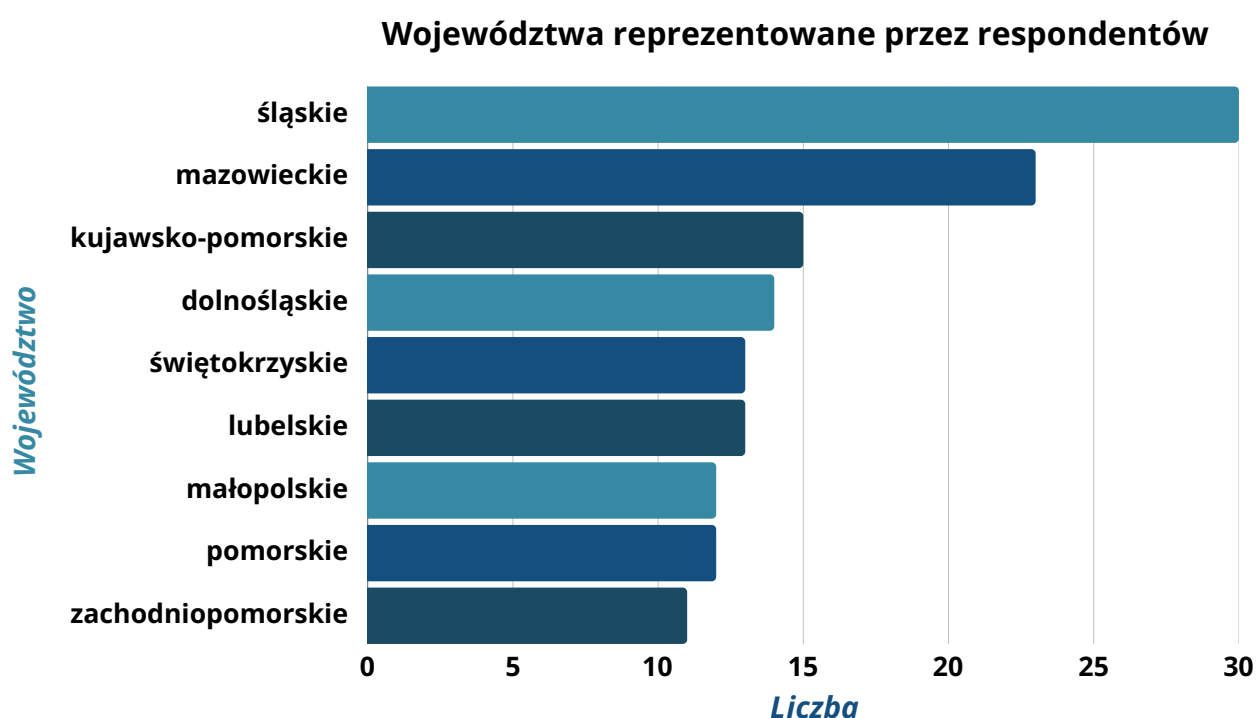
Najliczniejszą grupę respondentów spośród przedstawicieli podmiotów leczniczych realizujących programy lekowe (62%) stanowiły osoby bezpośrednio zaangażowane w proces kontraktowania i rozliczania programów lekowych, czyli koderzy medyczni, sekretarki medyczne czy inne osoby uczestniczące w samym szczególnym procesie realizacji świadczeń pod kątem sprawozdawczym, rozliczeniowym i finansowym. Są to osoby, które na co dzień mierzą się z problemami technicznymi i rozliczeniowymi, a zatem w rzeczywistości są to osoby najlepiej zorientowane w problemach rozliczeniowych. Następną w kolejności grupę respondentów stanowili lekarze i ordynatorzy zarządzający komórką organizacyjną, w której realizowane są programy lekowe (13%), czyli osoby, których bezpośrednio dotyczą problemy związane z procesem leczenia i sprawozdawczością związaną z monitorowaniem programów lekowych (w szczególności SMPT). Trzecią w kolejności grupą respondentów byli dyrektorzy podmiotów leczniczych (10%).



PRZEDSTAWICIELE PODMIOTU LECZNICZEGO, REALIZUJĄCEGO PL, PEŁNIĄCY FUNKCJĘ	LICZBA
kodera medycznego / statystyka / sekretarki medycznej lub innej osoby uczestniczącej w procesie dokumentowania lub rozliczania świadczeń, lub leków z PL	121
ordynatora / kierownika (lub zastępcy) komórki organizacyjnej placówki realizującej PL	26
dyrektora / zastępcy dyrektora placówki medycznej	20
lekarza lub pielęgniarki, lub farmaceuty, uczestniczących w procesie realizacji świadczeń, przygotowania lub podawania leków z PL	14
inny niż wymieniony wyżej	14

ROZKŁAD RESPONDENTÓW WG WOJEWÓDZTW

Najaktywniej reprezentowanym województwem było województwo śląskie, w następnej kolejności mazowieckie i kujawsko-pomorskie.



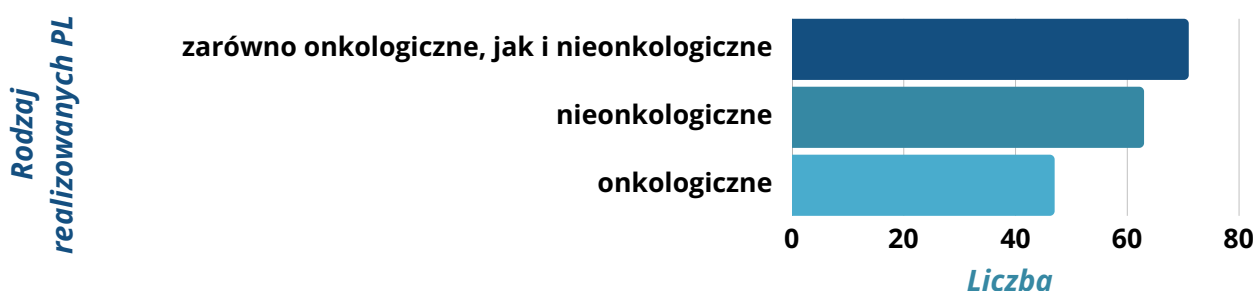


WOJEWÓDZTWO	LICZBA RESPONDENTÓW	ODSETEK
dolnośląskie	14	8%
kujawsko-pomorskie	15	8%
lubelskie	13	7%
lubuskie	1	1%
łódzkie	6	3%
małopolskie	12	7%
mazowieckie	23	13%
opolskie	2	1%
podkarpackie	8	4%
podlaskie	2	1%
pomorskie	12	7%
śląskie	30	17%
świętokrzyskie	13	7%
warmińsko-mazurskie	9	5%
wielkopolskie	10	6%
zachodniopomorskie	11	6%
Suma	181	
Nie podano	21	11%

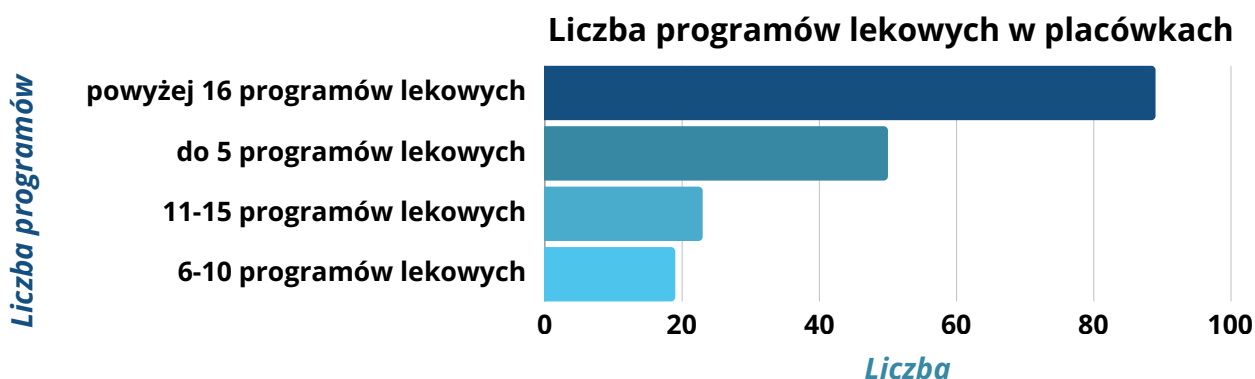


ROZKŁAD RESPONDENTÓW WG RODZAJÓW REALIZOWANYCH PROGRAMÓW LEKOWYCH

Finansowaniu w ramach programów lekowych podlegają zarówno programy onkologiczne, jak i nieonkologiczne. Grupa podmiotów realizujących zarówno leczenie onkologiczne, jak również nieonkologiczne stanowiła 39% wszystkich respondentów (71 odpowiedzi), natomiast realizatorzy samych programów nieonkologicznych to 35% (63 odpowiedzi), a pozostałe 26% stanowią podmioty realizujące programy lekowe onkologiczne (47 odpowiedzi).



W badaniu w większości wzięły udział placówki realizujące powyżej 16 programów lekowych (49%) oraz realizatorzy do 5 programów lekowych (28%).



LICZBA PL W PLACÓWKACH	LICZBA RESPONDENTÓW	ODSETEK
11-15 programów lekowych	23	11%
6-10 programów lekowych	19	9%
do 5 programów lekowych	50	25%
powyżej 16 programów lekowych	89	44%
SUMA	181	
Nie podano	21	11%



OCENA PROBLEMÓW PRZY REALIZACJI I ROZLICZANIU PROGRAMÓW LEKOWYCH

Respondenci zostali poproszeni o osobną ocenę 15 potencjalnych problemów związanych z realizacją i rozliczaniem programów lekowych. Oceny były wyrażane w skali od 1 (najmniej istotny problem) do 6 (najbardziej istotny problem), z możliwością zaznaczenia opcji 'nie mam zdania'.

Poniżej przedstawiono szczegółowe rozkłady ocen wraz z komentarzem.

01.

Brak określonych ram czasowych dla dostosowania przez NFZ przepisów regulujących kontraktowanie i finansowanie przez NFZ nowych programów lekowych

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	26
1 - mało istotny	10
2	9
3	24
4	28
5	24
6 - bardzo istotny	81

40% respondentów (81 osób) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

02.

Brak określonych ram czasowych dla dostosowania przez NFZ przepisów regulujących funkcjonowanie, stosowanie w praktyce i finansowanie przez NFZ, po wprowadzeniu nowych leków (lub linii leczenia) w PL

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	16
1 - mało istotny	8
2	6
3	9
4	22
5	39
6 - bardzo istotny	102

50% respondentów (102) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

**03.**

Problemy z prawidłowym finansowaniem przez NFZ nowych programów lekowych i nowych leków w PL

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	14
1 - mało istotny	3
2	6
3	10
4	14
5	26
6 - bardzo istotny	129

64% respondentów (129) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

04.

Problemy z prawidłowym i bieżącym finansowaniem nadwykonań w programach lekowych przez NFZ

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	11
1 - mało istotny	6
2	3
3	7
4	9
5	21
6 - bardzo istotny	145

72% respondentów (145) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

05.

Zbyt wysokie wymagania do kontraktowania i realizacji PL

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	18
1 - mało istotny	14
2	7
3	17
4	30
5	42
6 - bardzo istotny	74

37% respondentów (74) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

**06.**

Brak możliwości wskazania do rozliczenia do NFZ części niewykorzystanego leku

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	9
1 - mało istotny	7
2	3
3	9
4	13
5	30
6 - bardzo istotny	131

65% respondentów (131) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

07.

Limitowy charakter świadczenia

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	6
1 - mało istotny	5
2	5
3	5
4	15
5	17
6 - bardzo istotny	149

74% respondentów (149) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

08.

Zbyt duża liczba badań kontrolnych i sztywne terminy ich wykonania

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	17
1 - mało istotny	7
2	8
3	12
4	24
5	46
6 - bardzo istotny	88

44% respondentów (88) uznało, że jest to bardzo istotny problem.



09.

Zbyt duża biurokracja przy realizacji PL, w tym obowiązek raportowania danych dodatkowo do SMPT / SMPL

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	1
1 - mało istotny	4
2	6
3	11
4	16
5	31
6 - bardzo istotny	133

66% respondentów (133) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

10.

Trudne do spełnienia kryteria kwalifikacji do terapii opisane w PL, zawężające możliwość skutecznego leczenia większej liczby pacjentów

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	29
1 - mało istotny	9
2	6
3	14
4	30
5	43
6 - bardzo istotny	71

35% respondentów (71) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

11.

Połączenie ryczałtu za kwalifikację z ryczałtem za monitorowanie pacjenta w PL

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	16
1 - mało istotny	7
2	5
3	21
4	25
5	45
6 - bardzo istotny	83

41% respondentów (83) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

**12.**

Brak możliwości zlecenia, wykonania i odrębnego sfinansowania przez NFZ badań genetycznych w każdej sytuacji

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	34
1 - mało istotny	10
2	4
3	10
4	10
5	25
6 - bardzo istotny	109

54% respondentów (109) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

13.

Zbyt niska wycena świadczeń związanych z realizacją PL w trybie hospitalizacji całodobowej

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	7
1 - mało istotny	4
2	4
3	7
4	13
5	38
6 - bardzo istotny	129

64% respondentów (129) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

14.

Problemy z praktyczną realizacją instrumentów podziału ryzyka - tzw. RSS

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	31
1 - mało istotny	4
2	5
3	7
4	27
5	25
6 - bardzo istotny	103

51% respondentów (103) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

**15.**

Utrudnione i skomplikowane mechanizmy dostosowywania umowy do faktycznych miejsc realizacji PL

OCENA	LICZBA ODPOWIEDZI
nie mam zdania	33
1 - mało istotny	4
2	8
3	19
4	27
5	48
6 - bardzo istotny	63

31% respondentów (63) uznało, że jest to bardzo istotny problem.

