

Raport

Dostępność terapii i świadczeń w programach lekowych w chorobach autoimmunologicznych

Wpływ wprowadzenia ryczałtowego modelu opieki ambulatoryjnej na budżet płatnika publicznego

Marcin Stajszczyk
Izabela Obarska



Wydawca:
HealthCare System Navigator Sp. z o.o.



Warszawa 03-938
ul. Zwycięzców 40/42
tel. +48 692 455 377
www.hcsnavigator.pl
biuro@hcsnavigator.pl

Autorzy raportu:
Marcin Stajszczyk, Izabela Obarska

Skład i oprawa graficzna:
RA-V, Rafał Pugacz

Niniejszy raport objęty jest prawami autorskimi. Wydawca oraz autorzy nie ponoszą odpowiedzialności za jakiegokolwiek ewentualne decyzje, które zostaną podjęte na podstawie niniejszego opracowania. Treści zawarte w niniejszym raporcie nie mają na celu promowania któregośkolwiek z wymienionych produktów leczniczych. Kopiowanie i powielanie oraz wykorzystywanie w takiej formie części lub całości raportu, w tym wykresów i tabel zawartych w publikacji, na jakimkolwiek polu eksploatacji bez pisemnej zgody wydawcy i autorów jest zabronione. Cytowanie fragmentów lub danych zawartych w raporcie powinno zawierać adnotację o źródle.

Cytowanie:
Stajszczyk M, Obarska I. *Dostępność terapii i świadczeń w programach lekowych w chorobach autoimmunologicznych. Wpływ wprowadzenia ryczałtowego modelu opieki ambulatoryjnej na budżet płatnika publicznego*. HealthCare System Navigator, Warszawa 2021.

ISBN 978-83-955345-2-2

Stan prawny na 1 września 2021 r.

Patronat honorowy



Rzecznik Praw Pacjenta

Patronat



Polskie Towarzystwo
Neurologiczne

konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii
konsultant krajowy w dziedzinie neurologii
konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii i wenerologii
konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii

Zmajmy się, razem
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych
z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej

UNIA
Stowarzyszeń
CHORYCH
na **ŁUSZCZYCĘ**

SM
WALCZ O SIEBIE
SM



REF
Ogólnopolska Federacja
Stowarzyszeń
Reumatyków

Partnerzy raportu



Autorzy raportu

dr n. med. Marcin Stajszczyk

kierownik Oddziału Reumatologii i Chorób Autoimmunologicznych Śląskiego Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności w Ustroniu, przewodniczący Komisji ds. Programów Lekowych i Polityki Zdrowotnej Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, członek Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, współautor kilkudziesięciu publikacji w recenzowanych czasopismach naukowych, współautor raportów: *Wycena świadczeń w programach lekowych istotnym elementem budowy strategii zwiększania dostępu do innowacyjnych terapii w chorobach autoimmunizacyjnych; Dostęp do leczenia biologicznego w Polsce; Optymalizacja leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów. Personalizacja kluczem do poprawy efektywności terapii; Leczenie chorób zapalnych stawów w Polsce. Wpływ zniesienia ograniczeń czasu leczenia oraz optymalizacji dawkowania w programach lekowych na budżet płatnika publicznego.*

Izabela Obarska

ekspert systemu ochrony zdrowia w zakresie polityki lekowej, refundacji i dostępności rynkowej, wykładowca w Centrum Szkolenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego, absolwentka Wydziału Farmacji Uniwersytetu Jagiellońskiego, studiów podyplomowych w zakresie prawa medycznego i bioetyki oraz zarządzania sferą usług medycznych, naczelnik Wydziału Gospodarki Lekami w Małopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2011-2015, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia w latach 2016-2017, współautor raportów: *Wycena świadczeń w programach lekowych istotnym elementem budowy strategii zwiększania dostępu do innowacyjnych terapii w chorobach autoimmunizacyjnych; Dostęp do leczenia biologicznego w Polsce; Optymalizacja leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów. Personalizacja kluczem do poprawy efektywności terapii; Profilaktyka chorób zakaźnych w Polsce. Refundacja apteczna szansą na poprawę dostępności do szczepień ochronnych oraz Immunoterapia w drobnokomórkowym raku płuca – szansa pacjentów na dłuższe życie; Leczenia raka wątrobowokomórkowego. Praktyka. Trudności. Nadzieje.*

Komentarz eksperta

dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

specjalista w obszarze zarządzania strategicznego, przywództwa, organizacji i zarządzania ochroną zdrowia oraz zdrowia publicznego, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia i Center of Value Based Healthcare Uczelni Łazarskiego, wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, prezes IFIC Polska, doradca Prezydenta Pracodawców RP w obszarze ochrony zdrowia, koordynatorka Sektorowej Rady ds. Kompetencji w opiece zdrowotnej i opiece społecznej, zainicjowanej przez Ministrów: Zdrowia, Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, autorka licznych publikacji naukowych i eksperckich, poświęconych ekonomiczno-społecznym aspektom ochrony zdrowia i zarządzania w tym sektorze, propagatorka koncepcji „Ochrony zdrowia nakierowanej na wartość” (Value Based Healthcare), w 2019 r. powołała do życia Center of Value Based Healthcare, pierwszy w Polsce ośrodek edukacyjno-badawczy, rozwijający i promujący wiedzę, metody i narzędzia ochrony zdrowia nakierowanej na wartość zdrowotną, wokół idei transformacji systemu w kierunku koordynacji, kompleksowości i płacenia za efekty leczenia integruje liczne środowiska naukowe i kliniczne

Dobrze zorganizowany system opieki zdrowotnej, powinien być nakierowany na zwiększanie wartości zdrowotnej, rozumianej jako relacja wyników zdrowotnych i doświadczeń pacjentów korzystających z opieki, do ponoszonych kosztów leczenia. W tym nowoczesnym podejściu, zwanym w literaturze Value Based Healthcare (VBHC)¹, akcenty położone są na monitorowanie efektów i nakładów, dając organizatorom opieki znacznie więcej przestrzeni do tworzenia optymalnych ścieżek postępowania, uwzględniających preferencje pacjenta oraz jego rzeczywiste potrzeby. Ważnym aspektem VBHC jest koordynacja opieki w całym cyklu leczenia, która pozwala na lepsze wykorzystanie zasobów – w realiach prawie każdego sektora mają one charakter ograniczony i konieczne jest ich optymalne wykorzystywanie. Twórcy i propagatorzy tej koncepcji uzależniają skuteczne wdrażanie takich modeli opieki od odejścia od powszechnej płatności za procedurę (ang. *fee for service*) i wykorzystywania bardziej efektywnych form płatności np. ryczałtowych lub pakietowych, uwzględniających premie za efekt leczenia.

W tym kontekście rozwiązania zaproponowane przez autorów niniejszego raportu wydają się w pełni odzwierciedlać paradygmat wartości zdrowotnej. Polski system ochrony zdrowia stoi przed wielkimi wyzwaniami związanymi z narastającymi potrzebami zdrowotnymi i bardzo ograniczonymi zasobami. Strategicznym kierunkiem jego racjonalizacji jest ograniczanie hospitalizacji na rzecz opieki ambulatoryjnej i trybu jednodniowego. Rozwój współczesnych technologii medycznych daje szansę na znaczne skrócenie procesu diagnozy oraz skuteczne kontrolowanie procesu leczenia, który coraz częściej prowadzony jest w warunkach domowych pod nadzorem lekarza koordynującego terapię. Ewolucja, jaką obserwujemy w terapiach udostępnianych pacjentom w programach lekowych oraz doświadczenia pandemii COVID-19, które zmusiły nas do uelastycznienia niektórych procedur, stały się bodźcem do poszukiwania rozwiązań pozwalających bez uszczerbku dla wyniku leczenia na bardziej elastyczne prowadzenie pacjenta z korzyścią dla niego samego i placówki sprawującej opiekę.

Nowy model finansowania świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym w programach lekowych, opierający się na *rocznym ryczałcie za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym*, który uzupełniłby *Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe*, należy uznać za bardzo wartościową propozycję, wpisującą się w konieczność ograniczania nieuzasadnionych hospitalizacji, które nie wnoszą dodatkowej wartości zdrowotnej. Płatność ryczałtowa stanowiąca 12-krotność wyceny porady ambulatoryjnej mogłaby zwiększyć motywację wielu świadczeniodawców do rewizji dotychczasowych modeli opieki i dostosować kalendarz wizyt do rzeczywistych potrzeb pacjenta, nie łamiąc przy tym wytycznych w zakresie monitorowania skuteczności i bezpieczeństwa terapii określonych w programach lekowych. Nie sposób dostrzec jeszcze jednej potencjalnej korzyści, jakim jest uatrakcyjnienie programów dla wielu świadczeniodawców, którzy dotychczas wyrażali sceptycyzm w zakresie rozszerzania swojej oferty o innowacyjne terapie z racji niskiej efektywności kosztowej programów z perspektywy budżetu szpitala. Zjawisko to skutkuje ograniczeniem dostępu do nowoczesnych metod leczenia lub form udzielania świadczeń i podtrzymywaniem nierówności w dostępie do usług zdrowotnych o porównywalnej, wysokiej jakości.

W ocenie proponowanego rozwiązania nie można pominąć faktu, iż interwencja ta skutkuje wzrostem wydatków NFZ – w zależności od liczby pacjentów leczonych w danym programie – od 155 tys. zł w przypadku programu lekowego B.82 do ponad 6 mln zł w przypadku programu lekowego B.29. Mając jednak na uwadze, że rozwiązanie takie ma docelowo wyeliminować hospitalizacje w opiece nad pacjentami stosującymi leki w postaci doustnej lub podskórnej, które często realizowane są przez świadczeniodawców w celu optymalizacji przychodu z tytułu opieki, należy oczekiwać kompensaty tych dodatkowych nakładów uzyskanymi oszczędnościami, wynikającymi ze zmniejszonej liczby pobytów stacjonarnych. Gwarancją uzyskania takich oszczędności jest sposób rozliczenia ryczałtu, który byłby możliwy jedynie pod warunkiem braku rozliczania w okresie sprawozdawania ryczałtu innych świadczeń ambulatoryjnych oraz hospitalizacji i hospitalizacji jednodniowych. Istotne są także rozwiązania premiujące te ośrodki, które osiągną w okresach sprawozdawczych najwyższe wskaźniki ambulatoryzacji. Promocja placówek, które optymalizują procesy opieki, mając wciąż na uwadze przede wszystkim dobro i bezpieczeństwo pacjenta, wpisuje się w kierunki zapisane w Strategii NFZ na lata 2019-2023.

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

¹ Porter M, *Value-Based Health Care Delivery*, Harvard Business School 2014. Dostęp: www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/3_13615129-eeec-4987-bf1a-1261ff86ae69.pdf [z dn.11.01.2021].

Spis treści

Wstęp.....	9
Świadczenia opieki zdrowotnej w programach lekowych.....	10
Cel raportu.....	12
Założenia i metodologia analiz.....	13
Dostęp pacjentów do innowacyjnych terapii w programach lekowych.....	15
Dostęp pacjentów do świadczeń w programach lekowych.....	19
Koszty realizacji świadczeń w programach lekowych.....	25
Ryczałtowy model finansowania świadczeń w programach lekowych.....	28
Rekomendacje.....	30
Tabele.....	31
Piśmiennictwo.....	38

Wstęp

Dostęp polskich pacjentów do innowacyjnych terapii w chorobach autoimmunologicznych, w tym do leczenia biologicznego, jest bardzo niski. Ogranicza go sama formuła finansowania leczenia w ramach programów lekowych. Pacjent, aby móc otrzymać określony lek, musi spełnić restrykcyjne kryteria włączenia do programu lekowego, które niejednokrotnie są istotnie zawężone w stosunku do wskazań rejestracyjnych leku i rekomendacji towarzystw naukowych, a co za tym idzie – praktyki klinicznej w innych państwach Unii Europejskiej. Przyczynami wprowadzenia przed laty leków innowacyjnych głównie do lecznictwa zamkniętego były z jednej strony ich wysokie koszty, a z drugiej mocno ograniczony budżet na ich refundację.

Obejmowanie refundacją biologicznych leków biopodobnych i związane z tym znaczne obniżenie kosztów terapii otwiera pole nie tylko do refundacji kolejnych innowacyjnych cząsteczek, ale także do wypracowania nowego modelu finansowania świadczeń w programach lekowych, który może przyczynić się do poszerzenia leczonej populacji pacjentów.

Zdaniem ekspertów z wielu dziedzin medycyny, realizujących programy lekowe, ważnymi przyczynami niedostatecznego dostępu do terapii są braki kadry medycznej i nieadekwatna do rzeczywistych wydatków ponoszonych przez ośrodki wycena kosztów realizacji programów lekowych, które mogą zniechęcać zarówno dyrektorów placówek, jak i samych lekarzy do ich prowadzenia, co pogłębia problem dostępności polskich pacjentów do leczenia. Konsultanci krajowi, wojewódzcy, kierownicy klinik i oddziałów mówią o zjawisku szklanego su-

fitu w odniesieniu do liczby pacjentów w poszczególnych ośrodkach. Zwiększenie liczby leczonych chorych będzie bardzo trudne bez wprowadzenia koniecznych zmian w finansowaniu procedur związanych z realizacją programów.

Jednym z istotnych elementów funkcjonowania programów lekowych w praktyce klinicznej jest sposób udzielania świadczeń ambulatoryjnych związanych z ordynowaniem leków oraz monitorowaniem ich skuteczności i bezpieczeństwa. W większości programów lekowych wizyty ambulatoryjne odbywają się w odstępach miesięcznych, co stanowi obciążenie zarówno dla chorych, jak i ich lekarzy prowadzących, ale jednocześnie pozwala szpitalom na poprawę opłacalności realizacji programu. Tylko w części programów lekowych istnieje możliwość realizacji świadczenia *przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym raz na 3 miesiące*. Świadczenie to, dzięki swojej wycenie, umożliwia wydawanie pacjentom leków na okres 3 miesięcy bez starty finansowej dla szpitala. Pomimo to obecny model finansowania świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym nie jest w pełni elastyczny i nie uwzględnia choćby istniejącej w związku z epidemią COVID-19 możliwości wydawania leków na dłuższe okresy, z zachowaniem proporcjonalnej ich wyceny.

W związku z tym, w ślad za zmianami, które pozwalają na bardziej elastyczne ustalanie harmonogramu wizyt, powinien zostać zmieniony system finansowania świadczeń ambulatoryjnych w programach lekowych, tak aby zapewnić ich realizatorom właściwe wynagrodzenie, kładąc jednocześnie nacisk na jakość i kompleksowość opieki nad pacjentem.

