



BLEFUJĄ PRZY PROGRAMACH LEKOWYCH

Fot. iStockphoto.com

Często docierają do mnie informacje o ograniczaniu dostępu do świadczeń w programach lekowych. Pacjenci słyszą najczęściej, że „wyczerpał się kontrakt”, „dyrekcja tak zdecydowała” albo „brakuje leku w aptece”. Żaden z tych argumentów nie może być powodem ograniczania dostępu do świadczeń gwarantowanych. Zastanówmy się zatem, co może być tego faktyczną przyczyną.

Problem niewystarczającej wysokości kontraktów na programy lekowe ma swoją pierwotną przyczynę w sposobie określania całkowitego budżetu na refundację, sposobie budowania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz niektórych regulacjach zawartych w zarządzeniach prezesa NFZ.

Jako współautor projektu ustawy refundacyjnej zwracam uwagę, że w przedłożeniu rządowym wysokość całkowitego budżetu na refundację (CBR) określona została jako 17 proc. kwoty przeznaczonej na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, a w trakcie prac sejmowych zapis ten został zmieniony na „nie

więcej niż 17 proc.”. W efekcie stała się ona wartością nieoznaczoną. Mało tego. W ustawie nie ma mechanizmu, który by wskazywał, w jaki sposób ma być wyznaczony CBR. Kto zatem decyduje o jego wielkości? Odpowiedzi należy szukać w procesie powstawania planu finansowego NFZ na następny rok opisanym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Intencje i rzeczywistość

Zgodnie z art. 121 ust. 1 tej ustawy prezes NFZ opracowuje projekt planu finansowego i w terminie do

Tabela 1. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, całkowity budżet na refundację, przychody i koszty NFZ w latach 2019–2020

Poz.	Wyszczególnienie	Plan finansowy na rok 2019 ostateczny (tys. zł)	Plan finansowy na rok 2020 (tys. zł)
B2	koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1 + ... + B2.21)	91 136 250	91 495 197
Bn	całkowity budżet na refundację (B2.3.1.1 + B2.3.2.1 + B2.14 + B2.16.1)	13 513 855	12 941 490
J	przychody ogółem	93 155 204	97 152 751
K	koszty ogółem	95 391 036	97 152 751

Źródło: Opracowanie własne KRPI na podstawie planów finansowych opublikowanych przez NFZ

1 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan, przedstawia go do zaopiniowania Radzie NFZ, komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej. Opinie powinny być wydane w terminie 14 dni, a niewydanie opinii jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej. Po ich rozpatrzeniu prezes NFZ sporządza plan finansowy i przekazuje go wraz z ww. opiniami ministrowi zdrowia, który w porozumieniu z ministrem finansów zatwierdza plan w terminie do 31 lipca roku poprzedzającego rok, którego on dotyczy. Jeżeli zatem ministrowie nie okażą szczególnego zainteresowania wysokością CBR i nie zaangażują się w tę kwestię, to zostanie ona ustalona przez prezesa NFZ.

Z całą odpowiedzialnością stwierdzam, że nie takie były intencje przedłożenia rządowego. Funkcjonujące rozwiązanie faktycznie pozbawia ministra zdrowia decyzyjności w tym zakresie i w znacznym stopniu utrudnia podejmowanie decyzji refundacyjnych.

Proszę zwrócić uwagę, że jednym z kryteriów uwzględnianych przy podejmowaniu decyzji refundacyjnej, o których mowa w art. 12 ustawy o świadczeniach, jest wpływ na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców. W połączeniu z zasadą racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi oznacza to wprost, że w sytuacji braku pieniędzy (bądź niepewności co do ich wysokości) minister nie powinien obejmować refundacją kolejnych leków.