Tabela: Statystyki ocen istotności problemów

LP.	PROBLEM	LICZBA OCEN	ŚREDNIA W PKT	ODCHYLENIE STD
1.	Problemy z prawidłowym i bieżącym finansowaniem nadwykonań w programach lekowych przez NFZ (m.in. brak systematycznego finansowania nadwykonań; mnogość zakresów i miejsc realizacji, co powoduje rozdrobnienie kontraktów; konieczność systematycznej renegocjacji i przesuwania środków pomiędzy programami - możliwa tylko za zgodą OW NFZ)	191	5,47	1,18
2.	Limitowy charakter świadczenia (brak obowiązku zapłaty przez NFZ za wszystkie podane leki pacjentom objętym leczeniem w PL, po upływie każdego kwartału)	196	5,45	1,17
3.	Zbyt niska wycena świadczeń związanych z realizacją PL w trybie hospitalizacji całodobowej	195	5,38	1,12
4.	Problemy z prawidłowym finansowaniem przez NFZ nowych programów lekowych i nowych leków w PL (m.in. nieadekwatna do potrzeb wartość środków finansowych przeznaczana przez OW NFZ na konkursy ofert na nowe PL, skutkująca zbyt niskimi wartościami kontraktów, a co za tym idzie powodująca nadwykonania; brak mechanizmu obowiązkowego zwiększania wartości umowy placówki po wprowadzeniu nowych leków / linii leczenia, do realizowanych wcześniej programów, po zmianie opisu PL w opublikowanym, aktualnym obwieszczeniu MZ)	188	5,35	1,18



LP.	PROBLEM	LICZBA OCEN	ŚREDNIA W PKT	ODCHYLENIE STD
5.	Brak możliwości wskazania do rozliczenia do NFZ części niewykorzystanego leku (odmowa finansowania przez NFZ części niewykorzystanego leku, który podlega utylizacji)	193	5,33	1,25
6.	Zbyt duża biurokracja przy realizacji PL, w tym obowiązek raportowania danych dodatkowo do SMPT / SMPL	201	5,3	1,21
7.	Problemy z praktyczną realizacją instrumentów podziału ryzyka - tzw. RSS (placówki realizujące PL są zobowiązane je znać i stosować, mimo, że są one tajne; ich realizacja może powodować dodatkowe obciążenie pracą sprawozdawczą [występowanie o korekty faktur, generowanie zestawień dla podmiotów odpowiedzialnych itp.])	171	5,18	1,24
8.	Brak możliwości zlecenia, wykonania i odrębnego sfinansowania przez NFZ badań genetycznych w każdej sytuacji (w onkohematologii, brak finansowania biopsji płynnej w ambulatorium, brak możliwości sumowania badań genetycznych ze świadczeniami do PL)	168	5,16	1,45
9.	Brak możliwości "zawieszenia" pacjenta w PL i możliwości kontynuacji terapii przy braku progresji po przerwie (np. gdy nie może zgłosić się do placówki w wyznaczonym terminie z powodu innej choroby lub sytuacji losowej - ponad 14 dni od daty punktu kontrolnego)	186	5,05	1,18
10.	Zbyt duża liczba badań kontrolnych i sztywne terminy ich wykonania (zgodnie z opisem PL, ale nie zawsze zgodnie z EBM)	185	4,94	1,37
11.	Połączenie ryczałtu za kwalifikację z ryczałtem za monitorowanie pacjenta w PL (brak wyłączenia kosztu badań do kwalifikacji z ryczałtu)	186	4,85	1,37
12.	Trudne do spełnienia kryteria kwalifikacji do terapii opisane w PL, zawężające możliwość skutecznego leczenia większej liczby pacjentów	173	4,76	1,42



LP.	PROBLEM	LICZBA OCEN	ŚREDNIA W PKT	ODCHYLENIE STD
13.	Utrudnione i skomplikowane mechanizmy dostosowywania umowy do faktycznych miejsc realizacji PL (konieczność składania pełnej dokumentacji pod wniosek o nowe miejsce w umowie PSZ, wraz z opinią konsultanta)	169	4,75	1,32
14.	Brak określonych ram czasowych dla dostosowania przez NFZ przepisów regulujących funkcjonowanie, stosowanie w praktyce i finansowanie przez NFZ, po wprowadzeniu nowych leków (lub linii leczenia) w PL (m.in. opóźnienie w publikacji zmian zarządzenia NFZ; opóźnienie w dostosowywaniu SMPT; brak formalnego obowiązku stosowania przez placówkę u pacjentów leków wprowadzanych do "starych" PL już od dnia wejścia w życie obwieszczenia MZ)	176	4,65	1,56
15.	Zbyt wysokie wymagania do kontraktowania i realizacji PL (np. wymagania dot. czasu pracy personelu, godzin pracy placówki, zapewnienia badań)	184	4,64	1,54

Należy zwrócić uwagę, że w powyższej tabeli uwzględniono tylko liczbę udzielonych odpowiedzi (ocen), za wyjątkiem przypadków, gdy respondent wybrał odpowiedź: *Nie mam zdania*.



POWIĄZANIA STATYSTYCZNE Z CECHAMI METRYCZKOWYMI

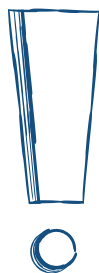
Przeprowadzono testy istotności (Kruskal-Wallis), aby sprawdzić, czy oceny problemów różnią się w zależności od cech respondentów takich jak: zawód, województwo czy liczba realizowanych programów lekowych. Poniżej zaprezentowano te problemy, dla których wykryto istotne statystycznie różnice ($p < 0.05$).

Tabela: Istotne powiązania statystyczne

NAZWA PROBLEMU	p-wartość
Brak możliwości zlecenia, wykonania i odrębnego sfinansowania przez NFZ badań genetycznych w każdej sytuacji (w onkohematologii, brak finansowania biopsji płynnej w ambulatorium, brak możliwości sumowania badań genetycznych ze świadczeniami do PL)	0.00599160304045697
Utrudnione i skomplikowane mechanizmy dostosowywania umowy do faktycznych miejsc realizacji PL (konieczność składania pełnej dokumentacji pod wnioski o nowe miejsce w umowie PSZ, wraz z opinią konsultanta)	0.00755926295709199
Zbyt duża liczba badań kontrolnych i sztywne terminy ich wykonania (zgodnie z opisem PL, ale nie zawsze zgodnie z EBM)	0.00895808604677891
Brak możliwości wskazania do rozliczenia do NFZ części niewykorzystanego leku (odmowa finansowania przez NFZ części niewykorzystanego leku, który podlega utylizacji)	0.0178963053121255
Limitowy charakter świadczenia (brak obowiązku zapłaty przez NFZ za wszystkie podane leki pacjentom objętym leczeniem w PL, po upływie każdego kwartału)	0.0185696533701943
Problemy z prawidłowym finansowaniem przez NFZ nowych programów lekowych i nowych leków w PL (m.in. nieadekwatna do potrzeb wartość środków finansowych przeznaczana przez OW NFZ na konkursy ofert na nowe PL, skutkująca zbyt niskimi wartościami kontraktów, a co za tym idzie powodująca nadwykonania; brak mechanizmu obowiązkowego zwiększania wartości umowy placówki po wprowadzeniu nowych leków / linii leczenia, do realizowanych wcześniej programów, po zmianie opisu PL w opublikowanym aktualnym obwieszczeniu MZ)	0.020096826970446



NAZWA PROBLEMU	p-wartość
Brak określonych ram czasowych dla dostosowania przez NFZ przepisów regulujących funkcjonowanie, stosowanie w praktyce i finansowanie przez NFZ, po wprowadzeniu nowych leków (lub linii leczenia) w PL (m. in. opóźnienie w publikacji zmian zarządzenia NFZ; opóźnienie w dostosowywaniu SMPT; brak formalnego obowiązku stosowania przez placówkę u pacjentów leków wprowadzanych do "starych" PL, już od dnia wejścia w życie obwieszczenia MZ)	0.0275543035740459
Problemy z praktyczną realizacją instrumentów podziału ryzyka - tzw. RSS (placówki realizujące PL są zobowiązane je znać i stosować, mimo, że są one tajne; ich realizacja może powodować dodatkowe obciążenie pracą sprawozdawczą [występowanie o korekty faktur, generowanie zestawień dla podmiotów odpowiedzialnych itp.])	0.0456214797316919



NAJWAŻNIEJSZE PROBLEMY W REALIZACJI PL WEDŁUG WSKAZAŃ RESPONDENTÓW:

- 01.** Problemy z prawidłowym i bieżącym finansowaniem nadwykonań w programach lekowych przez NFZ (m.in. brak systematycznego finansowania nadwykonań; mnogość zakresów i miejsc realizacji, co powoduje rozdrobnienie kontraktów; konieczność systematycznej renegocjacji i przesuwania środków pomiędzy programami - możliwa tylko za zgodą OW NFZ) – średnia ocena: **5,47**, liczba ocen: **191**.
- 02.** Limitowy charakter świadczenia (brak obowiązku zapłaty przez NFZ za wszystkie podane leki pacjentom objętym leczeniem w PL, po upływie każdego kwartału) – średnia ocena: **5,45**, liczba ocen: **196**.
- 03.** Zbyt niska wycena świadczeń związanych z realizacją PL w trybie hospitalizacji całodobowej – średnia ocena: **5,38**, liczba ocen: **195**.
- 04.** Problemy z prawidłowym finansowaniem przez NFZ nowych programów lekowych i nowych leków w PL (m.in. nieadekwatna do potrzeb wartość środków finansowych przeznaczana przez OW NFZ na konkursy ofert na nowe PL, skutkująca zbyt niskimi wartościami kontraktów, a co za tym idzie powodująca nadwykonania; brak mechanizmu obowiązkowego zwiększania wartości umowy placówki po wprowadzeniu nowych leków / linii leczenia, do realizowanych wcześniej programów, po zmianie opisu PL w opublikowanym aktualnym obwieszczeniu MZ) – średnia ocena: **5,35**, liczba ocen: **188**.
- 05.** Brak możliwości wskazania do rozliczenia do NFZ części niewykorzystanego leku (odmowa finansowania przez NFZ części niewykorzystanego leku, który podlega utylizacji) – średnia ocena: **5,33**, liczba ocen: **193**.



OCENA RÓŻNIC W ODPOWIEDZIACH WEDŁUG GRUP ZAWODOWYCH

Analizie poddano odpowiedzi respondentów z trzech kluczowych grup zawodowych:

- 1) Personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki, farmaceuci).
- 2) Ordynatorów/Kierowników komórek organizacyjnych placówek.
- 3) Dyrektorów lub Zastępców dyrektorów placówek medycznych.

Celem było określenie, czy oceny istotności problemów przy realizacji programów lekowych różnią się między tymi grupami i czy różnice są statystycznie istotne.

Tabela: Istotne powiązania statystyczne

Problem	Dyrektor/ Zastępca dyrektora	Ordynator/ Kierownik	Personel medyczny	Średnia ogólna	p-wartość	Istotna różnica ($p < 0,05$)
Brak określonych ram czasowych dla dostosowania przez NFZ przepisów regulujących funkcjonowanie, stosowanie w praktyce i finansowanie przez NFZ, po wprowadzeniu nowych leków (lub linii leczenia) w PL (m. in. opóźnienie w publikacji zmian zarządzenia NFZ; opóźnienie w dostosowywaniu SMPT; brak formalnego obowiązku stosowania przez placówkę u pacjentów leków wprowadzanych do "starych" PL, już od dnia wejścia w życie obwieszczenia MZ)	4,11	5,25	3,8	4,65	0.01232147 748541425	TAK
Zbyt wysokie wymagania do kontraktowania i realizacji PL (np. wymagania dot. czasu pracy personelu, godzin pracy placówki, zapewnienia badań)	4,65	5,08	4,08	4,64	0.33829062 895006456	NIE
Brak możliwości wskazania do rozliczenia do NFZ części niewykorzystanego leku (odmowa finansowania przez NFZ części niewykorzystanego leku, który podlega utylizacji)	5,15	4,88	5,23	5,33	0.46737091 465691527	NIE



Problem	Dyrektor/ Zastępca dyrektora	Ordynator/ Kierownik	Personel medyczny	Średnia ogólna	p-wartość	Istotna różnica (p<0,05)
Problemy z prawidłowym finansowaniem przez NFZ nowych programów lekowych i nowych leków w PL (m.in. nieadekwatna do potrzeb wartość środków finansowych przeznaczana przez OW NFZ na konkursy ofert na nowe PL, skutkująca zbyt niskimi wartościami kontraktów, a co za tym idzie powodująca nadwykonania; brak mechanizmu obowiązkowego zwiększania wartości umowy placówki po wprowadzeniu nowych leków / linii leczenia, do realizowanych wcześniej programów, po zmianie opisu PL w opublikowanym aktualnym obwieszczeniu MZ)	5,5	5,52	5,46	5,35	0.54698594 17811422	NIE
Problemy z prawidłowym i bieżącym finansowaniem nadwykonań w programach lekowych przez NFZ (m.in. brak systematycznego finansowania nadwykonań; mnogość zakresów i miejsc realizacji, co powoduje rozdrobnienie kontraktów; konieczność systematycznej renegotjacji i przesuwania środków pomiędzy programami - możliwa tylko za zgodą OW NFZ)	5,65	5,4	5,38	5,47	0.79007984 16777118	NIE
Limitowy charakter świadczenia (brak obowiązku zapłaty przez NFZ za wszystkie podane leki pacjentom objętym leczeniem w PL, po upływie każdego kwartału)	5,3	5,25	4,78	5,45	0.04663854 7931178	TAK
Zbyt duża liczba badań kontrolnych i sztywne terminy ich wykonania (zgodnie z opisem PL, ale nie zawsze zgodnie z EBM)	4,58	4,625	4,61	4,93	0.45397181 0271666	NIE
Zbyt duża biurokracja przy realizacji PL, w tym obowiązek raportowania danych dodatkowo SMPT / SMPL	5,2	5,35	5,64	5,3	0.87373333 97831487	NIE
Trudne do spełnienia kryteria kwalifikacji do terapii opisane w PL, zawężające możliwość skutecznego leczenia większej liczby pacjentów	4,41	4,72	5,07	4,76	0.32669135 125945764	NIE