Świadczenia opieki zdrowotnej

w programach lekowych

Koszty realizacji programów lekowych ponoszone przez świadczeniodawców pokrywane są przez płatnika publicznego na podstawie umowy zawieranej pomiędzy świadczeniodawcą a oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) zgodnie z zapisami zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy lekowe.

Na podstawie ceny zgodnej z fakturą zakupu rozliczane są koszty leków, przy czym rozliczeniu podlega wyłącznie taka ilość leku, jaka została podana lub wydana pacjentowi, w ilościach zgodnych z dawkowaniem określonym w opisie programu lekowego. Niewykorzystane części leku nie podlegają rozliczeniu i stanowią stratę dla świadczeniodawcy.

Ryczałtem, określonym odrębnie dla każdego programu lekowego w katalogu ryczałtów, rozliczane są przez świadczeniodawcę koszty badań diagnostycznych wykonywanych podczas kwalifikacji oraz w trakcie realizacji programu lekowego. Ryczałt ten obejmuje uśredniony koszt badań diagnostycznych, których konieczność wykonania wynika wprost z opisu programu lekowego. Pozostałe badania, często konieczne z uwagi na stan zdrowia pacjenta oraz związane z monitorowaniem bezpieczeństwa terapii, wykonywane u świadczeniobiorcy objętego danym programem lekowym nie są finansowane ryczałtem, co prowadzi do kolejnych strat po stronie świadczeniodawców.

Koszty świadczeń realizowanych w programach lekowych rozliczane są natomiast zgodnie z wyceną przypisaną do poszczególnych rodzajów świadczeń określonych w ich katalogu.

Zgodnie z § 11 obecnie obowiązującego Zarządzenia nr 162/2020/DGL Prezesa NFZ z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, zwanego dalej „zarządzeniem nr 162/2020/DGL”, świadczenia realizowane w programach lekowych wykonywane są w 3 trybach: ambulatoryjnym, jednodniowym oraz hospitalizacji. Świadczenie w trybie jednodniowym może być wykonane wyłącznie w sytuacji, w której cel terapii nie może zostać osiągnięty przez leczenie prowadzone w trybie ambulatoryjnym, natomiast świadczenie w trybie hospitalizacji może być wykonane wyłącznie w przypadku, gdy cel leczenia nie może zostać osiągnięty w trybie ambulatoryjnym lub w trybie jednodniowym. Prezes NFZ wskazuje zatem wyraźnie, że w przypadku, kiedy cel terapii może zostać osiągnięty w równym stopniu w każdym z wymienionych trybów, dominującym powinien być tryb ambulatoryjny.

Aktualnie w ramach większości programów lekowych z obszaru chorób autoimmunologicznych realizowane są następujące rodzaje świadczeń:

- hospitalizacja związana z wykonaniem programu (5.08.07.0000001) (wycena jednego osobodnia – 486,72 zł),
- hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci (5.08.07.0000002) (wycena jednego osobodnia – 540,80 zł),
- hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu (5.08.07.0000003) (wycena – 486,72 zł),
- przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu (5.08.07.0000004) (wycena – 108,16 zł),
- przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu (5.08.07.0000026) (wycena – 324,48 zł).

Świadczenie o kodzie 5.08.07.0000026 zostało wprowadzone na mocy Zarządzenia nr 100/2019/DGL Prezesa NFZ z dnia 2 sierpnia 2019 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, zwanego dalej „zarządzeniem nr 100/2019/DGL”, oraz Zarządzenia nr 134/2019/DGL Prezesa NFZ z dnia 1 października 2019 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, zwanego dalej „zarządzeniem nr 134/2019/DGL”, do wybranych programów lekowych z obszaru neurologii (zarządzenie nr 100/2019/DGL), dermatologii i reumatologii (zarządzenie nr 134/2019/DGL) w III i IV kwartale 2019 r. Należą do nich:

1. Program lekowy Leczenia stwardnienia rozsianego, zwany dalej programem lekowym B.29,
2. Program lekowy Leczenia stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego, zwany dalej programem lekowym B.46,
3. Program lekowy Leczenia aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów, zwany dalej programem lekowym B.33,
4. Program lekowy Leczenia aktywnej postaci łuszczykowego zapalenia stawów, zwany dalej programem lekowym B.35,

5. Program lekowy *Leczenia aktywnej postaci zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa*, zwany dalej programem lekowym B.36,
6. Program lekowy *Leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (nrSpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK*, zwany dalej programem lekowym B.82,
7. Program lekowy *Leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej*, zwany dalej programem lekowym B.47.

Dodatkowo w przypadku stosowania części leków zawierających substancje czynne, dla których refundacją objęte zostały ich odpowiedniki generyczne lub biologiczne biopodobne, wprowadzono tzw. katalog współczynników korygujących, czyli katalog współczynników podnoszących wartość ryczałtu za diagnostykę oraz wartość świadczeń przy rozliczaniu pacjentów leczonych wymienionymi w katalogu

substancjami czynnymi. Wzrost wartości poszczególnych świadczeń jest różny w zależności od programu lekowego i stosowanej terapii. Warunkiem zastosowania wyższej wyceny jest koszt leku, który nie może przekroczyć górnej wartości określonej w katalogu. Próg kosztowy umożliwiający zastosowanie współczynnika korygującego jest zmienny w czasie, który działa na niekorzyść świadczeniodawców.

Współczynniki korygujące podnoszące wycenę świadczeń w programach lekowych dotyczą w równym stopniu zarówno wizyt ambulatoryjnych, jak i hospitalizacji. Dyskusyjne wydaje się być zwiększenie wyceny hospitalizacji lub hospitalizacji jednodniowych poprzez zastosowanie współczynnika korygującego w przypadku leków, które są podawane podskórnie. Nie sprzyja to promowaniu wykonywania świadczeń ambulatoryjnych, które w większości przypadków są najkorzystniejsze dla pacjentów.

Cel raportu

Podstawowymi celami raportu są analizy:

- dostępności świadczenia *przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu* po jego wprowadzeniu w wybranych programach lekowych,
- wpływu na budżet płatnika publicznego wprowadzenia nowego modelu finansowania świadczeń w programach lekowych pod postacią rocznego ryczałtu ambulatoryjnego.

Dane przedstawione w raporcie obejmują:

- analizę dostępności pacjentów z chorobami przewlekłymi o podłożu autoimmunizacyjnym do programów lekowych w neurologii, reumatologii i dermatologii, obejmujących chorych ze stwardnieniem rozsianym, chorobami zapalnymi stawów oraz łuszczycą plackowatą w latach 2018-2020,
- analizę dostępności pacjentów do poszczególnych terapii w ramach programów lekowych w neurologii, reumatologii i dermatologii, obejmujących chorych ze stwardnieniem rozsianym, chorobami zapalnymi stawów oraz łuszczycą plackowatą w latach 2018-2020,
- analizę dostępności pacjentów do świadczeń związanych z wykonaniem programów lekowych w neurologii, reumatologii i dermatologii, w tym hospitalizacji, hospitalizacji jednodniowych, przyjęcia pacjenta w trybie ambulatoryjnym oraz przyjęcia pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym w latach 2018-2020,
- analizę kosztów poszczególnych świadczeń związanych z realizacją programów lekowych w neurologii, reumatologii i dermatologii w latach 2018-2020,
- analizę wpływu na budżet płatnika publicznego wprowadzenia nowego modelu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w postaci rocznego ryczałtu ambulatoryjnego w programach lekowych w neurologii, reumatologii i dermatologii.

Założenia i metodologia analiz

Analizę dostępności pacjentów z chorobami przewlekłymi do wybranych programów lekowych w obszarze neurologii, reumatologii i dermatologii, tj. B.29, B.46, B.33, B.35, B.36, B.82 oraz B.47, w tym do poszczególnych leków oraz świadczeń, przeprowadzono w oparciu o dane opublikowane przez płatnika publicznego w uchwałach Rady NFZ z lat 2019-2021 w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2018-2020.

Na podstawie danych pochodzących z ww. uchwał Rady NFZ oraz Informatora o zawartych umowach przeprowadzono analizę kosztów poszczególnych świadczeń związanych z realizacją programów lekowych.

W ramach analizy wpływu na budżet płatnika publicznego wprowadzenia nowego modelu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przedstawiono szacunkowy wzrost wydatków NFZ po wprowadzeniu nowego świadczenia do *Katalogu świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe*, tj. *rocznego ryczału za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym*. Ryczałt ten, zgodnie z przyjętymi założeniami, byłby rozliczany w okresie rocznym do wysokości kwoty ryczału odpowiadającej 12-krotności wyceny porady ambulatoryjnej (*przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu*), tj. do kwoty 1 297,92 zł. Mógłby on w ewolucyjny sposób zastąpić dotychczas realizowane świadczenia w trybie ambulatoryjnym, tj. *przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu* oraz *przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu*. Analizę wpływu na budżet oparto wyłącznie na danych pochodzących z programów lekowych B.29, B.46, B.33, B.35, B.36, B.82 oraz B.47, dla których to programów od II połowy 2019 r. istnieje możliwość realizacji obu ww. rodzajów świadczenia ambulatoryjnego.

Wzrost wydatków płatnika publicznego dla każdego z ww. programów lekowych oszacowano w rocznym horyzoncie czasowym, porównując wartość kontraktu przeznaczoną w roku 2020 w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe na realizację świadczeń – *przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu* oraz *przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu* w ramach każdego z ww. programów lekowych z kwotą niezbędną do rozliczenia rocznego ryczału ambulatoryjnego dla wszystkich chorych leczonych w ww. programach.

Wartość kontraktów przeznaczonych na realizację przedmiotowych świadczeń obliczono na podstawie liczby porad ambulatoryjnych rozliczonych w ramach poszczególnych programów lekowych (dane z *Uchwały nr 5/2021/IV Rady NFZ z dnia 12 marca 2021 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2020 r.*, zwanej dalej „uchwałą nr 5/2021/IV”) oraz ich wartości punktowej (odpowiednio – 108,16 i 324,48) zgodnej z załącznikiem nr 1 do zarządzenia nr 162/2020/DGL (*Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe*).

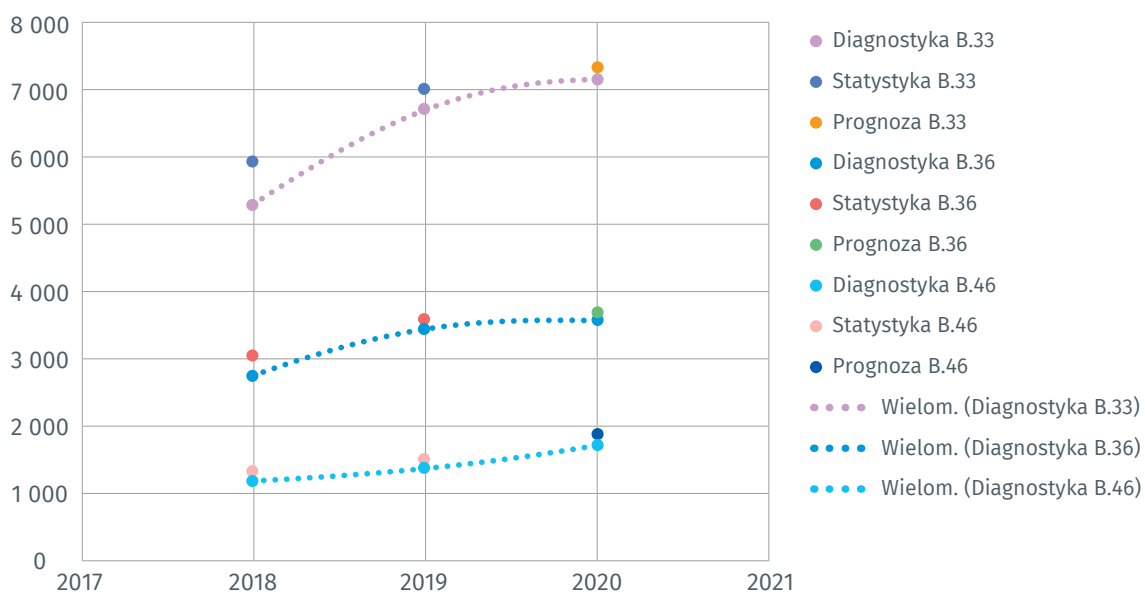
Wydatki płatnika publicznego związane z wprowadzeniem *rocznego ryczału za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym* oszacowano, zestawiając liczbę pacjentów leczonych w ramach przedmiotowych programów lekowych w roku 2020 z wartością nowego świadczenia.

Ze względu na brak – do dnia publikacji raportu – danych na temat łącznej liczby leczonych chorych (unikalne numery PESEL), którzy otrzymali co najmniej raz dowolny lek w ramach ww. programów lekowych w roku 2020 (na podstawie statystyk NFZ), do obliczeń wykorzystano prognozowaną liczbę pacjentów, która została oszacowana na podstawie różnicy pomiędzy liczbą osób, dla których w latach 2018-2019 rozliczono świadczenie *diagnostyka w programie lekowym* (na podstawie *Uchwały nr 3/2019/III Rady NFZ z dnia 15 marca 2019 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2018 r.* oraz *Uchwały nr 6/2020/III Rady NFZ z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2019 r.*), a łączną liczbą osób otrzymujących leki w poszczególnych programach lekowych w latach 2018-2019 (na podstawie statystyk NFZ) z uwzględnieniem trendu wzrostowego pomiędzy rokiem 2019 a 2020 (na podstawie uchwały nr 5/2021/IV) (tabela 1, wykres 1). Liczba chorych leczonych w poszczególnych programach lekowych w 2020 r. nie została oszacowana z wykorzystaniem jedynie danych pochodzących z uchwały nr 5/2021/IV ze względu na fakt, iż nie zawiera ona informacji na temat unikalnej liczby numerów PESEL, a jedynie dane na temat liczby pacjentów stosujących poszczególne leki. W programach lekowych, w których terapię stosuje się sekwencyjnie, jeden pacjent może stosować więcej niż jeden lek w danym okresie, co sprawia, że łączna liczba chorych wynikająca ze zsumowania poszczególnych pozycji jest zawyżona.