Zgodnie z art. 3 ustawy o refundacji wzrost całkowitego budżetu na refundację (różnicę pomiędzy CBR w roku rozliczeniowym i w roku poprzedzającym) przeznacza się na:

- finansowanie:
 - leków dotychczas nieobjętych refundacją (dotyczy to refundacji aptecznej, w programach lekowych, chemioterapii),
 - przewidywanego, wzrostu refundacji w wybranych grupach limitowych wynikającego ze zmian w charakterystyce produktu leczniczego lub ze zmian praktyki klinicznej;
- refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę.

Zgodnie z dyspozycją art. 3 ust. 4 minister zdrowia powinien określić w drodze rozporządzenia podział kwoty wzrostu CBR, uwzględniając realizację refundacji, a także liczbę i rodzaj złożonych wniosków o refundację. Problem w tym, że minister nie zawsze ma co dzielić, a na pewno nie może zaplanować z wyprzedzeniem podziału środków. Faktycznie nie wie, jaki sumaryczny skutek finansowy mogą mieć podejmowane decyzje o refundacji nowych leków. Staje się to widoczne, gdy porównamy wysokość CBR w roku poprzedzającym (która przyrasta w ciągu roku, osiągając wartość widoczną w planie ostatecznym) i planowaną wysokość CBR w roku następnym. Łatwo zauważyć, że kwota planowana jest niższa!

Konsekwencje

Konsekwencji takiego stanu rzeczy jest kilka. Minister zdrowia nie wie, jaka jest „przestrzeń decyzyjna” przy podejmowaniu decyzji refundacyjnych i tym samym nie jest w stanie wydać z wyprzedzeniem rozporządzenia o sposobie podziału kwoty wzrostu CBR. Ponieważ suma wysokości zobowiązań NFZ nie może przekraczać środków w planie finansowym, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ nie mogą zawrzeć ze świadczeniodawcami umów w wysokości odpowiadającej rzeczywistej realizacji programu w ciągu roku. Umowy *a priori* mają zaniżoną wartość – stąd określenie „wyczerpał się kontrakt”. Warto zaznaczyć, że refundacja dla pacjentów nie ma limitu – każdy pacjent, który spełnia warunki refundacji, musi otrzymać lek. Mechanizmy zabezpieczające finanse płatnika są opisane w ustawie refundacyjnej. Fundusz w ciągu roku albo nie posiada środków finansowych na zakontraktowanie nowych programów, albo ma je w niewystarczającej wysokości. Efektem są kuriozalne umowy, opiewające na... 8 zł, 12 zł a nawet 1 zł, zazwyczaj nieprzekraczające wartości jednorazowej dawki leku w programie. Kiedy w Kancelarii Rafał Piotr Janiszewski omawiałem takie przypadki z moimi współpracownikami – znakomitymi prawnikami, oceniali oni, iż umowy takie mają charakter umów pozornych oraz są niekorzystne dla świadczeniodawców, którzy mają obowiązek leczenia pacjentów.

W ciągu roku NFZ zwiększa wartość planu finansowego w programach lekowych. Ostatecznie – do

realnego wykonania. Powoduje to jednak, że konsekwencje dysfunkcyjnego planu finansowego NFZ przenoszone są na świadczeniodawców, którzy na zwrot pieniędzy wydanych na leki i leczenie muszą czekać nawet kilka miesięcy. Tego rodzaju praktyk wobec kontrahentów, będących w większości w trudnej sytuacji finansowej, dopuszcza się największy płatnik w sektorze publicznym. To ciekawa obserwacja. Zwłaszcza

wobec faktu, że rząd dąży do ograniczenia terminów płatności do maksymalnie 60 dni.