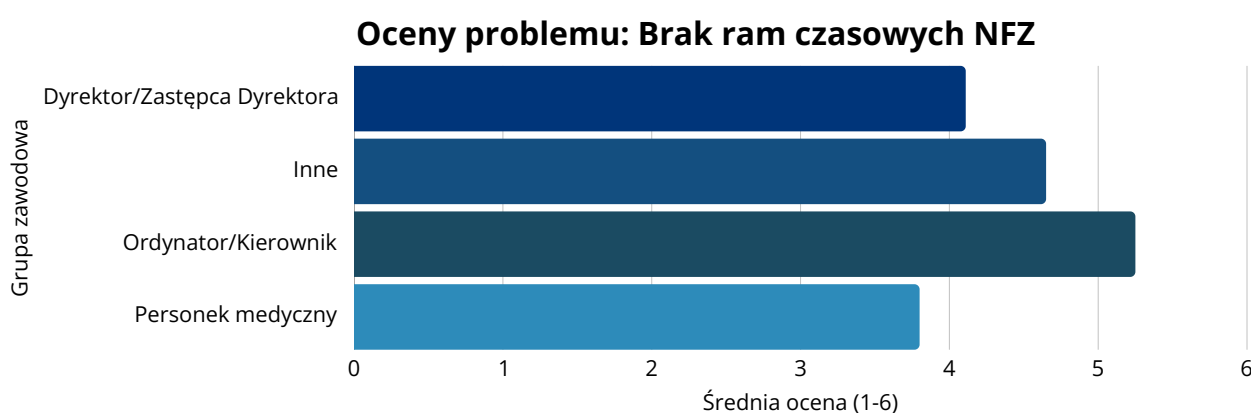
Problem	Dyrektor/ Zastępca dyrektora	Ordynator/ Kierownik	Personel medyczny	Średnia ogólna	p-wartość	Istotna różnica (p<0,05)
Połączenie ryczału za kwalifikację z ryczałem za monitorowanie pacjenta w PL (brak wyłączenia kosztu badań do kwalifikacji z ryczału)	4,89	4,69	4,71	4,85	0.81557038 75586794	NIE
Brak możliwości zlecenia, wykonania i odrębnego sfinansowania przez NFZ badań genetycznych w każdej sytuacji (w onkologichematologii, brak finansowania biopsji płynnej w ambulatorium, brak możliwości sumowania badań genetycznych ze świadczeniami do PL)	5,18	4,71	4,8	5,16	0.58133705 24970534	NIE
Zbyt niska wycena świadczeń związanych z realizacją PL w trybie hospitalizacji całodobowej	5,42	5,0	5,83	5,38	0.47823960 557465006	NIE
Problemy z praktyczną realizacją instrumentów podziału ryzyka - tzw. RSS (placówki realizujące PL są zobowiązane je znać i stosować, mimo, że są one tajne; ich realizacja może powodować dodatkowe obciążenie pracą sprawozdawczą [występowanie o korekty faktur, generowanie zestawień dla podmiotów odpowiedzialnych itp.])	4,78	5,17	4,75	5,18	0.05129371 4655467185	NIE
Utrudnione i skomplikowane mechanizmy dostosowywania umowy do faktycznych miejsc realizacji PL (konieczność składania pełnej dokumentacji pod wnioski o nowe miejsce w umowie PSZ, wraz z opinią konsultanta)	4,5	4,69	4,25	4,75	0.40022724 31424482	NIE
Brak możliwości "zawieszenia" pacjenta w PL i możliwości kontynuacji terapii przy braku progresji po przerwie (np. gdy nie może zgłosić się do placówki w wyznaczonym terminie z powodu innej choroby lub sytuacji losowej - ponad 14 dni od daty punktu kontrolnego)	4,61	5,26	4,86	5,05	0.25602899 63551949	NIE



Dla większości analizowanych problemów nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ocenach pomiędzy grupami zawodowymi. Jedynie w przypadku dwóch badanych problemów wykazano istotne statystycznie różnice. Dotyczyło to:

- braku ram czasowych dla dostosowania przez NFZ przepisów regulujących funkcjonowanie programów lekowych ($p = 0,012$),
- limitowego charakteru świadczenia (braku obowiązku zapłaty przez NFZ za wszystkie podane leki pacjentom objętym leczeniem w PL, po upływie każdego kwartału) ($p = 0,047$).

Wykres: Średnie oceny dla problemu o najistotniejszej różnicy



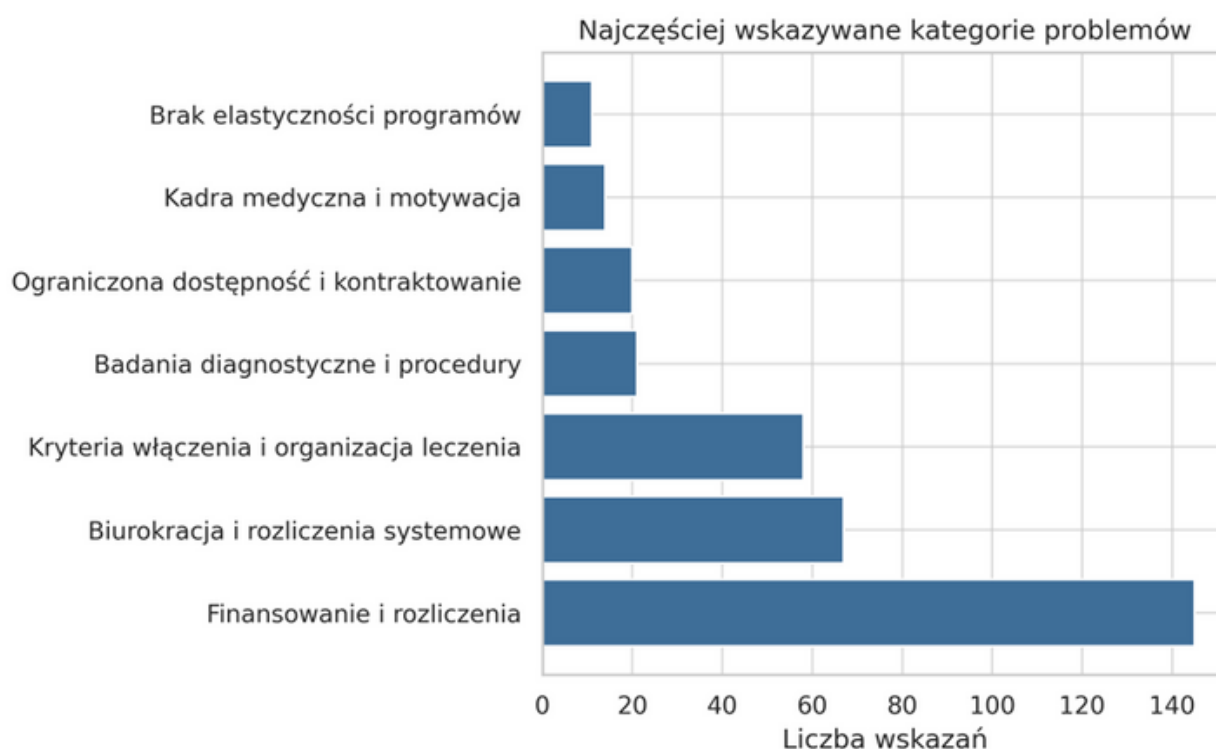
Wykres przedstawia średnie oceny problemu: *Brak określonych ram czasowych dla dostosowania przez NFZ przepisów regulujących funkcjonowanie, stosowanie w praktyce i finansowanie przez NFZ, po wprowadzeniu nowych leków (lub linii leczenia) w PL (m. in. opóźnienie w publikacji zmian zarządzenia NFZ; opóźnienie w dostosowywaniu SMPT; brak formalnego obowiązku stosowania przez placówkę u pacjentów leków wprowadzanych do "starych" PL, już od dnia wejścia w życie obwieszczenia MZ)*, dla którego wykazano istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami zawodowymi ($p < 0,05$). Najniżej problem ocenia personel medyczny (3,8 pkt), najwyżej – ordynatorzy/kierownicy (5,25 pkt).



ANALIZA WSKAZAŃ NAJISTOTNIEJSZYCH PROBLEMÓW – PODSUMOWANIE TEMATYCZNE

Na podstawie odpowiedzi udzielonych w pytaniu 4. respondenci wskazali trzy problemy, które w ich opinii są najbardziej istotne przy realizacji programów lekowych.

Rysunek: Najczęściej wskazywane grupy problemów według liczby odpowiedzi respondentów.



Problemy dotyczące finansowania i rozliczania świadczeń wskazało 145 respondentów, w następnej kolejności problematycznym obszarem zostały zidentyfikowane warunki rozliczeń systemowych i nadmierna biurokracja przy realizacji programów lekowych, a na trzeciej pozycji skomplikowane kryteria włączenia i organizacji leczenia w ramach terapii lekowych. Z uwagi na fakt, że najliczniejszą grupą respondentów były osoby odpowiedzialne za rozliczenia, uzyskany wynik nie jest zaskakujący.



OCENA ZASADNOŚCI EKONOMICZNEJ REALIZACJI PROGRAMÓW LEKOWYCH

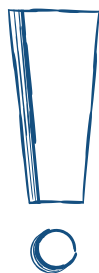
Respondenci z grupy dyrektorów podmiotów zostali zapytani, czy ich zdaniem realizacja programów lekowych jest ekonomicznie uzasadniona. Poniżej przedstawiono rozkład odpowiedzi na to pytanie.

ODPOWIEDŹ	LICZBA ODPOWIEDZI
NIE	16
TAK	4

Pomimo odpowiedzi negatywnej dotyczącej zasadności ekonomicznej realizacji programów lekowych wskazano inne aspekty, które są powodem realizacji programów lekowych.

Tabela: Statystyki dotyczące zasadności ekonomicznej realizacji programów lekowych

Powód	Liczba ocen	Średnia w pkt	Odchylenie std
Poprawa dostępności do nowoczesnych terapii dla pacjentów	16	5,19	1,33
Prestiż ośrodka / kliniki / oddziału	16	4,69	1,49
Możliwość rozwoju naukowego ośrodka	15	4,4	1,5
Komfort pracy personelu lekarskiego (zagwarantowanie komfortu wyboru leczenia, zgodnie z wytycznymi klinicznymi i możliwościami wynikającymi z zakresu leczenia finansowanego ze środków publicznych przez NFZ)	14	4,0	1,8
Strach przed roszczeniami pacjentów	16	3,5	1,63



NAJCZĘŚCIEJ WSKAZYWANE POWODY TO:

- 01.** Poprawa dostępności do nowoczesnych terapii dla pacjentów – średnia ocena: **5,19**, liczba ocen: **16**.
- 02.** Prestiż ośrodka / kliniki / oddziału – średnia ocena: **4,69**, liczba ocen: **16**.
- 03.** Możliwość rozwoju naukowego ośrodka – średnia ocena: **4,4**, liczba ocen: **15**.

Nadal na pierwszym miejscu dla osób odpowiedzialnych za prawidłowe działanie i efektywność ekonomiczną podmiotu leczniczego jest dobro społeczne, w tym przypadku dostępność do nowoczesnych terapii dla jak największej liczby pacjentów. Jednakże z uwagi na dynamiczną sytuację finansową płatnika ten element w niedługim czasie może ulec zmianie na niekorzyść pacjentów. Należy wprowadzić mechanizmy finansowe zabezpieczające płynność finansową i bezpieczeństwo podmiotów leczniczych (oraz lekarzy) realizujących programy lekowe.

Odrębnie przeanalizowano również odpowiedzi osób zarządzających podmiotami leczniczymi pod kątem wagi problemów, a także udzielone odpowiedzi na pytania otwarte.

Aż 80% dyrektorów placówek medycznych wskazało, że najistotniejsze problemy związane z realizacją programów lekowych skupiają się w obszarze finansowania. Dotyczy to zarówno niewystarczającej wartości kontraktów na programy lekowe na etapie planów finansowych, a co za tym idzie powstawania nadwykonań związanych z większym zapotrzebowaniem pacjentów na leczenie, jak również niepewności w zakresie finansowania zrealizowanych świadczeń. Dodatkowo niewykorzystane części leku, stanowiące koszt placówki medycznej pogłębiają niechęć do uczestniczenia w realizacji programów lekowych. Podniesiono również problem iluzorycznego kontraktowania programów lekowych, gdzie proponowana przez płatnika kwota na leczenie w ramach danego programu niejednokrotnie nie pokrywa wydatków związanych z zakupem leku dla jednego pacjenta. Kolejnym zgłaszanym problemem są ograniczenia w dostępności do leczenia na szerszym obszarze związane z brakiem chęci płatnika na ogłaszanie postępowań uzupełniających.