Tabela 1. Prognoza liczby pacjentów przyjmujących leki w programach lekowych w 2020 r. na podstawie statystyk NFZ z lat 2018-2019 oraz liczby pacjentów, dla których rozliczono ryczałt diagnostyczny w latach 2018-2020

Program lekowy	Liczba pacjentów na podstawie rozliczonych ryczałtów diagnostycznych			Liczba pacjentów na podstawie statystyk NFZ		Prognoza
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
B.29	11 993	13 315	14 096	12 798	14 263	15 128
B.46	1 143	1 329	1 664	1 236	1 445	1 821
B.33	5 276	6 708	7 167	5 915	7 015	7 368
B.35	1 500	1 977	2 304	1 622	2 074	2 384
B.36	2 717	3 423	3 575	3 018	3 564	3 682
B.82	94	183	246	110	195	255
B.47	762	1 035	1 274	828	1 115	1 366

Wykres 1. Prognoza liczby pacjentów przyjmujących leki w programach lekowych w 2020 r. na podstawie statystyk NFZ z lat 2018-2019 oraz liczby pacjentów, dla których rozliczono ryczałt diagnostyczny w latach 2018-2020 (przykładowo dla części programów lekowych)



Dostęp pacjentów do innowacyjnych terapii w programach lekowych

Dostępność pacjentów w Polsce do innowacyjnych terapii, w tym do leczenia biologicznego, jest bardzo niska. W porównaniu z innymi krajami europejskimi pacjenci w Polsce mają najbardziej ograniczoną możliwość stosowania nowoczesnych terapii. Niski odsetek pacjentów z chorobami autoimmunizacyjnymi leczonych w Polsce nowoczesnymi i skutecznymi lekami wynika wprost z przyjętego przez NFZ modelu finansowania.

Liczba pacjentów leczonych w programach lekowych w Polsce z roku na rok nieznacznie rośnie. Objęcie refundacją leków biologicznych biopodobnych spowodowało znaczne obniżenie rocznych kosztów terapii, co przyczyniło się do istotnych oszczędności płatnika publicznego. Było to możliwe dzięki racjonalnemu wykorzystywaniu środków publicznych przez świadczeniodawców, co wyraża się znacznym odsetkiem chorych, u których stosowane są tańsze odpowiedniki. Dla przykładu w reumatologii łączny udział adalimumabu, etanerceptu oraz infliksymabu wynosi ok. 50% w programie lekowym B.33, ok. 60% w programie lekowym B.35 oraz ok. 70% w programie lekowym B.36. Racjonalne wykorzystanie środków publicznych przez ośrodki realizujące świadczenia w zakresie programów lekowych sprawia, że pomimo rosnącej liczby leczonych chorych, koszty ponoszone przez płatnika publicznego na przestrzeni ostatnich 3 lat uległy wyraźnemu obniżeniu.

Zgodnie z danymi z raportu *Wycena świadczeń w programach lekowych istotnym elementem budowy strategii zwiększania dostępu do innowacyjnych terapii w chorobach autoimmunizacyjnych* innowacyjnym leczeniem w ramach programów lekowych w 2018 r. objętych było ok. 30% populacji chorych ze stwardnieniem rozsianym (SM), niewiele ponad 1,5% populacji pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS), ok. 10% populacji pacjentów z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów (MIZS), ok. 1,8% populacji pacjentów z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa (ZZSK), ok. 1,1% populacji chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS) oraz ok. 0,1% całkowitej populacji chorych z łuszczycą (0,5% populacji z postacią umiarkowaną do ciężkiej łuszczycy).

Zgodnie z danymi NFZ za rok 2020 liczba chorych leczonych w poszczególnych wskazaniach w ramach programów lekowych jest niewiele większa (wykres 2, tabela 2) – dostęp do innowacyjnych terapii ma ok. 38% pacjentów z SM, ok. 1,8% pacjentów z RZS, ok. 14% pacjentów z MIZS, ok. 2,5% pacjentów z ZZSK, ok. 1,8% pacjentów z ŁZS, ok. 0,2% pacjentów z nrSpA oraz ok. 0,2% chorych z łuszczycą (1% chorych z postacią umiarkowaną do ciężkiej łuszczycy).

Wykres 2. Całkowita liczba pacjentów leczonych w poszczególnych programach lekowych: B.29, B.46, B.33, B.35, B.36, B.82 i B.47 w latach 2018-2020

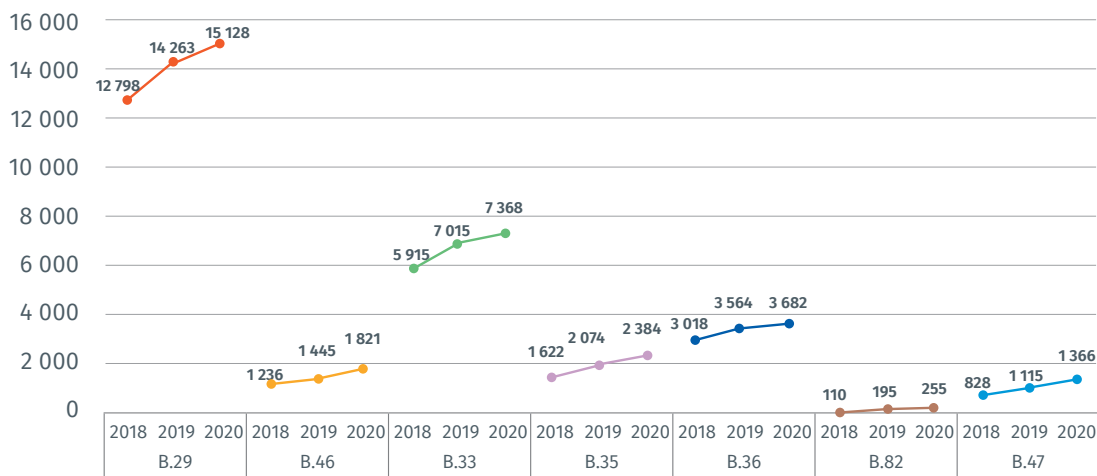


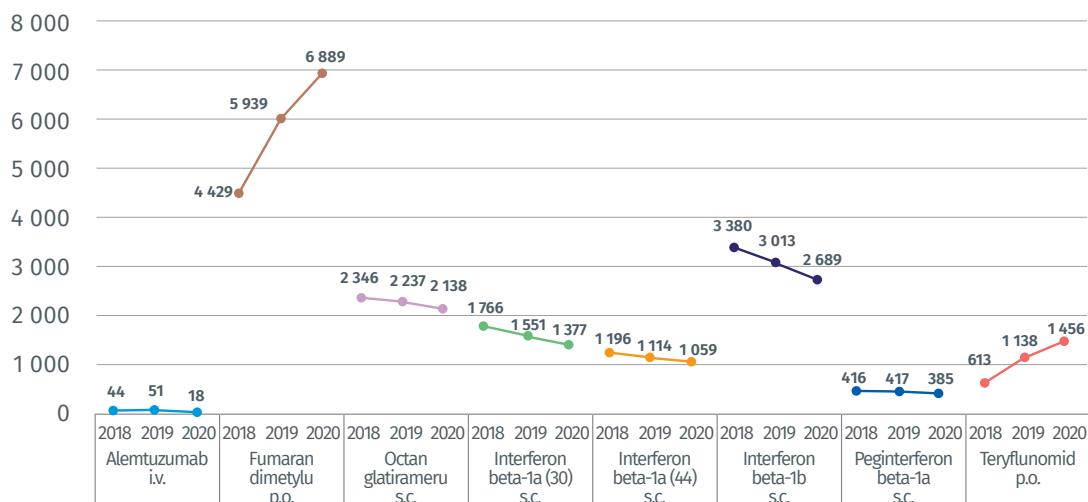
Tabela 2. Liczba pacjentów leczonych w programach lekowych w poszczególnych wskazaniach w 2018 i 2020 r., wzrost liczbowy oraz procentowy leczonych pacjentów w analizowanym okresie oraz dostępność do innowacyjnych terapii w Polsce w 2020 r. wyrażona jako odsetek leczonych w ramach programów lekowych względem populacji pacjentów z danym schorzeniem

	Liczba pacjentów w 2018 r.	Liczba pacjentów w 2020 r.	Wzrost liczby pacjentów	Wzrost procentowy leczonych pacjentów	Dostępność do leczenia w Polsce
SM	14 034	16 949	2 915	20,7%	38%
RZS	5 028	6 263	1 235	24,5%	1,8%
MIZS	887	1 105	218	24,5%	14%
ZZSK	3 018	3 682	664	22%	2,5%
ŁZS	1 622	2 384	762	46,9%	1,8%
nrSpA	110	255	145	131,8%	0,2%
Łuszczycyca	828	1 366	538	64,9%	0,2%

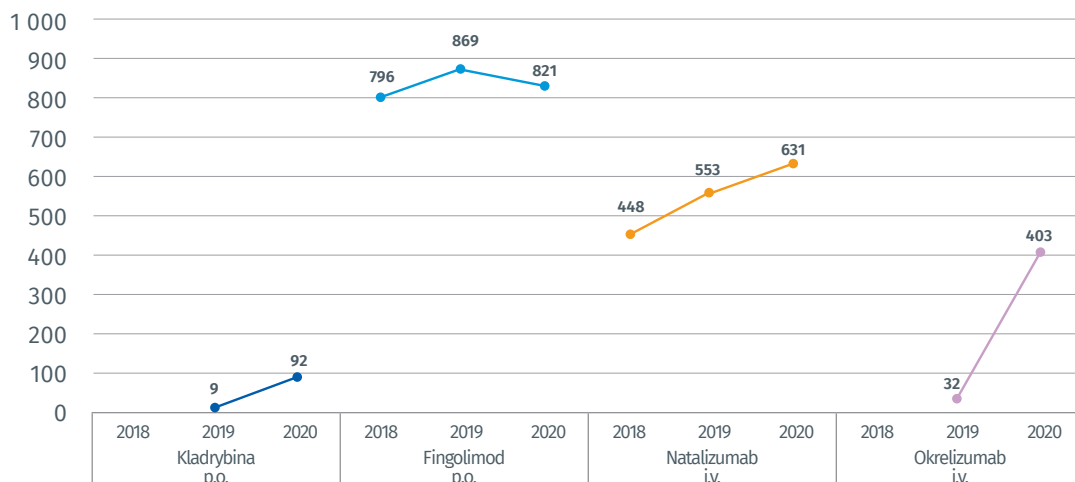
Szczegółowa analiza danych dotycząca dostępności pacjentów do poszczególnych leków w ramach programów lekowych pokazuje, że w przypadku możliwości wyboru spośród leków o różnym mechanizmie działania i odmiennych drogach podania, ale porównywalnej skuteczności i profilu bezpieczeństwa, lekami preferowanymi są te stosowane doustnie lub podskórnie względem terapii dożylnych (wykresy 3a-3g, tabele 3a-3g). Wyjątek stanowi program lekowy B.46, w którym leki doustne i dożylnie stosowane są w proporcji niemalże 1:1. W pozostałych programach lekowych odsetek chorych otrzymujących leki w postaci dożylniej jest znacznie niższy niż otrzymujących leki w innych postaciach i wynosi ok. 18,5% u chorych z RZS, ok. 2,9% u chorych z ŁZS, ok. 4% u pacjentów z ZZSK i ok. 10% u pacjentów z łuszczycą plackowatą. Najniższy odsetek chorych stosujących lek dożylny dotyczy pacjentów z SM w programie lekowym B.29.

Największa dynamika wzrostu liczby leczonych pacjentów dotyczy terapii doustnych w stwardnieniu rozsianym – fumaranem dimetylu i teryflunomidem, ale także terapii doustnych lekami z grupy inhibitorów JAK w RZS – baricycynibem i tofacycynibem. W przypadku inhibitorów JAK w pierwszym roku dostępności refundacyjnej wymienione leki otrzymało ok. 500 pacjentów, wstępne dane szacunkowe za okres 2 lat wskazują na ok. 800 leczonych chorych. W przypadku RZS wyraźnie widać także stały spadek liczby leczonych chorych postacią dożylną tocilizumabu kosztem postaci podskórnej. Duża dynamika przyrostu leczonych pacjentów dotyczy także nowych leków o innych mechanizmach działania niż dotychczas refundowane, jak okrelizumabu, będącego przeciwciałem anti-CD20 w terapii stwardnienia rozsianego, czy inhibitorów IL-17 – sekukinumabu w terapii ŁZS, ZZSK i łuszczycy oraz iksekizumabu w terapii łuszczycy.

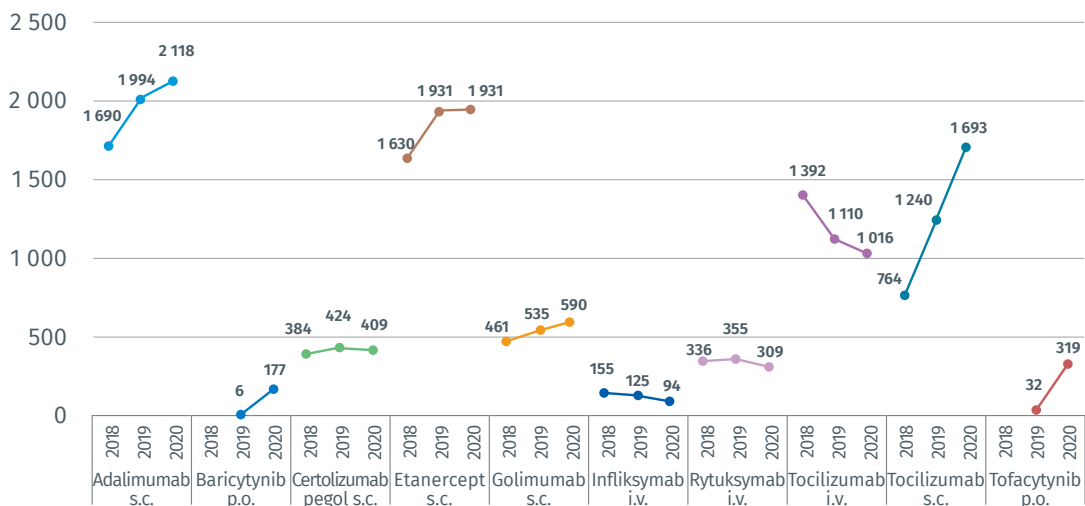
Wykres 3a. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.29 w latach 2018-2020



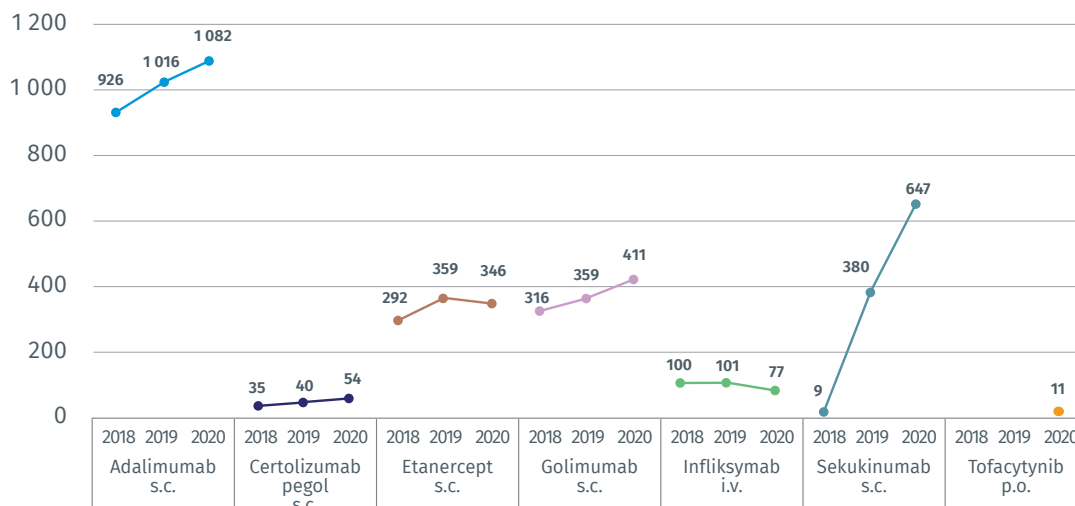
Wykres 3b. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.46 w latach 2018-2020