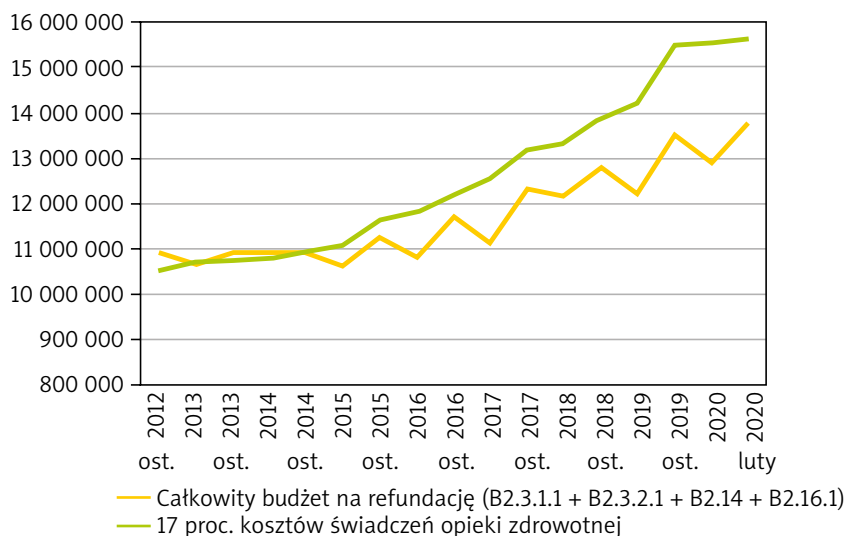
Proszę zwrócić uwagę, że dopiero przeniesienie pieniędzy z rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych i rezerwy, o której mowa w ustawie o refundacji (wzrost CBR), powoduje zwiększenie środków na leki w planie finansowym NFZ. Warto nadmienić, że nie dzieje się to

Tabela 2. Całkowity budżet na refundację w planie finansowym na rok 2020 (w tys. zł)

Poz.	Wyszczególnienie	Plan finansowy na rok 2019 ostateczny (tys. zł)	Plan finansowy na rok 2020 (tys. zł)	Plan początkowy (tys. zł)	Plan po zmianie (10 lutego) (tys. zł)	Różnica (5-4) (tys. zł)	Różnica między rokiem 2020 a 2019 (6-3) (tys. zł)	Dynamika (6/3) (proc.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
B2	koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1 + ... + B2.21)	91 136 250	91 495 197	91 525 226	91 767 818	30 029	631 568	100,69
B2.3.1	programy lekowe, w tym:	4 438 781	4 034 435	4 714 212	4 714 212	679 777	275 431	106,21
B2.3.1.1	leki, ŚSSPZ objęte programami lekowymi	3 981 987	3 622 670	4 254 437	4 254 437	631 767	272 450	106,84
B2.3.2	chemioterapie, w tym:	1 549 093	1 456 310	1 615 462	1 615 462	159 152	66 369	104,28
B2.3.2.1	leki stosowane w chemioterapii	712 574	683 935	755 768	755 768	71 833	43 194	106,06
B2.14	refundacja, z tego:	8 819 294	8 464 235	8 775 395	8 775 395	311 160	-43 899	99,50
B2.14.1	refundacja leków, ŚSSPZ oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	8 779 622	8 422 946	8 733 706	8 733 706	310 760	-45 916	99,48
B2.14.2	refundacja leków sprowadzanych w drodze importu docelowego	18 392	25 746	25 746	25 746	0	7 354	139,98
B2.14.3	refundacja ŚSSPZ sprowadzanych w drodze importu docelowego	21 280	15 543	15 943	15 943	400	-5 337	74,92
B2.16	rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków, w tym:	0	714 748	203 834	203 834	-510 914	203 834	
B2.16.1	rezerwa, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. c ustawy (wzrost CBR)	0	170 650	0	0	-170 650	0	
B2.17	rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych	0	5 429 389	0	0	-5 429 389	0	
B2.18	koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych	437 923	112 734	428 771	428 771	316 037	-9 152	97,91
B5	koszty finansowania leku, ŚSSPZ oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy	733 400	836 000	836 000	836 000	0	102 600	113,99
Bn	całkowity budżet na refundację (B2.3.1.1 + B2.3.2.1 + B2.14 + B2.16.1)	13 513 855	12 941 490	13 785 600	13 785 600	844 110	271 745	102,01

ŚSSPZ – środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego

Źródło: Opracowanie własne KRPJ na podstawie planów finansowych opublikowanych przez NFZ (kolorem zielonym oznaczono wzrost wartości, a czerwonym spadek wartości pomiędzy kolejnymi wersjami planu finansowego).