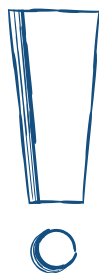


CZYNNIKI, KTÓRE MOGŁYBY UŁATWIĆ REALIZACJĘ PROGRAMÓW LEKOWYCH

Respondenci oceniali również istotność czynników, które ich zdaniem mogłyby poprawić dostępność i efektywność realizacji programów lekowych. Oceny odbywały się w skali od 1 (najmniej istotny) do 6 (bardzo istotny). Poniżej przedstawiono zestawienie ocen oraz najczęściej wskazywane czynniki.

Tabela: Statystyki ocen czynników ułatwiających realizację

Czynnik	Liczba ocen	Średnia w pkt	Odchylenie std
Zniesienie limitowości w PL (gwarancja zapłaty przez NFZ za każdego pacjenta leczonego w PL)	198	5,6	0,99
Uproszczenie zasad realizacji i zmniejszenie biurokracji (m.in. zakresu danych sprawozdawczych)	200	5,45	1,01
Likwidacja SMPT i zastąpienie innym zautomatyzowanym systemem, pobierającym dane z danych statystycznych placówki	194	5,26	1,31
Likwidacja PL i przeniesienie leków do innych kategorii dostępności refundacji (np. do apteki otwartej lub chemioterapii)	159	4,54	1,62



NAJWAŻNIEJSZE CZYNNIKI WEDŁUG RESPONDENTÓW

- 01.** Zniesienie limitowości w PL (gwarancja zapłaty przez NFZ za każdego pacjenta leczonego w PL) – średnia ocena: **5,6**, liczba ocen: **198**.
- 02.** Uproszczenie zasad realizacji i zmniejszenie biurokracji (m.in. zakresu danych sprawozdawczych) – średnia ocena: **5,45**, liczba ocen: **200**.
- 03.** Likwidacja SMPT i zastąpienie innym zautomatyzowanym systemem, pobierającym dane z danych statystycznych placówki – średnia ocena: **5,26**, liczba ocen: **194**.
- 04.** Likwidacja PL i przeniesienie leków do innych kategorii dostępności refundacji (np. do apteki otwartej lub chemioterapii) – średnia ocena: **4,54**, liczba ocen: **159**.

Czynniki finansowe i uproszczenie zasad realizacji programów lekowych, a przede wszystkim jasne i nie nadmiernie obciążające wymagania związane z rozliczeniami, powinny być elementem zachęcającym świadczeniodawców do realizacji programów lekowych. Obecna struktura finansowania i konieczność ponoszenia przez świadczeniodawcę przede wszystkim kosztu zutilizowanej części leku skutecznie zniechęca podmioty lecznicze do wdrażania leczenia w ramach programów lekowych.



KOMENTARZE EKSPERTÓW NT. AKTUALNEJ DOSTĘPNOŚCI DO ŚWIADCZEŃ I TERAPII W PROGRAMACH LEKOWYCH

I

Prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych oraz kierowniczka Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

Prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska jest krajowym konsultantem w dziedzinie reumatologii. Pełni funkcję Zastępcy Dyrektora Ds. Klinicznych oraz kierownika Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów NIGRiR w Warszawie.

Jest ekspertem i współtwórcą programów profilaktycznych Ministerstwa Zdrowia, recenzentem Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, kierownikiem grantów Narodowego centrum Nauki (Maestro). Wykłada na kursach Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego dla reumatologów, radiologów, lekarzy rehabilitacji. Jest autorką wielu prac naukowych i dydaktycznych opublikowanych w czasopiśmie polskich oraz zagranicznych, autorką rozdziałów w książkach takich jak np. Interna Szczeklika, monografii "Postępy w reumatologii" Medical Tribune oraz redaktorką wydania polskiego "Ból w chorobach reumatycznych". Współorganizuje wiele cyklicznych konferencji naukowych m. in. Warszawskie Dni Reumatologiczne i Konferencję Ordynatorów i Kierowników Poradni Reumatologicznych.

Zajmuje się dydaktyką studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz lekarzy specjalizujących się w ramach kursów organizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Programy lekowe są bardzo ważnym elementem nowoczesnej i skutecznej terapii w wielu chorobach, w tym autoimmunologicznych. Niestety praktyczna strona ich realizacji jest obwarowana wieloma ograniczeniami i zawiłościami. Dlatego ogólna ocena tej sfery działalności szpitali jest trudna do jednoznacznej oceny. Poniżej wskazuję najważniejsze korzyści oraz problemy, związane z realizacją programów lekowych.



KORZYŚCI:



Bardzo dobra opieka nad pacjentem, gwarantująca stały kontakt z lekarzem i poczucie bezpieczeństwa przez pacjenta.



Możliwość leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.



PROBLEMY:



System SMPT pochłaniający dużo czasu pracy lekarza.



Opóźnienia w płatności za leki.



Bardzo duże opóźnienia w płatności za obsługę programów.



Brak rewaloryzacji wycen obsługi programów lekowych od wielu lat.



Limitowanie dostępności do leczenia poprzez wielkość kontraktów z danym szpitalem.

Z perspektywy finansowej szpitala realizacja programów lekowych się nie opłaca. Szpital realizuje leczenie chorych w ramach programu ze względu na dobro pacjentów. Duża liczba chorych leczonych w ramach programów wymaga zatrudniania coraz większej liczby lekarzy co powoduje wzrost wydatków na płace.

W mojej opinii kluczowymi czynnikami, które mogłyby ułatwić realizację i finansowanie programów lekowych w Polsce, a w konsekwencji poprawić ich dostępność, są:

01.

Lepsza wycena świadczeń związanych z „obsługą” programów lekowych.

02.

Systematyczne płatności za leki i obsługę programów lekowych przez NFZ.

03.

Zniesienie limitów w finansowaniu programów lekowych (limitem powinny być istniejące kryteria włączenia do programów, a nie wielkość kontraktu).

04.

Likwidacja aplikacji SMPT i automatyczne pobieranie danych z dokumentacji medycznej z platformy P1.



II

Prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski, Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie

Wieloletni Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej. Pełni funkcję Prezesa Zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej oraz Pełnomocnika Dyrektora NIO-PIB w Warszawie ds. Wytycznych i Standardów Postępowania Diagnostyczno-Terapeutycznego.

Problemy, które zakłócają poprawną realizację leczenia pacjentów w ramach programów lekowych obejmują:

- niedostateczną elastyczność w zakresie terminów wykonywania badań podczas monitorowania przebiegu leczenia (w mniejszym stopniu – podczas kwalifikowania chorych do leczenia);
- niepotrzebną konieczność przedstawiania wskaźników skuteczności leczenia;
- nadmierne wymagania w zakresie raportowania informacji do SMPT;
- nieobecność odrębnego finansowania molekularnych i genetycznych czynników predykcyjnych.

Realizowanie programów lekowych poszerza możliwości udzielania świadczeń i – jednocześnie – porządkuje wykorzystanie możliwości systemowego leczenia przeciwnowotworowego. W przypadku mniejszych jednostek realizowanie programów lekowych powoduje wyższą ocenę wartości ośrodków, co nie powinno – jednak – uzasadniać kontraktowania programów lekowych przez ośrodki o niewielkim doświadczeniu.

Czynnikami, które mogą poprawić realizowanie programów lekowych, i finansowanie programów lekowych, a co za tym idzie wpłynąć na poprawę dostępności do terapii lekowych w Polsce są:

- bardziej racjonalne finansowanie badań dodatkowych (przede wszystkim – badania molekularnych i genetycznych czynników predykcyjnych);
- mniej rygorystyczne wymagania w zakresie sprawozdawczości;
- bardziej merytoryczne zasady kontraktowania programów lekowych.



III

Mgr Marek Szabelski, MBA, Dyrektor Naczelny
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie

Michał Szabelski jest dyrektorem naczelnym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie od 2024 roku, wcześniej związany z tą placówką jako zastępca dyrektora ds. finansów i rozwoju od 2019 roku. Ukończył studia doktoranckie na kierunku Finanse i Zarządzanie w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie oraz ekonomię i finanse na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim. Posiada także międzynarodowe kwalifikacje MBA, m.in. z Ecole des Hautes Etudes Commerciales du Nord (EDHEC) Business School, MDDP Business/CFO Academy oraz specjalistyczne studia MBA z ochrony zdrowia.

Doświadczony ekspert w finansach i kontrolingu z ponad 20-letnim doświadczeniem oraz menadżer z ponad 15-letnim stażem w zarządzaniu zespołami w obszarach finansów, HR, administracji, usług wspólnych oraz ochrony zdrowia. Specjalizuje się w zarządzaniu przez cele, lean management, agile we wdrażaniu projektów oraz wprowadzaniu usprawnień organizacyjnych i procesowych.

Pod jego kierownictwem szpital prowadzi liczne inwestycje i działania na rzecz podniesienia jakości opieki medycznej, otrzymując nagrody za innowacyjne podejście do ochrony zdrowia oraz efektywne zarządzanie. Michał również aktywnym uczestnikiem krajowych i międzynarodowych projektów i konferencji dotyczących finansów i zarządzania w ochronie zdrowia.

Programy lekowe stanowią istotny element systemu ochrony zdrowia w Polsce, umożliwiając pacjentom dostęp do nowoczesnych terapii, które często są bardzo kosztowne i poza zasięgiem standardowych refundacji. System pozwala na leczenie wielu schorzeń m.in. onkologicznych, autoimmunologicznych, metabolicznych według ściśle określonych kryteriów klinicznych, co zapewnia pewien poziom efektywności kosztowej oraz kontroli nad wydatkami publicznymi.



Z POZYTYWNYCH ASPEKTÓW REALIZACJI PROGRAMÓW LEKOWYCH W POLSCE MOŻNA WYMIENIĆ:

- **Dostęp do nowoczesnych terapii.** Pacjenci mają możliwość leczenia nowoczesnymi, często bardzo drogimi lekami (np. immunoterapie, inhibitory kinaz, leki biologiczne), które bez refundacji byłyby niedostępne.
- **Standaryzacja leczenia.** Programy są oparte na jednolitych protokołach klinicznych, co ułatwia monitorowanie efektów terapii (skuteczności leczenia) i zwiększa bezpieczeństwo pacjentów.
- **Kontrola kosztów.** Dzięki limitom, kryteriom kwalifikacji i monitorowaniu efektów, programy pozwalają NFZ lepiej kontrolować wydatki i unikać nadużyć – racjonalizacja wykorzystania środków publicznych.
- **Gromadzenie danych.** W ramach programów tworzy się rejestry medyczne, które pozwalają analizować skuteczność i bezpieczeństwo leków w warunkach rzeczywistej praktyki klinicznej (tzw. RWE – Real World Evidence).
- **Poprawa rokowań pacjentów.** Dla wielu chorób, np. nowotworowych czy przewlekłych zapalnych, dostęp do leczenia w ramach programów lekowych realnie wydłuża życie i poprawia jego jakość.



GLÓWNE ASPEKTY WYMAGAJĄCE DALSZEJ POPRAWY:

- **Brak płynności finansowej w ramach refundacji przedmiotowych świadczeń.** Aktualnie duże opóźnienia w refundacji przedmiotowych świadczeń wpływają mocno na pogorszenie płynności finansowej placówek medycznych, co z kolei generuje dodatkowe koszty. Świadczeniodawcy w ramach środków własnych zakupują drogie leki/substancje, na których refundację muszą czekać niekiedy do roku czasu.
- **Brak gwarancji zapłaty nadwykonań w ramach programów lekowych.** Świadczenia realizowane w ramach programów lekowych są świadczeniami limitowanymi. Poniekąd NFZ podkreśla, że traktuje programy lekowe, jako świadczenia nielimitowane, jednak nie ma to przełożenia w opublikowanych regulacjach prawnych. Powyższa niepewność po stronie świadczeniodawców prowadzi bardzo często do ograniczania ich realizacji, co skutkuje również ograniczeniem dostępności dla pacjenta bądź koniecznością dojazdu pacjenta do innej placówki leczniczej.



- **Biurokracja i obciążenie administracyjne.** Placówki medyczne muszą prowadzić szczegółową dokumentację medyczną oraz rozliczeniową, co wymaga znacznych zasobów kadrowych i informatycznych - brak informatyzacji i automatyzacji. Personel jest zobligowany do uzupełniania danych w systemie placówki medycznej i dodatkowo w systemie SMPT. Dopiero od niedawna weszły na rynek nowe rozwiązania pozwalające na automatyczne przekazywanie danych do SMPT. Są to rozwiązania po stronie firm zewnętrznych (nie są udostępniane przez płatnika), co powoduje dodatkowy koszt po stronie placówki medycznej, na który nie stać dużą część ośrodków.
- **Niedoszacowanie wyceny procedur medycznych.** Wycena procedur medycznych nie uwzględnia wysokich kosztów realizacji świadczeń w ramach programów lekowych, w tym wysokich kosztów czasu pracy wykwalifikowanego personelu medycznego. Koszt obsługi administracyjnej oraz organizacyjnej przy tak skomplikowanym systemie statystycznym, sprawozdawczym oraz rozliczeniowym jest znacznie wyższy niż przy realizacji innych świadczeń zarówno w ramach leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnego.
- **Brak refundacji pełnego kosztu zużytego leku.** W ramach programów lekowych refundowana jest ilość leku podana pacjentowi. W przypadku często występujących chorób leczonych danym lekiem świadczeniodawca jest w stanie organizacyjnie zminimalizować ilość leku, która jest do utylizacji (umawianie pacjentów w jednym terminie, aby wykorzystać w pełni rozpoczęte fiołki). Jednak przy rzadko podawanych lekach jest niemożliwe pełne wykorzystanie fiolek, koszt niewykorzystanego zutilizowanego leku pozostaje po stronie świadczeniodawcy.
- **Brak refundacji podania leków/substancji w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych.** W ramach programów lekowych dostępne są świadczenia dedykowane do rozliczenia podania/wydania leku w ramach porady/hospitalizacji. W przypadku RDTL takich świadczeń nie ma. Jeśli hospitalizacja jest długa i wiąże się nie tylko z podaniem leku (dodatkowe leczenie czy diagnostyka) rozliczana jest w ramach leczenia szpitalnego, natomiast w przypadku samej wizyty kontrolnej i podania/wydania leku brak jest możliwości refundacji. I pomimo poniesionych dodatkowych nakładów placówka otrzymuje refundację jedynie za podany lek/substancję. Warto tu zaznaczyć również, że procedura w ramach RDTL jest czasochłonna i wymaga dodatkowych nakładów czasu pracy personelu lekarskiego, jak i administracyjnego (złożenie wniosku na RDTL przygotowanego przez lekarza, zaakceptowanego przez Dyрекcję oraz przeanalizowanego i zaakceptowanego przez konsultanta).