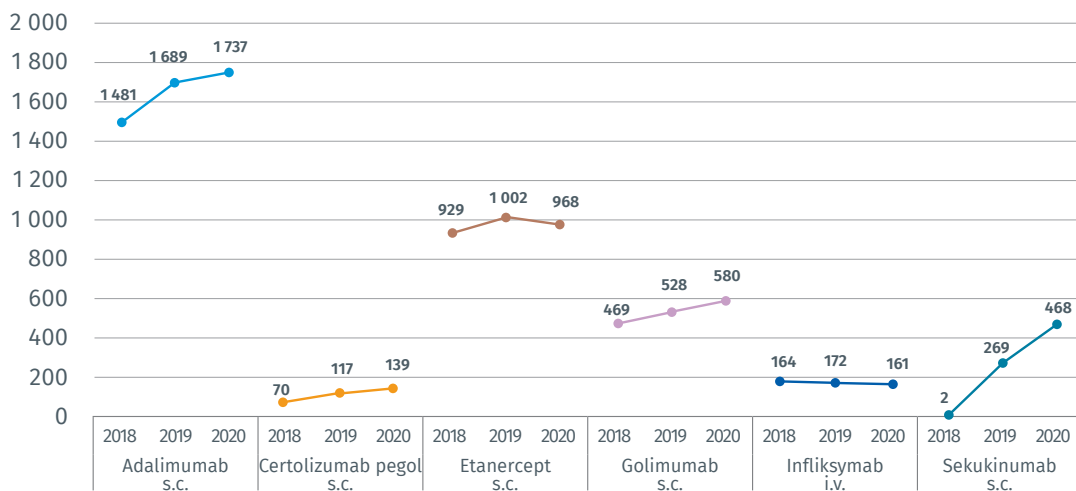
Wykres 3c. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.33 w latach 2018-2020



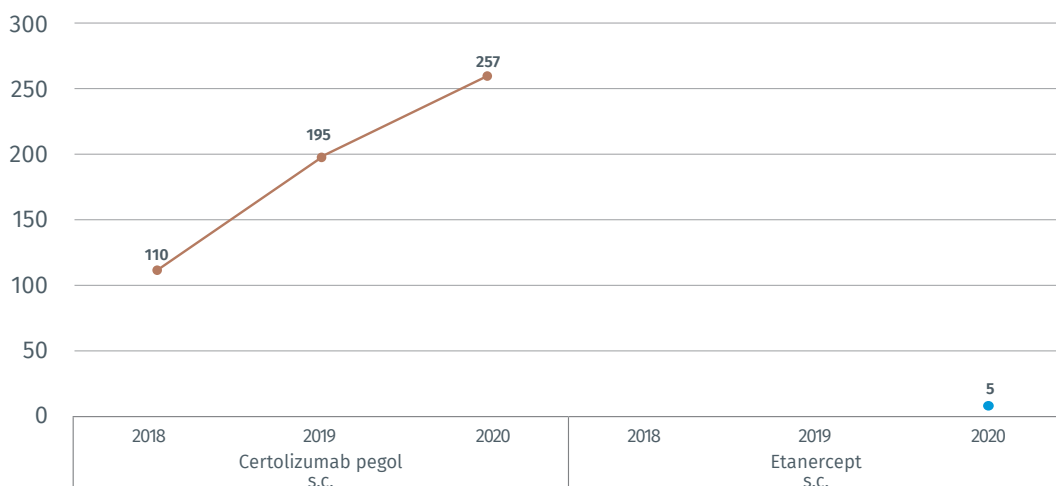
Wykres 3d. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.35 w latach 2018-2020



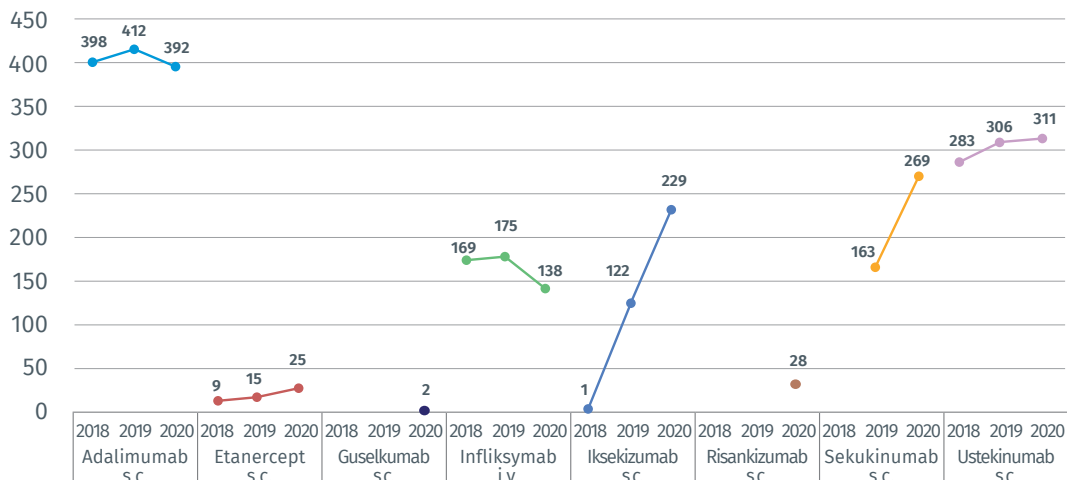
Wykres 3e. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.36 w latach 2018-2020



Wykres 3f. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.82 w latach 2018-2020



Wykres 3g. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.47 w latach 2018-2020



Dostęp pacjentów do świadczeń

w programach lekowych

Analiza danych NFZ za lata 2018-2020 pokazuje, że preferowaną formą świadczenia w programach lekowych są świadczenia ambulatoryjne. Zarówno liczba pacjentów realizujących wizyty ambulatoryjne (wykresy 4a-4g, tabela 4), jak i liczba świadczeń ambulatoryjnych rozliczonych we wskazanych programach lekowych (wykresy 5a-5g, tabela 5) są znacząco wyższe niż analogiczne liczby dla świadczeń w postaci hospitalizacji lub hospitalizacji jednodniowych. Wyjątek stanowi program lekowy B.46, ale jest to uzasadnione liczbą pacjentów stosujących leki w postaci dożylniej.

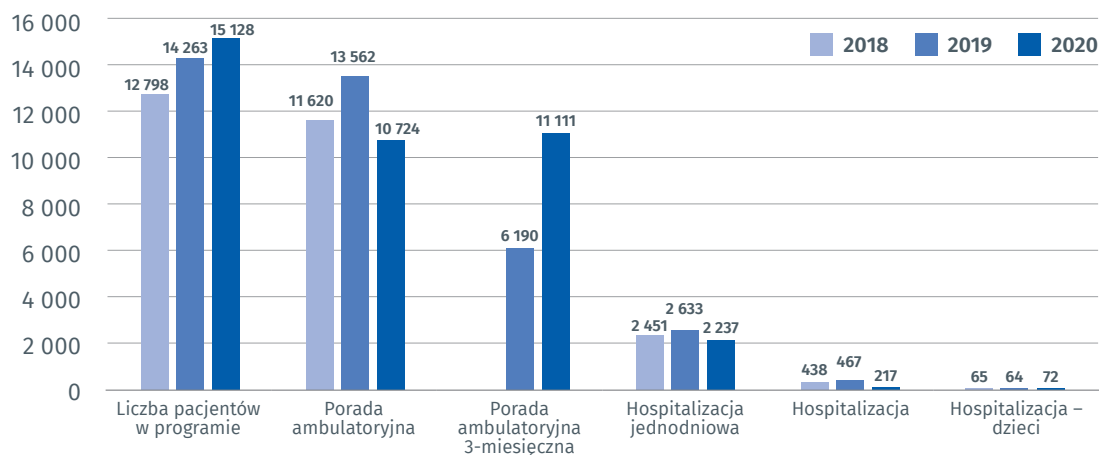
Wprowadzenie nowego świadczenia *przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu* w 2019 r. było oczekiwaną zmianą dla realizujących programy lekowe neurologiczne i reumatologiczne. Dane wyraźnie pokazują znaczne wykorzystanie nowego świadczenia już w pierwszym roku jego funkcjonowania oraz bardzo dynamiczny dalszy wzrost w 2020 r. kosztem świadczenia *przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu* u pacjentów z SM, RZS, ŁZS, ZZSK i nrSpA. W najmniejszym stopniu nowe świadczenie wykorzystywane jest w praktyce w dermatologii u pacjentów z łuszczycą plackowatą, gdzie nadal dominuje świadczenie *przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu*, a liczba pacjentów, dla których je rozliczono, dodatkowo wyraźnie wzrosła w analizowanym okresie.

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

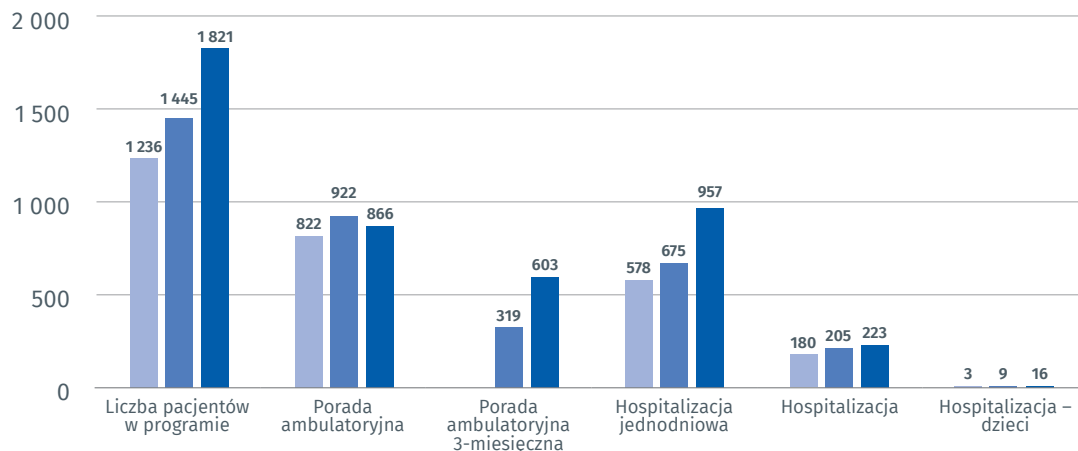
Należy pamiętać, że zgodnie z obowiązującym zarządzeniem nr 162/2020/DGL udzielanie świadczeń w trybie jednodniowym oraz hospitalizacji jest uzasadnione, gdy cel terapii nie może zostać osiągnięty przez leczenie prowadzone w trybie ambulatoryjnym. Co do zasady, kierując się bezpieczeństwem pacjenta, tryb jednodniowy i/lub hospitalizacji wykorzystywany jest w przypadku podania pacjentowi leków w postaci dożylniej. W przypadku terapii doustnych lub podskórnych wydanie pacjentowi leków do stosowania w warunkach domowych powinno się odbywać w trybie ambulatoryjnym.

Analizowane dane wskazują, że liczba pacjentów stosujących leki w postaci dożylniej oraz liczba pacjentów, dla których rozliczane są świadczenia w trybie jednodniowym oraz hospitalizacji są niemalże zbliżone w programach lekowych B.33 u pacjentów z RZS i B.46 u pacjentów z SM. W pozostałych programach lekowych odsetek pacjentów, dla których rozliczono tryb jednodniowy i/lub tryb hospitalizacji, jest znacząco wyższy niż odsetek chorych stosujących leki w postaci dożylniej. W programie lekowym B.29 pomimo tego, że odsetek leczonych dożylnie wynosił ok. 0,1%, hospitalizacje jednodniowe oraz hospitalizacje zostały rozliczone dla ok. 16% chorych z SM, u pacjentów z łuszczycą plackowatą hospitalizowanych było ok. 46% osób wobec ok. 10% stosujących lek dożylny, a w ŁZS ok. 18% względem ok. 3% stosujących terapię dożylną. W przypadku programu lekowego dla pacjentów z ŁZS możliwość prowadzenia terapii, a tym samym realizacji świadczeń, mają zarówno ośrodki reumatologiczne, jak i dermatologiczne. Nie można wykluczyć, że jest to jedna z przyczyn większego udziału hospitalizacji jednodniowych i hospitalizacji w całości udzielonych świadczeń w porównaniu do pozostałych programów lekowych dla pacjentów z chorobami zapalnymi stawów realizowanych jedynie w ośrodkach reumatologicznych. Taka forma realizacji świadczeń w programach lekowych, praktykowana przez niektórych świadczeniodawców, powoduje, że część środków publicznych nie jest wykorzystywana racjonalnie.