Rycina 1. Całkowity budżet na refundację w latach 2012–2020 (w tys. zł)

Źródło: Opracowanie własne KRPI na podstawie planów finansowych opublikowanych przez NFZ

**„HAZARD MORALNY”,
NA KTÓRY NFZ SKAZUJE
DYREKTORÓW SZPITALI, POPYCHA ICH
DO OGRANICZANIA DOSTĘPNOŚCI ŚWIADCZEŃ**

Tabela 3. Różnica między 17 proc. kosztów świadczeń a CBR w planach finansowych (* oznacza ostateczną wersję planu finansowego)

Plan finansowy	Całkowity budżet na refundację (tys. zł)	17 proc. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (tys. zł)	Różnica (2 – 1) (tys. zł)
	1	2	3
2012*	10 901 083	10 566 120	-334 963
2013	10 674 588	10 705 699	31 111
2013*	10 901 083	10 749 242	-151 841
2014	10 901 083	10 775 892	-125 191
2014*	10 901 083	10 967 923	66 840
2015	10 636 028	11 060 504	424 476
2015*	11 280 853	11 641 769	360 916
2016	10 845 486	11 815 657	970 171
2016*	11 728 729	12 191 405	462 676
2017	11 141 844	12 530 188	1 388 344
2017*	12 300 800	13 202 109	901 309
2018	12 169 361	12 772 506	603 145
2018*	12 772 506	13 916 886	1 144 380
2019	12 221 251	14 221 747	2 000 496
2019*	13 513 855	15 493 163	1 979 308
2020	12 941 490	15 554 183	2 612 693
luty 2020	13 785 600	15 600 529	1 814 929

Źródło: Opracowanie własne KRPI na podstawie planów finansowych opublikowanych przez NFZ

zarządzeniem prezesa NFZ w sprawie planu finansowego. Po prostu, po zatwierdzonym planie NFZ pojawia się plan „początkowy”, który jest modyfikowany kolejnymi zmianami i zarządzeniami prezesa (tab. 2).

Proszę zwrócić uwagę, że plan finansowy NFZ w ostatnich latach wzrastał systematycznie, wykazując stały trend wzrostowy w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Również CBR wzrastał, ale przebieg krzywej wzrostowej był bardziej burzliwy ze względu na sposób planowania i coraz bardziej oddalała się ona od krzywej wyznaczającej 17 proc. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (ryc. 1).

Stabilność finansowania

Po latach, w których wysokość CBR wynikała z ustawy refundacyjnej, różnica pomiędzy CBR określonym przez prezesa NFZ a 17 proc. kwoty na świadczenia opieki zdrowotnej systematycznie się zwiększała. W efekcie aktualnie wyznaczony CBR jest niższy o 1 814 929 000 zł niż mógłby być, gdyby jego wysokość była na stałe powiązana ze środkami na świadczenia.

Powyzsze ograniczenie w funkcjonowaniu systemu zostało opisane w dokumencie rządowym „Polityka Lekowa Państwa 2018–2022”, przyjętym przez Radę Ministrów 18 września 2018 r. W dziale 4. poświęconym dostępności refundacyjnej w punkcie 4.3 „Cele” wskazano na potrzebę zapewnienia stabilnego poziomu finansowania leków refundowanych, a w punkcie 4.4 „Narzędzia” zadeklarowano, że nastąpi to przez:

...określenie faktycznego budżetu na refundację na poziomie 16,5 proc. – 17,0 proc. wydatków na finansowanie ochrony zdrowia przy uwzględnieniu wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na refundację leków w aptece, programach lekowych oraz chemioterapii, a także wydatków ministra zdrowia na leki nabywane centralnie w ramach

programów zdrowotnych (i nie niższym niż kwota przeznaczona na ten cel w roku poprzednim) przy założeniu wprowadzenia 100 proc. zwrotu wydatków przekraczających ten próg przez podmioty odpowiedzialne według zweryfikowanych zasad obliczania kwot przekroczenia. Powyższy próg uwzględnia rzeczywiście poniesiony koszt płatnika publicznego – a więc również kwoty nadpłacone lub zwrócone w związku z realizacją instrumentów dzielenia ryzyka.