- **Sztywne kryteria kwalifikacji i wykluczenia.** Kryteria kliniczne są niekiedy zbyt wąskie lub nieelastyczne, przez co pacjenci, którzy mogliby skorzystać z leczenia, są z niego wykluczani.
- **Opóźnienia w kwalifikacji i rozpoczęciu leczenia.** Proces kwalifikacyjny bywa długotrwały, co w chorobach postępujących (np. nowotwory) może pogarszać rokowanie pacjenta.
- **Braki kadrowe.** Niedobór lekarzy specjalistów (np. onkologów, reumatologów) w wielu regionach utrudnia realizację programów.
- **Brak dodatkowych środków finansowych dla nowych programów lekowych.** Bardzo często publikowane konkursy ofert na nowe programy lekowe bądź na programy lekowe, które nie są dostępne w danym regionie, proponują plan finansowy na poziomie nie pozwalającym na włączenie i leczenie nawet jednego pacjenta. Placówka medyczna kontraktując taki program lekowy z miejsca „skazana jest” na generowanie nadwykonań i opóźnioną płatność za zrealizowane świadczenia.

Odpowiedź na pytanie czy realizacja programów lekowych jest tą sferą działalności szpitala, która się „opłaca” zależy od wielu czynników – wielkości i profilu szpitala, dostępnych zasobów, lokalizacji, poziomu organizacji, a także rodzaju i ilości realizowanych programów lekowych. Generalnie jednak realizacja programów lekowych nie jest sferą działalności, która przynosi szpitalowi realny zysk, ale może być opłacalna w sensie strategicznym, organizacyjnym i wizerunkowym.



POZYTYWNE ASPEKTY REALIZACJI PROGRAMÓW LEKOWYCH POD KĄTEM OPŁACALNOŚCI:

1. Refundacja kosztów przez NFZ	• Programy lekowe są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia – szpital nie ponosi kosztów leków ani procedur objętych programem (o ile działa zgodnie z kontraktem). • Zapewnia to stabilne źródło przychodu, o ile spełnione są wymagania formalne i rozliczeniowe.
2. Zwiększenie prestiżu placówki	• Uczestnictwo w programach lekowych często wiąże się z leczeniem chorób przewlekłych i nowotworowych – szpital zyskuje reputację placówki referencyjnej, co może przyciągać kolejnych pacjentów.
3. Nowoczesna infrastruktura i rozwój kompetencji personelu	• Realizacja programów lekowych wymaga odpowiedniego zaplecza (np. apteki szpitalnej, systemu monitorowania, wykwalifikowanego personelu) – to sprzyja rozwojowi organizacyjnemu. • Lekarze i personel zdobywają doświadczenie w stosowaniu innowacyjnych terapii.
4. Potencjalne efekty synergii	• Obecność programów lekowych może zwiększyć zainteresowanie innymi świadczeniami szpitala (np. diagnostyką, hospitalizacjami, konsultacjami specjalistycznymi), które również są refundowane.
5. Możliwość rozwoju badań klinicznych	• Placówki realizujące programy lekowe mogą być bardziej atrakcyjne dla firm farmaceutycznych jako ośrodki badań klinicznych – a te są źródłem dodatkowych przychodów.



NEGATYWNE ASPEKTY REALIZACJI PROGRAMÓW LEKOWYCH POD KĄTEM OPŁACALNOŚCI:

1. Wysokie koszty organizacyjne

- Pomimo refundacji leków, szpital musi ponieść koszty związane z obsługą administracyjną, logistyką, dokumentacją, systemami IT (np. SMPT – System Monitorowania Programów Terapeutycznych).
- Zatrudnienie dedykowanego personelu (np. koordynatorów programów) nie jest refundowane.

2. Rygorystyczne wymagania NFZ i ryzyko zwrotów

- Błąd formalny (np. brak odpowiedniego wpisu, niepełna dokumentacja) może skutkować brakiem refundacji – szpital zostaje z kosztami, mimo że leczenie zostało przeprowadzone.
- Wysokie ryzyko kontroli i konieczności zwrotu środków.

3. Niewielka marża „zysku”

- Leki/substancje w ramach programów lekowych rozliczane są na podstawie podanej ilości, a nie rzeczywiście zużytego leku.
- Rentowność jest zwykle niewielka lub zerowa – realizacja programu często „bilansuje się” lub przynosi minimalny zysk.

4. Obciążenie zasobów kadrowych i infrastrukturalnych

- Programy wymagają stałego zaangażowania lekarzy specjalistów oraz dostępności poradni i oddziałów – co może kolidować z innymi świadczeniami.
- Trudności kadrowe mogą ograniczać możliwość rozwijania programów.



Realizacja programów lekowych nie zawsze jest „opłacalna” w sensie czysto finansowym, jednak może być strategicznie korzystna z punktu widzenia rozwoju szpitala, budowania renomy oraz zwiększania dostępności leczenia dla pacjentów.

Najbardziej opłaca się ona szpitalom, które:

- mają dobrą organizację (działy farmacji, kadre, systemy informatyczne),
- potrafią efektywnie zarządzać dokumentacją i rozliczeniami z NFZ,
- oferują kompleksowe leczenie (konsultacje, diagnostykę, hospitalizacje),
- potrafią integrować programy z innymi formami działalności klinicznej.

Ułatwienie realizacji i finansowania programów lekowych wiąże się z wyeliminowaniem wcześniej wymienionych problemów w realizacji:

A Uproszczenie procedur administracyjnych i rozliczeniowych:

- Ograniczenie biurokracji – zmniejszenie liczby wymaganych dokumentów i uproszczenie procedur kwalifikacji pacjentów.
- Standaryzacja dokumentacji – ujednolicenie formularzy i systemów raportowania.
- Automatyzacja rozliczeń z NFZ – pełna integracja systemów szpitalnych z systemem SMPT i SZOI (lub ich modernizacja) w celu zmniejszenia liczby błędów formalnych.

B Zwiększenie finansowania i elastyczności budżetowej:

- Zwiększenie środków na programy lekowe – zwłaszcza w obszarach onkologii, chorób rzadkich i przewlekłych.
- Poprawa płynności płatności za świadczenia realizowane w ramach programów lekowych.
- Stabilność budżetowa – długofalowe planowanie finansowe, które pozwala placówkom planować zatrudnienie i infrastrukturę.

C Wzmocnienie infrastruktury i zasobów kadrowych:

- Wsparcie kadrowe dla szpitali – zwiększenie liczby specjalistów i personelu wspierającego (koordynatorzy programów, farmaceuci kliniczni) wraz z ich refundacją.
- Finansowanie kosztów pośrednich – włączenie do wyceny kosztów organizacyjnych, administracyjnych i kadrowych ponoszonych przez placówkę.
- Szerszy dostęp do diagnostyki (np. badań genetycznych czy obrazowych), które są często warunkiem kwalifikacji do programów.



D Cyfryzacja i integracja systemów informatycznych:

- Integracja danych pacjenta w jednym systemie
- Usprawnienie Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT) – jego modernizacja, lepsza ergonomia i łatwość użytkowania.

E Zwiększenie liczby ośrodków realizujących programy lekowe:

- Decentralizacja programów – umożliwienie ich realizacji nie tylko w dużych centrach klinicznych, ale też w mniejszych szpitalach i poradniach, które spełniają wymagania.
- Zwiększenie dostępności geograficznej – zwłaszcza na terenach wiejskich i w mniejszych miastach.

F Edukacja lekarzy:

- Szkolenia dla lekarzy w zakresie zasad kwalifikacji, dokumentacji i prowadzenia pacjentów w programie.

G Lepsza współpraca:

- Dialog między NFZ, Ministerstwem Zdrowia, szpitalami i firmami farmaceutycznymi w celu wypracowania bardziej efektywnych modeli finansowania.
- Publiczno-prywatne partnerstwa – umożliwiające np. pilotażowe programy dostępu do terapii (early access, compassionate use).

H Ocena efektywności klinicznej i kosztowej programów:

- Monitorowanie i analiza wyników leczenia w ramach programów – co może wspierać decyzje refundacyjne i promować efektywne terapie.
- Wprowadzenie elementów modelu value-based healthcare – refundacja uzależniona od efektów terapii.

Poprawa realizacji i finansowania programów lekowych w Polsce wymaga systemowego podejścia, które obejmuje: usprawnienie procedur, zwiększenie finansowania, rozwój kadr i infrastruktury, cyfryzację, decentralizację świadczeń oraz lepszą edukację pacjentów i lekarzy.

Dzięki tym działaniom możliwe będzie realne zwiększenie dostępności nowoczesnych terapii, co ma kluczowe znaczenie dla poprawy jakości leczenia i życia pacjentów w Polsce.



IV

Prof. dr hab. med. Piotr Rutkowski, Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - PIB w Warszawie

Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Pełnomocnik Dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie, Przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oraz Przewodniczący Rady Agencji Badań Medycznych

Niestety bilans finansowy realizacji programów lekowych jest niski i powinien uwzględniać urealnienie wyceny diagnostyki (w tym histopatologicznej i molekularnej – również przypadków kwalifikowanych do programu ale nie zakwalifikowanych, jak np. oznaczenie HLA-A*02:01 dla programu leczenia tebentafusem chorych na czerniaka błony naczyniowej oka, gdzie dodatni wynik jest obserwowany u około 50% pacjentów, a badanie należy wykonać u wszystkich potencjalnie kwalifikujących się do leczenia). Poza tym należy podnieść wycenę finansową możliwości realizacji programów lekowych w warunkach ambulatoryjnych. Niezbędnym również elementem, o co postulują onkologiczne towarzystwa naukowe, jest wycena powikłań nowoczesnych terapii stosowanych w ramach programu lekowego i możliwość ich rozliczenia. W chwili obecnej powikłania np. immunoterapii nie są możliwe do rozliczenia i generują istotne straty dla ośrodków wielospecjalistycznych.

Ważnym elementem jest uelastycznienie kryteriów realizacji programów lekowych (np. gdy nie można było z przyczyn obiektywnych jak infekcja pacjenta wykonać badania obrazowego w widełkach czasowych przewidzianych opisem programu). Kolejnym elementem powinno być odbiurokratyzowanie sprawozdawania programów lekowych w ramach SMPT. Właściwa wycena świadczeń do kwalifikacji oraz powikłań terapii są kolejnymi elementami wpływającymi na realizację programów lekowych. I na koniec, w związku z kumulowaniem się pacjentów długoterminowo odnoszących korzyści z leczenia w ramach programów lekowych, korzystne byłoby, jak w wielu innych krajach, przesunięcie chorych do ośrodków niższej referencyjności dla podawania leku, np. po roku trwania terapii (wówczas ryzyko powikłań i progresji choroby jest niskie).



V

Mgr Renata Wachowicz, MBA, Dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Renata Wachowicz od 30 lat jest ściśle związana z ochroną zdrowia. Pełniła funkcje kierownicze w największych szpitalach na Śląsku i w Zagłębiu, w obszarze kontraktowania i rozliczania świadczeń medycznych. Dodatkowe doświadczenie zdobywała, pracując w Śląskim Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia. Obecnie pełni funkcję Dyrektora Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Jest członkinią Zarządu Polskiej Unii Szpitali Klinicznych oraz Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych. Z wykształcenia ekonomistka - ukończyła studia magisterskie i doktoranckie na Uniwersytecie Ekonomicznym w Katowicach, a także studia MBA oraz liczne studia podyplomowe, m.in. z zakresu zarządzania placówkami ochrony zdrowia, wsparcia menedżerskiego dla kadry zarządzającej oraz systemów informatycznych wykorzystywanych w ochronie zdrowia. Jest inicjatorką i opiekunką podyplomowych studiów „Koder medyczny”, prowadzonych na Śląskim Uniwersytecie Medycznym.

Realizacja programów lekowych stanowi kluczowy i niezwykle wartościowy obszar działalności szpitala klinicznego. Zapewnia pacjentom dostęp do nowoczesnych terapii, szczególnie w onkologii i chorobach rzadkich, a tym samym przyczynia się do poprawy wyników leczenia i jakości życia chorych.

Jednocześnie należy podkreślić, że realizacja i rozliczanie programów lekowych wiąże się z istotnymi obciążeniami organizacyjnymi, finansowymi i administracyjnymi, które w obecnych warunkach stanowią realne wyzwanie dla szpitala.