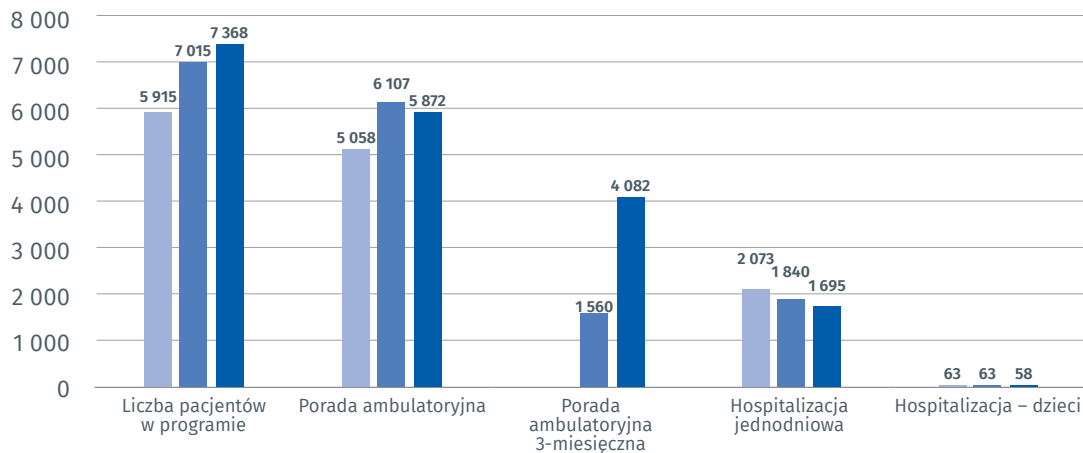
Wykres 4a. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba pacjentów, dla których zrealizowano i rozliczono poszczególne świadczenia w programie lekowym B.29 w latach 2018-2020



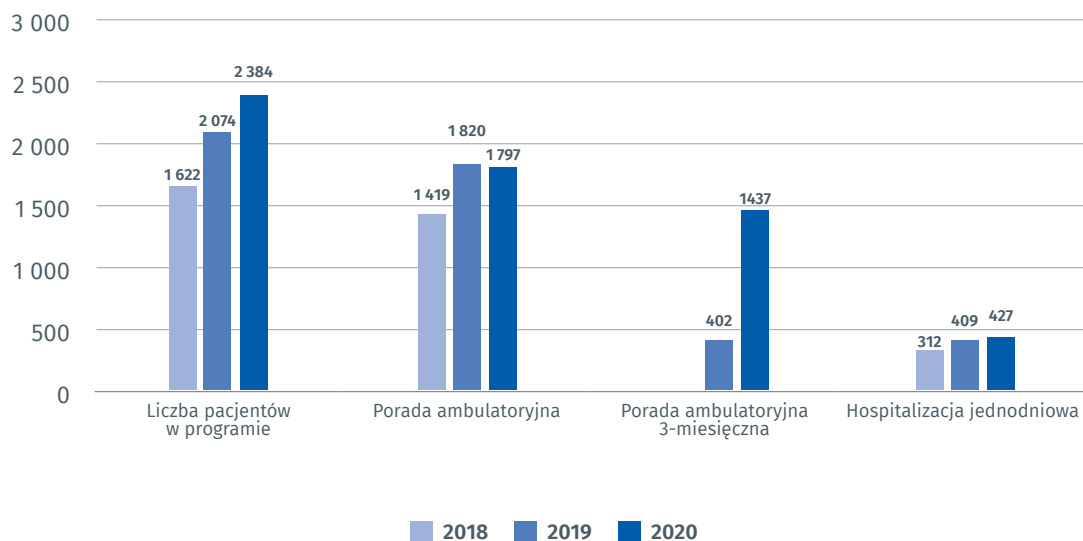
Wykres 4b. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba pacjentów, dla których zrealizowano i rozliczono poszczególne świadczenia w programie lekowym B.46 w latach 2018-2020



Wykres 4c. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba pacjentów, dla których zrealizowano i rozliczono poszczególne świadczenia w programie lekowym B.33 w latach 2018-2020

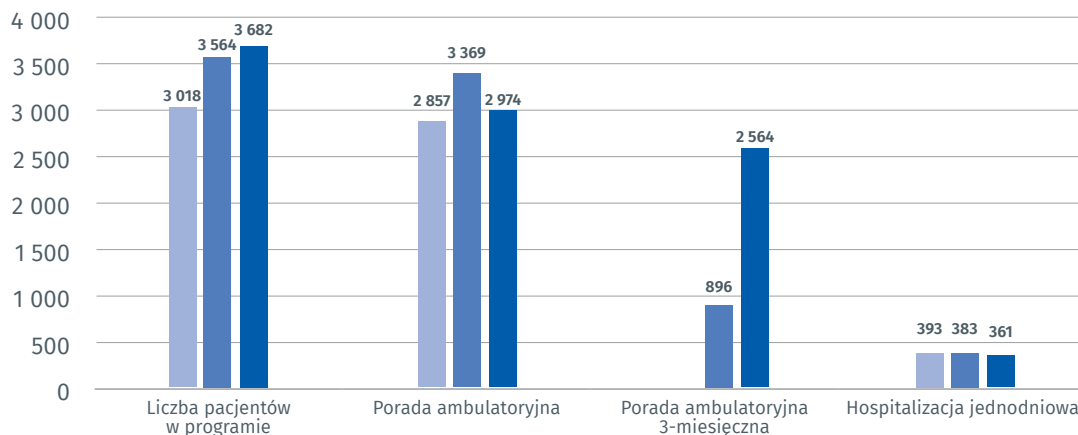


Wykres 4d. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba pacjentów, dla których zrealizowano i rozliczono poszczególne świadczenia w programie lekowym B.35 w latach 2018-2020

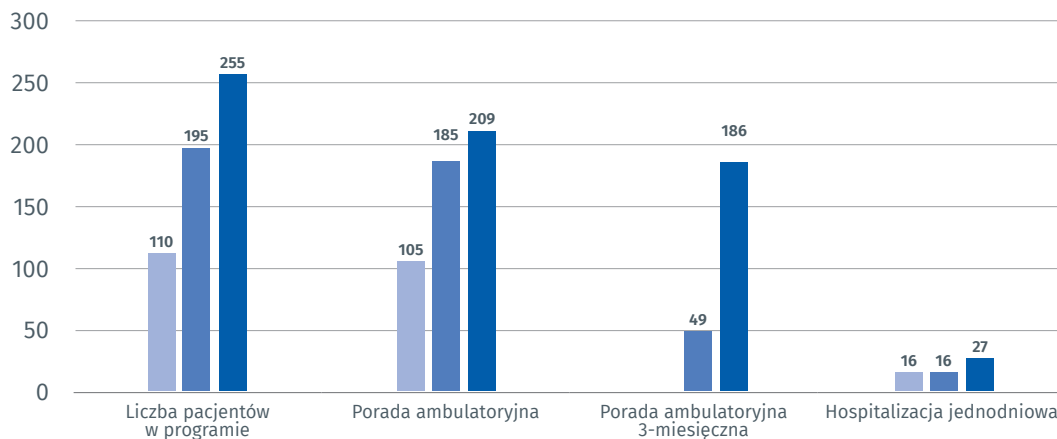


■ 2018 ■ 2019 ■ 2020

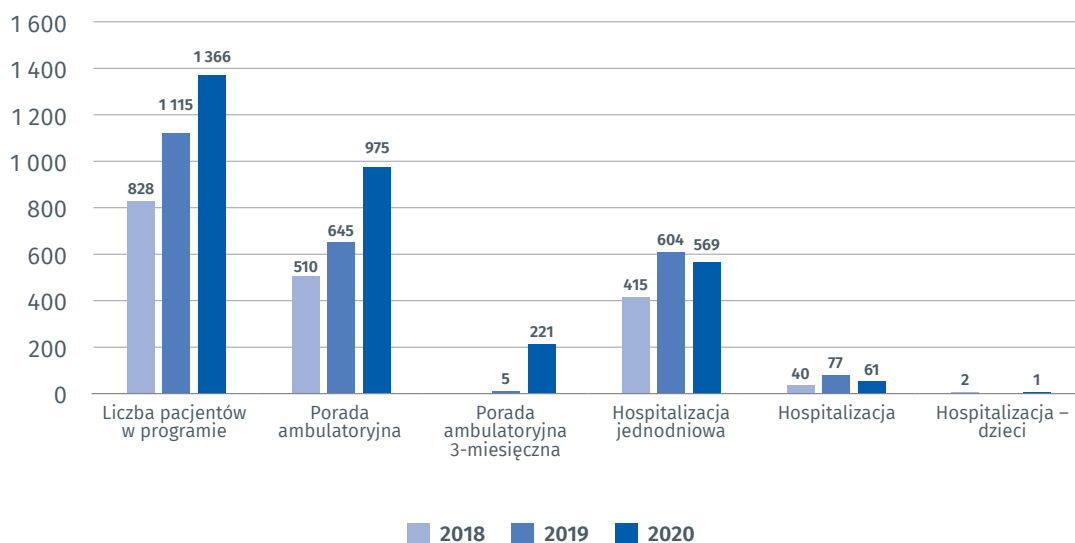
Wykres 4e. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba pacjentów, dla których zrealizowano i rozliczono poszczególne świadczenia w programie lekowym B.36 w latach 2018-2020



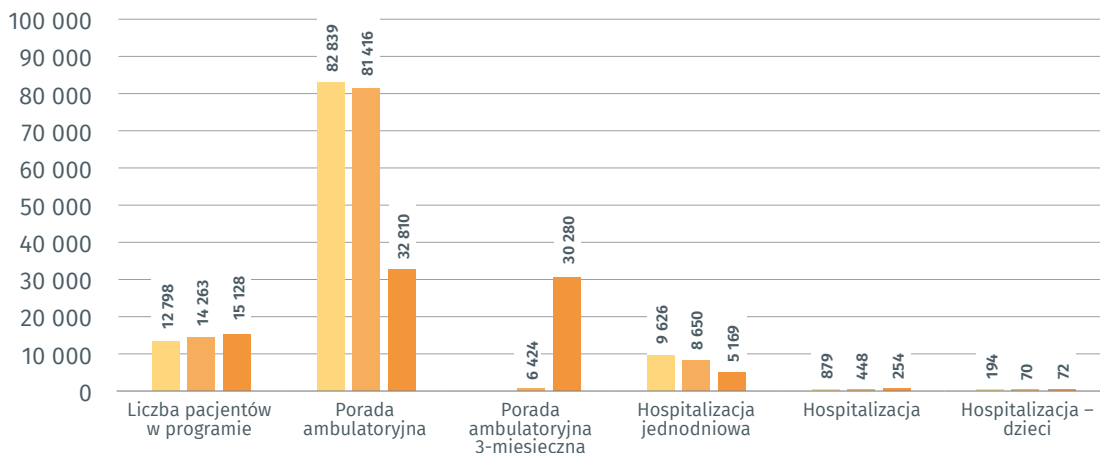
Wykres 4f. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba pacjentów, dla których zrealizowano i rozliczono poszczególne świadczenia w programie lekowym B.82 w latach 2018-2020



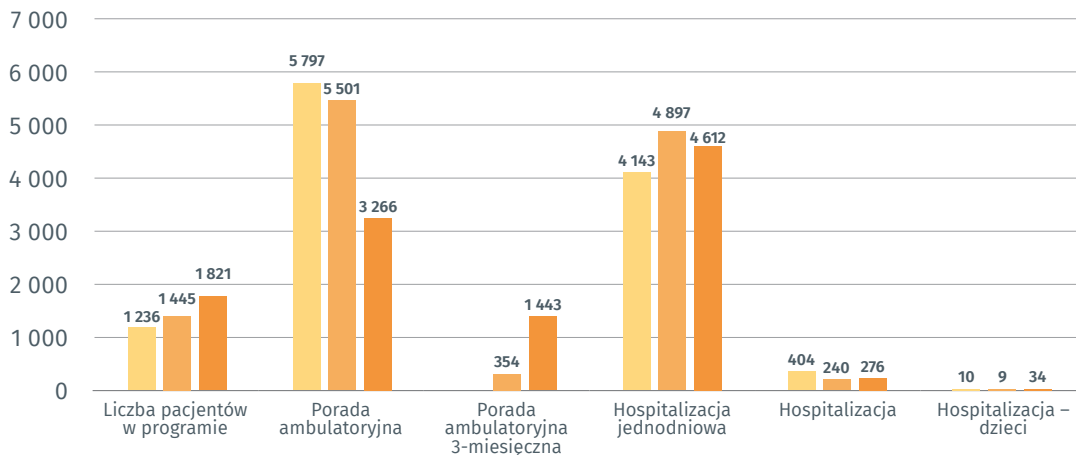
Wykres 4g. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba pacjentów, dla których zrealizowano i rozliczono poszczególne świadczenia w programie lekowym B.47 w latach 2018-2020



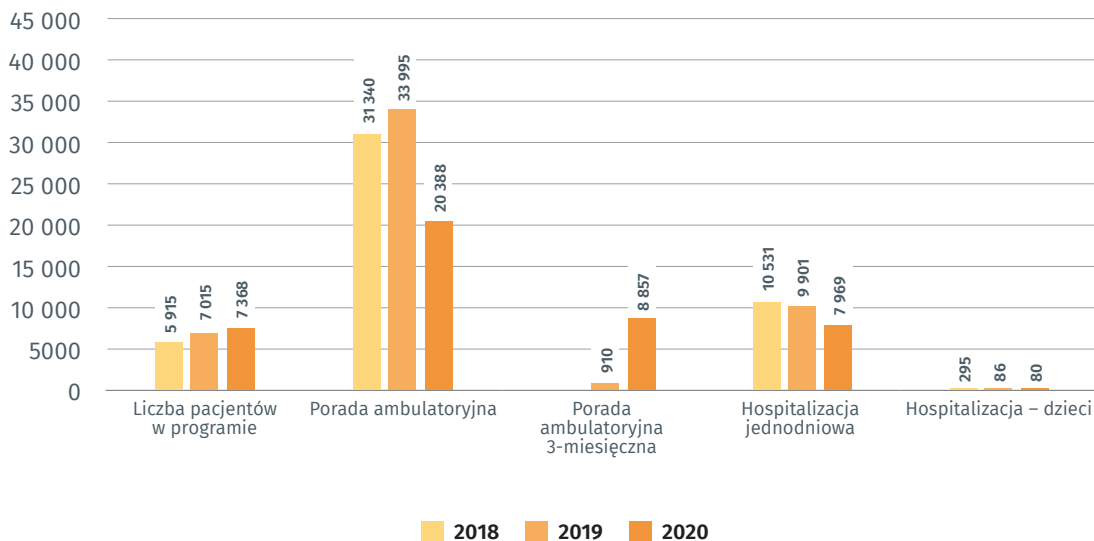
Wykres 5a. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba świadczeń, które zrealizowano i rozliczono w poszczególnych trybach w programie lekowym B.29 w latach 2018-2020



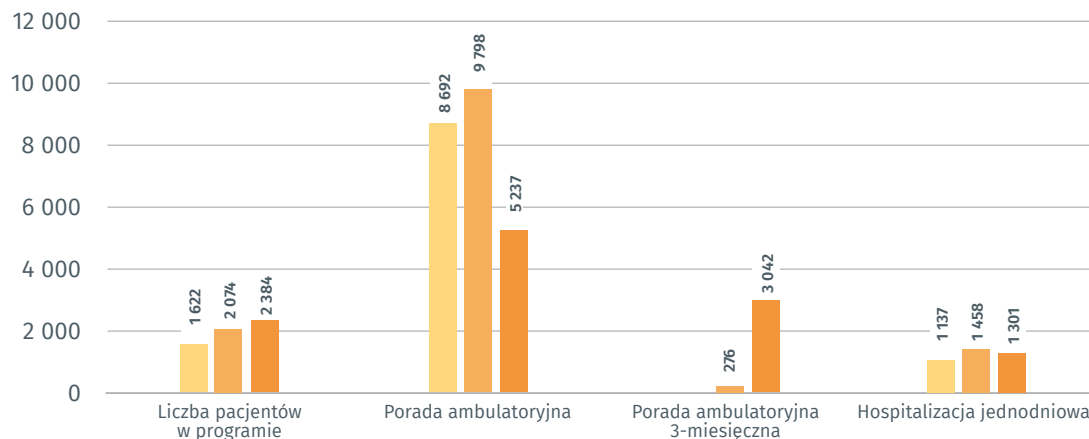
Wykres 5b. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba świadczeń, które zrealizowano i rozliczono w poszczególnych trybach w programie lekowym B.46 w latach 2018-2020