Wprowadzenie zasady tworzenia planu finansowego NFZ, gdzie planowany budżet na refundację zostanie powiększony o tworzony niezależnie plan przychodów z instrumentów dzielenia ryzyka. Rozwiązanie to zapewni większą stabilność i przejrzystość gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na leki. Ponadto niewykorzystane w danym roku środki finansowe całkowitego budżetu na refundację (CBnR) powinny dodatkowo zwiększać środki CBnR roku następnego.

Zapewnienie stabilnego finansowania leków refundowanych jest kluczowe dla zapewnienia dostępności świadczeń związanych z zastosowaniem tych leków. To oczywiste. W systemie nie ma miejsca na podważanie pewności refundacji. Wyobraźmy sobie, co by się stało, gdyby takiej pewności nie miały apteki otwarte. Ile okresów rozliczeniowych bez zapłacenia należnej refundacji (przypominam, że apteki rozliczają się z NFZ co 2 tygodnie) byłoby potrzebnych, żeby przerwać łańcuch dystrybucji. Dlaczego to, czego NFZ nie dopuszcza się wobec aptek, jest możliwe wobec świadczeniodawców?

Jeżeli w systemie są takie przeszkody, starajmy się je usuwać. Po pierwsze spełnijmy wieloletni już postulat powiązania CBR z kosztami świadczeń opieki zdrowotnej. Zapewni to stabilny wzrost środków na refundację leków, a ministra zdrowia uczyni osobą w pełni odpowiedzialną za system refundacyjny. Zmieńmy sposób budowania planu finansowego w zakresie składowych CBR. Argumenty dyrektorów szpitali odwołujące się do wyczerpania kontraktu na jakiś program staną się wówczas bezpodstawne.

Zmieńmy regulacje wewnętrzne NFZ

W zarządzeniu nr 185/2019/DSOZ prezesa NFZ z 31 grudnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w § 14.1 wskazano zakresy świadczeń, w przypadku których, jeżeli wartość wykonanych świadczeń przekroczy kwotę zobowiązania dla danego zakresu, w trybie wnioskowym, po upływie kwartału, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy. Powyższy mechanizm nie obejmuje finansowania chemioterapii, radioterapii paliatywnej i programów lekowych, w tym świadczeń udzielanych na podstawie karty DILO!

Tu też leży przyczyna, dla której dyrektorzy szpitali mogą mieć wrażenie – i słusznie, że NFZ wymusza na nich kredytowanie programów lekowych i chemioterapii.

FUNKCJONUJĄCE ROZWIĄZANIE

FAKTYCZNIE POZBAWIA

MINISTRA ZDROWIA DECYZYJNOŚCI

I W ZNACZNYM STOPNIU UTRUDNIA

PODEJMOWANIE DECYZJI REFUNDACYJNYCH

Czy dyrektor szpitala, który ma kłopoty z płynnością finansową, będzie się biernie przyglądał świadczeniom o wysokich kosztach (zwłaszcza leków)? W sytuacji odroczenia płatności, im więcej tych świadczeń będzie udzielał, tym bardziej będzie pogarszał sytuację finansową szpitala. Nie każdy dyrektor dostrzeże korzyści ekonomiczne z leczenia pacjenta w programie lekowym.

Taki „hazard moralny”, na który NFZ skazuje dyrektorów szpitali, popycha ich do ograniczania dostępności świadczeń. Publiczny płatnik z całą pewnością nie powinien dopuszczać się tego typu praktyk.

Artur Fatek

 eHealth Solutions

Zapraszamy na:

Bezpłatne szkolenia e-learningowe dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej.

npz1.ehsol.pl


Ministerstwo Zdrowia


NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020