W szpitalach klinicznych realizowanych jest od kilkudziesięciu do nawet ponad stu programów lekowych. Oznacza to obsługę tysięcy pacjentów oraz dziesiątek tysięcy wizyt i hospitalizacji. Aby sprostać tak dużej skali, konieczne jest tworzenie dedykowanych działów farmacji oraz dodatkowych komórek organizacyjnych, w tym zespołów odpowiedzialnych za sprawozdawczość.



NAJWAŻNIEJSZE KORZYŚCI REALIZACJI PROGRAMÓW LEKOWYCH:



Dostęp pacjentów do innowacyjnych terapii – możliwość prowadzenia skutecznego i nowoczesnego leczenia w ramach refundacji.



Rozwój kompetencji i prestiżu placówki – udział w wielu programach lekowych umacnia pozycję naszego szpitala jako ośrodka referencyjnego.



Standaryzacja opieki – programy wymuszają stosowanie określonych schematów leczenia i monitorowania, co poprawia jakość i bezpieczeństwo terapii.



NAJWAŻNIEJSZE PROBLEMY:



Obciążenia apteki szpitalnej - konieczność utrzymywania wysokich stanów magazynowych drogich leków, wynikające z mnogości terapii, rodzajów dawek oraz konieczności wydania leku na 2-3 miesiące terapii w dniu wizyty. Pociąga to za sobą ryzyko strat w przypadku na przykład przeterminowania leków, zmiany terapii, awarii sprzętu chłodniczego.



Wysokie koszty ubezpieczeń - zabezpieczenie terapii, w których cena jednej ampułki wynosi ok 100tys. a w chorobach rzadkich nawet 1 mln zł.



Braki kadrowe i dodatkowe koszty wynagrodzeń personelu uczestniczącego w realizacji programów lekowych.



Ograniczenia wynikające z Prawa Zamówień Publicznych np. instrumenty dzielenia ryzyka (RSA) które w praktyce obciążają szpitale – często konieczna jest korekta faktur „post factum”, co opóźnia refundację.



Finansowanie i rozliczenia z NFZ:

- brak systematycznego i pełnego finansowania nadwykonań oraz limitowy charakter świadczeń – szpital często ponosi ryzyko kosztowe; Niepewność finansowania a w ślad za tym problem decyzji zarządczych;
- brak refundacji części niewykorzystanych leków, które muszą być utylizowane;



- niedoszacowanie kontraktów na początku roku do rzeczywistej realizacji oraz w przypadku wejścia nowych leków lub poszerzeniu wskazań ich stosowania – prowadzi to do chronicznych nadwykonań, które są finansowane z kilkumiesięcznym opóźnieniem;
- w sytuacji gdy placówka nie posiada płynności finansowej nie jest w stanie uiścić płatności za wydane w programach leki. Szpital w takiej sytuacji naraża się dodatkowo na odsetki za nieterminową zapłatę faktury;
- brak postępowań uzupełniających, umożliwiających zakontraktowanie programów niezbędnych do kompleksowego leczenia onkologicznego.



Nadmierne obciążenia administracyjne i informatyczne:

- sprawozdawczość w SMPT jest zbyt skomplikowana i czasochłonna i polega na powielaniu danych wcześniej wprowadzonych do szpitalnych systemów HIS;
- brak integracji systemów aptecznych i szpitalnych z systemami NFZ zwiększa ryzyko błędów.

Z perspektywy szpitala realizacja programów lekowych nie jest w pełni opłacalna finansowo. Koszty obsługi administracyjnej, organizacyjnej i magazynowej oraz ryzyka finansowe (niewykorzystane leki, opóźnienia refundacji, wysokie ubezpieczenia z uwagi na coraz większe ceny oferowanych leków np. w chorobach rzadkich milionowy koszt 1 dawki) przewyższają często środki przewidziane na ich pokrycie. Mimo to terapie lekowe są realizowane - chcemy aby szpital przystępował do konkursów na nowe terapie, ponieważ stanowią one fundament nowoczesnego leczenia i są absolutnie niezbędne dla pacjentów.



DO CZYNNIKÓW POPRAWIAJĄCYCH REALIZACJĘ I FINANSOWANIE PROGRAMÓW LEKOWYCH MOŻNA ZALICZYĆ:

- zapewnienie pełnego, bieżącego finansowania programów przez NFZ, w tym nadwykonań,
- finansowanie niewykorzystanych dawek leków, formalne uregulowanie 100% refundacji leków stosowanych w programach lekowych,
- uproszczenie i cyfryzacja sprawozdawczości (likwidacja SMPT i integracja z systemem szpitalnym HIS),



- uelastycznienie procedur zakupowych w PZP (możliwość szybszego przechodzenia na tańsze odpowiedniki i leki biopodobne, ograniczenie długoterminowych blokad kontraktowych),
- stworzenie warunków do wydawania części leków pacjentom bliżej ich miejsca zamieszkania, co spowoduje zmniejszenie kosztów magazynowania,
- możliwość realizacji teleporad w procesie monitorowania programów lekowych,
- aktualizacja wycen świadczeń towarzyszących (pobytowych, diagnostycznych) w programach lekowych, tak aby pokrywały realne koszty obsługi pacjentów. Zniesienie sztywnych wymogów dotyczących konieczności wykonywania diagnostyki szczególnie radiologicznej sytuacjach gdy Pacjent miał ją zrealizowaną poza programem, w schorzeniach w których ponad 50% pacjentów przez wiele lat jest leczona według stałych schematów i brak jest kryterium wyłączenia należałoby przenieść te leki do standardowego leczenia. Wówczas zniknie obciążenie powielanej sprawozdawczości związanej z obsługą procesów monitorowania i powstanie przestrzeń do realizacji nowych terapii.

VI

Mgr Sylwia Modrzyk, MBA, Dyrektor Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej

Wieloletni Kierownik Działu Sprzedaży, Rozliczeń i Nadzoru Medycznego w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej. Od grudnia 2022 r. Dyrektor placówki. Ekspert i wykładowca Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych.

Realizacja leczenia pacjentów w ramach programów lekowych niesie za sobą wiele korzyści, ale także wyzwań i problemów, które mogą zakłócać prawidłowe leczenie. Programy lekowe dają pacjentom możliwość korzystania z drogich i innowacyjnych leków, które bez refundacji byłyby dla nich niedostępne - kluczowe szczególnie w chorobach przewlekłych i onkologicznych. Programy lekowe mają jasno określone kryteria kwalifikacji, leczenia i monitorowania, co podnosi jakość i bezpieczeństwo terapii poprzez standaryzację. Regularne badania i ocena skuteczności leczenia pozwalają na szybką reakcję w razie potrzeby zmiany terapii. Skuteczne terapie wydłużają życie pacjentów i poprawiają jego jakość (szczególnie w chorobach nowotworowych i rzadkich).



Realizatorzy mają problemy z prawidłowym finansowaniem przez NFZ nowych programów lekowych i nowych leków w PL – zazwyczaj jednostki otrzymują nieadekwatną wartość finansową w ramach kontraktu w stosunku do potrzeb zgłaszanych już przy podpisywaniu umowy z NFZ. Taki stan rzeczy powoduje nadwykonania często już w pierwszym miesiącu realizacji programu lekowego.

Oczywiście jednostki borykają się, z różnymi problemami jak np. nadmierna dokumentacja, czasochłonne raportowanie do NFZ i sprawozdawczość. Ze względu na rygorystyczne kryteria kwalifikacji nie wszyscy pacjenci, którzy mogliby odnieść korzyść, są dopuszczani do programu - np. z powodu sztywnych progów laboratoryjnych. Brak elastyczności w zmianie terapii powoduje, że jeśli pacjent nie spełnia formalnych kryteriów kontynuacji, trudno zmienić lub przerwać leczenie bez ryzyka utraty refundacji. Brak refundacji niewykorzystanej części leku. Koszty obsługi programów nie są pokrywane przez NFZ - co obciąża szpitale. Problemem jest również długie oczekiwanie na sfinansowanie świadczeń wykonanych ponad limit, co skutkuje obciążeniem jednostek dodatkowymi kosztami związanymi szczególnie z zakupem leków co pogarsza płynność finansową. Brak mechanizmu obowiązkowego zwiększania wartości umowy placówki po wprowadzeniu nowych leków / linii leczenia, do realizowanych wcześniej programów również powoduje dodatkowe obciążenie finansowe dla jednostki.

Szpitale mają również problemy z praktyczną realizacją instrumentów podziału ryzyka - tzw. RSS. Jednostki nie mają pełnych informacji o RSS natomiast są one zobligowane do ich stosowania. Realizacja często powoduje dodatkowe obciążenie pracą sprawozdawczą ze względu na konieczność występowania o korekty faktur oraz przygotowywanie zestawień.

Programy lekowe nie są źródłem zysku dla szpitala, często wręcz generują koszty organizacyjne, które nie są zwracane przez NFZ. Mimo to, szpitale decydują się na ich realizację, ponieważ:

- udział w programach zwiększa prestiż szpitala przyciąga pacjentów oraz lekarzy specjalistów,
- programy lekowe są często uzupełniane przez badania naukowe - co wspiera rozwój kadry i nauki,
- pacjent może być leczony „na miejscu”, bez konieczności kierowania do innych ośrodków,
- to często jedyny sposób, by pacjent otrzymał nowoczesne leczenie.



Realizacja programów lekowych rzadko przynosi zysk w ujęciu finansowym. Częściej jest neutralna lub wymaga zaangażowania środków własnych na pokrycie kosztów pośrednich. Mimo to, dla wielu szpitali jest to obszar kluczowy z punktu widzenia misji, rozwoju i pozycji na rynku opieki zdrowotnej.

Kluczowe czynniki, które mogłyby ułatwić realizację i finansowanie programów lekowych w Polsce, a tym samym wpłynąć na poprawę dostępności do terapii lekowych można podzielić na kilka głównych obszarów:

-  uproszczenie procesu kwalifikacji pacjentów do programów lekowych (np. mniej skomplikowana dokumentacja, możliwość zdalnych kwalifikacji),
-  zwiększenie elastyczności kryteriów włączenia do programów, szczególnie w kontekście nowych danych klinicznych,
-  cyfryzacja procesów – wprowadzenie jednolitych, cyfrowych narzędzi raportowania i zarządzania programami lekowymi (np. integracja z systemem P1),
-  poprawa finansowania poprzez regularną refundację kosztów poniesionych przez jednostki,
-  zniesienie limitowania programów lekowych.

Podsumowując poprawa dostępności do terapii lekowych poprzez efektywną realizację i finansowanie programów lekowych wymaga działań systemowych i wieloaspektowych. Kluczowe znaczenie mają tu uproszczenia proceduralne, stabilne finansowanie, partnerska współpraca z przemysłem, rozwój infrastruktury oraz wykorzystanie nowoczesnych narzędzi informatycznych.



VII

Mgr Maciej Miłkowski, MBA, Główny Specjalista - Koordynator
ds. Analityki Finansowej w Wojskowym Instytucie Medycznym
w Warszawie

Ukończył Szkołę Główną Handlową oraz studia MBA w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego. W latach 2018-2024 był podsekreterzem stanu w Ministerstwie Zdrowia. Wcześniej zajmował stanowisko zastępcy prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, członka zarządu ds. ekonomiczno-administracyjnych oraz dyrektora finansowego Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych, pełnomocnika dyrektora ds. finansowo-księgowych i wicedyrektora ds. ekonomicznych w Instytucie Matki i Dziecka, a także wicedyrektora ds. ekonomicznych w Instytucie Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Aktualnie Kierownik ds. Finansowych Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

Programy lekowe są specjalną kategorią dostępności do leczenia z wykorzystaniem innowacyjnych lub wysoce kosztownych terapii. Normalnym założeniem w systemie ochrony zdrowia jest finansowanie leczenia w różnych zakresach – podstawowej opieki zdrowotnej, lecznictwa ambulatoryjnego czy leczenia szpitalnego – realizacji całodobowych świadczeń, które nie mogą zostać wykonane w trybie ambulatoryjnym. Co do zasady wykonanie każdego z tych rodzajów świadczeń zawiera w definicji podanie niezbędnych kosztów leków i wyrobów medycznych związanych z leczeniem danej choroby. W przypadku świadczeń ambulatoryjnych konsultacje, realizacja badań diagnostycznych obrazowych wykonywanych w trybie ambulatoryjnym nie zawierają kosztów leków, z wyłączeniem wyrobów i leków niezbędnych do wykonania świadczenia ambulatoryjnego w znieczuleniu czy świadczeń zabiegowych. To samo dotyczy również leczenia szpitalnego – hospitalizacja zawiera w sobie również niezbędne produkty lecznicze i wyroby medyczne niezbędne w procesie leczenia. W większości przypadków leczenie przewlekłe z wykorzystaniem farmakoterapii jest zlecane i monitorowane poprzez preskrypcję leków z ambulatoryjnej opieki podstawowej i specjalistycznej do aptek ogólnodostępnych z wykorzystaniem finansowanych całkowicie, częściowo lub pełnopłatnych leków na receptę lub leków wydawanych bez recepty. Większość tych leków nie ma ustalonego schematu kwalifikacji i monitorowania leczenia. Jednocześnie leki te stanowią koszty bardzo często nieprzekraczające 1-2 tys. zł rocznie na pacjenta. Terapie lekowe w programach lekowych są bardzo często o znacząco wyższych kosztach leczenia i mają udowodnione skuteczność i bezpieczeństwo w badaniach klinicznych, a programy lekowe są tworzone na wzór badań klinicznych.