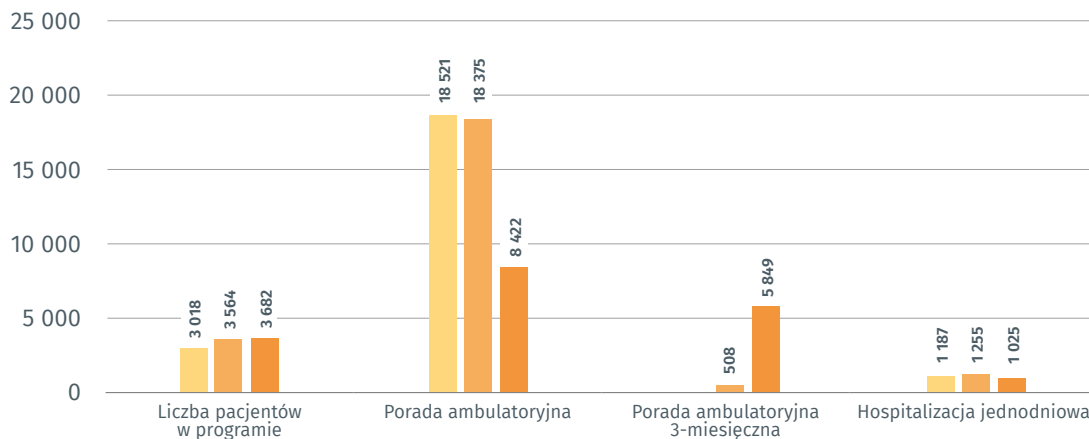
Wykres 5c. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba świadczeń, które zrealizowano i rozliczono w poszczególnych trybach w programie lekowym B.33 w latach 2018-2020



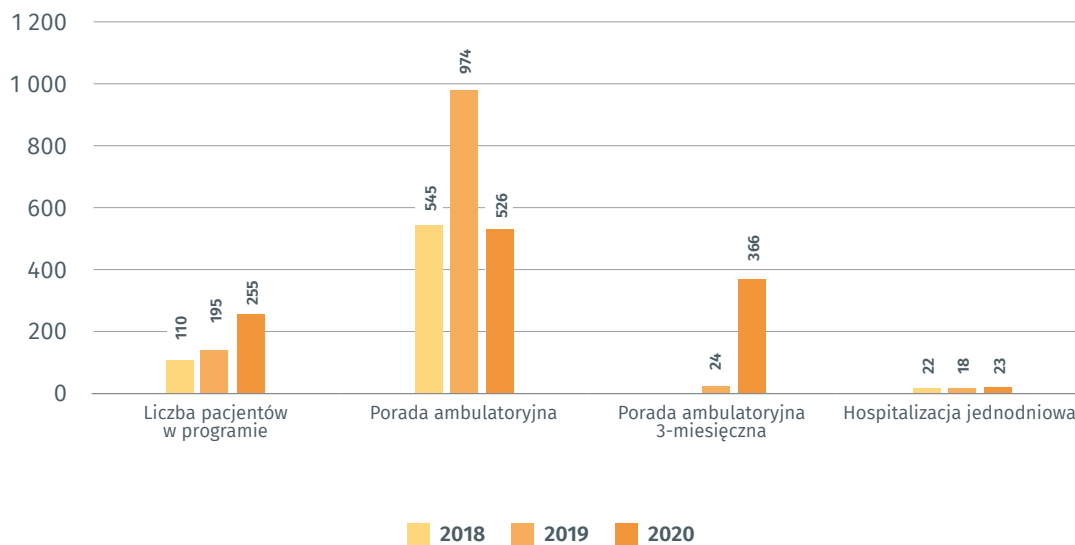
Wykres 5d. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba świadczeń, które zrealizowano i rozliczono w poszczególnych trybach w programie lekowym B.35 w latach 2018-2020



Wykres 5e. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba świadczeń, które zrealizowano i rozliczono w poszczególnych trybach w programie lekowym B.36 w latach 2018-2020

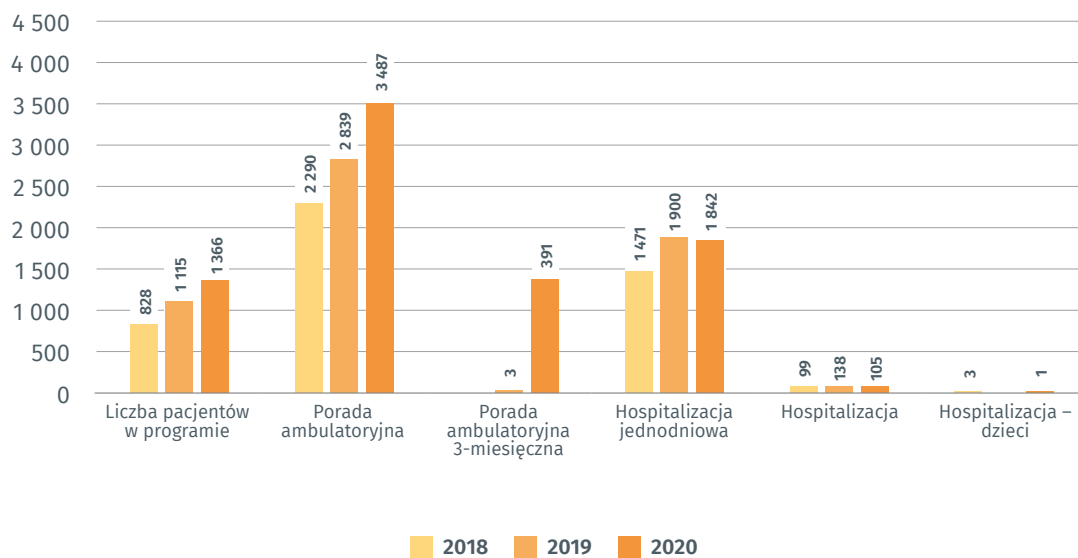


Wykres 5f. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba świadczeń, które zrealizowano i rozliczono w poszczególnych trybach w programie lekowym B.82 w latach 2018-2020



■ 2018 ■ 2019 ■ 2020

Wykres 5g. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba świadczeń, które zrealizowano i rozliczono w poszczególnych trybach w programie lekowym B.47 w latach 2018-2020



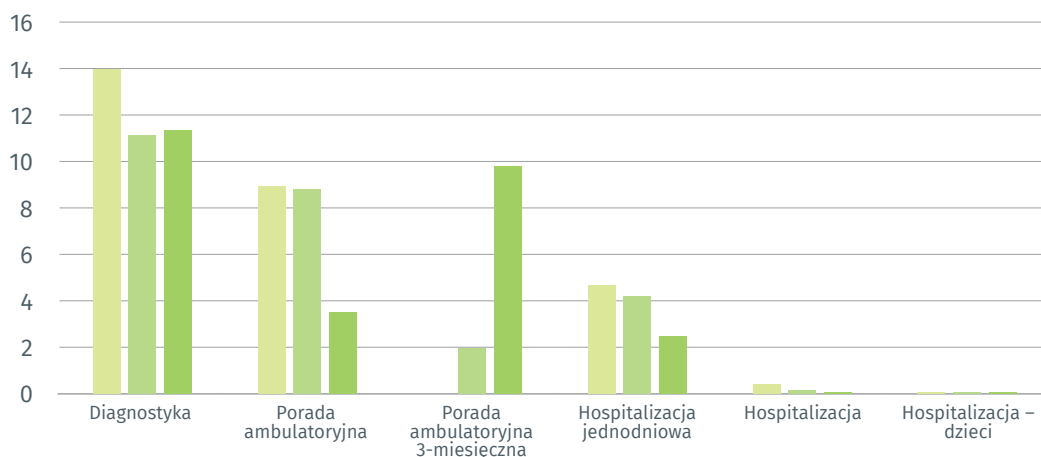
Koszty realizacji świadczeń

w programach lekowych

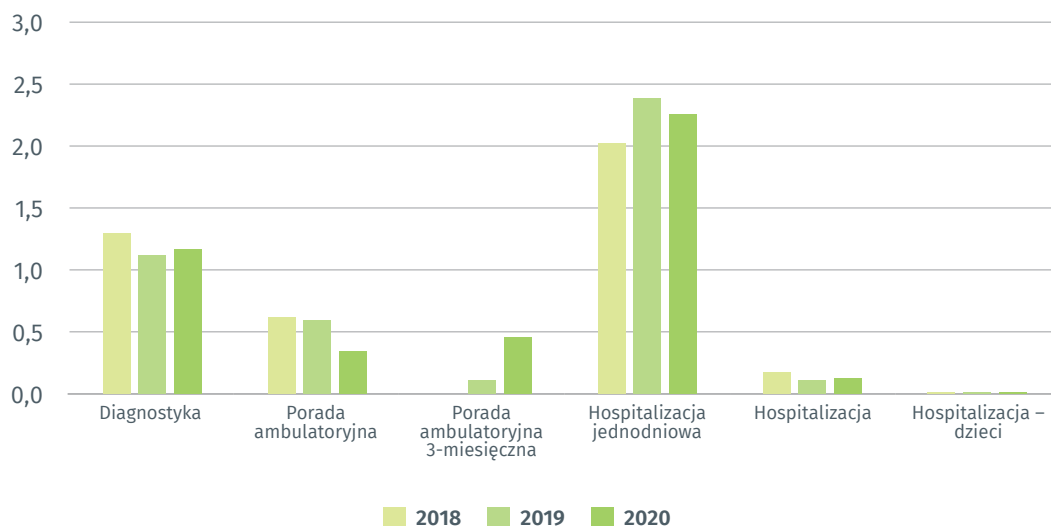
Rozkład kosztów odpowiadających poszczególnym świadczeniom w programach lekowych jest zbieżny z danymi dotyczącymi liczb pacjentów realizujących świadczenia i jednostek rozliczeniowych w kolejnych latach. Także w przypadku kosztów w większości programów obserwuje się przewagę po stronie świadczeń ambulatoryjnych. Uzasadnione, znacząco wyższe koszty świadczeń w trybie jednodniowym i/lub hospitalizacji, mają miejsce w przypadku programu lekowego B.46, a w przypadku programu lekowego B.33 i chorych z RZS sta-

nowią znaczący udział w całości, co także znajduje swoje uzasadnienie. Najmniej racjonalna struktura kosztów dotyczy programu lekowego B.47 i pacjentów z łuszczycą plackowatą, gdzie koszt świadczeń rozliczonych w trybie jednodniowym i/lub hospitalizacji jest blisko dwukrotnie wyższy niż koszt świadczeń ambulatoryjnych, pomimo tego, że liczba pacjentów otrzymujących lek w postaci dożylnej jest 9-krotnie niższa niż stosujących leki w postaci podskórnej do samodzielnego stosowania w warunkach domowych (wykres 6a-6g, tabela 6).

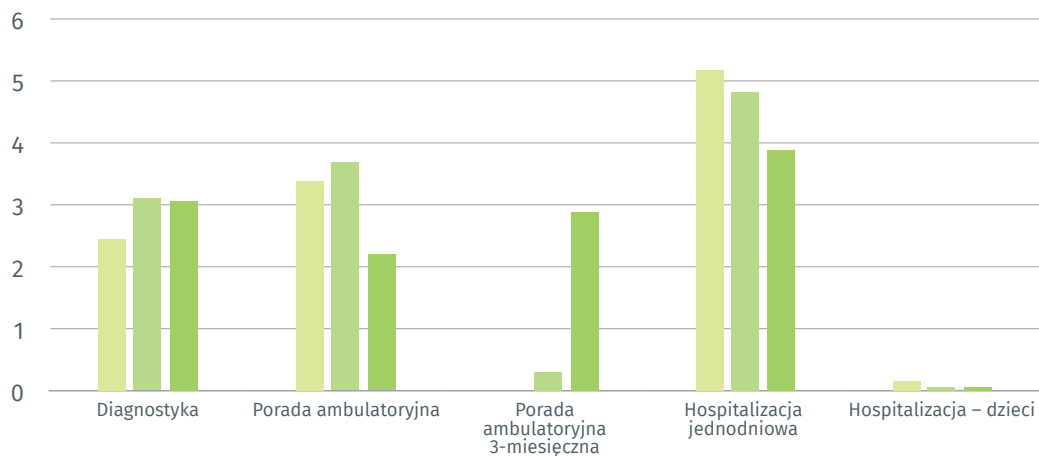
Wykres 6a. Koszty realizacji poszczególnych rodzajów świadczeń w programie lekowym B.29 (mln zł)



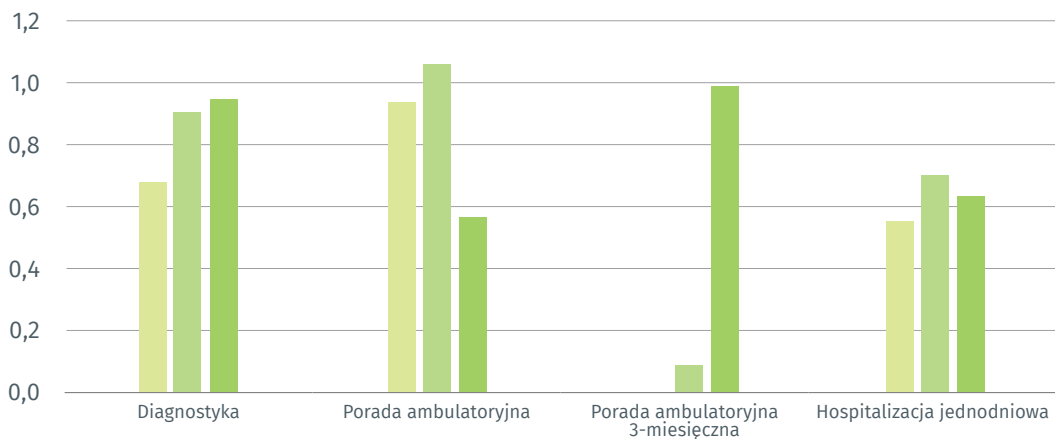
Wykres 6b. Koszty realizacji poszczególnych rodzajów świadczeń w programie lekowym B.46 (mln zł)



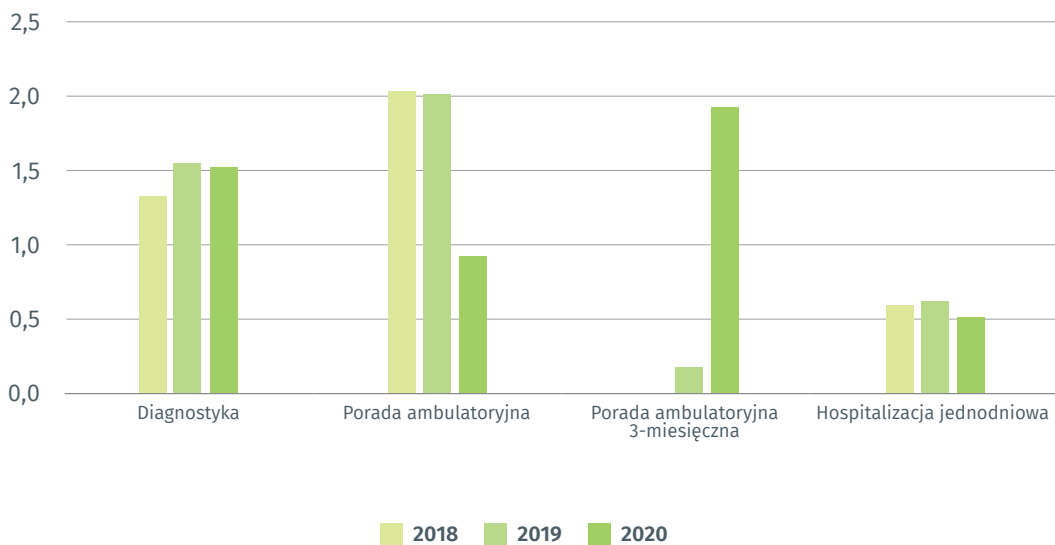
Wykres 6c. Koszty realizacji poszczególnych rodzajów świadczeń w programie lekowym B.33 (mln zł)



Wykres 6d. Koszty realizacji poszczególnych rodzajów świadczeń w programie lekowym B.35 (mln zł)

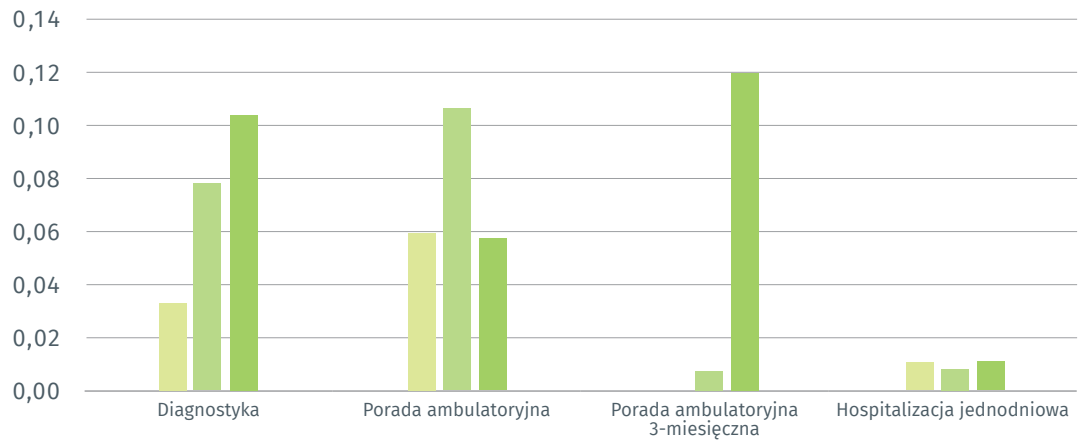


Wykres 6e. Koszty realizacji poszczególnych rodzajów świadczeń w programie lekowym B.36 (mln zł)

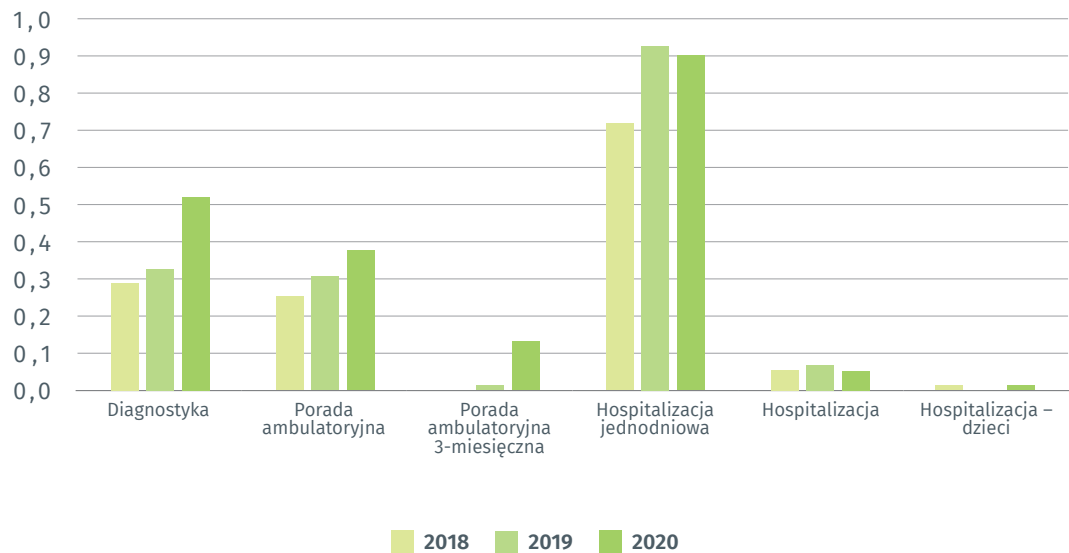


2018 2019 2020

Wykres 6f. Koszty realizacji poszczególnych rodzajów świadczeń w programie lekowym B.82 (mln zł)



Wykres 6g. Koszty realizacji poszczególnych rodzajów świadczeń w programie lekowym B.47 (mln zł)



Ryczałtowy model finansowania świadczeń

w programach lekowych

Nowy model finansowania świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym w programach lekowych, zgodnie z założeniami przyjętymi przez autorów raportu, opierałby się na rocznym ryczałcie za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym, który uzupełniłby Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe. Ryczałt ten byłby rozliczany w okresie rocznym do wysokości kwoty ryczałtu odpowiadającej 12-krotności wyceny porady ambulatoryjnej (przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu), tj. do kwoty 1 297,92 zł.

Roczny ryczałt ambulatoryjny mógłby w przyszłości naturalnie zastąpić dotychczas funkcjonujące świadczenia realizowane w trybie ambulatoryjnym, tj. przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu oraz przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu. W oparciu o to założenie dokonano analizy wpływu na budżet płatnika publicznego wprowadzenia nowego świadczenia w ramach programów lekowych: B.29, B.46, B.33, B.35, B.36, B.82 i B.47, biorąc pod uwagę dane dotyczące świadczeń ambulatoryjnych zrealizowanych w roku 2020.

Prognozowany wzrost wydatków dla poszczególnych programów lekowych wyniósłby – w zależności od liczby pacjentów leczonych w danym programie – od 155 tys. zł w przypadku programu lekowego B.82 do ponad 6 mln zł w przypadku programu lekowego B.29 (tabela 7).

Ponadto, w przypadku części programów lekowych, rezygnacja z realizowanych przez część świadczeniodawców, nie zawsze zasadnych klinicznie trybów hospitalizacji, mogłaby pozwolić na znaczące pokrycie dodatkowych kosztów płatnika publicznego i sprawiedliwy podział środków wśród wszystkich świadczeniodawców. Taki system premiowałby przede wszystkim tych świadczeniodawców, którzy kierują się dobrem pacjenta, a nie opłacalnością po-

szczególnych świadczeń, realizują programy lekowe z wykorzystaniem wyłącznie wizyt ambulatoryjnych u wszystkich chorych stosujących leki w postaci doustnej lub podskórnej.

Średni koszt wprowadzenia proponowanego rozwiązania na jednego pacjenta wynosiłby od ok. 400 zł rocznie dla programu lekowego B.29, poprzez ok. 600 zł rocznie w przypadku programów lekowych B.33, B.35, B.36 i B.82, do ok. 800-900 zł rocznie dla programów lekowych B.46 i B.47.

Biorąc pod uwagę całkowity roczny koszt realizacji programów lekowych, uwzględniający koszty świadczeń i leków (tabela 8), wprowadzenie nowego świadczenia oznaczałoby wzrost wydatków płatnika publicznego w odniesieniu do całkowitego rocznego kosztu programu lekowego wynoszący ok. 1,7% dla B.29, 1,5% dla B.46, 3,5% dla B.33, 3,7% dla B.35, 3,6% dla B.36, 3% dla B.82 i 4,1% dla B.47.

Analizując dodatkowo średnie roczne koszty leczenia jednego pacjenta w poszczególnych programach lekowych, widać wyraźnie, że istniejące pomiędzy nimi różnice wynikają przede wszystkim z kosztów stosowanych leków, a dopiero w drugiej kolejności z kosztów i struktury realizowanych świadczeń. Najwyższy roczny koszt terapii dotyczy pacjentów z SM – w programie lekowym B.46 wynosi ok. 57 tys. zł, a w B.29 ok. 24 tys. zł. Roczny koszt leczenia jednego pacjenta z łuszczycą plackowatą wynosi ok. 23 tys. zł. W przypadku pacjentów reumatologicznych najwyższy koszt, wynoszący ok. 20 tys. zł, dotyczy pacjentów z nieradiograficzną spondyloartropatią, natomiast koszt leczenia pacjentów z RZS/MIZS i ŁZS to ok. 17 tys. zł. W przypadku chorych z ZZSK koszt jest najniższy i wynosi ok. 14 tys. zł. Najniższe średnioroczne koszty leczenia jednego pacjenta w programach lekowych w reumatologii są wypadkową szerokiego stosowania leków biologicznych mających swoje odpowiedniki biopodobne oraz realizowanej liczby poszczególnych świadczeń.

Tabela 7. Wpływ wprowadzenia ryczałtowego modelu finansowania świadczeń ambulatoryjnych w programach lekowych na budżet płatnika publicznego (prognoza kosztów dla 2020 r.)

Program lekowy	Liczba pacjentów	Porada ambulatoryjna + porada ambulatoryjna 3-miesięczna (A)	Roczny ryczałt ambulatoryjny (B)	(B)-(A)	Hospitalizacja + hospitalizacja jednodniowa
B.29	15 128	13 373 984,00 zł	19 634 933,76 zł	6 260 949,76 zł	2 678 420,16 zł
B.33	7 368	5 079 085,44 zł	9 563 074,56 zł	4 483 989,12 zł	3 921 935,68 zł
B.35	2 384	1 553 502,08 zł	3 094 241,28 zł	1 540 739,20 zł	633 222,72 zł
B.36	3 682	2 808 807,04 zł	4 778 941,44 zł	1 970 134,40 zł	498 888,00 zł
B.46	1 821	821 475,20 zł	2 363 512,32 zł	1 542 037,12 zł	2 397 474,56 zł
B.47	1 366	504 025,60 zł	1 772 958,72 zł	1 268 933,12 zł	948 184,64 zł
B.82	255	175 651,84 zł	330 969,60 zł	155 317,76 zł	11 194,56 zł

Tabela 8. Koszty realizacji programów lekowych z podziałem na koszty świadczeń i leków w latach 2018-2020 (*prognoza 2021)

Program lekowy	Rok	Koszty świadczeń (zł)	Koszty leków (zł)
B.29	2018	28 475 135,32	283 114 170,13
	2019	33 700 995,50	308 463 232,81
	2020	39 507 342,82	324 708 600,40
	2021*	35 685 754,10	317 175 676,00
B.46	2018	4 387 360,68	76 272 837,93
	2019	5 329 015,15	85 139 053,27
	2020	5 984 559,38	99 037 493,03
	2021*	5 617 164,88	93 670 284,00
B.33	2018	12 578 461,07	135 683 020,42
	2019	15 428 136,47	112 838 460,99
	2020	16 399 382,20	109 528 862,80
	2021*	15 027 296,60	103 407 516,00
B.35	2018	2 473 394,35	42 649 070,87
	2019	3 601 798,55	29 924 275,19
	2020	4 495 690,38	36 503 869,64
	2021*	6 069 772,30	35 080 928,00
B.36	2018	4 289 584,94	75 711 055,47
	2019	5 698 060,58	50 474 873,71
	2020	6 889 412,66	47 051 965,35
	2021*	6 055 312,00	44 950 714,00
B.82	2018	123 433,18	2 095 857,19
	2019	248 089,66	3 633 229,56
	2020	367 040,21	4 815 322,05
	2021*	342 152,80	4 746 188,00
B.47	2018	1 538 183,26	23 555 064,76
	2019	2 496 940,70	21 506 422,36
	2020	2 636 424,77	28 378 061,45
	2021*	2 723 859,36	28 519 156,00

Rekomendacje

Proponowane przez autorów niniejszego raportu zmiany mają na celu poprawę dostępności pacjentów do innowacyjnych terapii w ramach programów lekowych. Nowy model finansowania świadczeń ambulatoryjnych może pozwolić na sprawiedliwy i proporcjonalny podział środków publicznych pośród świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy lekowe, odzwierciedlający liczbę leczonych chorych oraz zaangażowanie ośrodków.

Rekomendacje zmian finansowania świadczeń w programach lekowych:

- wprowadzenie *rocznego ryczałtu za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym* w wysokości odpowiadającej 12-krotności wyceny porady ambulatoryjnej, tj. 1 297,92 zł, który może być wykazywany w całości (po upływie 12 miesięcy leczenia świadczeniobiorcy w programie lekowym) lub w częściach – proporcjonalnie do okresu, na jaki wydano lek, do wysokości nie wyższej niż wysokość kwoty ryczałtu przypadająca na świadczeniobiorcę w danym roku kalendarzowym,
- warunkiem rozliczania *rocznego ryczałtu za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym* byłby brak możliwości rozliczania w okresie sprawozdawania ryczałtu innych świadczeń ambulatoryjnych oraz hospitalizacji i hospitalizacji jednodniowych związanych z wykonaniem programu,
- w przypadku leków stosowanych doustnie lub podskórnie współczynnik korygujący dotyczący świadczeń w programach lekowych powinien być możliwy do zastosowania jedynie w związku z realizacją świadczeń ambulatoryjnych, w tym nowego świadczenia tj. *rocznego ryczałtu za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym*, a nie – jak dotychczas – również w związku z realizacją hospitalizacji i hospitalizacji jednodniowej,
- w przypadku świadczeniodawców, u których odsetek rozliczonych świadczeń ambulatoryjnych u pacjentów stosujących leki w postaci doustnej lub podskórnej w realizowanym programie lekowym w danym roku przekracza 99% (poniżej 1% rozliczonych świadczeń w trybie jednodniowym i/lub hospitalizacji) bazowa wartość *rocznego ryczałtu za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym* powinna zostać dodatkowo skorygowana nowym współczynnikiem korygującym w wysokości 1,5 do kwoty 1 946,88 zł.