Populacja jest tak dobrana, że pacjenci ci uzyskują optymalną pomoc. Gdyby wskazanie było bez możliwości nadzoru wówczas na pewno kwalifikacja następowałaby odpowiednio częściej i nie zawsze zgodnie z wytycznymi. W kategorii aptecznej nie ma możliwości ustalenia preskryptora, który posiada kwalifikacje do danego leczenia, jest specjalistą w danej dziedzinie. W Polsce bowiem w zakresie preskrypcji każdy lekarz ma uprawnienia do wystawiania recept w każdej dziedzinie. W przypadku świadczeń już obowiązuje, że specjalista zajmuje się tymi schorzeniami, w której jest specjalistą – tak więc okulista nie robi zabiegów neurochirurgicznych – ale uprawnienia do wystawienia leków ma zawsze. W przypadku programów lekowych istnieje możliwość obostrzeń i dzięki temu mamy możliwość dostępności do najnowszych i najdroższych technologii dla konkretnych grup pacjentów poprzez zdefiniowanie populacji objętej programem lekowym, kryteriami włączenia, jakością ośrodka i doбором kadry medycznej. Tak więc korzyści z funkcjonowania programów lekowych są bezsprzeczne gdyż mają bardzo dobrze określoną populację pacjentów, którzy odniosą korzyść kliniczną jak również pacjenci ci mają zapewnioną najlepszą jakość poprzez stały monitoring leczenia przez zespół terapeutyczny, który ma doświadczenie w prowadzeniu klinicznym takich pacjentów. Problemów zakłócających realizację programów jest wiele. I tutaj trzeba się zgodzić z większością uwag przedstawionych w raporcie z badania ankietowego „Programy lekowe w Polsce”. Zarówno niedopasowanie podpisanych umów w zakresie wartości z ilością pacjentów spełniających kryteria wejścia do programu. Brak wartości umów daje niepewność co do faktycznej zapłaty pomimo podpisanej umowy przez szpital na dany program lekowy, który został zatwierdzony w drodze obwieszczenia przez Ministra Zdrowia. Tak więc pacjenci mają faktycznie utrudniony dostęp na terenie kraju. Jednocześnie wartości kontraktów regionalnie są w bardzo różnorodny sposób tworzone i uwzględniają regionalne możliwości danego oddziału NFZ a nie faktyczne potrzeby zamieszkujących dane terytorium pacjentów. Problemem jest również właściwa kwalifikacja – nie zostało ustalone w jakim trybie ma następować właściwa kwalifikacja – czy z wykorzystaniem AOS, czy szpitala? Kwalifikacja nie poddaje się dokładnie żadnemu trybowi. No i oczywiście istotne jest monitorowanie oraz prowadzenie dokumentacji w systemie udostępnionym przez płatnika. System ten powinien pełnić rolę integratora danych już będących w posiadaniu podmiotu leczniczego ale również wykonanych w innych podmiotach na innych etapach leczenia danych schorzeń. Dane wykorzystywane w Systemie Monitorowania Programu lekowego powinien być zintegrowany z dokumentacją źródłową a taką jest historia zdrowia i choroby lub historia choroby w leczeniu szpitalnym. Ważnym elementem nadzoru są informacje, które są w dyspozycji apteki. Wszystkie te dane powinny zostać dookreślone w otwartym formacie danych, które automatycznie byłyby przekazywane do systemów monitorujących leczenia pacjenta.



Każda sfera działalności, którą podejmuje szpital w długim okresie powinna przynosić „zysk”. Oczywiście w wielu wymiarach. Podstawowym zyskiem jest polepszenie bądź utrzymanie lub spowolnienie procesu chorobowego pacjenta. Czyli szpital jest dla pacjentów. Posiadając zakres działań i pacjentów z danym profilem leczenia szpital powinien udostępnić pacjentowi pełny wachlarz możliwości leczenia i rozważenia właściwych opcji terapeutycznych w uzgodnieniu z pacjentem. Tak więc zysk dla pacjenta jest najistotniejszy i dla szpitala to się opłaca. Drugim elementem jest czy ponoszone nakłady na realizację programów lekowych przez szpital równoważone są przez odpowiednią wycenę całego procesu leczenia pacjenta. I tutaj mamy bardzo różne sytuacje. Wszystko zależy od stosowanych zasad rozliczeń i ponoszonych kosztów i organizacji pracy szpitala. Część z programów lekowych ma istotny komponent zabiegowy (programy okulistyczne, programy pacjentów z rdzeniowym zanikiem mięśni) czy programy, gdzie podanie leków pacjentowi wykorzystuje kilkugodzinne wlewy leków. Mamy jednak również programy, gdzie pacjent otrzymuje lek w formie doustnej i odbiera wyłącznie opakowania leków i aplikuje je sam w domu a szpital jedynie monitoruje terapię oraz skuteczność leczenia. Normalnie więc w większości programów lekowych wycena nie pozwala osiągać rentowności. Kluczowym elementem są również koszty finansowe. W przypadku braku terminowej płatności i konieczności zapłaty odsetek za zwłokę przez szpital oraz opłat – rekompensat wierzycielom z winy płatnika cały system automatycznie nie może generować dodatnich przepływów finansowych. Jeszcze gorszą sytuacją, która w ostatnich latach nie była widoczna (ale jest możliwa) jest brak zapłaty za realizację programów lekowych jak również za zakupione produkty lecznicze.

Zupełnie innym problemem, szczególnie np. w chorobach rzadkich, są straty technologiczne i tam również nie ma możliwości uzyskania dodatniej rentowności. Tak więc w tych przypadkach na tym traci pacjent, gdyż odpowiedzialny dyrektor powinien zwracać nie tylko uwagę na to aby każdego pacjenta, który potrzebuje pomocy przyjmować niezwłocznie, ale przyjmować tylu pacjentów, za których szpital ma pełną gwarancję terminowej zapłaty przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Aby osiągnąć cel, jakim jest poprawa dostępności do terapii lekowych w Polsce Ministerstwo Zdrowia wraz z Agencją Oceny Technologii Medycznych w pierwszej kolejności powinno przeanalizować, które leki można przenieść skutecznie do katalogu otwartej refundacji – katalogu aptecznego z określeniem liniowości leczenia. Najpierw skuteczne leczenie ambulatoryjne, gdzie pacjent nabywałby leki w aptece (większość terapii zgenerowanych) i dopiero kolejne linie przy nieskuteczności lub przy działaniach niepożądanych byłyby dla pacjentów dostępne w trybie programów lekowych. Takie skuteczne leczenie byłoby zdecydowanie szerzej dostępne a jedynie to najdroższe było specjalnie monitorowane.



W przypadku leków, które są w programie lekowym należy podzielić finansowanie na koszty prowadzenia pacjenta przez personel medyczny (konsultacje, badania diagnostyczne) jak również odrębnie koszt związany z wydaniem/podaniem leku gdzie wydanie leku do domu z apteki szpitalnej byłoby stawką podstawową, podanie leku podskórnego odpowiednio wyżej a podanie wlewu z leku przygotowanego na indywidualne zapotrzebowanie pacjenta w wyspecjalizowanej aptece szpitalnej i później podanie na oddziale/bloku operacyjnym wg stawki preferencyjnej. W przypadku wydania leku w aptecę szpitalną można również ustalić, że pacjent wybierając aptekę mógłby wskazać również aptekę ogólnodostępną najbliższą zamieszkania pacjenta, jak to zostało opisane w raporcie promującym opiekę Flexcare, która otrzymałaby uczciwą opłatę za zrealizowanie usługi farmaceutycznej wydania leku i wprowadzenia tej informacji do systemu informatycznego i dostępną dla lekarza opiekującą się pacjentem w SMPT.

Istotnym elementem jest ustalenie i sfinansowanie kwalifikacji do programu lekowego. Kwalifikacja wymaga wykonania wielu badań często kosztownych aby podać właściwy lek lub aby zdyskwalifikować pacjentów z danej terapii. Taka porada powinna być sfinansowana w ramach programu lekowego – dyskwalifikacja z PL – brak spełniania kryteriów i skierowanie do alternatywnych metod leczenia. Takie badanie dokładnie ustaliłoby proponowany schemat leczenia z linią najbliższą, ale również pacjent powinien mieć przedstawiony dalszy plan leczenia w przypadku nawrotu choroby lub pogorszenia stanu zdrowia. Właściwa kwalifikacja to jeden z najistotniejszych elementów systemu i powinna być sfinansowana odrębnie we wszystkich świadczeniach, których koszt jest istotny. W przypadku programów lekowych koszty terapii bardzo często osiągają wartości powyżej 100 tys. złotych rocznie na pacjenta, tak więc jest bardzo istotny. Zwrócić należy uwagę, że w większości systemów to koszty pracy stanowią główne koszty systemu ochrony zdrowia. W przypadku programów lekowych to koszt produktu leczniczego stanowi zdecydowanie najwyższy koszt leczenia.

Ważnym elementem jest również zakończenie prac w zakresie możliwości sfinansowania w przypadku terapii dożylnych za straty leków. Straty powinny być analizowane zbiorczo w jakiej wartości występują w całej Polsce i te podmioty, które efektywnie korzystają z leków powinny mieć zapłacone za straty i ubytki leków. Polepszyłoby to rentowność podmiotów leczniczych. Straty te (koszty dla NFZ mogłyby zostać przerzucone na podmioty odpowiedzialne w ramach instrumentów dzielenia ryzyka) i przyczyniłoby się to z pewnością do lepszego konfekcjonowania drogich leków przez podmioty odpowiedzialne. Polepszyłoby sytuację szpitali również na pewno możliwość wykorzystania nadwyżek technologicznych i sprzedaży tych nadwyżek również do płatnika. Spowodowałoby to dbanie o każdy mg substancji czynnej czyli więcej zdrowia za te same środki finansowe.



Istotnym elementem, który adresuje niepewność finansowania świadczeń związanych z lekiem mogłyby być zakupy leków do programów lekowych przez płatnika z miejscem dostawy - apteka podmiotu leczniczego celem podania pacjentom. To wówczas NFZ by prowadził postępowania przetargowe z PZP na cały kraj loco magazyn podmiotu prowadzącego program lekowy. Wówczas następuje istotne zmniejszenie kosztów transakcyjnych oraz pewności zapłaty za leki. Zdecydowanie łatwiej byłoby również dla płatnika rozliczać się z podmiotem odpowiedzialnym w zakresie podpisanych instrumentów dzielenia ryzyka.

WZÓR ANKIETY BADAWCZEJ



Zespół badawczy Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych zwraca się do Państwa z prośbą o udział w anonimowym badaniu ankietowym, dot. głównych przeszkód i trudności w zakresie kontraktowania, realizacji i finansowania programów lekowych w Polsce.

Celem badania jest obiektywne pokazanie trudności, potrzeby zmian i rekomendacji dot. prawidłowej realizacji programów lekowych (dalej PL).

1

Metryczka

Jestem przedstawicielem*

- A** podmiotu leczniczego, realizującego PL
- B** podmiotu odpowiedzialnego (posiadającego w swoim portfolio leki finansowane w PL (w Polsce)
- C** instytucji rządowej lub samorządowej (finansującej, nadzorującej lub posiadającej podmiot leczniczy, realizujący PL)
- D** innej instytucji / podmiotu, zaangażowanego w proces realizacji świadczeń w PL

Wykonuję zawód / czynności:

- A** dyrektora / zastępcy dyrektora placówki medycznej
- B** ordynatora / kierownika (lub zastępcy) komórki organizacyjnej placówki, realizującej PL
- C** lekarza lub pielęgniarki lub farmaceuty, uczestniczących w procesie realizacji świadczeń, przygotowania lub podawania leków z PL
- D** koderu medycznego / statystyka / sekretarki medycznej lub innej osoby uczestniczącej w procesie dokumentowania lub rozliczania świadczeń lub leków z PL
- E** inny, niż wymieniony w punktach a-d



Pytanie do przedstawicieli podmiotów leczniczych: Reprezentuję podmiot / komórkę organizacją podmiotu, zlokalizowaną na terenie województwa:

- A** dolnośląskie
- B** kujawsko-pomorskie
- C** lubelskie
- D** lubuskie
- E** łódzkie
- F** małopolskie
- G** mazowieckie
- H** opolskie
- I** podkarpackie
- J** podlaskie
- K** pomorskie
- L** śląskie
- M** świętokrzyskie
- N** warmińsko-mazurskie
- O** wielkopolskie
- P** zachodniopomorskie



Pytanie do przedstawicieli podmiotów leczniczych: Biorę udział w organizacji / realizacji / rozliczaniu programów lekowych:

- A** onkologicznych
- B** nieonkologicznych
- C** zarówno onkologicznych, jak i nieonkologicznych

Pytanie do osób kierujących podmiotami leczniczymi / koderów medycznych - ile programów lekowych realizowanych jest w państwa placówce:

- A** do 5 programów lekowych
- B** 6-10 programów lekowych
- C** 11-15 programów lekowych
- D** powyżej 16 programów lekowych



2

GŁÓWNE PROBLEMY ZDEFINIOWANE PRZY REALIZACJI I ROZLICZANIU PROGRAMÓW LEKOWYCH:

Odpowiedzi z wagą - proszę ocenić ważność każdego z nich w skali od 1 do 6, gdzie 1 oznacza ocenę jako MAŁO ISTOTNY a 6 ocenę BARDZO ISTOTNY (kluczowy) lub zaznaczenie opcji NIE MAM ZDANIA