Jednoczesne wejście w życie wszystkich proponowanych rozwiązań może pozwolić na zmniejszenie liczby nieuzasadnionych klinicznie hospitalizacji i zwiększenie liczby preferowanych przez pacjentów świadczeń ambulatoryjnych. Nowy model finansowania świadczeń powinien premiować świadczeniodawców, którzy realizują świadczenia ambulatoryjne w programach lekowych i stanowić zachętę do zmiany struktury udzielanych świadczeń. Pomimo tego, że NFZ zgodnie z obowiązującym zarządzeniem dotyczącym programów lekowych i umowami zawartymi ze świadczeniodawcami ma możliwości kontroli zasadności udzielanych świadczeń w trybie jednodniowym i hospitalizacji, autorzy raportu stoją na stanowisku, że stworzenie systemu pozytywnych zachęt będzie w dłuższej perspektywie bardziej korzystne nie tylko dla pacjentów, ale także dla świadczeniodawców i płatnika publicznego.

Powyższe proponowane zmiany powinny zostać wprowadzone w programach lekowych w chorobach autoimmunologicznych, w tym w neurologii, reumatologii i dermatologii. Z uwagi na charakter schorzeń i stosowane leczenie rekomendujemy, aby dotyczyły one także gastroenterologii i chorób zapalnych jelit, które nie były przedmiotem raportu, ponieważ w analizowanym okresie i do chwili publikacji raportu w programach lekowych im dedykowanych nie było możliwości rozliczania świadczenia *przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu*.

Tabele

Tabela 3a. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.29 w latach 2018-2020

Program lekowy	Lek	Rok	Liczba pacjentów
B.29	Alemtuzumab i.v.	2018	44
		2019	51
		2020	18
	Fumaran dimetylu p.o.	2018	4 429
		2019	5 939
		2020	6 889
	Octan glatirameru s.c.	2018	2 346
		2019	2 237
		2020	2 138
	Interferon beta-1a (30) s.c.	2018	1 766
		2019	1 551
		2020	1 377
	Interferon beta-1a (44) s.c.	2018	1 196
		2019	1 114
		2020	1 059
	Interferon beta-1b s.c.	2018	3 380
		2019	3 013
		2020	2 689
	Peginterferon beta-1a s.c.	2018	416
		2019	417
		2020	385
Teryflunomid p.o.	2018	613	
	2019	1 138	
	2020	1 456	

Tabela 3b. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.46 w latach 2018-2020

Program lekowy	Lek	Rok	Liczba pacjentów
B.46	Kladrybina p.o.	2018	-
		2019	9
		2020	92
	Fingolimod p.o.	2018	796
		2019	869
		2020	821
	Natalizumab i.v.	2018	448
		2019	553
		2020	631
	Okrelizumab i.v.	2018	-
		2019	32
		2020	403

Tabela 3c. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.33 w latach 2018-2020

Program lekowy	Lek	Rok	Liczba pacjentów
B.33	Adalimumab s.c.	2018	1 690
		2019	1 994
		2020	2 118
	Baricytynib p.o.	2018	-
		2019	6
		2020	177
	Certolizumab pegol s.c.	2018	384
		2019	424
		2020	409
	Etanercept s.c.	2018	1 630
		2019	1 931
		2020	1 931
	Golimumab s.c.	2018	461
		2019	535
		2020	590
	Infliksymb i.v.	2018	155
		2019	125
		2020	94
	Rytuksymb i.v.	2018	336
		2019	355
		2020	309
Tocilizumab i.v.	2018	1 392	
	2019	1 110	
	2020	1 016	
Tocilizumab s.c.	2018	764	
	2019	1 240	
	2020	1 693	
Tofacytynib p.o.	2018	-	
	2019	32	
	2020	319	

Tabela 3d. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.35 w latach 2018-2020

Program lekowy	Lek	Rok	Liczba pacjentów
B.35	Adalimumab s.c.	2018	926
		2019	1 016
		2020	1 082
	Certolizumab pegol s.c.	2018	35
		2019	40
		2020	54
	Etanercept s.c.	2018	292
		2019	359
		2020	346
	Golimumab s.c.	2018	316
		2019	359
		2020	411
	Inflixymab i.v.	2018	100
		2019	101
		2020	77
	Sekukinumab s.c.	2018	9
		2019	380
		2020	647
	Tofacytynib p.o.	2018	-
		2019	-
		2020	11

Tabela 3e. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.36 w latach 2018-2020

Program lekowy	Lek	Rok	Liczba pacjentów
B.36	Adalimumab s.c.	2018	1 481
		2019	1 689
		2020	1 737
	Certolizumab pegol s.c.	2018	70
		2019	117
		2020	139
	Etanercept s.c.	2018	929
		2019	1 002
		2020	968
	Golimumab s.c.	2018	469
		2019	528
		2020	580
	Inflixymab i.v.	2018	164
		2019	172
		2020	161
	Sekukinumab s.c.	2018	2
		2019	269
		2020	468

Tabela 3f. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.82 w latach 2018-2020

Program lekowy	Lek	Rok	Liczba pacjentów
B.82	Certolizumab pegol s.c.	2018	110
		2019	195
		2020	257
	Etanercept s.c.	2018	-
		2019	-
		2020	5

Tabela 3g. Liczba pacjentów stosujących poszczególne leki w programie lekowym B.47 w latach 2018-2020

Program lekowy	Lek	Rok	Liczba pacjentów
B.47	Adalimumab s.c.	2018	398
		2019	412
		2020	392
	Etanercept s.c.	2018	9
		2019	15
		2020	25
	Guselkumab s.c.	2018	-
		2019	-
		2020	2
	Inflixymab i.v.	2018	169
		2019	175
		2020	138
	Iksekizumab s.c.	2018	1
		2019	122
		2020	229
	Risankizumab s.c.	2018	-
		2019	-
		2020	28
	Sekukinumab s.c.	2018	-
		2019	163
		2020	269
Ustekinumab s.c.	2018	283	
	2019	306	
	2020	311	

Tabela 4. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba pacjentów, dla których zrealizowano i rozliczono poszczególne świadczenia w programach lekowych: B.29, B.46, B.33, B.35, B.36, B.82 i B.47 w latach 2018-2020

Program lekowy	Rok	Liczba pacjentów					
		Program lekowym	Porada ambulatoryjna	Porada ambulatoryjna 3-miesięczna	Hospitalizacja jednodniowa	Hospitalizacja	Hospitalizacja – dzieci
B.29	2018	12 798	11 620	-	2 451	438	65
	2019	14 263	13 562	6 190	2 633	467	64
	2020	15 128	10 724	11 111	2 237	217	72
B.46	2018	1 236	822	-	578	180	3
	2019	1 445	922	319	675	205	9
	2020	1 821	866	603	957	223	16
B.33	2018	5 915	5 058	-	2 073	-	63
	2019	7 015	6 107	1 560	1 840	-	63
	2020	7 368	5 872	4 082	1 695	-	58
B.35	2018	1 622	1 419	-	312	-	-
	2019	2 074	1 820	402	409	-	-
	2020	2 384	1 797	1 437	427	-	-
B.36	2018	3 018	2 857	-	393	-	-
	2019	3 564	3 369	896	383	-	-
	2020	3 682	2 974	2 564	361	-	-
B.82	2018	110	105	-	16	-	-
	2019	195	185	49	16	-	-
	2020	255	209	186	27	-	-
B.47	2018	828	510	-	415	40	2
	2019	1 115	645	5	604	77	-
	2020	1 366	975	221	569	61	1

Tabela 5. Całkowita liczba pacjentów oraz liczba świadczeń, które zrealizowano i rozliczono w poszczególnych trybach w programach lekowych: B.29, B.46, B.33, B.35, B.36, B.82 i B.47 w latach 2018-2020

Program lekowym	Rok	Liczba pacjentów	Porada ambulatoryjna	Porada ambulatoryjna 3-miesięczna	Hospitalizacja jednodniowa	Hospitalizacja	Hospitalizacja – dzieci
B.29	2018	12 798	82 839	-	9 626	879	194
	2019	14 263	8 1416	6 424	8 650	448	70
	2020	15 128	32 810	30 280	5 169	254	72
B.46	2018	1 236	5 797	-	4 143	404	10
	2019	1 445	5 501	354	4 897	240	9
	2020	1 821	3 266	1 443	4 612	276	34
B.33	2018	5 915	31 340	-	10 531	-	295
	2019	7 015	33 995	910	9 901	-	86
	2020	7 368	20 388	8 857	7 969	-	80
B.35	2018	1 622	8 692	-	1 137	-	-
	2019	2 074	9 798	276	1 458	-	-
	2020	2 384	5 237	3 042	1 301	-	-
B.36	2018	3 018	18 521	-	1 187	-	-
	2019	3 564	18 375	508	1 255	-	-
	2020	3 682	8 422	5 849	1 025	-	-
B.82	2018	110	545	-	22	-	-
	2019	195	974	24	18	-	-
	2020	255	526	366	23	-	-
B.47	2018	828	2 290	-	1 471	99	3
	2019	1 115	2 839	3	1 900	138	-
	2020	1 366	3 487	391	1 842	105	1

Tabela 6. Koszty realizacji poszczególnych rodzajów świadczeń w programach lekowych: B.29, B.46, B.33, B.35, B.36, B.82 i B.47 w latach 2018-2020

Program lekowym	Rok	Ryczałt diagnostyczny (zł)	Porada ambulatoryjna (zł)	Porada ambulatoryjna 3-miesięczna (zł)	Hospitalizacja jednodniowa (zł)	Hospitalizacja (zł)	Hospitalizacja – dzieci (zł)
B.29	2018	13 980 145,28	8 959 866,24	-	4 685 166,72	427 826,88	104 915,20
	2019	11 091 708,67	8 805 954,56	2 084 459,52	4 209 933,31	218 050,56	37 856,00
	2020	11 284 757,65	3 548 729,60	9 825 254,40	2 515 855,68	123 626,88	38 937,60
B.46	2018	1 308 799,22	627 003,52	-	2 016 480,96	196 634,88	5 408,00
	2019	1 132 010,78	594 988,16	114 865,92	2 383 467,84	116 812,80	4 867,20
	2020	1 169 807,25	353 250,56	468 224,64	2 244 752,64	134 334,72	18 387,20
B.33	2018	2 445 338,23	3 389 734,40	-	5 125 648,32	-	159 536,00
	2019	3 086 623,36	3 676 899,20	295 276,80	4 819 014,72	-	46 508,80
	2020	3 056 119,41	2 205 166,08	2 873 919,36	3 878 671,68	-	43 264,00
B.35	2018	676 155,45	940 126,72	-	553 400,64	-	-
	2019	903 387,69	1 059 751,68	89 556,48	709 637,76	-	-
	2020	942 706,78	566 433,92	987 068,16	633 222,72	-	-
B.36	2018	1 303 787,07	2 003 231,36	-	577 736,64	-	-
	2019	1 525 587,29	1 987 440,00	164 835,84	610 833,60	-	-
	2020	1 497 752,20	910 923,52	1 897 883,52	498 888,00	-	-
B.82	2018	33 027,18	58 947,20	-	10 707,84	-	-
	2019	78 117,42	105 347,84	7 787,52	8 760,96	-	-
	2020	104 192,84	56 892,16	118 759,68	11 194,56	-	-
B.47	2018	285 856,62	247 686,40	-	715 965,12	48 185,28	1 622,40
	2019	330 971,55	307 066,24	973,44	924 768,00	67 167,36	-
	2020	520 959,76	377 153,92	126 871,68	896 538,24	51 105,60	540,80

Piśmiennictwo

Informator o zawartych umowach, Narodowy Fundusz Zdrowia. Dostęp: www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach [z dn. 1.09.2021].

Komunikat Ministra Zdrowia dla podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju Leczenie szpitalne programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, a także dla pacjentów objętych tym leczeniem z dnia 13.03.2020 r., Ministerstwo Zdrowia. Dostęp: www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-dla-podmiotow-leczniczych-realizujacych-umowy [z dn. 1.09.2021].

Komunikat Centrali NFZ dotyczący realizacji i rozliczania świadczeń w rodzaju Leczenie szpitalne – programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 z dnia 02.04.2020 r. Dostęp: www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/programy-lekowe-a-covid-19,7684.html [z dn. 1.09.2021].

NFZ Statystyki. Dostęp: <https://statystyki.nfz.gov.pl/DrugPrograms> [z dn. 1.09.2021].

Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Dostęp: www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych [z dn. 1.09.2021].

Obarska I, Stajszczyk M. *Wycena świadczeń w programach lekowych istotnym elementem budowania budowy strategii zwiększania dostępu do innowacyjnych terapii w chorobach autoimmunizacyjnych*. Raport. HealthCare System Navigator, 2019..

Stajszczyk M, Władysiuk M, Rutkowski J. *Leczenie chorób zapalnych stawów w Polsce. Wpływ zniesienia ograniczeń czasu leczenia oraz optymalizacji dawkowania w programach lekowych na budżet płatnika publicznego*. CEESTAHC / Polskie Towarzystwo Reumatologiczne, Kraków 2020.

Zarządzenie nr 100/2019/DGL Prezesa NFZ z dnia 2 sierpnia 2019 r., zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe. Dostęp: www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1002019dgl,6983.html [z dn. 1.09.2021].

Zarządzenie nr 134/2019/DGL Prezesa NFZ z dnia 1 października 2019 r., zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe. Dostęp: www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1342019dgl,7031.html [z dn. 1.09.2021].

Zarządzenie nr 162/2020/DGL Prezesa NFZ z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe. Dostęp: www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1622020dgl,7246.html [z dn. 1.09.2021].

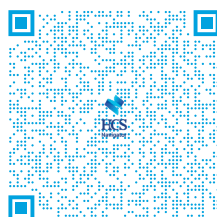
Uchwała nr 3/2019/III Rady NFZ z dnia 15 marca 2019 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2018 r. Dostęp: www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/ [z dn. 1.09.2021].

Uchwała nr 5/2021/IV Rady NFZ z dnia 12 marca 2021 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2020 r. Dostęp: www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/ [z dn. 1.09.2021].

Uchwała nr 6/2020/III Rady NFZ z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2019 r. Dostęp: www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/ [z dn. 1.09.2021].

© Wydawcą raportu jest HealthCare System Navigator Sp. z o.o.

Wszelkie prawa zastrzeżone



ISBN 978-83-955345-2-2