	1 (mało istotny)	2	3	4	5	6 (bardzo istotny)	# (nie mam zdania)
Skala	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- A** Brak określonych ram czasowych dla dostosowania przez NFZ przepisów regulujących kontraktowanie i finansowanie przez NFZ nowych programów lekowych (m.in. brak wskazania maksymalnego czasu do zakontraktowania przez NFZ nowego PL od daty wejścia w życie obwieszczenia MZ; brak wskazania maksymalnego czasu publikacji zmian zarządzenia NFZ)
- B** Brak określonych ram czasowych dla dostosowania przez NFZ przepisów regulujących funkcjonowanie, stosowanie w praktyce i finansowanie przez NFZ, po wprowadzeniu nowych leków (lub linii leczenia) w PL (m.in. opóźnienie w publikacji zmian zarządzenia NFZ; brak możliwości bieżącego wprowadzania danych do SMPT dla nowych leków / linii leczenia; brak formalnego zapisu o obowiązku stosowania przez placówkę leków wprowadzanych do "starych" PL, u pacjentów, już od dnia wejścia w życie obwieszczenia MZ)
- C** Problemy z prawidłowym finansowaniem przez NFZ nowych programów lekowych i nowych leków w PL (m.in. nieadekwatna do potrzeb wartość środków finansowych przeznaczana przez OW NFZ na konkursy ofert na nowe PL, skutkująca zbyt niskimi wartościami kontraktów, a co za tym idzie powodująca nadwykonania; brak mechanizmu obowiązkowego zwiększania wartości umowy placówki po wprowadzeniu nowych leków / linii leczenia, do realizowanych wcześniej programów, po zmianie opisu PL w opublikowanym aktualnym obwieszczeniu MZ)
- D** Problemy z prawidłowym i bieżącym finansowaniem nadwykonań w programach lekowych przez NFZ (m.in. brak systematycznego finansowania nadwykonań; mnogość zakresów i miejsc realizacji, co powoduje rozdrobnienie kontraktów; konieczność systematycznej renegotiacji i przesuwania środków pomiędzy programami - możliwa tylko za zgodą OW NFZ)



- E** Zbyt wysokie lub nieadekwatne do trybu realizacji, wymagania dot. kontraktowania i realizacji PL (np. wymagania dot. czasu pracy personelu, godzin pracy placówki, zapewnienia badań, dostępu do apteki)
- F** Brak możliwości wskazania do rozliczenia do NFZ części niewykorzystanego leku (odmowa finansowania przez NFZ części niewykorzystanego leku, który podlega utylizacji)
- G** Limitowy charakter świadczenia (brak obowiązku zapłaty przez NFZ za wszystkie podane leki pacjentom objętym leczeniem w PL, po upływie każdego kwartału)
- H** Zbyt duża liczba badań kontrolnych i sztywne terminy ich wykonania (zgodnie z opisem PL, ale nie zawsze zgodnie z EBM)
- I** Zbyt duża biurokracja przy realizacji PL, w tym obowiązek raportowania danych dodatkowo w SMPT / SMPL
- J** Trudne do spełnienia kryteria kwalifikacji do terapii opisane w PL, zawężające możliwość skutecznego leczenia większej liczby pacjentów
- K** Połączenie ryczału za kwalifikację z ryczałem za monitorowanie pacjenta w PL (brak wyłączenia kosztu badań do kwalifikacji z ryczału)
- L** Brak możliwości zlecenia, wykonania i odrębnego sfinansowania przez NFZ badań genetycznych w każdej sytuacji (w onkohematologii, brak finansowania biopsji płynnej w ambulatorium, brak możliwości sumowania badań genetycznych ze świadczeniami do PL)
- M** Zbyt niska wycena świadczeń związanych z realizacją PL (w trybie hospitalizacji całodobowej, jednego dnia i warunkach ambulatoryjnych)
- N** Problemy z praktyczną realizacją instrumentów podziału ryzyka - tzw. RSS (placówki realizujące PL są zobowiązane je znać i stosować, mimo że są one tajne; ich realizacja może powodować dodatkowe obciążenie pracą sprawozdawczą [występowanie o korekty faktur, generowanie zestawień dla podmiotów odpowiedzialnych itp.])
- O** Utrudnione i skomplikowane mechanizmy dostosowywania umowy do faktycznych miejsc realizacji PL (konieczność składania pełnej dokumentacji pod wnioski o nowe miejsce w umowie PSZ, wraz z opinią konsultanta)
- P** Brak możliwości "zawieszenia" pacjenta w PL i możliwości kontynuacji terapii przy braku progresji po przerwie (np. gdy nie może zgłosić się do placówki w wyznaczonym terminie z powodu innej choroby lub sytuacji losowej - ponad 14 dni od daty punktu kontrolnego)

**3**

PROSZĘ WSKAZAĆ INNE PROBLEMY, KTÓRE NIE ZOSTAŁY WYMIENIONE W PUNKCIE 2, A W PAŃSTWA OPINII ZNACZĄCO UTRUDNIAJĄ REALIZACJĘ PL W POLSCE

Pytanie otwarte

4

PROSZĘ WSKAZAĆ, KTÓRY Z PROBLEMÓW WYMIENIONYCH W PUNKCIE 2 ANKIETY JEST W PAŃSTWA OPINII NAJISTOTNIEJSZY (MAKSYMALNIE 3 SZTUKI)

PROBLEMY WYMIENIONE W PUNKCIE 2

- A** Brak określonych ram czasowych dla dostosowania przez NFZ przepisów regulujących kontraktowanie i finansowanie przez NFZ nowych programów lekowych (m.in. brak wskazania maksymalnego czasu do zakontraktowania przez NFZ nowego PL od daty wejścia w życie obwieszczenia MZ; brak wskazania maksymalnego czasu publikacji zmian zarządzenia NFZ)
- B** Brak określonych ram czasowych dla dostosowania przez NFZ przepisów regulujących funkcjonowanie, stosowanie w praktyce i finansowanie przez NFZ, po wprowadzeniu nowych leków (lub linii leczenia) w PL (m. in. opóźnienie w publikacji zmian zarządzenia NFZ; opóźnienie w dostosowywaniu SMPT; brak formalnego obowiązku stosowania przez placówkę u pacjentów leków wprowadzanych do "starych" PL, już od dnia wejścia w życie obwieszczenia MZ)
- C** Problemy z prawidłowym finansowaniem przez NFZ nowych programów lekowych i nowych leków w PL (m.in. nieadekwatna do potrzeb wartość środków finansowych przeznaczana przez OW NFZ na konkursy ofert na nowe PL, skutkująca zbyt niskimi wartościami kontraktów, a co za tym idzie powodująca nadwykonania; brak mechanizmu obowiązkowego zwiększania wartości umowy placówki po wprowadzeniu nowych leków / linii leczenia, do realizowanych wcześniej programów, po zmianie opisu PL w opublikowanym aktualnym obwieszczeniu MZ)
- D** Problemy z prawidłowym i bieżącym finansowaniem nadwykonań w programach lekowych przez NFZ (m.in. brak systematycznego finansowania nadwykonań; mnogość zakresów i miejsc realizacji, co powoduje rozdrobnienie kontraktów; konieczność systematycznej renegotiacji i przesuwania środków pomiędzy programami - możliwa tylko za zgodą OW NFZ)



- E** Zbyt wysokie wymagania do kontraktowania i realizacji PL (np. wymagania dot. czasu pracy personelu, godzin pracy placówki, zapewnienia badań)
- F** Brak możliwości wskazania do rozliczenia do NFZ części niewykorzystanego leku (odmowa finansowania przez NFZ części niewykorzystanego leku, który podlega utylizacji)
- G** Limitowy charakter świadczenia (brak obowiązku zapłaty przez NFZ za wszystkie podane leki pacjentom objętym leczeniem w PL, po upływie każdego kwartału)
- H** Zbyt duża liczba badań kontrolnych i sztywne terminy ich wykonania (zgodnie z opisem PL, ale nie zawsze zgodnie z EBM)
- I** Zbyt duża biurokracja przy realizacji PL, w tym obowiązek raportowania danych dodatkowo w SMPT/SMPL
- J** Trudne do spełnienia kryteria kwalifikacji do terapii opisane w PL, zawężające możliwość skutecznego leczenia większej liczby pacjentów
- K** Połączenie ryczału za kwalifikację z ryczałem za monitorowanie pacjenta w PL (brak wyłączenia kosztu badań do kwalifikacji z ryczału)
- L** Brak możliwości zlecenia, wykonania i odrębnego sfinansowania przez NFZ badań genetycznych w każdej sytuacji (w onkohematologii, brak finansowania biopsji płynnej w ambulatorium, brak możliwości sumowania badań genetycznych ze świadczeniami do PL)
- M** Zbyt niska wycena świadczeń związanych z realizacją PL (w trybie hospitalizacji całodobowej, jednego dnia i warunkach ambulatoryjnych)
- N** Problemy z praktyczną realizacją instrumentów podziału ryzyka - tzw. RSS (placówki realizujące PL są zobowiązane je znać i stosować, mimo że są one tajne; ich realizacja może powodować dodatkowe obciążenie pracą sprawozdawczą [występowanie o korekty faktur, generowanie zestawień dla podmiotów odpowiedzialnych itp.])
- O** Utrudnione i skomplikowane mechanizmy dostosowywania umowy do faktycznych miejsc realizacji PL (konieczność składania pełnej dokumentacji pod wnioski o nowe miejsce w umowie PSZ, wraz z opinią konsultanta)
- P** Brak możliwości "zawieszenia" pacjenta w PL i możliwości kontynuacji terapii przy braku progresji po przerwie (np. gdy nie może zgłosić się do placówki w wyznaczonym terminie z powodu innej choroby lub sytuacji losowej - ponad 14 dni od daty punktu kontrolnego)

**5**

PYTANIE DO KIERUJĄCYCH PODMIOTAMI LECZNICZYMI / ODDZIAŁAMI / PORADNIAMI - CZY W PAŃSTWA OPINII REALIZACJA PROGRAMÓW LEKOWYCH JEST EKONOMICZNIE UZASADNIONA (EFEKTYWNA):

Wybór:

TAK
NIE

6

W PRZYPADKU WYBORU W PKT 5 ODPOWIEDZI NIE, WSKAŻ POWODY, DLA KTÓRYCH W PAŃSTWA OŚRODKU MIMO WSZYSTKO REALIZOWANE SĄ PROGRAMY LEKOWE:

	1 (najmniej istotny)	2	3	4	5	6 (najbardziej istotny)	# (nie mam zdania)
Skala	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- A** Poprawa dostępności do nowoczesnych terapii dla pacjentów
- B** Komfort pracy personelu lekarskiego (zagwarantowanie komfortu wyboru leczenia, zgodnie z wytycznymi klinicznymi)
- C** Prestiż ośrodka / kliniki / oddziału
- D** Możliwość rozwoju naukowego ośrodka
- E** Strach przed roszczeniami pacjentów



7

PROSIMY O OCENĘ NAJWAŻNIEJSZYCH KWESTII, KTÓRE USPRAWNIŁYBY REALIZACJĘ PL I UŁATWIŁY DOSTĘP DO LEKÓW REFUNDOWANYCH W PL.

Odpowiedzi z wagą - proszę ocenić ważność każdego z nich w skali od 1 do 6, gdzie 1 oznacza ocenę jako MAŁO ISTOTNY a 6 ocenę BARDZO ISTOTNY (kluczowy) lub zaznaczenie opcji NIE MAM ZDANIA:

	1 (mało istotny)	2	3	4	5	6 (bardzo istotny)	# (nie mam zdania)
Skala	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- A** Likwidacja PL i przeniesienie leków do innych kategorii dostępności refundacji (np. do apteki otwartej lub chemioterapii)
- B** Uproszczenie zasad realizacji i zmniejszenie biurokracji (m. in. zakresu danych sprawozdawczych)
- C** Zniesienie limitowości w PL (gwarancja zapłaty przez NFZ za każdego pacjenta leczonego w PL)
- D** Likwidacja SMPT i zastąpienie innym zautomatyzowanym systemem, pobierającym dane z danych statystycznych placówki



8

JEŻELI W PAŃSTWA OPINII JEST INNA OKOLICZNOŚĆ, NIŻ WYMIENIONE W PYTANIU 7, KTÓRA NAJBARDZIEJ POPRAWIŁABY ŁATWOŚĆ REALIZACJI I DOSTĘPNOŚĆ DO PL W POLSCE PROSZĘ WPISAĆ JĄ W PONIŻSZYM POLU:

Pytanie otwarte

Bardzo dziękujemy za udział w badaniu.

Mamy nadzieję, że jego wyniki oraz opracowany na tej podstawie raport, pomogą decydentom wprowadzić zmiany, które poprawią dostępność do programów lekowych w Polsce.

W podziękowaniu za poświęcony czas zachęcamy do korzystania z bezpłatnych podręczników, informatorów i raportów, opracowanych przez ekspertów PTKM lub przy ich udziale.

Materiały są do pobrania na stronie:

<https://ptkm.org.pl/oferta-ptkm/publikacje>

**Dziękujemy wszystkim respondentom za udział w badaniu,
a ekspertom za dodatkowy komentarz do jego wyników.
Państwa opinie i doświadczenia stanowią istotny wkład w rozwój efektywności
i dostępności do programów lekowych w Polsce.**

Autorzy opracowania:

mgr Magdalena Motnyk, mgr inż. Paweł Kubaś, dr n. o zdr. Michał Chrobot

Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych



Badanie zostało wykonane przy wsparciu finansowym



© 2025. Wszystkie prawa zastrzeżone.

Wykorzystanie informacji lub danych wskazanych w raporcie jest dozwolone pod warunkiem podania ich źródła, nazwy raportu oraz informacji o jego autorach.

